

Hierum, darum ... Referendum



So – jetzt wissen wir's: Trotz erneutem Versuch einer Differenzbereinigung kommt die 2. KVG-Revision in dieser Session definitiv nicht mehr unter Dach. Wie eine heisse Kartoffel wird sie in die nächste Legislaturperiode, in die Wintersession weitergeschoben. Und noch etwas wissen wir: Grund für die erneute Verzögerung ist nicht das Thema *Aufhebung des Kontrahierungszwanges*, das uns Grundversorger in erster Linie beschäftigt und das auf einer ausserordentlichen Ärztekammersitzung am 11. Oktober beraten wird, sondern strittige Fragen wie die der Kassenbeteiligung an Pflegeleistungen in Heimen und Spitex.

Warum wohl wird der im Nationalrat beschlossenen Aufhebung des Vertragszwanges in den Medien wie bei den Politikern so wenig Aufmerksamkeit geschenkt, bzw. deren Auswirkung heruntergespielt? Könnte da befürchtet werden, dass die Schattenseite einer solchen Systemveränderung doch durchschaut würde, dass dadurch die freie Arztwahl ausgehebelt würde, dass chronisch bzw. psychosomatisch Kranke (d.h. vom Schicksal ohnehin benachteiligte Patienten) von den Kassen als «kostentreibend» an den Rand gedrängt würden? Oder ist es die Angst, dass offenkundig würde, wie wenig ausgereift diese Gesetze wirklich sind, und dass eine breite, grundsätzliche Diskussion darüber in der Bevölkerung noch gar nicht erfolgt ist?

Würden die Beschlüsse des Nationalrats verabschiedet, könnten alle bisher zu Lasten der Krankenversicherung zugelassenen Kolleginnen und Kollegen nach Inkrafttreten der KVG-Änderungen für weitere vier Jahre abrechnen wie bisher. Danach wären die Versicherer frei, Zusammenarbeitsverträge nur mit der vom jeweiligen Kanton festgelegten Anzahl von Leistungserbringern abzuschliessen, wobei Leistungserbringer aus Netzwerken mit Budgetverantwortung zu bevorzugen wären. Und von den neuesten Beschlüssen wissen wir, dass Patienten, die sich in einem dieser Netzwerke behandeln lassen, weiterhin 10% Selbstbehalt bezahlen, während bei Kolleginnen und Kollegen, die keinem solchen Netzwerk angehören, das Doppelte verlangt wird.

Diese Änderungen sollen mehr Markt und Anreize in das Gesundheitswesen bringen, wie die sich im Zugzwang befindenden Politiker es sich wünschen! Doch was heisst das für unsere Patientinnen und Patienten, und was für uns?

Die Versicherer erhalten die Macht, auszusuchen, welchen Ärztinnen und Ärzten sie Zusammenarbeitsverträge anbieten wollen. Kein Grundversorger, arbeitet er noch so wirtschaftlich und qualitativ einwandfrei, hat ein *Recht* auf einen Zusammenarbeitsvertrag. Es ist zu befürchten, dass als Kriterium für einen solchen Zusammenarbeitsvertrag die Rechnungsstellerstatistik der *santésuisse* gewählt wird, eine Statistik, die von ärztlicher Seite wiederholt als untaugliches Mittel gebrandmarkt wurde. Gerade unsere schwierigen und teuren Patienten, die teils in langwierigen Prozessen zu uns Vertrauen gefunden haben, müssten wir abweisen, um unseren Index zu korrigieren. Wer soll diese Randgruppen betreuen, die Netzwerke mit Budgetverantwortung etwa oder die überlaufenen Klinikambulanzen? Solange korrekt arbeitende Kollegen und Kolleginnen aufgrund dieser Rechnungssteller-Statistik von der *santésuisse* zu Rückforderungszahlungen verpflichtet werden, können wir einer solchen Zusammenarbeit nicht Hand bieten.

Sollte der Souverän wirklich eine Abkehr von unserer erfolgreichen Hausarztmedizin wünschen – wobei Zufriedenheitsstudien das Gegenteil aussagen – und stattdessen allein wirtschaftlich rentierende Versorgungsstätten bevorzugen, müsste dies in einem gross angelegten Referendum politisch diskutiert werden. Dazu wäre die Referendumszeit von einigen Jahren eine Chance, über ein ganz neues Gesundheitswesen in der Schweiz zu diskutieren.

