

Editorial



Die seit vielen Jahren steigenden Krankenkassenprämien bringen das Gesundheitswesen unter Druck und verursachen Unbehagen in der Bevölkerung. Alles dreht sich um die Frage, wie viel das Gesundheitswesen nach bestem medizinischen Fortschritt kosten darf.

Verschiedene Akteure wollen es besser wissen. Ursprünglich waren sich die Vertreter der Ärzteschaft und Krankenversicherer nach langjährigen Verhandlungen uneinig über die Preisgestaltung. Der Bundesrat hat darauf subsidiär eingegriffen und im August 2017 die definitive Anpassung des Ärztetarifs Tarmed kommuniziert. Nachdem der Bundesrat zur Erkenntnis kam, dass Kinder, ältere Menschen und psychisch kranke Personen einen erhöhten Behandlungsbedarf haben, hat er das Sparpotenzial von 700 Mio. Franken auf jährlich 470 Mio. Franken korrigiert.

Auch die Kantone wollen die Kosten im Gesundheitswesen eindämmen. Dazu haben die kantonalen Gesundheitsdirektoren das Prinzip «ambulant vor stationär» entwickelt. Im Kanton Luzern wurde dies bereits eingeführt, in Zürich wird es 2018 umgesetzt, weitere Kantone werden folgen. Wer sich mit Gesundheitspolitik befasst, weiss, dass es sich hier lediglich um eine Umfinanzierung (Entlastung der Kantonsfinanzen) statt einer effektiven Kostensenkungsmassnahme handelt. Gravierend sind allerdings die Folgen im medizinischen Alltag. Ob die Politik bei der Definition ihrer Liste «ambulant durchzuführende Spitalbehandlungen» auch an die Organisation und die vorhandene Infrastruktur der Spitäler oder an die Ärzteschaft gedacht hat, wird sich erst mit der Umsetzung zeigen.

Linke Vertreter in Bundesbern rufen nach einer Einheitskasse, um das Kostenwachstum in den Griff zu bekommen. Andere Vertreter sprechen von Globalbudget. Bei so vielen verschiedenen Interessenvertretern und Akteuren scheint es äusserst wichtig, dass die Ärzteschaft einheitlich auftritt. Es darf nicht angehen, dass die Ärzte schon bald nur noch als staatliche Mitarbeiter tätig sein können. Eine freie Arztwahl und eine freie Spitalwahl scheinen wichtiger denn je.

Dr. med. Gerardo Maquieira
(Präsident FMP)

Kosten senken – eine Unmöglichkeit?

Bundesrat Alain Berset lässt einen Massnahmenkatalog für Kostensenkungen im Gesundheitswesen erarbeiten. Er wolle unnötige Leistungen beseitigen und Ineffizienzen beheben, sagte er gegenüber den Medien. Dies tönt einfach und logisch, wirft aber zahlreiche neue Fragen auf. Im Zentrum der Diskussion steht nun der umstrittene Vorschlag für ein Globalbudget.

Ende Oktober befasste sich der Bundesrat an einer Sitzung mit den Kosten im Gesundheitswesen. Seit Jahren wird in Bundesbern diskutiert, wie der Anstieg der Gesundheitskosten gebremst werden könnte. Verschiedene Vorlagen, wie z.B. die Einführung eines obligatorischen «Managed Care»-Modells, aber auch die Einführung einer Einheitskrankenkasse, wurden diskutiert und später wieder verworfen. Gerade die Idee eines neuen Krankenkassenmodells jedoch darf man noch nicht abhaken.

Kantonale Einheitskassen?

Am 28. September 2014 haben Volk und Stände die Volksinitiative «für eine öffentliche Krankenkasse» mit fast 62% Nein-Stimmen klar verworfen. Nur vier Westschweizer Kantone befürworteten dieses Begehren, welches die Einheitskasse anstrebte. Trotzdem ist das Thema wohl noch lange nicht vom Tisch.

Grund dafür sind namentlich zwei Westschweizer Protagonisten: Der Waadtländer Gesundheitsdirektor Pierre-Yves Maillard, langjähriger SP-Nationalrat und heutiger Staatsrat, sowie Mauro Poggia, welcher das Gesundheitsdepartement im Kanton Genf führt und dem «Mouvement citoyens genevois» angehört. In gesundheitspolitischen Belangen sind sich die beiden sonst sehr unterschiedlichen Politiker einig: Mehr Staat und weniger Markt wäre aus ihrer Sicht die Lösung.

Die beiden Exekutivpolitiker sind an der Lancierung zweier neuer Volksinitiativen beteiligt. Die eine Initiative fordert ein Verbot für Parlamentarier, Mandate bei Krankenkassen anzunehmen. Die andere Initiative sieht kantonale Kompensations- oder Ausgleichskassen vor, welche die Höhe der Prämien festlegen, so dass die Krankenkassen dann nur noch für administrative Belange zuständig wären. Auch wenn dieses Modell freiwillig bliebe, wäre abzusehen, dass einige Westschweizer Kantone diese Idee übernehmen würden und so einer nationalen Einheitskasse quasi von unten her der Boden bereitet würde.

