

Par Email →

- Zentralvorstand FMH
- Sekretariat GDK
- Kantonale
Aerztegesellschaften
- Eidg. Departement des
Innern
- Verena Nold
- Martin Landolt

Interessensgruppe Profiling IGPROF
Spitalstrasse 9
CH-4600 Olten
062 212 44 10

www.igprof.ch

Olten | Lausanne, 03.07.2023

Protestnote

Sehr geehrter Herr Kollege Stoffel

Am 22.06.2023 habe ich eine von santésuisse beklagte Partei in der KPK Sitzung BL (Vorsitz: Dr. med. Roland Schwarz) vertreten. Die Beklagte gehört der FAG53 an und wird auf eine Summe von rund 300 000 Fr. eingeklagt. Basis dafür ist der Regressionsindex für die Jahre 2018 und 2019. Die von santésuisse erstellte Statistik für die Detektion auffälliger Ärztinnen und Ärzte wurde durch unser Gremium geprüft.

1. Evidenz Polynomics Gutachten

a. Wir beziehen uns hier auf den Schlussbericht der Polynomics, vertreten durch Dr. Maria Trottmann, Barbara Fischer, Dr. Tobias von Rechenberg und Dr. Harry Telser, der Bericht wurde im September 2017 publiziert und dient santésuisse als Legitimation für die Erfassung von Ärztinnen und Ärzte, welche die Wirtschaftlichkeitsregeln verletzen.

b. Datengrundlage: die Polynomics Analysen basieren auf Datenlieferungen einzelner Kassen, womit eine individuelle und aggregierte Analyse ermöglicht wurde. Die untersuchten Facharztgruppen waren Allgemeine Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie, Kardiologie, Pädiatrie, Ophthalmologie und Psychiatrie bzw. Psychotherapie. Insgesamt sind im Individualdatensatz 1'420 Praxen aus sieben Facharztgruppen enthalten. Die Anzahl Patienten liegt bei 369'894. Da ein Patient bei unterschiedlichen Ärzten in Behandlung sein kann, liegt die Anzahl Beobachtungen insgesamt mit 516'813 etwas höher. Dies bedeutet: Es handelt sich hier um ein nicht zufällige ausgewähltes Sample, womit ein Sampling Bias besteht (Fehler 1). Zudem wurden diverse Facharztgruppen erst gar nicht in der Analyse einbezogen (Sampling Bias, Fehler 2). Polynomics hat keine Angaben dazu gemacht, ob die Datensätze bereinigt wurden, insbesondere generelle

Interessensgruppe Profiling / Groupe Interest Profiling

Plausibilitätsprüfungen der Daten, z.B. betreffend Ausreisser (Megapraxen usw.), somit Plausibilisierungsbias (Fehler 3).

c. Statistisches Vorgehen: Polynomics schlägt eine logarithmische Transformation unter Einbezug von unteren Konfidenzintervallen vor, ein Regressionsindex von $> 130\%$ würde dann eine Auffälligkeit begründen. Eine logarithmische Transformation auf nicht winsorisierte Daten und Exklusion sehr hoher Kosten (also nicht auf das 95. Perzentil gestützte Kosten), welche somit im Regress ausgeschlossen werden, wurde nicht empfohlen, obwohl die Normalverteilung der Daten ohne Winsorisierung nicht gewährleistet ist (Fehler 4).

d. Grundlegende Annahmen: die Annahme, dass zu hohe Kosten Unwirtschaftlichkeit definieren, ist falsch und empirisch von Polynomics nicht belegt (Fehler 5). Durch Einbezug von PCG als Morbiditätsproxy werden ja gerade hohe Kosten akzeptiert. Damit besteht ein Widerspruch in sich.

e. Simulationsmodell: dieses basiert auf einem fehlenden Goldstandard für Unwirtschaftlichkeit, wie die Autorinnen und Autoren selber schreiben: « Die grosse Schwierigkeit im vorliegenden Fall ist, dass wir die α - und β -Fehler gar nicht bestimmen können, weil wir die Wahrheit nicht kennen. Wir haben keine Informationen darüber, ob die Praxen im Datensatz tatsächlich effizient oder ineffizient gearbeitet haben. Es besteht auch kein Test, welcher die Ineffizienz eindeutig feststellen könnte (kein Referenzstandard). Die statistischen Modelle mit den echten Daten können dementsprechend nicht dahingehend überprüft werden, ob weniger oder mehr falsch positive und falsch negative Resultate auftreten. Die einzige Möglichkeit dafür besteht darin, dies anhand von Simulationen zu tun. Dabei simulieren wir alle Modelldaten selbst und generieren Praxen, welche ineffizient sind. Dadurch wird es möglich, die «Wahrheit» mit den statistischen Testergebnissen zu vergleichen und die Modelle auf ihre Treffgenauigkeit hin zu beurteilen.» Das Simulationsmodell erzeugt rund 20% auffällige Ärztinnen und Ärzte pro Facharztgruppe und basiert auf nicht validierten Annahmen, welche ohne evidenzbasierte empirische Beweise für Unwirtschaftlichkeit nicht akzeptiert werden können (Fehler 6).

