

Darf es ein bisschen mehr sein?¹

Freier Markt im Gesundheitswesen, der Traum aller Politiker, die sich davon mehr Wettbewerb und eine bessere Kostenkontrolle versprechen.

«Der Augenarzt operiert meine Katarakt nur, wenn ich ihm 1000 Franken zusätzlich zum Tarmed-Tarif bezahle, sonst müsste ich mich im Augenspital operieren lassen», sagte mir kürzlich eine allgemein versicherte Patientin fast beiläufig, als sie zur ambulanten präoperativen Untersuchung in meiner Sprechstunde war. «Vor zwei Jahren hat er mich am anderen Auge problemlos zum Normaltarif operiert.»²

Betroffen ob dieser unerwarteten Feststellung, denn die Patientin konnte dieses Geld nicht aufbringen, unterbrach ich meine Arbeit, atmete tief durch; dann empfahl ich ihr, die bereits eingeschriebene Operation abzusagen, und meldete sie, mit ihrem Einverständnis, bei einem anderen Augenarzt an, der – wie der erste Kollege – ebenfalls als Belegarzt in einem Privatspital arbeitet, das grundsätzlich allgemein versicherte Patienten mit dem nötigen minimalen Versicherungszusatz aufnimmt. Gemäss Angaben seiner MPA arbeite er zum gesetzlichen Tarif. In meinem Zuweisungsschreiben habe ich ein

ungeziemendes Honorarverhalten als Grund für den Arztwechsel benannt.

Diese Geschichte empfinde ich persönlich als stossend und unethisch. Sie lässt mich zur Zeit nicht los, hält mich in einem Dilemma gefangen. Sie unter den Teppich zu kehren, würde faktisch mein persönliches Einverständnis bedeuten. Sie in die öffentliche Diskussion zu bringen, könnte mich zum Nestbeschmutzer der Ärzteschaft machen. Den Kollegen zu benennen, wäre der Sache, deren Ausmass ich nicht kenne, sicher nicht dienlich.

Einigen Kollegen, denen ich diese Geschichte – völlig anonym – erzählte, wurde noch nie eine solche Begebenheit zugetragen. Für andere ist dies eine seit langem praktizierte Realität, an die man sich mehr oder weniger gewöhnen musste – ein «fait accompli». Wieder andere Kollegen verstehen diese Geschichte als Vorbote der freien Marktwirtschaft in einem künftigen Gesundheitswesen mit völlig freier Preisgestaltung – eben nicht nur nach unten, wie alle immer befürchten, sondern durchaus auch nach oben – frei nach Einschätzung des eigenen Marktwertes des jeweiligen Leistungserbringers.

Werde ich künftig – vor jeder Überweisung an einen belegärztlich tätigen Kollegen – jeden allgemein und privat versicherten Patienten, bei dem potentiell ein chirurgischer Eingriff in Frage kommen könnte, nicht nur abklären lassen müssen, ob sein Versicherungsgrad für das Spital genügt, an welchem der Spezialist interventionell tätig ist, sondern werde ich zudem auch jeden beigezogenen Kollegen – für den Fall, dass er einen Eingriff machen müsste – nach seiner persönlichen Tarifgestaltung fragen müssen ... – inklusive Preisvergleich bei mehreren Spezialisten? Oder werde ich, in Anbetracht einer Überweisung, jeden Patienten darauf hinweisen müssen, dass er mit

Aufgeldforderungen konfrontiert werden könnte? Keine besonders attraktive Aussicht für uns HausärztInnen und PatientInnen – vor allem in jenen Gebieten, in denen die medizinische Versorgung zu einem nicht unerheblichen Teil auf Privatspitälern basiert.

Und dann der Zweifel! Ob ich da mit «meinem» Problem nicht über das Ziel hinausschiesse? Denn ist es nicht zum Wohl des Patienten und ein Privileg, wenn er als nur allgemein Versicherter, dem gesetzlich keine freie Arztwahl zusteht, von einem Chirurgen seiner eigenen Wahl operiert werden kann – zu einem geringen Aufpreis?

Was interessiert dieses Geschehen die Versicherer KVG, solange dieses paraffliessende Aufgeld die Versicherungskosten nicht belastet? Ihre Ärztenetzwerkmanager könnten die nötige Ärzteselektionsarbeit bestens übernehmen. Und was bedeutet es für das Gesundheitswesen? Dessen Statistiken dürften auf dem Papier weniger «alt aussehen». Und der Fiskus? Was meint wohl er dazu? Hingegen die Versicherer VVG? Werden ihnen da nicht private Versicherungsabschlüsse vorenthalten?

So stehe ich nun da voller Fragen mitten im Dilemma zwischen meinen persönlichen «alten» ethischen Gefühlen und der «neuen» Realität einer freien Marktwirtschaft.

Freier Markt im Gesundheitswesen – Traum oder Alptraum?



Bruno Kissling,
Chefredaktor PrimaryCare

1 Dieses Editorial bricht keine Lanze für die Vertragsfreiheit und den freien Markt im Gesundheitswesen. Es will keinen Keil zwischen Grundversorger und Belegärzte schlagen. Es will lediglich einen Beitrag dazu leisten, in einer – auch unter dem Tarmed – nach wie vor offenen und emotional diskutierten kontroversen Frage eine für uns HausärztInnen und unsere PatientInnen transparentere Situation zu erreichen. Vielen Dank an Jürg Schlup, den Präsidenten der BEKAG, der mich im Rahmen der Entstehung dieses Editorials zu einer interdisziplinären Aussprache an eine Sitzung der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern eingeladen hat. Verfolgen Sie auch die Beiträge in der SAEZ zu diesem Thema.

