

Doc

Dokumentation

Ueberlegungen zur Revision der
Krankenversicherung

Documentation

Assurance maladie : Quelle révision ?

Documentazione

DH 560

Stand am:
Etat au: 4 juin 1993
Statto al:

Parlamentsdienste
Services du Parlement
Servizi del Parlamento

Verantwortlich für diese Ausgabe

Parlamentsdienste
Dokumentationszentrale
Madeleine Bovey Lechner
In Zusammenarbeit mit:
E. Moser und B. Ramser
031/ 61 97 59

Responsable de cette édition

Services du Parlement
Centrale de documentation
Madeleine Bovey Lechner
Avec la collaboration de:
Eva Moser und B. Ramser
031/ 61 97 59

Bezug durch:

Parlamentsdienste
Dokumentationszentrale
3003 Bern
Tel. 031/ 61 97 44
Telefax 031/ 61 82 97

S'obtient:

Services du Parlement
Centrale de documentation
3003 Berne
Tél. 031/ 61 97 44
Telefax 031/ 61 82 97

**I. HISTORIQUE DE L'ASSURANCE MALADIE /
GESCHICHTE DER KRANKENVERSICHERUNG**

"La réforme de l'assurance-maladie, une "histoire à épisodes"?" par Markus Moser, in *Sécurité sociale*, 1/1993, OFAS, Berne 1

"Die Reform der Krankenversicherung - eine unendliche Geschichte ?" von Markus Moser, in *Soziale Sicherheit*, 1/1993, BSV, Bern 12

**H. LA SANTE PUBLIQUE EN SUISSE /
GESUNDHEITSWESEN IN DER SCHWEIZ**

"La santé publique repart du bon pied" par Rolf Dinkel et Andreas Frei, in *Le Mois économique et financier*, mars 1992 23

"Schweizerisches Gesundheitswesen im Aufbruch" von Rolf Dinkel und Andreas Frei, in *Der Monat in Wirtschaft und Finanz*, März 1992 35

**III. LA SANTÉ DANS LE MONDE /
DIE GESUNDHEIT IN DER WELT**

"La santé, premier secteur économique mondial, est un bien curieux marché", in *Courrier International*, 26.9 - 2.10.1991 47

La réforme des systèmes de santé. Analyse comparée de sept pays de l'OCDE, OCDE, 1992, Paris (Table des matières) 62

La santé dans 8 pays : l'accroissement des dépenses préoccupe tant les systèmes d'assurance sociale que les assureurs privés, Revue Suisse de Réassurances, 1993, (Table des matières) 63

"L'assurance maladie pour tous de Clinton ne fait pas l'affaire des PME", in *Courrier International*, 27.5.1993 64

"Gesundheitswesen : Kosten laufen überall davon", in : *AWP Soziale Sicherheit*, Nr.8, 28.4.1993 67

"Das amerikanische Gesundheitswesen vor dem Umbruch ?" von Claudine Marcuard und Cyril Malherbe, in *Soziale Sicherheit* 2/93, BSV, Bern 70

I

**IV. A PROPOS DES COÛTS DE LA SANTE /
DIE GESUNDHEITSKOSTEN**

- "Faudra-t-il rationner les soins ou quelques réflexions à propos de la maîtrise des coûts" par Charles Kleiber, in *Les coûts et l'assurance*, travaux réunis par P. Gilliard, éd. Réalités sociales, 1986, Lausanne 73
- "Kartellkommission will mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen", in *SKZ*, Nr. 4/16.2.1993 93
- "50 Massnahmen zur Kosteneindämmung in der Krankenversicherung" von Ueli Müller, in *SKZ*, Nr.6/16.3.1993 96

**V. PROPOSITIONS ET PROJETS DE RÉFORME DE L'ASSURANCE-MALADIE /
VORSCHLÄGE UND PROJEKTE ZU EINER REFORM DER KRANKENVERSICHERUNG**

- "La réforme de la santé à la croisée des chemins" par Robert Leu, in *La Vie économique*, 5/93 99
- Résumé de la proposition du Prof. Heinz Hauser pour *une Loi fédérale sur l'assurance-maladie* 107
- Modèle en vue d'une révision générale de l'assurance-maladie et maternité* par Alberto Gianetta 111
- Révision de l'assurance-maladie sociale (AMS)*, Résumé du rapport de Pierre Gilliard 116
- Résumé de la proposition du prof. Peter Zweifel pour *une Loi fédérale sur l'assurance-maladie* 121
- "Initiative populaire des caisses-maladie", in : *Les coûts et l'assurance*, op.cit. 126
- "Assurance-maladie en mouvement" par Hans Jörg Huber, in *Sécurité sociale*, 1/93 OFAS, Berne 135
- "Gesundheitsreform am Scheideweg" von Robert E. Leur, in *Volkswirtschaft*, 5/93 138
- Zusammenfassung des Vorschlages von Prof.Heinz hauser für *ein Bundesgesetz über die Krankenversicherung* 145

<i>Modell für eine allgemeine Reform der Kranken- und Mutterschaftsversicherung</i> , von Alberto Gianetta	149
Zusammenfassung des Vorschlages von Prof. P. Gilliand für <i>eine Revision der sozialen Krankenversicherung (SKV)</i>	154
Zusammenfassung des Vorschlags über <i>die Neuordnung der Krankenversicherung</i> von Prof. Peter Zweifel	163
"Schutz der Privatsphäre des Patienten und Regelung der Tätigkeit des Vertrauensarztes" von F.-X. Deschenaux in <i>Schweizerische Ärztezeitung</i> , 13.2.1991	166
"HMO Schweiz : Die Stunde der Wahrheit" von Jürg Baumberger, in <i>SKZ</i> , Nr.6, 16.3.1987	170
"Krankenversicherung - immer unterwegs" von Ständerat H. J. Huber, in <i>Soziale Sicherheit</i> , 1/1993, BSV, Bern	173

