



Patient centered physician profiling using a new PCG-Index

A proposal by the medical association on ethics and medicine
Switzerland

Romanens Michel and Walter Warmuth

VEMS Spitalstr. 9, 4600 Olten; 13.09.2022; Donations to Fairfond.ch



Patient centered physician profiling using a new PCG-Index

Profils de médecins centrés sur le patient à l'aide d'un nouvel indice PCG.

Patienten-zentrierte Arztprofile anhand eines neuen PCG-Indexes

Ein Vorschlag des Vereins Ethik und Medizin Schweiz

Autoren:

Michel Romanens, Walter Warmuth

Französische und englische Übersetzung im Anschluss an die Literaturangaben.

Hintergrund:

Die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit einer Arztpraxis erfolgt anhand der Bildung von Vergleichsgruppen [1]. Zu häufig sind die Vergleichsgruppen falsch gebildet, was zu ungerechtfertigten Rückforderungen führt. Die FMH hat sich vertraglich auf den ANOVA- und später auf den REGRESSIONS-Index eingelassen. Beide Methoden sind wegen dem Problem der Vergleichsgruppen betreffend Wirtschaftlichkeitsprüfung nicht anwendbar. Mit pharmazeutischen Kostengruppen (PCG) können vergleichbare Kollektive definiert werden (neuer PCG-Index) und damit ein korrekter Risikostrukturausgleich berechnet werden [2]–[4].

Ziele:

1. Überprüfung der Vergleichsgruppen 2006-2022 anhand von PCG bei auffälligem ANOVA- oder REGRESSIONS-Index
2. Validierung des PCG-Indexes für verschiedene Facharztgruppen und unabhängig von Facharztgruppen

Problemstellung:

Aktuell werden Vergleichsgruppen innerhalb von Facharztgruppen gebildet [5]. Mit der ANOVA Methode erfolgt eine Korrektur der Kosten anhand des Patientenprofils betreffend Altersklasse, Geschlecht und Wohnkanton (2006-2017). Mit der REGRESSIONS-Methode (2018-2022) erfolgt die Korrektur der Kosten anhand weiterer Variablen [4] betreffend PCG, wobei nicht alle Medikamente, die in der medizinischen Therapie erfasst werden, in der Liste erscheinen [6]. Dies führt dazu, dass kranke Personen fälschlicherweise als gesund erscheinen, was zu Rückforderungen seitens santésuisse führt. Der von santésuisse gewählte Beurteilungspfad ist deswegen grundlegend falsch: Arztpraxis → FAG_{praxis} verglichen mit Arztpraxen → FAG_{gruppe}.

Neue Überprüfungs-Methode:

Die Zuteilung der Vergleichsgruppe erfolgt nicht mehr über die Facharztgruppe FAG-Code, sondern über die PCG-Codes: Arztpraxis → PCG_{praxis} verglichen mit Arztpraxen → PCG_{gruppe}.

Jede auffällige Praxis wird vor Sanktionsdrohungen einer PCG-Gruppe zugeteilt und deren Durchschnittskosten im Vergleich zur PCG-Vergleichsgruppe ermittelt. Die Details dieses Verfahrens werden erarbeitet und vollständig offengelegt. Es sind nach oben und nach unten Konfidenzintervalle zu bilden. Der Einbezug weiterer Variablen, welche Morbidität → Kosten erklären, sind zu berücksichtigen und in der Formel als kostenentlastende Variablen einer Arztpraxis zu berücksichtigen.

Diskussion:

Seit 2006 ist bekannt [7], dass der Regressionsindex unter Verwendung von PCG Morbiditätskriterien die Morbidität der ambulant behandelten Kranken deutlich besser abbildet als der ANOVA-Index. Weil die Versicherer technisch nicht in der Lage waren oder sein wollten, den Regressions-Index zu generieren, wurde der falsche ANOVA-Index bis 2017 verwendet und damit über 12 Jahre rund 30'000 falsche Überarztungsbeweise erzeugt. Gehen wir davon aus, dass deshalb pro Jahr rund 500 Vergleichszahlungen erfolgten, um Gerichtsverhandlungen zu vermeiden, flossen in 12 Jahren (zwischen 2006-2017) mit dem ANOVA-Index rund 500x12x50'000 Fr =300 Mio. Fr. in die Kassen der santésuisse.

Beweis: geheimes Gutachten Nr. 2 der ETH Zürich zum ANOVA-Index [8]. Kontext des Beweismittels [9]. PCG Symposium K. Beck [10].