f. Polynomics behauptet Unwirtschaftlichkeit ab einem Regressionsindex von 130%, SantéSuisse ab 120% (Fehler 7).

g. Die Zahl auffälliger Praxen (Tabelle 33) beträgt für beide Methoden (Individualdaten, Datenaggregation) und der Untergrenze der statistischen Unsicherheit 2.3% statt 14%. SantéSuisse rechnet nicht mit aggregierten Daten, dort beträgt die Zahl auffälliger Praxen mit der Untergrenze der statistischen Unsicherheit 2.8% anstelle von 10.7% (Fehler 8).

2. Rechtliche Rahmenbedingungen

a. Die rechtlichen Rahmenbedingungen an die Qualität der Screening-Methode wurden in diversen bundesgerichtlichen Entscheiden konkretisiert und von unserem Rechtsberaten, Prof.

Ueli Kieser, in einem Gutachten zum Gebrauch von pharmazeutischen Kostengruppen zusammengefasst (<https://docfind.ch/KieserGutachtenPCG25012023.pdf>).

b. Prof. Kieser führt aus: «Der Nachweis einer Überbehandlung bzw. Überarztung gilt als erbracht, wenn eine beträchtliche Zahl von Rechnungen eines Leistungserbringers an einen Krankenversicherer im Durchschnitt merklich höher ist als die Rechnungen anderer Leistungserbringer derselben Berufsgruppe von Medizinalpersonen [...], die in einer ähnlichen Region tätig sind und einen ähnlichen Patientenbestand aufweisen, ohne dass irgendeine Besonderheit die Kostendifferenz rechtfertigen kann (BGE 119 V 448 E. 4b; Gächter/Rütsche, Rz 1104.)» „Hierfür stellen die Versicherer auf die von ihnen statistisch aufbereiteten Daten ab, deren Qualität im Detail allerdings keiner gerichtlichen Überprüfung unterzogen wird (EVG, 1. 3. 2006, K 142/05, E. 8.1.1; Poledna, Arzt, 414).»

c. Romanens führt aus: „Es fehlt eine unabhängige staatliche Institution, welche die Sasis Daten überprüft. Das BAG ist jedenfalls nicht zuständig für die Überprüfung der Datenqualität. Damit ist das von santésuisse generierte Beweismittel nicht in statistischer Unabhängigkeit erstellt worden.“

d. Prof. Kieser führt aus: «Vergleichsgruppen müssen so gebildet sein, dass sie die für den zu prüfenden Leistungserbringer valabel sind. Dieser Vergleich muss sich auf hinreichend ähnliche Umstände stützen (Patientenbestand mit etwa gleichem «Krankengut», medizinisch gleichartiger Tätigkeitsbereich, allenfalls geographisch entsprechendes Einsatzgebiet etc.) und über einen genügend langen Zeitraum erstrecken (für eine ins Gewicht fallende Anzahl von Rechnungen), damit zufällig auftretende Unterschiede mehr oder weniger ausgeglichen werden (BGE 119 V 448 E. 4b; 103 V 145 E. 5 je mit m.w.H.).» / Die Frage, ob – und allenfalls inwieweit – beim Morbiditätskriterium PCG eine Vergleichbarkeit gegeben ist, ist schwierig zu beantworten. Jedenfalls steht fest, dass die vom Kriterium betroffenen Versicherten in einer kleineren Zahl auftreten als die Gesamtzahl der behandelten Versicherten. Dies mag als erforderlich erscheinen lassen, dass auch die Zahl der effektiv vom Kriterium erfassten Personen verglichen werden muss. Es kommt hinzu, dass das Kriterium so konkretisiert werden muss, dass pro erfasstes Krankheitsbild ein Vergleich vorgenommen werden kann; denn letztlich muss beurteilt werden, ob analoge Krankheitsbilder wirtschaftlich oder unwirtschaftlich behandelt wurden.“

3. Statistische Analyse

a. Romanens führt aus: „Im vorliegenden Fall erfolgte die Vergleichsgruppenbildung für die Jahre 2018 und 2019 durch Dr. Andreas Kohler, ZHAW Winterthur. Sämtliche Arztpraxen der Facharztgruppe 53 wurden als Vergleichsgruppe verwendet.“

b. Romanens führt aus: «Analyse der Praxisgrösse für das Jahr 2019: Die grösste Praxis umfasst 32'775, eine zweite Praxis umfasst 9'075 behandelte Personen. Diese Praxen können für