Markt im Gesundheitswesen unmöglich?

Neben den genannten Vorlagen sorgt derzeit die Tarifdiskussion für viel Gesprächsstoff. Bei der Tarmed-Revision bzw. dem bundesrätlichen Tarifeingriff geht es jedoch um eine Kompetenz, welche bei der Regierung liegt. Darum – und auch aufgrund seiner hohen Komplexität – wird dieses Thema im Parlament nur am Rande diskutiert.

Hingegen prägt die Forderung nach einem Globalbudget die Debatten in den gesundheitspolitischen Kommissionen. Unter dem Titel «Steuerung der Kosten im KVG durch Vertragspartner» reichte die nationalrätliche Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit am 2. Februar 2017 eine parlamentarische Initiative ein, welche faktisch ein Globalbudget fordert.

Nach mehrheitlicher Auffassung in besagter Kommission, sollen u.a. die Leistungserbringer und die Versicherer inskünftig in den Tarifverträgen Massnahmen zur Steuerung der Kosten und Leistungen vereinbaren, über die der Bundesrat Grundsätze aufstellen kann. So wollen die Politiker das Kostenwachstum in den Griff kriegen. Faktisch würde damit ein Globalbudget eingeführt. Oder anders ausgedrückt: Liegt das Kostenwachstum in einem Jahr über einem definierten Wert, reduzieren sich die Tarife für ärztliche Leistungen im Folgejahr automatisch um einen im Voraus festgelegten Faktor.

Nein zum Globalbudget

Aus ärztlicher, aber auch aus liberaler Sicht gilt es die Einführung von Globalbudgets unbedingt zu verhindern, da diese zu einer Zweiklassen-Medizin führen würden. Die Rationierung medizinischer Leistungen, welche aus Kostengründen erfolgen müsste, hätte gravierende Nachteile für die Patienten – ebenso der damit einhergehende Qualitätsverlust, der zu befürchten wäre. Beispiele aus Holland oder Deutschland zeigen zudem, dass Globalbudgets kaum Einfluss auf eine Kostensenkung im Gesundheitswesen und damit auch keine positive Wirkung auf die Prämien haben.

Trotzdem nimmt Bundesrat Alain Berset diese Idee auf. Gestützt auf die Vorschläge einer Expertengruppe wird sein Departement in den kommenden Wochen konkrete Vorschläge ausarbeiten. Was unter dem Titel «verbindliche Zielvorgaben für das Kostenwachstum» angekündigt wird, bedeutet nichts anderes als die Einführung des Globalbudgets. Das Parlament, aber auch die Ärzteschaft, wird einiges zu diskutieren haben, um die Gesundheitspolitik ziel führend auszurichten.

Save the Date
5. April 2018:
General-
versammlung

Editorial



La hausse constante depuis de nombreuses années des primes d'assurance-maladie met la santé publique sous pression et crée un malaise dans la population. La question est toujours la même: quel prix est-on prêt à mettre pour un système de santé répondant au progrès médical le plus utile?

Divers acteurs croient détenir la bonne recette. Le point de départ est que les représentants du corps médical et les assureurs n'ont pas

réussi à se mettre d'accord, même après des années de discussion, sur la fixation des prix. Faisant usage de son pouvoir subsidiaire, le Conseil fédéral est intervenu en communiquant en août 2017 l'adaptation définitive du tarif médical Tarmed. Après avoir compris que les enfants, les personnes âgées et les malades psychologiquement atteints exigent des soins plus importants, le Conseil fédéral a ramené le potentiel d'économie de 700 à 470 millions de francs par an.

Les cantons aussi cherchent à endiguer les coûts de la santé. A cet effet, les directeurs cantonaux de la santé publique ont développé le principe du «ambulatoire avant le stationnaire». Le canton de Lucerne a déjà appliqué ce principe, Zurich en fera autant en 2018 et d'autres cantons suivront. Toute personne au courant de la politique de la santé sait parfaitement qu'il ne s'agit là que de transferts de charges (allègement des finances cantonales) et non pas de mesures réduisant effectivement les coûts. En revanche, les conséquences pour le quotidien médical sont graves. On ne verra que lors de l'application concrète de ce principe si l'autorité politique a songé également à l'organisation et à l'infrastructure hospitalières ou encore au corps médical en définissant la liste des traitements hospitaliers devant à l'avenir être assumés de manière ambulatoire.

Les parlementaires de gauche de la Berne fédérale réclament une caisse-maladie unique pour freiner la hausse des coûts de la santé. D'autres politiciens croient en la vertu d'un budget global. Face à la grande diversité des intérêts en jeu et des acteurs, il est extrêmement important que le corps médical présente un front uni. Il n'est pas acceptable que les médecins soient bientôt relégués au rang des simples collaboratrices et collaborateurs de l'Etat. Le libre choix du médecin et de l'hôpital est plus important que jamais.