**VI. ARTICLES DE PRESSE /
PRESSEARTIKEL**

"Risikogerechte Krankenversicherungsprämien" von Ernst Buschor, in <i>NZZ</i> , 16.10.1992	177
"Cliniques privées - Les caisses maladie perdent de l'argent avec les assurances complémentaires en privé. La fièvre est montée. Plus question de tolérer les tarifs excessifs des cliniques, qui se trouvent placées désormais sous haute surveillance" par Danielle Hennard, in <i>Bilan</i> , 12/1992	180
"Widersprüchliche Ziele der KVG-Revision" von Dr. med. Werner Hegetschweiler, in <i>NZZ</i> , 15.12.1992	185
"Revision der Krankenversicherung. Die Hoffnung wächst" in <i>SKZ</i> , Nr. 1/2, 16.1.1993	187
"Wenn Versicherte zu kritischen Konsumenten werden", <i>NZZ</i> , 18.1.1993	188
"Vous reprendrez bien une petite radiographie", <i>L'Hebdo</i> , 11.2.1993	190
"Ist eine Revision des Krankenversicherungsgesetzes überhaupt nötig ?" <i>SKZ</i> , Nr. 6, 16.3.1993	196
"Für ein neues Verhältnis von Krankenkassen und Ärzten", <i>NZZ</i> , 24.3.1993	197

TABLE DES MATIÈRES / INHALTSVERZEICHNIS

Seite/page

"Krankenkassen im Vergleich", <i>Bilanz</i> , 4/93	200
"Ärzte kassieren 500 Millionen zuviel", <i>CASH</i> , 8.1.1993	205
"La loi du marché n'est pas le bon remède à l'explosion des coûts de la santé", <i>Le Nouveau Quotidien</i> , 7.5.1993	208

**L HISTORIQUE DE L'ASSURANCE MALADIE /
GESCHICHTE DER KRANKENVERSICHERUNG**

"La réforme de l'assurance-maladie, une "histoire à épisodes"?" par Markus Moser, in *Sécurité sociale*, 1/1993, OFAS, Berne 1

"Die Reform der Krankenversicherung - eine unendliche Geschichte ?" von Markus Moser, in *Soziale Sicherheit*, 1/1993, BSV, Bern 12

La réforme de l'assurance-maladie, une «histoire à épisodes»?

L'histoire de l'assurance-maladie suisse est émaillée de tentatives infructueuses d'innovation et de refontes législatives. Depuis quelques années, l'évolution galopante des coûts, liée à une désolidarisation qui atteint des dimensions antisociales, a conféré à la réforme un tel caractère d'urgence que le projet de la révision totale de la loi traité actuellement par le Parlement a de meilleures chances d'aboutir.

Markus Moser, chef de la Division principale assurance-maladie et accidents de l'Office fédéral des assurances sociales, retrace sommairement la laborieuse histoire de l'assurance-maladie et expose les considérations qui ont présidé à l'élaboration du projet actuel de révision et de ses objectifs.

Hans Jörg Huber, président de la commission préparatoire du Conseil des Etats chargée d'examiner la révision de l'assurance-maladie, dépeint ensuite l'ambiance des travaux de la commission et des délibérations en séance plénière.

PAR MARKUS MOSER, DR EN DROIT

«Le problème des assurances-maladies et accidents est déjà en soi fort complexe. Mais une solution législative devient encore plus difficile en raison de l'extrême diversité des tendances et des intérêts en jeu. Les opinions sont partagées sur toutes les questions essentielles: simultanéité de législation sur les deux branches d'assurance ou priorité de l'une ou de l'autre d'entre elles, caractère obligatoire ou facultatif de l'une ou de l'autre assurance, étendue de l'obligation, forme des organes assureurs, répartition des charges, etc.»

Ces phrases sont extraites du message du Conseil fédéral du 10 décembre 1906 (FF 1906 VI p.227) qui fut à l'origine de la loi sur l'assurance-maladie encore en vigueur aujourd'hui. Elles n'ont rien perdu de leur actualité. Il convient tout au plus d'ajouter que ce problème très ancien est toujours sans solution. Pourtant, l'histoire de l'assuran-

ce-maladie dans notre Etat fédéral avait débuté sous d'heureux auspices.

I. Tentatives de réforme

L'échec de la Lex Forrer en 1900

Le 26 octobre 1890, le peuple et les cantons avaient accepté à une large majorité (par 283 000 oui contre 92 000 non, majorité de non dans les cantons AI et VS) l'article 34bis de la Constitution fédérale conférant à la Confédération une compétence étendue pour légiférer en matière d'assurance-maladie et accidents. C'est d'ailleurs la première compétence dont la Confédération a disposé dans le secteur des assurances sociales.

En revanche, la législation sur l'assurance-maladie est née sous une mauvaise étoile. La loi fédérale du 5 octobre 1899 «sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents incluant l'assurance militaire» (appelée *Lex*

Forrer) fut nettement rejetée lors de la votation populaire du 20 mai 1900 (par 342 000 non contre 148 000 oui). Elle prévoyait une assurance-maladie obligatoire (soins médico-pharmaceutiques et indemnité journalière) pour les travailleurs dont le revenu n'excédait pas un certain montant ainsi qu'une assurance-accidents obligatoire. L'assurance-maladie devait être pratiquée par des caisses-maladie régionales et des caisses-maladie d'entreprise relevant du droit public ainsi que par des caisses-maladie privées existantes ou à créer. Le financement était assuré par des cotisations en pour-cent du salaire et par des subsides fédéraux. Il s'agissait donc d'un système d'assurance-maladie et accidents intégré et essentiellement organisé par la Confédération.

La LAMA de 1911, révisée en 1964

Après l'échec de la loi Forrer, largement inspirée par la législation allemande des années 1880 (lois sociales bismarckiennes), le Conseil fédéral en revint à la «manière helvétique». Dans le message du 10 décembre 1906 cité plus haut, il déclara expressément rester partisan d'une assurance-maladie obligatoire, mais prenant acte du verdict du peuple, se résoudre «à procéder par étapes et à ne poursuivre aujourd'hui que ce qui est pratiquement réalisable» (Message du 10 décembre 1906, FF 1906 VI p.227). Le nouveau projet du Conseil fédéral renonçait ainsi à l'introduction d'une assurance-maladie obligatoire, et prévoyait pour l'essentiel uniquement le subventionnement et la surveillance des caisses-maladie privées et de celles relevant du droit public cantonal. Ces caisses-maladie reconnues bénéficiaient de subsides fédéraux en contrepartie des obligations qu'elles remplissent (notamment l'obligation d'admettre les assurés, les réserves d'assurance limitées dans le temps, le versement des prestations prévues par la loi). Ce projet de loi d'encouragement et de subventionnement fut accepté par les Chambres fédéra-