Viele Betroffene aus der Ärzteschaft haben sich unter dem Druck der Versicherer, vertreten durch santésuisse, flankiert von paritätischen Kommissionen und ermöglicht durch die FMH, einer willfährigen Abteilung der Krankenversicherer in WZW-Fragen, zur Zahlung von Regressen drängen lassen. Das Problem existiert seit 2006 (ANOVA Methode) und persistiert bis 2017 (Regressionsindex seit 2018). Der Reputationsschaden für die Ärzteschaft ist nicht bezifferbar und massiv.

Wir haben eine umfassende Expertise zu WZW Verfahren seit 2003 verfügbar. Im Jahr 2013 haben wir als Mitglied der technischen Arbeitsgruppe WZW der FMH ein Eckwertepapier der FMH zur Verfügung gestellt [11], welches von der FMH teilweise übernommen wurde [12] und von der FMH erneut als übernommen wurde [13]. Im Rahmen der technischen Arbeitsgruppe FMH haben wir 2013 im Auftrag der FMH die technischen Grundlagen für die Verbesserung des WZW Screening Verfahrens in einer Präsentation erarbeitet [14]. Zusammenfassende Übersicht: VEMS Aufarbeitung WZW Verfahren [15]

Von hoher Bedeutung ist die Tatsache, dass santésuisse als privater Verein nicht der Aufsichtspflicht des Bundesamtes für Gesundheit unterliegt [16]: die Versicherer haben also freie Hand erhalten die "ärztlichen Hühner im Stall durch die Versicherungs-Füchse" überwachen zu lassen, eine rechtsstaatliche Unmöglichkeit, wenn die Ankläger die Beweismittel auch noch selber konstruieren.

Die Mängelliste der PCG Methode (REGRESSIONS-Index) ist zudem enorm [17]

1. Es werden keine Diagnosedaten verwendet.
2. Es werden keine Vorjahresdaten verwendet.
3. Es werden keine Effekt-Variablen verwendet (Outcome-Daten).
4. Es wird nicht grundsätzlich erkannt, dass Wirtschaftlichkeit nur im Kontext mit Outcome erfasst werden kann, wonach niedrigere Kosten bei gleichem Outcome wirtschaftlicher sind (Fundamentalfehler Nr. 1 in der Gesundheitsökonomie).
5. Die Kostendaten sind nicht normal verteilt.
6. Nachträgliche Normierungen der Kostenverteilung sind experimentell.
7. Die Aggregation zu AGG führt zu aufgeblähten R2 und Pseudoerklärungsgehalt (80% statt korrekt 20%).
8. Hohe notwendige Versorgungskosten werden automatisch zu einem spezifischen Praxiseffekt zugeordnet, Systemfehler Nr. 1 («ungerechtfertigt strenge Beurteilung»).
9. Aggregierte PCG auf Arzzebene in AGG verkennen die Gesamtmorbidität der Patientinnen und Patienten, dazu ist eine Individualberechnung auf Patientenebene notwendig, Systemfehler 2.
10. PCG weisen eine sehr hohe Varianz der Kosten auf, damit steigt die Fehlerbreite in kleinen Kollektiven (einer Arztpraxis) enorm an. PCG sind für das Physician Profiling nicht validiert. Es fehlt die Berechnung eines Vertrauensintervalls für die PCG selbst.
11. Das untere Vertrauensintervall wird nur für AGG berechnet. Das Vertrauensintervall auf Arzzebene (\hat{a}) wird wegen fehlenden Daten ungenügend berechnet und für die Beta2-Variablen erst gar nicht gerechnet, die Wissenschaftlichkeit ist wegen den Mängeln bei der Datenbeschaffung nicht gegeben (SEVAL Kriterium B65).
12. Schwellenwerte führen zu Verzerrungen, deren Ausmass und Bedeutung völlig unklar bleiben.
13. Wenn santésuisse einen Regressionsindex kommuniziert, ist nicht klar, mit welchem Modell gerechnet wurden (wurde eine Winsorisierung verwendet, wurde der Unsicherheitsindikator berücksichtigt, falls nicht, wie hoch war er?).
14. Die Zahl auffälliger Ärztinnen und Ärzte liegt weiterhin bei knapp 20%, die Methode sollte jedoch lediglich einen Anfangsverdacht bei rund 2-3% der Ärztinnen und Ärzte generieren, um nicht selber unwirtschaftlich zu sein, Systemfehler 3.
15. Der Effekt der zweiten Stufe ist minimal und damit nur eine potentielle Fehlerquelle, somit hier ein Effizienzproblem und eine Verletzung des SEVAL-Kriteriums B75.