Interessensgruppe Profiling / Groupe Interest Profiling

Vergleichszwecke nicht verwendet werden, da offensichtlich hier eine komplett andere Praxisstruktur vorliegt. Das zeigt sich auch am Regressionsindex Medikamente direkt und veranlasst von 1% und 2%. Diese Praxen sind keine Arztpraxen: sie verordnen keine Medikamente. Auch die Laborkosten von je 348 und 744 Fr. für 32'775 und 9'075 Patientinnen und Patienten beweisen, dass es sich hier nicht um Arztpraxen handelt, die in die Vergleichsgruppe zur Klagebildung eingebracht werden dürfen (Fehler 10). Falls solches trotzdem geschieht, steht im Raum, dass Mutwilligkeit und Missbräuchlichkeit seitens santésuisse bei der Vergleichsgruppenbildung tätig. Es ist nicht erklärlich, warum Dr. Kohler diese die Zahl auffälliger Arztpraxen hochtreibenden Ausreisserpraxen in der Statistik belassen hat. Hier sind auch Zweifel an der statistischen Professionalität von Dr. Kohler anzubringen. Diese beiden Praxen haben zudem einen Regressionsindex von 47% und 88%, wodurch der Gesamtschnitt der übrigen Arztpraxen erhöht und damit verzerrt wird. Die Vergleichsgruppe ist wegen nicht vergleichbarer Praxisgrösse abzulehnen.

c. Analyse der Gesamtmorbidität: Aufgrund des MBI von 73% besteht kein Hinweis auf übermässige Kosten, indem die gesamten Medikamentenkosten gemäss ANOVA-Index als unabhängige Morbiditätsvariable zu gelten haben. Rückforderungen sind deswegen abzulehnen. Nicht-Berücksichtigung des MBI Resultates: Fehler 11.

d. Analyse der DDD pro PCG: Die Vergleichsgruppen DDD summieren sich auf 273.5, Praxis 267.0. Die Zahl der nicht kongruenten DDD beträgt 163.0 oder 59.6%. 11 von 34 PCG zeigen keine Übereinstimmung zwischen Vergleichsgruppe und Arztpraxis. Die Vergleichsgruppe ist wegen nicht vergleichbaren DDD abzulehnen. Zudem fehlt die Anzahl behandelte Personen ohne DDD und die PCG Matrix (Anzahl behandelte Personen pro PCG Klasse unterteilt in 4 DDD Klassen (136 + 1 = 137 Klassen).» Fehlende Kongruenz der Vergleichsgruppen betreffend Morbidität: Fehler 12.

e. Romanens führt aus: „Die in der Vergleichsgruppenbildung erfassten Krankheitsbilder anhand der DDD (defined daily doses: <https://www.kvg.org/wp-content/uploads/beschreibung-pcg-einteilung-1.pdf>) für PCG weisen nicht die rechtlich und gerichtlich erforderliche Homogenisierung auf (Fehler 12), was indirekt auch durch die Ausreisserpraxis von 32 775 Patientinnen und Patienten belegt wird, die im Jahr 2019 keine einzige PCG abgerechnet hat. Die gleiche Situation liegt übrigens auch für die Kostenvergleiche der FAG 53 im Jahr 2018 vor, Details auf Anfrage. Der gleiche Fehler passierte bereits früher (<https://www.medinside.ch/post/gesucht-die-billig-praxis-mit-55-000-patientinnen>) und wurde von santésuisse zugegeben, worauf das Verfahren gegen den Gynäkologen sistiert wurde: „Die hohen Zahlen seien durch falsche Datenerfassung bei einem Leistungserbringer entstanden. Von Missbräuchlichkeit könne man also nicht sprechen, sagt Lukas Brunner, der Leiter der Santésuisse-Wirtschaftlichkeitsprüfungen.“

f. Die PCG-verwandte Bereinigung des ANOVA-Indexes anhand der Gesamtkosten für Medikamente – der sogenannte MBI (<https://saez.ch/article/doi/saez.2019.18077>), ein Proxy für pharmazeutische Kostengruppen, inklusive solche Kostengruppen, welche in der PCG-Liste des BAG nicht berücksichtigt sind – zeigt eine morbiditäts-bereinigtes Resultat von 73%, womit die beklagte Praxis als besonders kostengünstig erscheint (Fehler 11). Der MBI wurde von mir in Zusammenarbeit mit Dr. Walter Warmuth, Versicherungsmathematiker, Gesundheitsforen Leipzig, entwickelt.

g. Aus Gründen der Rechtsgleichheit ist ausgeschlossen, dass von SwissMedic akzeptierte und in der Medikamentenliste aufgeführte kostenpflichtige Medikamente, welche im MBI mitberücksichtigt werden, nicht in der BAG-Liste der PCG auftauchen und deshalb fälschlicherweise von der Kostenanalyse von santésuisse ausgeschlossen werden. Beispiel: Iscador ist ein von SwissMedic zugelassenes Krebsmedikament, welches aber in der PCG-Liste des Bundes vom 15.04.2022 nicht aufgeführt ist. Damit erscheinen bei santésuisse Krebspatienten als Gesunde (Fehler 13).