Dates importantes de l'histoire de l'assurance-maladie

- 26 octobre 1890:**
Acceptation par le peuple et les cantons de l'art. 34bis de la Constitution fédérale.
- 5 octobre 1899:**
Adoption par les Chambres fédérales de la «Lex Forrer» (LF sur l'assurance-maladie et accidents incluant l'assurance militaire).
- 20 mai 1900:**
Rejet de la «Lex Forrer» en votation populaire.
- 13 juin 1911:**
Adoption de la loi fédérale sur l'assurance en cas de maladie et d'accident (LAMA) par les Chambres fédérales.
- 4 février 1912:**
Confirmation de la LAMA en votation populaire.
- 1921, 1947 et 1952:**
Commissions d'experts chargées de la révision de l'assurance-maladie; n'aboutissent pas à un projet de loi du Conseil fédéral.
- 13 mars 1964:**
Première et jusqu'à ce jour seule révision de la LAMA.
- 20 mars 1969:**
Début des travaux de la commission d'experts «pour la révision de l'assurance-maladie».
- 31 mars 1970:**
Lancement de l'initiative populaire «pour une meilleure assurance-maladie».
- 11 février 1972:**
Rapport de la commission d'experts «pour une meilleure assurance-maladie» («Modèle de Flims»).
- 19 mars 1973:**
Message du Conseil fédéral relatif à l'initiative populaire «pour une meilleure assurance-maladie», accompagné d'une contre-proposition.
- 22 mars 1974:**
Arrêté fédéral concernant l'initiative populaire et le contre-projet profondément modifié.
- 8 décembre 1974:**
Rejet par le peuple et les cantons de l'initiative et du contre-projet.
- 31 janvier 1975:**
Arrêté fédéral réduisant certaines prestations de la Confédération.
- 26 mai 1976:**
Début des travaux de la commission d'experts «pour une révision partielle de l'assurance-maladie».
- 5 mai 1977:**
Loi fédérale instituant des mesures propres à équilibrer les finances fédérales et à plafonner les contributions versées par la Confédération aux caisses-maladies au niveau de 1976.
- 5 juillet 1978:**
Rapport de la commission d'experts «pour la révision partielle de l'assurance-maladie».
- Novembre 1978:**
Avant-projet du DFI pour une révision partielle de l'assurance-maladie.
- 19 août 1981:**
Message du Conseil fédéral sur la révision partielle de l'assurance-maladie.
- 8 novembre 1982:**
Convocation par le chef du DFI d'une Conférence nationale d'économies dans le domaine de la santé publique.
- 30 avril 1985:**
Dépôt de l'initiative populaire «pour une assurance-maladie financièrement supportable (initiative des caisses-maladie)».
- 17 mars 1987:**
Dépôt par le PS et l'USS de l'initiative populaire «pour une saine assurance-maladie».
- 20 mars 1987:**
Adoption du projet LAMM par les Chambres fédérales (programme d'urgence).
- 6 décembre 1987:**
Rejet, en votation populaire, du projet LAMM.

les sous le nom de loi du 13 juin 1911 sur l'assurance-maladie et accidents (LAMA). Un référendum fut lancé et échoua de très peu en 1912. La LAMA, dont les réglementations fondamentales sont toujours en vigueur à l'heure actuelle, n'a connu jusqu'à ce jour qu'une seule véritable

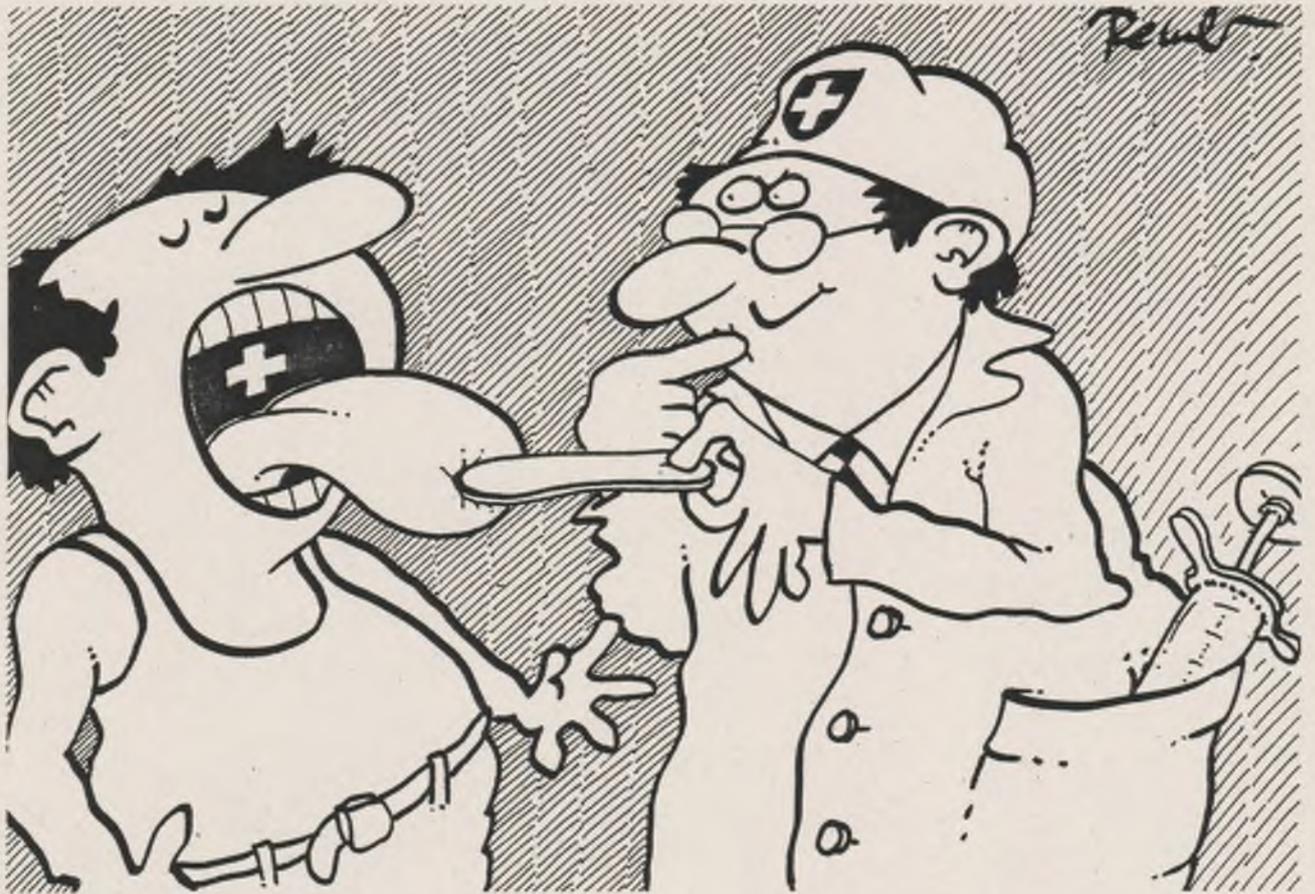
révision, et ce, à travers la loi fédérale du 13 mars 1964. Les principales modifications apportées à cette époque résident dans un allègement des conditions d'entrée dans l'assurance-maladie, dans l'amélioration des prestations, une adaptation du droit tarifaire (qui est en fait la pièce maîtresse de cette révision) ainsi qu'une augmentation des subsides fédéraux en relation avec l'évolution des frais médico-pharmaceutiques.