Avec mes meilleures salutations

Dr. med. Gerardo Maquieira
(Président FMP)

Diminuer les coûts de la santé – une mission impossible?

Le conseiller fédéral Alain Berset fait préparer un catalogue de mesures pour réduire les coûts de la santé publique. Il s'agit de supprimer des prestations inutiles et de corriger des processus inefficaces, a-t-il déclaré devant la presse. Une intention apparemment simple et logique, mais qui soulève de nombreuses questions. Les discussions se focalisent notamment sur le projet controversé d'un budget global.

A la fin du mois d'octobre dernier le Conseil fédéral a consacré une partie de sa séance hebdomadaire aux coûts de la santé. Cela fait des années que la Berne fédérale discute des moyens de freiner la hausse des coûts de la santé publique. Plusieurs projets comme l'introduction d'un modèle «managed care» obligatoire ou encore la constitution d'une caisse-maladie unique ont été débattus, puis rejetés. Or, l'idée d'un nouveau modèle de caisse-maladie est loin d'être enterrée.

Caisses cantonales uniques?

Le 28 septembre 2014 le peuple et les cantons ont clairement rejeté l'initiative populaire «pour une caisse publique d'assurance-maladie». Près de 62% des votants ont refusé ce projet. Seuls quatre cantons de Suisse romande ont soutenu cette idée qui vise l'installation d'une caisse-maladie unique. Ce thème est cependant toujours d'actualité.

Deux protagonistes de Suisse romande sont en effet décidés à prolonger ce débat: le directeur de la santé publique du canton de Vaud, Pierre-Yves Mailard, conseiller national du Parti socialiste durant de longues années et aujourd'hui conseiller d'Etat vaudois, et Mauro Poggia qui dirige le département de la santé publique du canton de Genève où il représente le «Mouvement Citoyens Genevois». Ces deux élus aux opinions politiques par ailleurs très différentes se rejoignent en politique de la santé: plus d'Etat et moins de marché, voilà leur panacée.

Ces deux politiciens d'exécutif participent aussi au lancement de deux nouvelles initiatives populaires: l'une réclame une interdiction pour les parlementaires d'assumer des mandats dans les caisses-maladie alors que l'autre prévoit l'instauration de caisses de compensation cantonales qui fixeraient le montant des primes, si bien que les compétences des caisses-maladies seraient réduites aux aspects administratifs. Même si ce modèle reste facultatif, on peut s'attendre à ce que quelques cantons romands s'en inspirent et préparent le terrain – pour ainsi dire depuis le bas vers le haut – à la mise en place d'une caisse nationale unique.

Est-il impossible d'imposer les lois du marché dans la santé publique?

A côté de ces deux projets d'initiative, les discussions tarifaires occupent passablement les esprits. La révision Tarmed, c'est-à-dire l'intervention du Conseil fédéral dans les tarifs, est de la compétence du gouvernement. C'est pour cette raison, mais aussi à cause de son extrême complexité, que le Parlement ne s'occupe que marginalement de ce thème.

En revanche, la proposition d'imposer un budget global alimente les discussions des commissions parlementaires chargées de la politique de la santé. La commission du Conseil national a déposé le 2 février 2017 sous le titre de «Pilotage des coûts dans le cadre de la LAMal par les partenaires tarifaires» une initiative parlementaire qui exige en fait un budget global.

De l'avis de la majorité de cette commission, les fournisseurs de prestations médicales et les assureurs devraient à l'avenir se mettre d'accord dans leurs conventions tarifaires sur des mesures de pilotage des coûts et des prestations sur la base desquelles le Conseil fédéral pourra édicter des principes. C'est ainsi que ces élus politiques entendent contrôler la croissance des coûts. Concrètement, il s'agit d'imposer un budget global ou en d'autres termes: si la croissance des coûts durant une année dépasse un niveau défini, les tarifs des prestations médicales sont automatiquement réduits l'année suivante selon un facteur fixé par avance.

Non à un budget global

Du point de vue des médecins, mais aussi dans le respect des principes libéraux, l'introduction de budgets globaux doit absolument être empêchée, car elle conduit vers une médecine à deux classes. Le rationnement des prestations médicales qui s'ensuivrait aurait des inconvénients graves pour les patients. On peut également en craindre une baisse de la qualité de la santé publique. Les exemples des Pays-Bas et de l'Allemagne indiquent de surcroît que les budgets globaux n'ont guère d'influence sur les coûts de la santé, donc peu d'effets positifs sur le montant des primes.

Le conseiller fédéral Alain Berset reprend néanmoins cette idée à son compte. Partant des propositions d'un groupe d'experts, son département prépare pour les semaines à venir des projets concrets. Ce qui a été annoncé sous le titre «Objectifs contraignants pour la croissance des coûts» signifie en réalité l'introduction d'un budget global. Le Parlement, de même que le corps médical auront beaucoup à faire pour imposer à la politique de la santé un cap plus prometteur.

Réservez
la date
5 avril 2018:
assemblée
générale