4. Verhalten von KPK-Mitglieder

a. Akzeptanz der Statistik-Methode: die Mitglieder waren sich mehrheitlich darin einig, dass der Regressions-Index im Fall FAG53 trotz der erwähnten methodischen und statistischen Mängel valide sind. Die Beurteilung der Sachlage war somit nicht mehr objektiv möglich, da es als erwiesen galt, dass die Beklagte überarztet, es sei denn, die Beklagte würde Argumente oder Tatsachen geltend machen, welche ihre Unschuldsbehauptung stützen würde. Im Tenor war die Vorverurteilung der Beklagten durch die Mitglieder deutlich spürbar und führte auch zu zahlreichen Fangfragen und überkritischer Haltung gegenüber den Antworten der Beklagten.

b. Akzeptanz der Statistik: Ferner haben die KPK-Mitglieder die Argumente betreffend MBI, Ausreisserpraxen und fehlender Kongruenz der Vergleichsgruppe betreffend Morbidität (erfasst als DDD-PCG) im Fragenabschnitt überhaupt nicht berücksichtigt. Es wurden santésuisse keine Fragen gestellt, um diese Punkte zu klären. Dies spricht für eine Beeinflussung (Bias) der Mitglieder durch die falschen Beweisermittlungen von santésuisse.

5. Forderungen an die FMH

a. Kündigung des WZW-Vertrages.

b. Laufende Evaluationen: Die FMH fordert von santésuisse (1) die Berechnung der Regresshöhe mit dem Einbezug des unteren Werts des Unsicherheitsindikators bei der Indexbildung, (2) eine Homogenisierung sämtlicher Vergleichsgruppen anhand der DDD=0 oder DDD>0, bevor der Regressions-Index berechnet wird, (3) eine Berechnung der Regress-Höhe ab einem Index von >180% (wegen der fehlenden Validierung der statistischen Methode), (4) die Überprüfung des Regressions-Ergebnisses mit dem ANOVA-MBI, (5) die Validierung der

Regressionsmethode anhand dem Nachweis von Unwirtschaftlichkeit definiert als höhere Kosten bei gleichem Outcome, (6) eine unabhängige Überprüfung der Datensätze, welche bei der Vergleichsgruppenbildung zusammengestellt werden, (7) die Ablehnung der WZW Tätigkeit von Dr. Andres Kohler wegen möglicher Befangenheit bei der Erstellung der Beweismittel.

Zusammenfassung

Sämtliche hier durchgeführten Expertisen und Berechnungen sind santésuisse zugänglich und bekannt. Trotz der sofort ersichtlichen Mängel der Datenbank wurden die notwendigen Korrekturen an der Vergleichsgruppe durch Dr. Kohler unterlassen. Auch deshalb besteht der Verdacht auf eine mutwillige oder missbräuchliche Klage seitens santésuisse, inkl. zahlreiche Verletzungen der SEVAL Kriterien (https://docfind.ch/WZWPatientCenteredSeval_de_fr_en.pdf). Dafür spricht auch, dass 28% oder 345 Praxen einen Regressionsindex von > 120% aufweisen und dass die Ausreisserpraxen nicht automatisch aus dem Regressionsindex und dem ANOVA Index ausgeschlossen wurden. Es bleibt insgesamt unverständlich, dass der Missbrauch von Praxisprofilen für Statistikzwecke durch santésuisse von der FMH toleriert wird. Die allfällige Aufrechterhaltung der Klage in diesem Fall und sämtlicher Klagen gegen die FAG53 für die Jahre 2018 und 2019 kann auch für die FMH juristische Folgen haben.

Wie bereits 2016 im Gutachten von Dr. Warmuth zur Methodenentwicklung von santésuisse festgehalten wurde (<https://docfind.ch/WZWGutachtenWarmuth032016.pdf>):