Les tentatives infructueuses de révision

Dans un passé plus ou moins récent, la LAMA a «vaillamment résisté» à de nombreux essais de révision (voir encadré). Les tentatives postérieures à 1965 se répartissent en deux étapes. La première, qui visait une refonte totale de l'assurance-maladie, s'est déroulée de 1969 à 1974, tandis que la seconde adoptait une stratégie des petits pas de plus en plus fractionnés. Elle a commencé en 1976 pour se terminer en 1987, avec un prolongement de 1988 à 1990.

1969-1974: tentative de refonte de l'assurance-maladie

Une commission d'experts «pour la révision de l'assurance-maladie» constituée en 1969 publia en 1972 un rapport entré dans les annales sous le nom de «Modèle de Flims». Elle y préconisait une assurance obligatoire et généralisée en cas d'hospitalisation, financée par des suppléments aux cotisations AVS, le maintien d'une assurance facultative pour les autres frais de soins et l'introduction de l'assurance obligatoire d'une indemnité journalière pour tous les travailleurs. La procédure de consultation montra toutefois que les avis restaient très partagés. Avant même l'achèvement des travaux de la commission d'experts, le Parti socialiste lança une initiative populaire «pour une meilleure assurance-maladie» réclamant une assurance obligatoire étendue des soins médicaux et pharmaceutiques ainsi que l'assurance d'une indemnité journalière moyen-



La santé publique suisse est-elle si malade que ça? (Dessin: pécub)

nant un financement analogue à celui de l'AVS/AI, autrement dit par des subsides fédéraux, des subventions cantonales et les cotisations des assurés. Dans son *message du 19 mars 1973* (FF 1973 I p. 908 et ss.), le Conseil fédéral soumit un contre-projet à l'initiative socialiste dans lequel il reprenait les éléments fondamentaux du «Modèle de Flims», préconisant une assurance pour les gros risques (traitements hospitaliers et autres examens et traitements onéreux) obligatoire pour l'ensemble de la population, une assurance facultative pour les autres soins médico-pharmaceutiques et l'assurance d'une indemnité journalière obligatoire pour tous les travailleurs. Le Parlement se distanciera nettement de ces propositions et rédigea un second contre-projet qui demandait également l'introduction d'une assurance facultative des soins médico-pharmaceuti-

ques, moyennant toutefois un financement partiel par des cotisations obligatoires, perçues selon les règles de l'AVS et d'un montant de 3% au maximum du revenu d'une activité lucrative. Le caractère obligatoire de l'assurance d'une indemnité journalière était maintenu. Le 8 décembre 1974, le peuple et les cantons rejetèrent à la fois l'initiative et le contre-projet.

1976-1990: tentative de révision partielle de l'assurance-maladie

Après l'échec de cette refonte de l'assurance-maladie, on tenta une révision partielle de la loi en vigueur. La *commission d'experts* «pour une révision partielle de l'assurance-maladie» publia son rapport en juillet 1977. Elle y proposait également l'introduction d'une assurance d'une indemnité journalière obligatoire pour les salariés. En revanche, l'assurance

des soins médico-pharmaceutiques restait facultative et financée essentiellement par les primes individuelles des assurés. Une nouvelle source

Bien qu'après le 6 décembre 1987, tous les partis politiques ou presque se soient accordés à dire qu'il ne fallait pas enterrer la révision de l'assurance-maladie, les opinions divergèrent dès qu'on aborda la question de la démarche à adopter.

de financement a été prévue sous la forme d'une cotisation obligatoire en pour-cent du salaire équivalant à 1% au maximum du revenu d'une activité lucrative. Par contre-coup, les subsides de la Confédération de-

vaient être massivement réduits. Le financement en pour-cent du salaire de l'assurance facultative des soins médico-pharmaceutiques provoqua une levée de boucliers lors de la procédure de consultation et la proposition fut abandonnée. Pour le reste, le message du 19 août 1981 (FF 1981 II p. 106 s.) reprenait largement les propositions de la commission d'experts.

La loi adoptée par le Parlement à titre de *programme d'urgence* le 20 mars 1987, soit cinq ans et demi plus tard, était une version tronquée du projet du Conseil fédéral. Elle renonçait notamment à l'assurance d'une indemnité journalière obligatoire pour les travailleurs et introduisait en lieu et place l'assurance obligatoire garantissant une allocation en cas de maternité sur le modèle des allocations pour perte de gain. En revanche, toute une série de mesures de maîtrise des coûts étaient introduites dans le domaine de l'assurance des soins médico-pharmaceutiques facultative. Par ailleurs, la loi majorait la participation aux coûts des assurés (20 %), en contrepartie, elle améliorait les prestations. Enfin, elle autorisait la création de caisses dites de santé (Health Maintenance Organizations, HMO). Elle fut rejetée en votation populaire le 6 décembre 1987.