16. Bei Berechnungen auf mit nicht-aggregierten, individuellen Patientendaten bleiben die Modelle die Erklärung von rund 70% der Kosten schuldig, Systemfehler 4.

17. Dass mit aggregierten Daten statt 14% nur 11% auffällige Ärztinnen und Ärzte resultieren ist kein Argument dafür, auf die Individualdaten zu verzichten.

18. Die Übereinstimmung zwischen Berechnungen mit individuellen und aggregierten Daten ist bei einem Drittel der auffälligen Ärztinnen und Ärzte nicht vorgegeben, die Methode ist somit in sich widersprüchlich und damit nicht ausreichend validiert (SEVAL B8 verletzt [18]).

19. Die Autoren legen sich nicht fest, mit welcher Methode schliesslich gerechnet werden sollte. Damit kann santésuisse weiterhin willkürliche Inzidenzen von auffälligen Ärztinnen und Ärzten pro Jahr produzieren (18%). Allein schon die potentielle Anklage durch eine nicht Outcome-validierte Methode ist ehrverletzend und verletzt ethische Grundprinzipien (SEVAL Kriterium A10) und sind respektlos (SEVAL Kriterium A11).

20. Es gibt keine externe Zertifizierung betreffend die Frage, ob sasis/santésuisse richtig rechnen. Da santésuisse Partei in diesen Gutachten darstellt, haben wir hier einen weiteren Systemfehler, welcher auch schon vom kantonalen Ethikrat für Statistik moniert wurde [19], zudem hat santésuisse nie die Charta dieses Ethikrats unterzeichnet. 21. Medikamentenkosten müssen aus den Wirtschaftlichkeitsverfahren eliminiert werden [20].

Schlussfolgerungen:

Unter dem politischen Druck der santésuisse und der fehlenden Datenhoheit innerhalb der Ärzteschaft zu umfassenden Grundlagen der Rechnungssteller-Statistiken befindet sich die FMH in einer äusserst schwachen Position. Die weitgehend durch die santésuisse diktierte Ausgestaltung der Wirtschaftlichkeitsverfahren ist entsprechend inakzeptabel. Andererseits ist das Mitgehen der FMH gerade die Voraussetzung dafür, dass die Wirtschaftlichkeitsverfahren zuungunsten der Arztpraxen ausgestaltet sind. Zudem verunmöglicht das Mitgehen der FMH eine rasche und effektive Verbesserung der Situation [21].

In Anbetracht der aktuellen Situation kann der PCG-Index durch den Vergleich von Praxen mit gleicher Morbidität die Capitation der Kranken verbessern und damit den Case-Mix einer Praxis besser abbilden. Dies ist eine der unabdingbaren Voraussetzung für den Gruppenvergleich.

Die mit dem Vorschlag notwendige PCG-Index Forschung soll offen und transparent durch unabhängige Experten erstellt und durch weitere Peer-Experten beurteilt und validiert werden. Ferner muss der Prozess in einem wissenschaftlichen Journal publiziert werden.

Referenzen:

- [1] M. Schwenkglenks, "Vergleich verschiedener Instrumente (Rechnungsstellerstatistik der santésuisse und Praxisspiegel der Trustcenter) zur Beurteilung der von Schweizer Ärzten in der Grundversorgung verursachten Behandlungskosten. Statistischer Studienbericht," *ECPM*, 2010, [Online]. Available: https://eastcare.ch/dbFile/262/u-e69c/Studie_RSSPSS_Statistikbericht_2010-05.pdf
- [2] D. Stämpfli, K. Hersberger, M. Schwenkglenks, M. Bill, D. Meyer, and H. Telser, "Aktualisierung der PCG-Liste für den Schweizer Risikoausgleich," 2019, [Online]. Available: https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/kuv-aufsicht/pus/risikoausgleich/corrigendun.pdf.download.pdf/Polynomics_Uni_Basel_Aktualisierung_PCG_Schlussbericht_2019-01-22.pdf
- [3] M. Trottmann, H. Telser, D. Stampfli, K. Hersberger, K. Matter, and M. Schwenkglenks, "Übertragung der niederländischen PCG auf Schweizer Verhältnisse," *Polynomics*, 2015, [Online]. Available: <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00295/12845/index.html?lang=de>
- [4] H. Telser, "Schlussbericht Polynomics WZW Verfahren," 2017. [Online]. Available: https://docfind.ch/Polynomics_Wirtschaftlichkeitspruefungen_Schlussbericht_20170929.pdf
- [5] Santésuisse, "ZSR2", Accessed: Sep. 12, 2022. [Online]. Available: <https://physicianprofiling.ch/ZSRKanton2.pdf>
- [6] BAG, "pcg-liste-25-februar-2022-stand-sl-dezember-21 (D) (2)", Accessed: Sep. 12, 2022. [Online]. Available: [https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/kuv-aufsicht/pus/RaListPCG/pcg-liste-25-fevrier-2022.xlsx.download.xlsx/pcg-liste-25-februar-2022-stand-sl-dezember-21%20\(D\).xlsx](https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/kuv-aufsicht/pus/RaListPCG/pcg-liste-25-fevrier-2022.xlsx.download.xlsx/pcg-liste-25-februar-2022-stand-sl-dezember-21%20(D).xlsx)
- [7] S. von Rotz *et al.*, "Der Ärzteindex: Ein Instrument zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit von Grundversorgern," *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement*, vol. 13, no. 3, pp. 142–148, 2008, doi: 10.1055/s-2007-963626.
- [8] P. Roth and W. Stahel, "ANOVA Gutachten Kanton Tessin," *Seminar für Statistik ETH Zürich*, 2008, [Online]. Available: <https://www.docfind.ch/WZWGutachten2ETH2008.pdf>
- [9] Michel Romanens, "Vom Wandel der Wirtschaftlichkeit," 2019, Accessed: Sep. 13, 2022. [Online]. Available: <https://www.docfind.ch/WZWWandel.pdf>
- [10] K. Beck, "Consano Symposium 2007: Statistische Beurteilung chronischer Patienten aus Sicht der Krankenkassen," 2007. [Online]. Available: <https://docfind.ch/ConsanoSymposiumBeck092007.pdf>
- [11] Romanens Michel, "WZW santésuisse-LEVEL I/II", Accessed: Sep. 13, 2022. [Online]. Available: www.physicianprofiling.ch/WZWCSS072013.pdf
- [12] M. Romanens, "Eckwertepapier FMH," 2013. [Online]. Available: https://docfind.ch/Eckwertepapier_WZW_2013_11_26.pdf
- [13] FMH, "Positionspapier der FMH: Die neue statistische WZW-Screening-Methode der Krankenversicherer-kurz erklärt", Accessed: Sep. 13, 2022. [Online]. Available: https://www.fmh.ch/files/pdf7/positionspapier_ag_wzw_fmh_20191212_d-v1.pdf

- [14] Romanens Michel, Gähler Ernst, Moline Philip, and Frutig Peter, "Background and International Standards of physician profiling", Accessed: Sep. 13, 2022. [Online]. Available: <https://wzw-betrug.ch/wp-content/uploads/2022/09/FMHAnova102013V5.pdf>
- [15] M. Romanens, N. H. W. Warmuth, E. A. Schober, P. Koop, and F. Kurth, "Beurteilungsqualität und Behandlungskultur eine Aufarbeitung der Schweizer Wirtschaftlichkeitsverfahren," 2019, Accessed: Sep. 13, 2022. [Online]. Available: <https://www.docfind.ch/VEMSAufarbeitungWZW.pdf>
- [16] P. Strupler, "Beaufsichtigung von santésuisse betreffend Datenbanken zur Erstellung der WZW-Verfahren.," 2016. [Online]. Available: www.docfind.ch/BAGStrupler052016.pdf
- [17] M. Romanens, W. Warmuth, and G. Leipzig, "Analysen zum Regressions-Index von santésuisse zur Wirtschaftlichkeitsprüfung bei Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz", Accessed: Sep. 13, 2022. [Online]. Available: <https://physicianprofiling.ch/wp-content/uploads/2021/02/WZWRegressionsindex2021.pdf>
- [18] C. Rüefli, R. Zweidler, and M. Koci, "Evaluationsstandards der Schweizerischen Evaluationsgesellschaft (SEVAL)," 2016. Accessed: Nov. 10, 2019. [Online]. Available: https://www.seval.ch/app/uploads/2018/01/SEVAL-Standards-2016_d.pdf
- [19] P. Tschopp, "Stellungnahme des Ethikrates zur Leistungserbringerstatistik von santésuisse." 2005. [Online]. Available: http://www.ethikrat-stat.ch/de/assets/File/faelle/a1_Scan.pdf
- [20] U. Kieser, "Berücksichtigung von Medikamentenkosten bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung," 2018. [Online]. Available: <https://docfind.ch/Kieser082018.pdf>
- [21] E. Analyse and M. Romanens, "Das Versagen der Aerzteschaft bei der Kosteneffizienz Beurteilung," 2021, Accessed: Sep. 13, 2022. [Online]. Available: <https://physicianprofiling.ch/wp-content/uploads/2021/10/WZWArztversagen.pdf>