«Der Methodenbericht „Methodische Weiterentwicklung der Wirtschaftlichkeitsprüfung“ ist in Gesundheitswesen und zur Bewertung der Wirtschaftlichkeit ambulanter Leistungserbringer unbrauchbar. Die Begründung dieser Aussage ist ausführlich im Abschnitt 3 dieser Stellungnahme dargestellt. Die Methoden entbehren des Bezuges zum Gegenstand „Wirtschaftlichkeitsprüfung der ambulanten Leistungserbringer“. Als ökonomische Methoden der Effizienzprüfung heben die Methoden von jeder Art Effektivitätsbezug ab – das ist in empirischen Sozialwissenschaften unwissenschaftlich: die Bewertung wird zwar als regelgebunden dargestellt, die Bewertungen stellen aber keine systematischen und transparenten Bewertungen des Gegenstandes Wirtschaftlichkeit ambulanter Leistungserbringer dar. In Bezug auf die Qualität der Bewertungen der Wirtschaftlichkeit ambulanter Leistungserbringer werden im Methodenbericht alle 27 Einzelstandards des Standards der Schweizerischen Evaluationsgesellschaft SEVAL – zur Nützlichkeit, Durchführbarkeit, Korrektheit (in Deutschland – DeGEval – heißen diese inhaltlich gleichen Einzelstandards Fairness) und Genauigkeit verletzt. Ambulante Leistungserbringer behandeln ihre Schutzbefohlenen nach völlig anderen Kriterien, als das im Methodenbericht angenommen wurde. Ihre Leistung wird an Patienten erbracht; Anamnese, Symptomatik, Diagnostik, ... steuern Therapien, steuern die Leistung – dafür beanspruchen Ärzte ein Honorar.»

Note de protestation

Cher collègue Stoffel

Le 22.06.2023, lors de la séance de la CPC BL (présidence : Dr. méd. Roland Schwarz), j'ai assumé la défense du collègue FAG53 qui est poursuivi pour une somme d'environ 300 000 francs. La base est l'indice de régression pour les années 2018 et 2019. Les statistiques établies par santésuisse pour la détection des médecins suspects ont été soumises à notre comité.

1. Evidence basée sur le rapport Polynomics EAE méthode de régression

a. Nous nous référons ici au rapport final de Polynomics, représenté par le Dr Maria Trottmann, Barbara Fischer, le Dr Tobias von Rechenberg et le Dr Harry Telser, le rapport a été publié en septembre 2017 et sert de légitimation à santésuisse pour le recensement des médecins qui violent les règles d'économicité.

b. Base des données : les analyses Polynomics se basent sur les données fournies par les différentes caisses ce qui a permis de réaliser une analyse individuelle et agrégée. Les groupes de spécialistes examinés étaient la médecine interne générale, la chirurgie, la gynécologie, la cardiologie, la pédiatrie, l'ophtalmologie et la psychiatrie ou la psychothérapie. Au total, le jeu des données individuelles contient 1'420 cabinets médicaux appartenant à sept groupes de spécialistes. Le nombre de patients est de 369'894. Comme un patient peut être en traitement chez différents médecins, le nombre total d'observations est un peu plus élevé, à savoir 516 813. Cela signifie qu'il s'agit ici d'un échantillon qui n'a pas été sélectionné au hasard et qu'il existe donc un biais d'échantillonnage (erreur 1). De plus, certains groupes de médecins spécialistes n'ont pas été inclus dans l'analyse (biais d'échantillonnage, erreur 2). Polynomics n'a pas indiqué si les données avaient été corrigées, en particulier les contrôles de plausibilité généraux des données, p. ex. concernant les valeurs aberrantes (méga- cabinets médicaux, etc.), d'où un biais de plausibilité (erreur 3).

c. Procédure statistique : Polynomics propose une transformation logarithmique en tenant compte des intervalles de confiance inférieurs, un indice de régression de $> 130\%$ justifierait alors une anomalie. Une transformation logarithmique sur des données non winsorisées et l'exclusion des coûts très élevés (c'est-à-dire des coûts non tronqués au 95e percentile) qui sont ainsi exclus du recours, n'a pas été recommandée, bien que la distribution normale des données ne soit pas garantie sans winsorisation (erreur 4).

d. Hypothèses de base : l'hypothèse selon laquelle des coûts trop élevés définissent la non-rentabilité est erronée et n'a pas été prouvée empiriquement par Polynomics (erreur 5). L'intégration de la PCG comme proxy de morbidité permet justement d'accepter des coûts élevés. Il y a donc une contradiction dans les termes.

e. Modèle de simulation : celui-ci repose « sur l'absence d'un étalon-or pour la non-rentabilité, comme l'écrivent les auteurs eux-mêmes : " La grande difficulté dans le cas présent est que nous ne pouvons pas du tout déterminer les erreurs α et β , car nous ne connaissons pas la vérité. Nous n'avons aucune information sur le fait de savoir si les cabinets de l'ensemble de données ont effectivement travaillé de manière efficace ou inefficace. Il n'existe pas non plus de test permettant de déterminer clairement l'inefficacité (pas de norme de référence). Par conséquent, il est impossible de vérifier les modèles statistiques avec les données réelles pour voir s'il y a moins ou plus de résultats faussement positifs et faussement négatifs. La seule façon de le faire est d'utiliser des simulations. Nous simulons nous-mêmes toutes les données du modèle et générons des cabinets inefficaces. Il est ainsi possible de comparer la "vérité" avec les résultats des tests statistiques et d'évaluer la précision des modèles". Le modèle de simulation génère environ 20% de médecins suspects par groupe de spécialistes et se base sur des hypothèses non validées qui ne peuvent être acceptées sans preuves empiriques basées sur l'évidence de l'inefficacité (erreur 6).