Bien qu'après le 6 décembre 1987, tous les partis politiques ou presque se soient accordés à dire qu'il ne fallait pas enterrer la révision de l'assurance-maladie, les opinions divergèrent dès qu'on aborda la question de la démarche à adopter. Le Conseil fédéral pensait qu'il était nécessaire de repartir sur des bases entièrement nouvelles, alors que le Conseil des États reprenait dans un contre-projet les principales propositions concernant l'assurance pour soins médico-pharmaceutiques de la loi qui venait d'être rejetée. De cette manière il voulait assurer la transition jusqu'à l'entrée en vigueur d'une nouvelle loi et, en même temps, s'opposer indirectement à l'initiative populaire «pour une assu-

rance-maladie financièrement supportable» déposée le 30 avril 1985 par le Concordat des caisses-maladie. Le contre-projet échoua devant le Conseil national. Par les arrêtés fédéraux urgents des 13 décembre 1991 et 9 octobre 1992, le Conseil des États se vit confirmer sous une forme inattendue que la législation en vigueur présentait trop de lacunes pour que le statu quo puisse être maintenu en attendant qu'une «grande révision» de l'assurance-maladie prenne effet.

II. Teneur et objectifs de l'actuel projet de révision de l'assurance-maladie

L'historique de l'actuel projet de révision de l'assurance-maladie est certainement présent dans toutes les mémoires (les quatre expertises de 1988, les Principes du Conseil fédéral pour la révision de l'assurance-maladie de 1989, le rapport de la «commission d'experts Schoch» de 1990). Il est par ailleurs exposé en détail dans le *Message du 6 novembre 1991* (FF 1992 I p. 77 s. L'historique est exposé au chiffre 14). Je me contenterai donc de développer dans cet article les grandes lignes du projet du Conseil fédéral. Elles s'articulent en trois parties, à savoir la solidarité, la maîtrise des coûts et les prestations.

1. Solidarité

Lacunes du système actuel

L'assurance-maladie est une assurance sociale. Les principales différences entre l'assurance-maladie privée et l'assurance-maladie sociale résident dans le fait que la seconde oblige les caisses-maladie à assurer tout candidat (obligation d'admettre les assurés) et à lui garantir le versement de certaines prestations prévues par la loi. Par ailleurs, il interdit aux caisses-maladie d'échelonner les primes, que ce soit en fonction du risque de maladie de certains groupes d'assurés ou individuellement.

Toutefois, contrairement à celle des autres branches de l'assurance

sociale, la composante sociale de l'assurance-maladie est très faible. Premièrement, l'obligation d'admettre les assurés est atténuée par des exceptions. Les caisses-maladie sont libres de prévoir dans leurs statuts un âge maximal d'entrée. Elles peuvent également restreindre leur activité à un cercle déterminé de personnes (p. ex. une catégorie professionnelle ou une entreprise).

Elles sont en droit de se renseigner sur l'état de santé d'un candidat, d'exclure de la couverture d'assurance les maladies existant au moment de l'adhésion par des réserves (limitées à cinq ans) et de fixer les primes en fonction de l'âge d'entrée des assurés. Enfin, il manque à l'assurance-maladie une caractéristique commune à toutes les autres assu-

Contrairement à celle des autres branches de l'assurance sociale, la composante sociale de l'assurance-maladie est très faible.

rances sociales: les primes ne sont pas proportionnelles aux revenus des assurés; ce sont des primes «par tête». Autrement dit, la solidarité entre riches et pauvres en est absente. Cette lacune est partiellement comblée par les subsides que les pouvoirs publics versent aux caisses-maladie et par les contributions importantes des cantons au financement des hôpitaux.

Par le passé, ce système d'assurance-maladie facultative, encore imprégné d'éléments ressortissant à l'économie privée, s'est révélé relativement efficace. Alors qu'à l'origine, l'assurance-maladie avait été prévue pour les personnes de condition modeste, elle s'est transformée peu à peu en une véritable assurance populaire. En 1945, la moitié à peine de la population était affiliée à une caisse-maladie. Vingt ans plus tard, la proportion d'assurés était passée à plus de 80 % et à l'heure actuelle, on

estime qu'elle atteint 100 % ou presque. L'augmentation des coûts de la santé, qui a rendu le risque de maladie impossible à supporter financièrement sans assurance, même pour les personnes aux revenus confortables, a très certainement contribué à cette évolution. Par ailleurs, les subsides de la Confédération et le principe de la protection tarifaire ancrés dans la loi ont conféré aux caisses-maladie un avantage décisif sur leurs concurrents du secteur privé. A l'heure actuelle, l'assurance-maladie sociale permet à la presque totalité de la population d'accéder à la médecine de haut niveau qu'offre notre pays.

Depuis quelques années, les faiblesses de notre système d'assurance-maladie apparaissent dans toute leur gravité. On les regroupe souvent sous le terme de «désolidarisation». Elles sont imputables au fait que l'assuré ne peut pas changer de caisse-maladie sans autre forme de procès. En effet, s'il change de caisse de sa propre initiative, il est considéré comme un candidat n'ayant jamais été assuré auparavant, ce qui signifie qu'il se voit appliquer les règles relatives à l'âge maximal d'entrée, aux réserves d'assurance et à l'échelonnement des primes d'assurance selon l'âge d'entrée. Par contre, si l'assuré est contraint de quitter sa caisse pour certaines raisons (p. ex. à cause d'un changement de domicile, d'activité professionnelle ou en cas de dissolution de

sa caisse), il a le droit d'entrer dans une autre caisse de son choix sans nouvelle réserve d'assurance. La caisse ne peut pas lui opposer la règle relative à l'âge maximal d'entrée, mais elle peut en revanche fixer la prime d'après l'âge d'entrée. Ainsi, après avoir changé de caisse de son propre chef ou sur la base d'un droit de libre passage, le nouvel assuré paie une prime plus élevée que les assurés qui sont entrés plus jeunes dans la même caisse. A partir d'un certain âge, tout changement volontaire de caisse-maladie s'accompagne donc d'inconvénients majeurs ou, en d'autres termes, devient pratiquement impossible. Les personnes qui ont été atteintes d'une maladie grave au moins une fois dans leur vie sont dans le même cas.

La dissolution d'une caisse-maladie porte donc préjudice à ses assurés plus âgés.