Version française

Contexte :

L'évaluation de l'économicité d'un cabinet médical se fait sur la base de la formation de groupes de comparaison [1]. Trop souvent, les groupes de comparaison sont mal formés, ce qui entraîne des demandes de remboursement injustifiées. La FMH s'est engagée par contrat à utiliser l'indice ANOVA et, plus tard, l'indice REGRESSIONS. Ces deux méthodes ne sont pas applicables en raison du problème des groupes de comparaison concernant le contrôle de l'économicité. Les groupes de coûts pharmaceutiques (GCP) permettent de définir des collectifs comparables (nouvel indice GCP) et de calculer ainsi une compensation correcte de la structure des risques [2]-[4].

Objectifs :

1. vérifier les groupes de comparaison 2006-2022 à l'aide des PCG en cas d'indice ANOVA ou REGRESSION remarquable
2. validation de l'indice PCG pour différents groupes de médecins spécialistes et indépendamment des groupes de médecins spécialistes.

Problème posé :

Actuellement, des groupes de comparaison sont formés au sein de groupes de médecins spécialistes [5]. La méthode ANOVA permet de corriger les coûts en fonction du profil des patients concernant la classe d'âge, le sexe et le canton de résidence (2006-2017). Avec la méthode REGRESSIONS (2018-2022), la correction des coûts s'effectue à l'aide d'autres variables [4] concernant le PCG, sachant que tous les médicaments saisis dans la thérapie médicale n'apparaissent pas dans la liste [6]. Il en résulte que des personnes malades apparaissent à tort comme étant en bonne santé, ce qui entraîne des demandes de remboursement de la part de santésuisse. La voie d'évaluation choisie par santésuisse est donc fondamentalement erronée : cabinet médical FAGpraxis comparé aux cabinets médicaux FAGgroupe.

Nouvelle méthode de vérification :

L'attribution du groupe de comparaison ne se fait plus par le biais du groupe de médecins spécialistes code FAG, mais par le biais des codes PCG : Cabinet médical PCGpraxis comparé aux cabinets médicaux PCGgroupe.

Chaque cabinet médical remarquable est attribué à un groupe PCG avant toute menace de sanction et ses coûts moyens sont calculés par rapport au groupe de comparaison PCG. Les détails de cette procédure sont élaborés et entièrement divulgués. Des intervalles de confiance doivent être établis vers le haut et vers le bas. L'intégration d'autres variables expliquant les coûts de la morbidité doit être prise en compte et intégrée dans la formule en tant que variables d'allègement des coûts d'un cabinet médical.

Discussion :

Depuis 2006, on sait [7] que l'indice de régression utilisant les critères de morbidité PCG reflète nettement mieux la morbidité des malades traités en ambulatoire que l'indice ANOVA. Comme les assureurs n'étaient pas techniquement en mesure de générer l'indice de régression ou ne voulaient

pas le faire, l'indice ANOVA erroné a été utilisé jusqu'en 2017, générant ainsi environ 30 000 fausses preuves de surmédicalisation sur 12 ans. Si nous partons du principe qu'environ 500 paiements de règlement ont donc été effectués chaque année pour éviter des procès, en 12 ans (entre 2006-2017), environ $500 \times 12 \times 50'000 \text{ Fr} = 300$ millions de Fr ont été versés dans les caisses de santésuisse avec l'indice ANOVA.

Preuve : expertise secrète n° 2 de l'EPF Zurich sur l'indice ANOVA [8]. Contexte de la preuve [9]. Symposium PCG de K. Beck [10].

De nombreuses personnes concernées du corps médical se sont laissées pousser au paiement de recours sous la pression des assureurs, représentés par santésuisse, flanqués de commissions paritaires et rendus possibles par la FMH, un département docile des assureurs-maladie pour les questions EAE. Le problème existe depuis 2006 (méthode ANOVA) et persiste jusqu'en 2017 (indice de régression depuis 2018). Le préjudice de réputation pour le corps médical n'est pas chiffrable et est massif.