f. Polynomics affirme un manque d'économicité à partir d'un indice de régression de 130%, santésuisse à partir de 120% (erreur 7).

g. Le nombre de cabinets analysés (tableau 33 du rapport Polynomics) est de 2,3% au lieu de 14% pour les deux méthodes (données individuelles, agrégation des données) et la limite inférieure de l'incertitude statistique santésuisse ne calcule pas avec des données agrégées, où le nombre de cabinets suspects avec la limite inférieure de l'incertitude statistique est de 2,8% au lieu de 10,7% (erreur 8).

2. Cadre juridique

a. Les conditions-cadres juridiques relatives à la qualité de la méthode de dépistage ont été concrétisées dans divers arrêts du Tribunal fédéral et résumées par notre conseiller juridique, le professeur Ueli Kieser, dans une expertise sur l'utilisation des groupes de coûts pharmaceutiques (<https://docfind.ch/KieserGutachtenPCG25012023.pdf>).

b. Le professeur Kieser explique : "La preuve d'un surtraitement ou d'une surmédicalisation est considérée comme apportée lorsqu'un nombre considérable de factures d'un fournisseur de prestations à un assureur-maladie est en moyenne sensiblement plus élevé que les factures d'autres fournisseurs de prestations du même groupe professionnel de personnes médicales [...] qui exercent leur activité dans une région similaire et ont une patientèle semblable, sans qu'aucune particularité ne puisse justifier la différence de coûts (ATF 119 V 448 consid. 4b ; Gächter/Rütsche, no 1104". "Pour cela, les assureurs se basent sur les données qu'ils ont préparées statistiquement, dont la qualité dans le détail n'est toutefois pas soumise à un contrôle judiciaire (TFA, 1. 3. 2006, K 142/05, consid. 8.1.1 ; Poledna, Arzt, 414)".

c. Romanens précise : "Il manque une institution étatique indépendante chargée de vérifier les données Sasis. L'OFSP n'est en tout cas pas compétent pour vérifier la qualité des données. Ainsi, le moyen de preuve généré par santésuisse n'a pas été établi en toute indépendance statistique".

d. Le professeur Kieser précise : "Les groupes de comparaison doivent être constitués de telle sorte qu'ils représentent des données valables pour le fournisseur de prestations à contrôler. Cette comparaison doit se fonder sur des circonstances suffisamment semblables (effectif de patients avec à peu près le même "**portefeuille de malades**", domaine d'activité médicalement similaire, éventuellement zone d'intervention géographiquement correspondante, etc.) et s'étendre sur une période suffisamment longue (pour un nombre de factures qui pèse dans la balance) pour que les différences qui apparaissent par hasard soient plus ou moins compensées (ATF 119 V 448 consid. 4b ; 103 V 145 consid. 5 dans chaque cas avec d'autres références)". / Il est difficile de répondre à la question de savoir si - et éventuellement dans quelle mesure - une comparabilité existe pour le critère de morbidité PCG. En tout état de cause, il est certain que les assurés concernés par le critère sont moins nombreux que le nombre total d'assurés traités. Cela peut laisser penser qu'il est nécessaire de comparer également le nombre de personnes effectivement couvertes par le critère. S'ajoute à cela le fait que le critère doit être concrétisé de manière à ce qu'une comparaison puisse être effectuée par tableau clinique saisi ; car en fin de compte, il faut évaluer si des tableaux cliniques analogues ont été traités de manière économique ou non économique".

3) Analyse statistique

a. Romanens précise : "Dans le cas présent, la formation de groupes comparatifs pour les années 2018 et 2019 a été effectuée par le Dr Andreas Kohler, ZHAW Winterthur. Tous les cabinets médicaux du groupe de spécialistes 53 ont été utilisés comme groupe de comparaison".