Le nombre de personnes concernées n'est pas connu, cependant si l'on compare le nombre de caisses-maladie qui existait en 1970 (plus de 800) au nombre actuel (environ 200), on peut en déduire que les assurés ainsi pénalisés se comptent par centaines de milliers. La création d'une caisse-maladie défavorise les assurés plus âgés. Ces derniers ne peuvent adhérer à cette nouvelle caisse, faute de libre passage, alors que le départ des jeunes assurés détériore la structure de leur an-

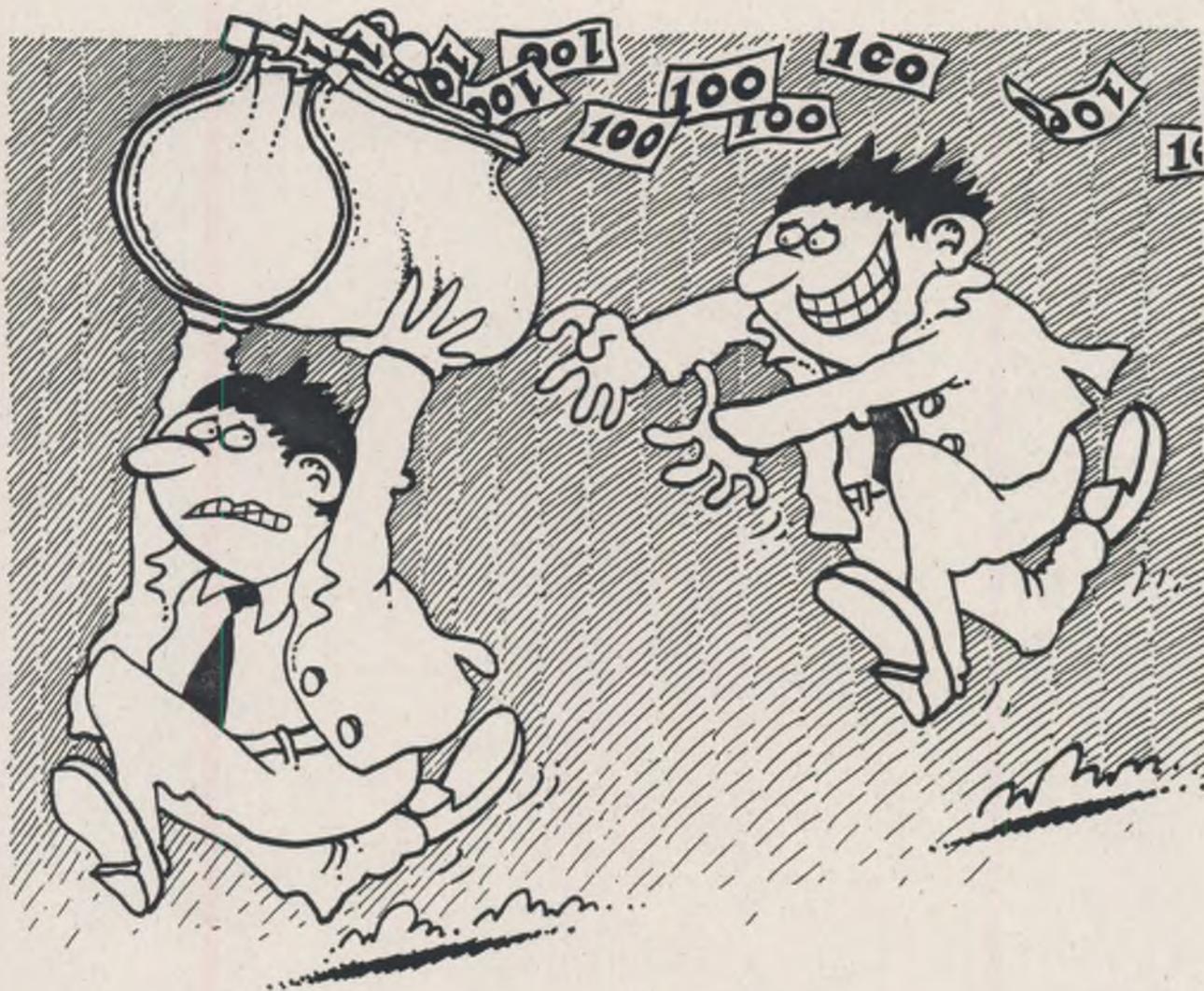
cienne caisse; autrement dit, la moyenne d'âge y augmente, ses effectifs «vieillissent» et la charge financière devient plus lourde pour les assurés qui y restent affiliés. Depuis 1970, huit nouvelles caisses d'entreprise et onze nouvelles caisses ouvertes ont été reconnues par l'Etat. Elles totalisent à l'heure actuelle quelque 250 000 assurés. Ce chiffre ne paraît pas très spectaculaire par rapport aux 6,8 millions d'assurés, mais il ne faut pas oublier que toutes les caisses-maladie sont autorisées à se procurer les mêmes avantages que les nouvelles en étendant leurs activités à des domaines où elles n'avaient auparavant que peu ou pas d'assurés et par le biais de l'assurance collective. L'assurance collective constitue en effet un groupe de risques séparé à l'intérieur de la caisse-maladie et, par ailleurs, n'englobe généralement que des personnes exerçant une activité lucrative. Le plus étonnant est, en fait, que les lacunes de notre système actuel d'assurance-maladie soient apparues au grand jour il y a seulement quelques années alors que le Conseil fédéral les avait déjà évoquées dans son message du 10 décembre 1906 (voir encadré).