Nous disposons d'une expertise complète sur les procédures EAE depuis 2003. En 2013, en tant que membre du groupe de travail technique EAE de la FMH, nous avons mis à disposition un document sur les valeurs de référence de la FMH [11], qui a été partiellement repris par la FMH [12] et qui a été à nouveau considéré comme repris par la FMH [13]. Dans le cadre du groupe de travail technique FMH, nous avons élaboré en 2013, à la demande de la FMH, les bases techniques pour l'amélioration de la procédure de screening EAE dans une présentation [14]. Aperçu récapitulatif : mise à jour VEMS de la procédure EAE [15].

Le fait que santésuisse, en tant qu'association privée, ne soit pas soumise au devoir de surveillance de l'Office fédéral de la santé publique [16] est d'une grande importance : les assureurs ont donc les mains libres pour faire surveiller les "poules médicales dans le poulailler par les renards des assurances", une impossibilité dans un Etat de droit si les accusateurs construisent aussi eux-mêmes les moyens de preuve.

La liste des défauts de la méthode PCG (REGRESSIONS-Index) est en outre énorme [17].

- 1) Aucune donnée de diagnostic n'est utilisée.
2. aucune donnée de l'année précédente n'est utilisée.
3. aucune variable d'effet n'est utilisée (données de résultats).
4. on ne reconnaît pas fondamentalement que l'économicité ne peut être saisie que dans le contexte de l'outcome, selon lequel des coûts plus faibles sont plus économiques pour un même outcome (erreur fondamentale n° 1 en économie de la santé).
- 5) Les données sur les coûts ne sont pas distribuées normalement.
- 6) Les normalisations ultérieures de la distribution des coûts sont expérimentales.
7. l'agrégation en AGG conduit à des R2 gonflés et à un contenu pseudo-explicatif (80% au lieu des 20% corrects).
8. les coûts de soins nécessaires élevés sont automatiquement attribués à un effet spécifique de la pratique, erreur de système n° 1 ("évaluation stricte injustifiée").
9. Les PCG agrégés au niveau des médecins dans les AGG méconnaissent la morbidité globale des patients, un calcul individuel au niveau des patients est nécessaire à cet effet, erreur de système n° 2.
10. les PCG présentent une très grande variance des coûts, ce qui augmente énormément la marge d'erreur dans les petits collectifs (un cabinet médical). Les PCG ne sont pas validés pour le physician profiling. Il manque le calcul d'un intervalle de confiance pour les PCG elles-mêmes.
11. l'intervalle de confiance inférieur n'est calculé que pour les AGG. L'intervalle de confiance au niveau du médecin ($\hat{\alpha}$) est calculé de manière insuffisante en raison du manque de données et n'est même

pas calculé pour les variables bêta2 ; la scientificité n'est pas assurée en raison des lacunes dans la collecte des données (critère SEVAL B65).

12.les valeurs seuils entraînent des distorsions dont l'ampleur et la signification ne sont absolument pas claires.

13.lorsque santésuisse communique un indice de régression, il n'est pas clair avec quel modèle les calculs ont été effectués (une pondération de Wins, l'indicateur d'incertitude a-t-il été pris en compte, si non, quel était son niveau ?)

14.le nombre de médecins suspects se situe toujours à près de 20%, mais la méthode ne devrait générer qu'un soupçon initial chez environ 2-3% des médecins, afin de ne pas être elle-même non rentable, erreur de système 3.

15.l'effet de la deuxième étape est minime et n'est donc qu'une source d'erreur potentielle, il y a donc ici un problème d'efficacité et une violation du critère B75 de la SEVAL.

16.en cas de calcul sur la base de données individuelles de patients non agrégées, les modèles ne permettent pas d'expliquer environ 70% des coûts, erreur de système 4.

17.le fait que les données agrégées ne donnent que 11% de médecins suspects au lieu de 14% n'est pas un argument pour renoncer aux données individuelles.

18.la concordance entre les calculs avec les données individuelles et agrégées n'est pas donnée pour un tiers des médecins suspects, la méthode est donc contradictoire en soi et n'est donc pas suffisamment validée (SEVAL B8 viole [18]).