b. Romanens précise : "Analyse de la taille des cabinets médicaux pour l'année 2019 : le plus grand cabinet médical comprend 32'775 personnes, un deuxième cabinet médical comprend 9'075 personnes traitées. Ces cabinets ne peuvent pas être utilisés à des fins de comparaison, car il s'agit manifestement d'une structure de cabinet complètement différente. Cela se reflète également dans l'indice de régression des médicaments directs et prescrits de 1% et 2%. Ces cabinets ne sont pas des cabinets médicaux : ils ne prescrivent pas de médicaments. Les frais de laboratoire de 348 et 744 francs pour 32'775 et 9'075 patients prouvent également qu'il ne s'agit pas de cabinets médicaux qui peuvent être intégrés dans le groupe de comparaison pour la formation de la plainte (erreur 10). Si cela se produit malgré tout, il est possible que santésuisse commette un acte de témérité et un abus lors de la constitution du groupe de comparaison. On ne s'explique pas pourquoi le Dr Kohler a laissé dans la statistique ces cabinets aberrants qui font grimper le nombre de cabinets médicaux « économiquement incorrects ». On peut également douter du professionnalisme du Dr Kohler en matière de statistiques. Ces deux cabinets ont en

Interessensgruppe Profiling / Groupe Interest Profiling

outre un indice de régression de 47% et 88%, ce qui augmente la moyenne globale des autres cabinets médicaux et qui la fausse. Le groupe de comparaison doit être rejeté en raison de la taille non comparable des cabinets.

c. Analyse de la morbidité globale : sur la base du MBI de 73%, il n'y a pas d'indication de coûts excessifs, dans la mesure où les coûts totaux des médicaments doivent être considérés comme une variable de morbidité indépendante selon l'indice ANOVA. Les demandes de remboursement doivent donc être rejetées. Non-prise en compte du résultat du MBI :(erreur 11)

d. Analyse des DDD par PCG : Les groupes de comparaison DDD s'élèvent à 273,5, pratique 267,0. Le nombre de DDD non congruentes s'élève à 163,0 ou 59,6%. 11 PCG sur 34 ne montrent aucune concordance entre le groupe de comparaison et le cabinet médical. Le groupe de comparaison doit être rejeté en raison de DDD non comparables. De plus, il manque le nombre de personnes traitées sans DDD et la matrice PCG (nombre de personnes traitées par classe PCG divisée en 4 classes de DDD (136 + 1 = 137 classes)". Absence de congruence des groupes de comparaison concernant la morbidité :(erreur 12).

e. Romanens précise : "Les pathologies saisies dans la formation des groupes de comparaison sur la base des DDD (defined daily doses : <https://www.kvg.org/wp-content/uploads/beschreibung-pcg-einteilung-1.pdf>) pour les PCG ne présentent pas l'homogénéisation requise par la loi et les tribunaux (erreur 12), ce qui est indirectement attesté par la pratique aberrante de 32 775 patients qui n'ont pas facturé un seul PCG en 2019. La même situation se présente d'ailleurs aussi pour les comparaisons de coûts de la FAG 53 en 2018, détails sur demande. La même erreur s'est déjà produite auparavant (<https://www.medinside.ch/post/gesucht-die-billig-praxis-mit-55-000-patientinnen>) et a été admise par santésuisse, ce qui a entraîné la suspension de la procédure contre le gynécologue : "Les chiffres élevés seraient dus à une mauvaise saisie des données chez un fournisseur de prestations. On ne peut donc pas parler d'abus, déclare Lukas Brunner, le responsable des contrôles d'économicité de santésuisse".

f. La correction de l'indice ANOVA par rapport aux PCG sur la base des coûts totaux des médicaments - ce que l'on appelle le MBI (<https://saez.ch/article/doi/saez.2019.18077>), un proxy pour les groupes de coûts pharmaceutiques, y compris les groupes de coûts qui ne sont pas pris en compte dans la liste des PCG de l'OFSP - montre un résultat corrigé de la morbidité de 73%, ce qui fait apparaître la pratique incriminée comme particulièrement avantageuse (erreur 11). Le MBI a été développé par mes soins en collaboration avec le Dr Walter Warmuth, mathématicien assurances, Gesundheitsforen Leipzig.

g. Pour des raisons d'égalité de droit, il est exclu que des médicaments payants acceptés par SwissMedic et figurant dans la liste des médicaments, qui sont pris en compte dans le MBI, n'apparaissent pas dans la liste OFSP des PCG et soient donc exclus à tort de l'analyse des coûts

de santésuisse. Exemple : Iscador est un médicament anticancéreux autorisé par SwissMedic, mais il ne figure pas dans la liste PCG de la Confédération du 15.04.2022. Ainsi, chez santésuisse, les patients atteints de cancer apparaissent comme des personnes en bonne santé (erreur 13).