Solutions

Les lacunes du système actuel montrent la voie à suivre pour renforcer et garantir la solidarité envers les assurés âgés et les malades. Il faut, en premier lieu, supprimer les inconvénients liés au changement de caisse-maladie en introduisant le libre passage intégral, sans restriction aucune. Chaque assuré doit avoir le droit de choisir librement son assureur et d'en changer. L'âge maximal d'entrée, l'échelonnement des primes selon l'âge d'entrée et les réserves d'assurance doivent donc être abolis. Or, étant donné que les réserves d'assurance et l'échelonnement des primes en fonction de l'âge d'entrée appartiennent aux règles caractéristiques et indispensables du système de l'assurance facultative, le libre passage intégral ne peut être

Extrait du Message du Conseil fédéral du 10 décembre 1906 (FF 1906 VI p. 238)

«Les membres âgés et hors d'état de s'assurer ailleurs sont bien forcés d'accepter cette péjoration de leur situation; en revanche, le recrutement d'éléments jeunes devient de plus en plus difficile, l'âge moyen des assurés augmente encore et la catastrophe se précipite. Plutôt que d'adhérer à une caisse coûteuse en raison de l'âge moyen élevé de ses membres, les jeunes fondent entre eux une caisse nouvelle; ils y suivent souvent les mêmes errements que leurs aînés, et vont au-devant du même sort. De là vient, dans la vie de bien des caisses, la succession fatale de trois phases; le bon marché excessif et l'état en apparence florissant des débuts, quand l'âge moyen des assurés est bas, les dépenses courantes par conséquent légères et que l'on ne constitue pas les réserves nécessaires en vue du vieillissement des assurés, – puis augmentation de l'âge moyen et par conséquent des dépenses, la nécessité d'élever les contributions ou de diminuer les prestations, l'état stationnaire, la difficulté croissante du recrutement, – enfin la déconfiture, subite ou lente, retentissante ou silencieuse.»



Les coûts nous échappent de plus en plus... (Dessin: pécub)

réalisé que dans le cadre d'une assurance obligatoire.

L'introduction de l'assurance-maladie obligatoire n'est donc pas une fin en soi, mais un moyen d'atteindre l'objectif fixé, qui est de garantir la solidarité. Elle ne doit néanmoins pas provoquer une uniformisation excessive. La pluralité des assureurs relevant du droit privé et autonomes sera maintenue. Les compagnies d'assurance privées pourront continuer à pratiquer l'assurance-maladie sociale à condition d'exercer leur activité aux mêmes conditions que les caisses-maladie (principe d'égalité). Les assureurs fixeront les primes des assurés de manière autonome, ce qui signifie que des différences de primes subsisteront entre les différents assureurs.

De même, la possibilité d'échelonner les primes selon les cantons et à l'intérieur d'un même canton sera conservée. Par ailleurs, le projet précise expressément que les assureurs qui offrent d'autres modèles d'assurance (participation aux coûts plus élevée, limitation du choix des fournisseurs de prestations, bonus) peuvent proposer des réductions de prime. L'introduction de l'assurance obligatoire ne se traduira donc pas par la mise en place d'un système d'assurance uniforme et rigide. Le régime proposé créera au contraire des conditions-cadres à l'intérieur desquelles l'assuré disposera d'une large marge de manœuvre et pourra choisir librement son assureur. Simultanément, il contribuera à la maîtrise des coûts en stimulant la

concurrence entre assureurs (cf. chiffre 3 ci-après).

L'obligation de s'assurer renforce la solidarité entre bien-portants et malades, d'une part, et, de l'autre, introduit une solidarité envers les économiquement faibles. En effet, le régime d'assurance-maladie facultative implique que la Confédération verse aux assurances des subsides en compensation des obligations que la loi leur impose (devoir d'accepter les assurés, catalogue de prestations, compensation des différences de coûts entre hommes et femmes). L'assurance-maladie obligatoire rend ces subsides superflus, puisque l'affiliation à des assurances qui ne sont pas soumises à ces obligations est impossible. Par conséquent, les subsides de la Confédération

peuvent être consacrés à une réduction ciblée des primes des personnes de condition modeste. Dans ce contexte, le projet prévoit également que tant les subsides de la Confédération (2 milliards de francs) que ceux des cantons (1 milliard de francs) seront affectés exclusivement à la réduction individuelle des primes.

2. Maîtrise des coûts

Point n'est besoin de longs discours pour justifier que la maîtrise des coûts doit constituer l'un des éléments essentiels de la révision de l'assurance-maladie. Les chiffres parlent d'eux-mêmes. En 1966, les coûts des soins par assuré s'élevaient à Fr. 141.91, en 1991 ce montant s'élevait à Fr. 1453.90, ce qui correspond à une progression de 924,5%. Pour la même période, l'indice des prix à la consommation a augmenté de 171,1% et l'indice des salaires de l'OFIAMT de 314,5%. Le point crucial est le fossé qui s'est creusé entre l'indice des salaires et la hausse des dépenses de santé. Ces chiffres signifient que les assurés ont été contraints de consacrer une part croissante de leur revenu à l'assurance-maladie. En devenant l'un des principaux postes du budget des ménages, les primes de caisse-maladie ont acquis une dimension politique.

La maîtrise des coûts est un objectif aussi aisé à justifier que difficile à réaliser. D'une part, les causes de la progression des coûts sont multiples. De l'autre, nous ne pouvons ni ne voulons modifier certaines d'entre elles, comme les progrès de la médecine ou l'augmentation de l'espérance de vie. Enfin, notre comportement à tous face aux coûts de l'assurance-maladie ou, plus précisément, à ceux de la santé publique, est ambigu. En tant que payeurs de primes, nous les trouvons trop élevées. Par contre, lorsque nous sommes nous-mêmes gravement malades, nous estimons avoir droit aux meilleurs soins possibles et nous ne nous posons pas la

question du prix. Le consensus qui règne sur la nécessité de maîtriser les coûts est aussi grand que les dissensions relatives aux mesures à prendre, on s'accorde tout au plus à penser que la maîtrise des coûts est l'affaire des «autres». Cela permet de tirer une conclusion fondamentale: pour être efficace, la maîtrise des coûts doit toucher tout le monde. Il reste encore à trouver la meilleure manière de procéder. En schématisant, on peut dire qu'il y a deux camps: l'un place tous ses espoirs dans le marché, l'autre dans l'État. Le projet du Conseil fédéral donne raison à tout le monde, donc à personne. Il veut stimuler la concurrence tant entre les assureurs qu'entre les fournisseurs de prestations, et renforcer la responsabilité personnelle des assurés. Il mise donc tout d'abord sur le marché. Or, si l'on veut atteindre l'objectif de l'assurance-maladie sociale, à savoir assurer à l'ensemble de la population l'accès à une médecine de haut niveau, et ce, à des conditions tolérables, il est impossible de renoncer à une intervention de l'État.