Man kann also gespannt bleiben, was die ausserordentliche Ärztekammer nächste Woche beschliessen wird.

*Pierre Loeb,
Präsident der Akademie für Psychosomatische
und Psychosoziale Medizin*

Digressions sur un référendum...



Bon, c'est maintenant clair: malgré des tentatives répétées de liquider leurs divergences, les Chambres ne parviendront pas à mettre la 2^{ème} révision de la LAMal sous toit lors de la présente session. Comme une patate chaude, cette révision est renvoyée à la prochaine législature, pour la session d'hiver. Et il y a encore une autre chose que nous savons: ça n'est pas l'abolition de l'obligation de contracter qui est à l'origine de ce retard – elle qui nous concerne en première ligne, comme médecins de premier recours, et qui fera l'objet d'une Chambre médicale extraordinaire convoquée pour le 11 octobre – mais ce retard est en fait dû à d'autres questions conflictuelles comme la participation des caisses-maladie aux coûts des soins à domicile et en EMS.

Mais pourquoi donc cette abolition de l'obligation de contracter, décidée par le Conseil national, retient-elle si peu l'attention des politicien-nes et des médias, qui en minimisent les effets? Se pourrait-il que les inconvénients d'un tel changement de système soient finalement escamotés, que le libre-choix du médecin soit bel et bien démantelé, que les malades chroniques, respectivement psychosomatiques (c'est-à-dire des patient-es de toute façon désavantagé-es par le destin), soient marginalisés par les caisses parce qu'ils sont chers? Ou est-ce par peur qu'on se rende compte qu'en réalité cette loi est complètement immature, et qu'aucune discussion approfondie n'a encore eu lieu à son sujet dans la population?

Si les décisions du Conseil national étaient finalement entérinées, tou-tes les Collègues qui travaillent actuellement à la charge des assurances sociales pourraient continuer à le faire de la même manière pendant encore quatre ans. Ensuite, les assureurs seraient libres de ne signer des contrats de collaboration qu'avec le nombre de fournisseurs de prestations fixé par chaque canton, avec un avantage pour les fournisseurs qui appartiennent à des réseaux exerçant une responsabilité budgétaire. Et nous savons encore, à la lumière des dernières décisions, que les

patients qui se feront soigner dans ces réseaux continueront à payer une participation de 10%, tandis qu'on en exigera le double s'ils vont chez des Collègues qui n'appartiennent à aucun réseau de ce type.

Selon ce qu'espèrent désespérément des politiciens sous pression, ces changements devraient amener plus de concurrence et de motivation dans le système de santé ... Mais que cela signifie-t-il pour nos patient-es, et pour nous?

Les assureurs obtiennent le pouvoir de sélectionner les médecins auquel-les offrir un contrat de collaboration. Aucun médecin de premier recours, quelle que soit la qualité économique et médicale de son travail, n'aura *droit* à un tel contrat. On doit craindre que le critère qui sera choisi pour établir ces contrats soit la statistique du centre de calcul de santésuisse, une statistique connue de longue date du côté médical pour être un instrument inadéquat. Ce sont justement nos patients difficiles et chers – ceux qui, pour beaucoup, ont passé par un long processus pour apprendre à nous faire confiance – que nous devrions ainsi éliminer pour améliorer nos chiffres. Qui devrait alors suivre ces groupes marginalisés: des réseaux avec responsabilité budgétaire, ou des policliniques débordées? Tant que des Collègues qui travaillent absolument correctement seront contraints à des remboursements d'honoraires sur la base de la statistique de santésuisse, nous ne pourrions envisager de nous prêter à ce type de collaboration.

Si le Souverain voulait vraiment se défaire d'une Médecine de premier recours qui fonctionne bien – intention qui ne ressort certes pas des derniers sondages! – et préférer à sa place des lieux de soins uniquement rentables, cela devrait être discuté politiquement dans le cadre large d'un référendum. En outre, la période du référendum serait enfin l'occasion de réfléchir à un système de santé complètement renouvelé pour la Suisse.

On reste donc suspendu avec intérêt aux décisions qui tomberont de la Chambre médicale, la semaine prochaine!

*Pierre Loeb,
Président de l'Académie de Médecine
psychosomatique et psychosociale*