4) Comportement de membres de la CPC

a. Acceptation de la méthode statistique : les membres étaient majoritairement d'accord pour dire que l'indice de régression dans le cas FAG53 était valable malgré les défauts méthodologiques et statistiques mentionnés. Il n'était donc plus possible d'évaluer objectivement les faits, puisqu'il était considéré comme établi que la défenderesse pratiquait la surmédicalisation, à moins que cette dernière ne fasse valoir des arguments ou des faits susceptibles d'étayer sa thèse d'innocence. Dans le dispositif, la condamnation préalable de la défenderesse par les membres était clairement perceptible et a également donné lieu à de nombreuses questions pièges et à une attitude hypercritique vis-à-vis des réponses de la défenderesse.

b. Acceptation de la statistique : en outre, les membres de la CPC n'ont absolument pas tenu compte des arguments concernant le MBI, les pratiques aberrantes et l'absence de congruence du groupe de comparaison concernant la morbidité (saisie comme DDD-PCG) dans la section des questions. Aucune question n'a été posée à santésuisse pour clarifier ces points. Cela indique que les membres ont été influencés (biais) par les recherches de preuves erronées de santésuisse.

5). Demandes à la FMH

a. Résiliation du contrat EAE (Convention sur le contrôle de l'économicité entre FMH, Curafutura et santésuisse, le 20.03.2018).

b. Évaluations en cours: La FMH demande à santésuisse (1) de calculer le montant du recours en intégrant la valeur inférieure de l'indicateur d'incertitude dans la formation de l'indice, (2) d'homogénéiser tous les groupes de comparaison sur la base du DDD=0 ou DDD>0 avant de calculer l'indice de régression, (3) de calculer le montant du recours à partir d'un indice >180% (en raison de l'absence de validation de la méthode statistique), (4) la vérification du résultat de la régression à l'aide de l'ANOVA-MBI, (5) la validation de la méthode de régression sur la base de la preuve de l'inefficacité définie comme des coûts plus élevés pour le même résultat, (6) une vérification indépendante des jeux de données qui sont rassemblées lors de la formation des groupes de comparaison, (7) le refus de l'activité EAE du Dr. Andres Kohler en raison d'une éventuelle partialité dans l'établissement des preuves.

Résumé

Toutes les expertises et tous les calculs effectués ici sont accessibles et connus de santésuisse. Malgré les défauts immédiatement visibles de la base de données, le Dr Kohler a omis d'apporter les corrections nécessaires au groupe de comparaison. C'est aussi pour cette raison que l'on soupçonne une action délibérée ou abusive de la part de santésuisse, y compris de nombreuses

Interessensgruppe Profiling / Groupe Interest Profiling

violations des critères SEVAL (https://docfind.ch/WZWPatientCenteredSeval_de_fr_en.pdf). Le fait que 28% ou 345 cabinets présentent un indice de régression > 120% et que les cabinets aberrants n'ont pas été automatiquement exclus de l'indice de régression et de l'indice ANOVA plaide également en ce sens. Il reste globalement incompréhensible que l'utilisation abusive de profils de cabinets médicaux à des fins statistiques par santésuisse soit tolérée par la FMH. Le maintien éventuel de la plainte dans ce cas et de toutes les plaintes contre la FAG53 pour les années 2018 et 2019 peut également avoir des conséquences juridiques pour la FMH.

Comme l'indiquait déjà en 2016 l'expertise du Dr Warmuth sur le développement de la méthode de santésuisse (<https://docfind.ch/WZWGutachtenWarmuth032016.pdf>) :

"Le rapport méthodologique "Développement méthodique de l'examen de l'économicité" est inutilisable dans le domaine de la santé et pour évaluer l'économicité des fournisseurs de prestations ambulatoires. La justification de cette affirmation est présentée en détail dans la section 3 de la présente prise de position. Les méthodes sont dépourvues de tout lien avec l'objet "audit d'économicité des fournisseurs de prestations ambulatoires". En tant que méthodes économétriques de contrôle de l'efficacité, les méthodes se distinguent de toute référence à l'efficacité - ce qui n'est pas scientifique dans les sciences sociales empiriques : l'évaluation est certes présentée comme liée à des règles, mais les évaluations ne constituent pas des évaluations systématiques et transparentes de l'objet "economicité des fournisseurs de prestations ambulatoires". En ce qui concerne la qualité des évaluations de l'économicité des fournisseurs de prestations ambulatoires, le rapport méthodologique enfreint les 27 standards individuels du standard de la Société suisse d'évaluation SEVAL - relatifs à l'utilité, la faisabilité, l'exactitude (en Allemagne - DeGEval - ces standards individuels au contenu identique s'appellent Fairness). Les prestataires de services ambulatoires traitent leurs patients selon des critères totalement différents de ceux qui ont été adoptés dans le rapport méthodologique. Ainsi ; l'anamnèse, les symptômes, le diagnostic, orientent les thérapies, et les prestations, Pour cela, les médecins revendiquent des honoraires".

Sektion IGPROF Deutschschweiz



Dr. med. Michel Romanens; Olten



Dr. rer. nat. habil. Walter Warmuth, Leipzig

Section IGPROF Suisse Romande

Dr. méd. Serban Sikitiu, Lausanne