19.les auteurs ne précisent pas avec quelle méthode il faudrait finalement compter. Ainsi, santésuisse peut continuer à produire des incidences arbitraires de médecins remarquables par an (18%). Le simple fait d'être potentiellement accusé par une méthode non validée en termes de résultats est déjà une atteinte à l'honneur et une violation des principes éthiques fondamentaux (critère SEVAL A10) et un manque de respect (critère SEVAL A11).

20.il n'y a pas de certification externe concernant la question de savoir si sasis/santésuisse calcule correctement. Comme santésuisse représente une partie dans ces expertises, nous avons ici une autre erreur de système, qui a déjà été critiquée par le Conseil d'éthique cantonal pour la statistique [19], de plus santésuisse n'a jamais signé la charte de ce Conseil d'éthique. 21.les coûts des médicaments doivent être éliminés des procédures d'économicité [20].

Conclusions :

Sous la pression politique de santésuisse et en l'absence de souveraineté des données au sein du corps médical sur les bases complètes des statistiques des factureurs, la FMH se trouve dans une position extrêmement faible. La conception des procédures d'économicité, largement dictée par santésuisse, est donc inacceptable. D'autre part, la participation de la FMH est précisément la condition pour que les procédures d'économicité soient conçues au détriment des cabinets médicaux. De plus, la participation de la FMH rend impossible une amélioration rapide et efficace de la situation [21].

Compte tenu de la situation actuelle, l'indice PCG peut, en comparant des cabinets ayant la même morbidité, améliorer la capitation des malades et ainsi mieux refléter le case-mix d'un cabinet. C'est l'une des conditions indispensables à la comparaison des groupes.

La recherche sur l'indice PCG rendue nécessaire par la proposition doit être réalisée de manière ouverte et transparente par des experts indépendants, puis évaluée et validée par d'autres experts pairs. En outre, le processus doit être publié dans une revue scientifique.

English Version

Background:

The assessment of the cost-effectiveness of a medical practice is based on the formation of comparison groups [1]. Too often, the comparison groups are formed incorrectly, resulting in unjustified recoveries. The FMH contractually agreed on the ANOVA and later on the REGRESSIONS index. Both methods are not applicable due to the problem of comparison groups regarding performance auditing. Pharmaceutical cost groups (PCG) can be used to define comparable collectives (new PCG index) and thus calculate a correct risk structure compensation [2]-[4].

Objectives:

1. validation of the comparison groups 2006-2022 using PCG in case of conspicuous ANOVA or REGRESSION index.
2. validation of PCG index for different groups of specialists and independent of groups of specialists.

Problem Statement:

Currently, comparison groups are formed within specialist groups [5]. The ANOVA method is used to correct the costs based on the patient profile regarding age group, gender and canton of residence (2006-2017). With the REGRESSIONS method (2018-2022), the correction of the costs is done using other variables [4] concerning PCG, where not all drugs covered in medical therapy appear in the list [6]. This results in sick individuals falsely appearing as healthy, leading to recoveries by santésuisse. The assessment path chosen by santésuisse is therefore fundamentally flawed: physician practice FAG practice compared to physician practices FAG group.

New review method:

The allocation of the comparison group is no longer based on the specialist group FAG code, but on the PCG codes: Physician Practice PCGpractice compared to Physician Practices PCGgroup.

Each conspicuous practice will be assigned to a PCG group before sanction threats and its average cost compared to the PCG comparison group. The details of this process are developed and fully disclosed. Upward and downward confidence intervals are to be established. The inclusion of other variables that explain morbidity costs are to be considered and included in the formula as cost-reducing variables of a physician practice.

Discussion:

Since 2006, it has been known [7] that the regression index using PCG morbidity criteria reflects the morbidity of outpatients much better than the ANOVA index. Because insurers were technically unable or unwilling to generate the regression index, the incorrect ANOVA index was used until 2017, generating approximately 30,000 false over-physician claims over 12 years. If we assume that therefore about 500 settlement payments were made per year to avoid court proceedings, in 12 years (between 2006-2017) with the ANOVA index about $500 \times 12 \times 50'000 \text{ Fr} = 300 \text{ million Fr}$ flowed into the coffers of santésuisse.

Evidence: secret expert opinion no. 2 of the ETH Zurich on the ANOVA index [8]. Context of the evidence [9]. PCG Symposium K. Beck [10].

Many affected physicians have allowed themselves to be pressured into paying recourse under the pressure of the insurers, represented by santésuisse, flanked by parity commissions and enabled by

the FMH, a compliant department of the health insurers in WZW issues. The problem has existed since 2006 (ANOVA method) and persisted until 2017 (regression index since 2018). The reputational damage to the medical profession is unquantifiable and massive.

