

Courrier au BMS



Ärztesgesellschaft Baselland zur Managed-Care-Vorlage [1]

Liebe Baselbieter Kollegen

Es gibt sie eben doch, die «... Organisation, bei der eine Mitgliederbefragung eine Zustimmung zur Vorlage ergeben ...» hat. Im Vorstand der Ärztesgesellschaft Thurgau haben wir anlässlich einer ausserordentlichen Sitzung beraten, wie unser weiteres Vorgehen bez. der KVG-Revision «Integrierte Versorgung» sein soll. Wir stellten uns die Fragen, ob wir nichts machen oder uns einem Referendumskomitee anschliessen oder eine Mitgliederbefragung durchführen sollen. Mit einer deutlichen Mehrheit haben wir uns im Vorstand ÄTG für die Mitgliederbefragung per E-Mail entschieden. Diese Befragung fand Mitte Oktober 2011 statt, also nachdem das Parlament die KVG-Revision gutgeheissen hatte.

Unseren 470 Mitgliedern haben wir den definitiven Text der KVG-Revision «Integrierte Versorgung» zugestellt und dazu die Frage gestellt, ob man *Für* oder *Gegen* diese Revision sei oder ob man sich der Meinung enthalte. Total haben 122 Kollegen und Kolleginnen geantwortet (was aus meiner Sicht bei dieser Art Umfrage durchwegs als gutes Resultat zu werten ist). Unter den 122 Antwortenden waren 12 Spitalärzte, 50 niedergelassene Spezialisten und 60 Grundversorger. Von den 12 Spitalärzten sind 2 *Für*, 7 *Gegen* die Revision und 3 enthalten sich der Meinung. Von den niedergelassenen Spezialisten sind 11 *Für*, 30 *Gegen* die Revision und 9 enthalten sich der Meinung. Und von den Grundversorgern sind 43 *Für*, 13 *Gegen* die Revision, und es gibt 4 *Enthaltungen*.

Zusammenfassend: 56 Kolleginnen und Kollegen äusserten sich *Für* und 50 Kolleginnen und Kollegen *Gegen* die KVG-Revision.

Mit anderen Worten: Auch wenn das Resultat knapp ist, die Ärztesgesellschaft Thurgau ist aufgrund der Befragung *Für* die KVG-Revision «Integrierte Versorgung». Und, wie Sie selbst in Ihrem Artikel schreiben «... Im Fall eines Nein (auch wenn denkbar knapp mit 1% oder 1 Stimme) werden wir das Resultat akzeptie-

ren ...» – ist das knappe Resultat der Befragung der Basis der Ärztesgesellschaft Thurgau als Zustimmung zur Integrierten Versorgung gemäss KVG-Revision vom 30.9.11 zu verstehen und zu akzeptieren.

Es hätte uns vom Vorstand der ÄTG verwundert, wenn das Resultat anders gewesen wäre, nimmt der Kanton Thurgau doch in Sachen Managed Care eine klare Vorreiter- und auch Vordenker-Rolle ein.

Dr. med. Daniel Jud,

Präsident Ärztesgesellschaft Thurgau, Amriswil

- 1 Ärztesgesellschaft Baselland. Managed-Care-Vorlage: Basisdemokratie und Hausärzte Schweiz. Schweiz Ärztezeitung. 2011;92(46):1784–5.



Référendum du Managed care: «Mésalliance» ou simple méconnaissance et naïveté de l'économiste?

La prise de position d'Anna Sax [1], économiste et directrice d'une agence «d'analyse transdisciplinaire dans le domaine de la santé», à propos de l'opposition au Managed care, nécessite quelques éclaircissements quant aux soi-disant irrationnelles «peurs et inquiétudes qui hantent médecins et patients».

Elle partage d'ailleurs l'avis de notre ministre de la santé qui évoque la «grande peur du changement» des soignants (Le Temps du 4 novembre 2011).

En fait, deux changements fondamentaux définissent le système prévu:

Premièrement, les patients seront «incités» financièrement à adhérer à un réseau. Pour toute personne dont la prime d'assurance est subventionnée, cela signifie en réalité «obligation» de s'affilier au réseau le moins cher. Il n'y a rien d'irrationnel à refuser cet état de fait.

Deuxièmement, la concurrence commerciale entre les réseaux étant considérée en tant que moteur indispensable à leur réussite, voir même à la «qualité» des soins prodigués, il

s'en suivra une véritable sélection «darwinienne», sélection ne favorisant certainement pas les bons cliniciens mais les meilleurs commerçants («l'argent, toujours l'argent» comme le soulignait récemment Antoine de Torrenté dans un récent éditorial du Forum médical suisse).

Cette concurrence ne favorisera pour le moins pas – c'est un euphémisme – l'échange d'information et de connaissances hors du réseau, chaque structure de soins devant jalousement garder pour elle les avantages économiques procurés par une nouvelle technique ou procédure de soins (même notre économiste conviendra certainement que Coca-Cola ne partage pas volontiers ses données avec Pepsi...).

On peut donc, tout à fait rationnellement, prédire le fonctionnement d'un système de réseaux en concurrence budgétaire, et le définir par la triade «Obligation (d'adhérer) – Captivité (dans le réseau) – Restriction (diagnostique et thérapeutique)». La recherche du moindre coût induisant inévitablement des changements dans la pratique médicale.

Dernières remarques concernant les résultats économiques de certaines tentatives de réduction des coûts, résultats ayant été en fait de véritables échecs (je n'envisage bien sûr que l'aspect financier en parlant d'échecs, car sur le plan médical et humain, se sont de vraies catastrophes...): le remplacement systématique des antiépileptiques par les génériques correspondants ou, plus récemment, le refus de remboursement d'un neuroleptique (olanzapine) par le système d'assurance d'un état américain [2], l'obligation faite aux médecins de substituer cette substance jugée trop chère (en plus de ces effets secondaires bien réels...) ayant résulté en une importante perte financière en raison de multiples décompensations induisant consultations supplémentaires et hospitalisations.

Dr Jean-Luc Boss, Genève

- 1 Sax A. «Mésalliance». Bull Méd Suisses. 2011;92(44):1720.
- 2 Signorovitch J. et al. Increased olanzapine discontinuation and health care resource utilization following a Medicaid policy change. J Clin Psychiatry 2011;72:787–94.