2 Bei einem privat versicherten Patienten, den ich in analoger Situation aktiv gefragt habe, hat die Zuschlagforderung desselben Kollegen 500 Franken betragen. Der Patient hat den Operationstermin abgesagt.

On ose en rajouter?¹

Le marché libre dans la santé, voilà le rêve de tous les politiciens, parce que promettant à leurs yeux plus de concurrence et un meilleur contrôle des coûts.

«L'ophtalmologue n'opèrera ma cataracte que si je lui paie 1'000 francs en plus du tarif Tarmed, à moins que je me fasse opérer à l'hôpital ophtalmique», me disait récemment, presque incidemment alors qu'elle venait à mon cabinet pour l'examen pré-opératoire, une patiente au bénéfice d'une seule assurance de base. «Il y a deux ans, il m'a opérée de l'autre œil sans problème, au tarif normal.»²

Interloqué par cette déclaration inattendue et par le fait que la patiente ne pouvait pas disposer de cette somme, je marquai une pause, le temps d'une respiration profonde; puis je lui conseillai d'annuler le rendez-vous déjà fixé pour cette opération et, avec son accord, l'adressai à un autre ophtalmologue qui, comme le premier collègue, travaille aussi comme médecin agréé médecin associé dans un hôpital privé. Cet hôpital admet sans autre aussi les patients au bénéfice d'une assurance complémentaire minimale en «chambre commune». Selon les rensei-

gnements fournis par son assistante médicale, ce confrère ophtalmologue travail au tarif «légalnormal». Dans ma lettre de recommandation, j'ai indiqué en toutes lettres que la prétention à un tarif inconvenant constituait la raison du changement de médecin.

Personnellement, je trouve que cette histoire est choquante et heurte l'éthique. Elle ne me laisse pas tranquille et me plonge dans un dilemme. Pour moi, la mettre sous le tapis signifierait que je suis personnellement d'accord avec une pareille situation. La mettre publiquement en discussion pourrait faire de moi un profanateur du Corps médical. Nommer les collègues ne servirait à rien.

Pour certains collègues à qui j'ai raconté cette histoire – de manière complètement anonyme – une telle situation ne s'est jamais présentée, alors que pour d'autres, il s'agit d'une réalité pratiquée déjà depuis longtemps (un fait accompli), à laquelle on devrait bon an mal an s'habituer. D'autres collègues encore comprennent cette histoire comme un prodrome de l'économie de marché libre dans la santé, avec une formation des prix absolument libre – non pas seulement vers le bas, comme tout le monde le craint toujours, mais tout autant vers le haut – au gré du sentiment de sa propre valeur sur le marché.

À l'avenir devrai-je – chaque fois avant d'adresser un patient susceptible d'avoir une intervention chirurgicale à un collègue associé à un hôpital – non seulement m'enquérir si ce patient a la couverture d'assurance suffisante pour l'hôpital où exerce le confrère, mais encore me renseigner auprès de ce confrère sur les tarifs qu'il pratique pour ses opérations, non sans établir en plus une comparaison de prix entre plusieurs spécialistes? Ou bien vais-je, en prévision d'une éventuelle intervention spécialisée, devoir avertir chaque patient qu'il sera éventuellement

confronté à des prétentions d'honoraires supplémentaires? Voilà un horizon peu plaisant pour nous autres médecins de premier recours et nos patients, surtout dans les domaines où la prise en charge est basée sur les hôpitaux privés dans une mesure non négligeable.

Et puis le doute! Est-ce que je n'exagère pas avec «mon» problème? N'est-ce pas à l'avantage du patient et un privilège quand, en tant que simple assuré de base qui n'a pas droit au libre choix du médecin, il peut quand même être opéré par le chirurgien de son choix, moyennant un petit supplément?

En quoi ce petit bémol peut-il intéresser les assureurs maladie selon la LAMal, tant que ce flux parallèle d'argent ne grève pas les coûts de l'assurance? Leurs managers des réseaux de médecins pourraient faire au mieux leur travail de sélection des médecins. Mais qu'est-ce que cela signifie pour le système de santé? Ses statistiques auraient l'air moins «vieillot» sur le papier. Et pour le fisc? Que pense-t-il de cela? Et les assureurs LCA? Que se passera-t-il avec les contrats d'assurance privée?

Me voilà maintenant en plein dilemme entre mon «vieux» sentiment éthique personnel et la «nouvelle» réalité d'un marché économique libre.

Marché libre dans le domaine de la santé – rêve ou cauchemar?

1 Cet éditorial ne brise pas de lance pour la liberté de contracter et le marché libre dans la santé. Il n'a pas non plus pour objectif de semer le trouble entre médecins de premier recours et spécialistes ayant une activité agréée en hôpital. Son but est simplement de contribuer à la transparence, pour nous médecins de premier recours et nos patients, dans une question qui reste ouverte et sujette à discussion controversée et émotionnelle. Je remercie Jürg Schlup, président de la BEKAG qui, à l'origine de cet éditorial, m'a invité à une discussion pluridisciplinaire lors d'une séance de la Société médicale du canton de Berne. Vous pouvez aussi lire d'autres contributions sur ce thème dans le BMS.

2 Pour un patient au bénéfice d'une assurance privée, dans une situation analogue et que j'ai interrogé activement, la prétention supplémentaire du même collègue s'élevait à 500 francs. Le patient s'est désisté de l'opération.



Bruno Kissling,
Rédacteur en chef PrimaryCare