We have extensive expertise on WZW procedures available since 2003. In 2013, as a member of the FMH technical working group on WZW, we provided a benchmark paper to the FMH [11], which was partially adopted by the FMH [12] and was again considered adopted by the FMH [13]. In 2013, as part of the FMH technical working group, we developed the technical basis for improving the WZW screening process in a presentation on behalf of the FMH [14]. Summary overview: VEMS workup WZW procedure [15].

Of high importance is the fact that santésuisse as a private association is not subject to the supervisory duty of the Federal Office of Public Health [16]: the insurers have thus been given free rein to have the "medical chickens in the coop supervised by the insurance foxes", an impossibility under the rule of law if the accusers also construct the evidence themselves.

The list of shortcomings of the PCG method (REGRESSIONS index) is also enormous [17].

1. no diagnostic data are used.
2. no previous year data are used.
3. no effect variables are used (outcome data).
4. it is not fundamentally recognized that cost-effectiveness can only be captured in the context of outcome, according to which lower costs are more economical for the same outcome (fundamental error No. 1 in health economics).
5. cost data are not normally distributed.
6. subsequent normalizations of the cost distribution are experimental.
7. aggregation to AGG leads to inflated R2 and pseudo-explanatory content (80% instead of correct 20%).
8. high necessary care costs are automatically assigned to a specific practice effect, system error #1 ("unjustifiably stringent assessment").
9. Aggregated PCGs at the physician level in AGGs misrepresent patients' overall morbidity; this requires an individual calculation at the patient level, system error #2.
10. PCG have a very high variance of costs, thus the range of errors increases enormously in small collectives (a physician practice). PCG are not validated for physician profiling. There is no calculation of a confidence interval for the PCG itself.
11. The lower confidence interval is calculated only for AGG. The confidence interval at the physician level ($\hat{\alpha}$) is insufficiently calculated due to missing data and is not calculated at all for the Beta2 variables; scientificity is not given due to deficiencies in data acquisition (SEVAL criterion B65).
12. thresholds lead to distortions whose extent and significance remain completely unclear.
13. if santésuisse communicates a regression index, it is not clear with which model calculations were made (was a winsorization used, was the uncertainty indicator taken into account, if not, how high was it?).
14. The number of conspicuous physicians is still close to 20%, but the method should only generate an initial suspicion in about 2-3% of physicians in order not to be uneconomical itself, system error 3.
15. The effect of the second stage is minimal and thus only a potential source of error, thus here an efficiency problem and a violation of SEVAL criterion B75.
16. In calculations based on non-aggregated, individual patient data, the models fail to explain about 70% of the costs, system error 4.
17. The fact that aggregated data result in only 11% conspicuous physicians instead of 14% is not an argument for dispensing with individual data.

18.The agreement between calculations with individual and aggregated data is not given for one third of the conspicuous physicians, the method is therefore inconsistent and thus not sufficiently validated (SEVAL B8 violated [18]).

19.The authors do not specify which method should finally be used. Thus, santésuisse can continue to produce arbitrary incidences of conspicuous physicians per year (18%). The potential accusation by a non-outcome-validated method alone is dishonorable and violates basic ethical principles (SEVAL criterion A10) and is disrespectful (SEVAL criterion A11).

20.There is no external certification regarding the question whether sasis/santésuisse calculate correctly. Since santésuisse is a party in these expert opinions, we have here another system error, which has already been criticized by the Cantonal Ethics Council for Statistics [19]; moreover, santésuisse has never signed the charter of this Ethics Council. 21. Drug costs must be eliminated from the economic efficiency procedures [20].

Conclusions:

Under political pressure from santésuisse and the lack of data sovereignty within the medical profession on comprehensive bases of billing statistics, the FMH is in an extremely weak position. The design of the efficiency procedures, which is largely dictated by santésuisse, is accordingly unacceptable. On the other hand, the FMH's involvement is precisely the prerequisite for the fact that the efficiency procedures are designed to the disadvantage of the medical practices. In addition, the FMH's involvement makes it impossible to improve the situation quickly and effectively [21].

Given the current situation, the PCG index can improve capitation of patients by comparing practices with the same morbidity and thus better reflect the case mix of a practice. This is one of the indispensable requirements for group comparison.

The PCG index research required by the proposal should be produced openly and transparently by independent experts and assessed and validated by other peer experts. Furthermore, the process must be published in a scientific journal.