Instrument d'économie de marché

Concurrence entre les assureurs

Le libre passage des assurés (art. 7 du projet) stimulera sans nul doute la concurrence entre les assureurs. Ceux d'entre eux qui sauront exercer la meilleure maîtrise des coûts par des conventions tarifaires plus avantageuses ou par un contrôle efficace du volume des prestations seront également en mesure d'offrir des primes moins chères. La compensation des risques entre les assureurs prévue pour une période transitoire de dix ans (art. 97) n'entravera en rien la concurrence, car elle repose non pas sur les différences concrètes de coûts entre les assureurs, mais sur des critères objectifs (composition des effectifs des assureurs selon l'âge et d'après le sexe).

Comme dans le droit actuellement en vigueur, les prestations doivent être rémunérées sur la base de tarifs (protection tarifaire, art. 38).

Ces tarifs reposent sur des conventions tarifaires conclues entre les assureurs et les fournisseurs de prestations (art. 37, al. 4). A l'image de la situation législative actuelle, les autorités ne fixeront de tarifs que pour les analyses et les médicaments (art. 44). Le projet renforce le rôle de la convention tarifaire dans la concurrence entre assureurs et, par tant, entre fournisseurs de prestations. C'est la raison pour laquelle il

L'obligation de s'assurer renforce la solidarité entre bien-portants et malades, d'une part, et, de l'autre, introduit une solidarité envers les économiquement faibles.

fait expressément mention non seulement du tarif à la prestation tel qu'il est appliqué aujourd'hui à la quasi-totalité des traitements ambulatoires (sans toutefois être imposé par l'actuelle LAMA), mais également du tarif au temps consacré et du tarif forfaitaire (art. 37, al. 2 et 3). Le jeu de la concurrence ne pourra cependant déployer tous ses effets que si l'on abolit les cartels tarifaires entre les fédérations de caisses-maladie et celles des fournisseurs de prestations. Bien qu'il n'exclue pas la conclusion de conventions tarifaires entre fédérations, le projet prévoit que l'adhésion à ces conventions ne sera plus automatique pour les membres des fédérations, et qu'elles ne les lieront que s'ils y ont expressément adhéré (art. 39, al. 2). Il ne sera donc plus possible de stipuler dans une convention tarifaire que les membres d'une fédération sont obligés d'y adhérer. Les assureurs et les fournisseurs de prestations qui ne sont pas affiliés à une fédération pourront également adhérer à une convention tarifaire conclue par celle-ci (art. 39, al. 2). Cela signifie que, contrairement à ce que prescrit la loi en vigueur (art. 16

LAMA), les médecins ne bénéficient pas d'un droit d'adhésion à toutes les conventions tarifaires.

Le deuxième facteur de coûts réside dans le volume des prestations demandées. Dans ce contexte, la situation de concurrence devrait inciter les assureurs à intensifier le *contrôle des coûts*. Les médecins-conseils joueront un rôle essentiel. Le médecin-conseil fait en quelque sorte office d'intermédiaire entre l'assureur et le fournisseur de prestations. En effet, il peut recevoir de la part de ce dernier des indications d'ordre médical que le respect des droits de la personnalité de l'assuré lui interdit parfois de transmettre sous leur «forme originale» aux organes compétents de l'assureur. Les conditions du choix du médecin-conseil par l'assureur ainsi que ses droits et ses devoirs sont fixés de manière détaillée dans le projet (art. 49). Toutefois, le contrôle des coûts effectué par les assureurs ne peut être efficace que si le législateur et les autorités leur fournissent des instruments adéquats. Par ailleurs, pour limiter le volume des prestations, il faut également agir sur le comportement des assurés et des fournisseurs de prestations.

Mesures destinées à modifier le comportement des assurés

Les mesures propres à modifier le comportement des assurés peuvent consister à ce qu'ils prennent en charge une partie des coûts des prestations qu'ils demandent, autrement dit, à ne pas étendre la couverture de l'assurance à la totalité des prestations. La possibilité peut également être donnée à l'assuré d'influer sur le montant de sa prime par son comportement.

Le projet (cf. art. 56) s'inspire largement de la *participation aux coûts* des assurés prévue dans le droit actuel, et il maintient notamment la quote-part à 10%. Il l'étend au traitement hospitalier pour empêcher que celui-ci, généralement plus cher que le traitement ambulatoire, ne soit privilégié uniquement parce

qu'il n'y est pas soumis. De plus, les assurés doivent participer aux frais d'hôtellerie en cas d'hospitalisation. Le projet prévoit également que le Conseil fédéral pourra moduler la participation aux coûts par voie d'ordonnance en l'augmentant pour certaines prestations (le message cite comme exemple la physiothérapie) et en la diminuant, voire en la supprimant pour d'autres (le message cite comme exemple les hémodyalyses).

Les dispositions qui indiquent que l'assurance-maladie ne prend pas toujours en charge l'intégralité des coûts, et ne verse qu'une participation aux frais de certaines prestations, notamment les cures balnéaires, les frais de transport et les appareils (art. 19, al. 2, let. c et d et art. 44, al. 1, let. a, ch. 3), constituent une autre composante de la participation aux coûts, mais également une incitation pour les partenaires tarifaires ou, plus précisément, pour les fournisseurs de prestations à limiter les coûts effectifs de ces prestations.

En fait, l'assuré influence toujours le *montant de la prime* par son comportement. Aujourd'hui, cette relation n'est plus évidente que dans les petites caisses-maladie dont les effectifs sont réduits. L'augmentation constante des primes peut même exercer une influence négative sur l'évolution des prix, car elle incite les assurés à «en vouloir pour leur argent». On ne peut donc influencer sur les coûts par le biais de la prime qu'en donnant à l'assuré la possibilité de choisir des formes particulières d'assurance dont les primes sont plus avantageuses.

Parmi les *formes particulières d'assurance*, la plus répandue à l'heure actuelle est celle prévue par le projet, à savoir la possibilité de choisir une franchise annuelle plus élevée. L'effet de l'«assurance avec bonus», dans laquelle le montant de la prime diminue lorsque l'assuré n'a pas demandé de prestations pendant une certaine période (art. 54, al. 2), est semblable. Ces deux formes d'as-

surance recèlent le même danger potentiel de n'être choisies que par des personnes en bonne santé et qui n'ont donc besoin d'aucune prestation. La réduction de prime pourrait donc entraîner une désolidarisation entre les bien-portants et les malades. Aussi le Conseil fédéral sera-t-il habilité à fixer les limites maximales des réductions de prime (art. 54, al. 3).

Une autre forme particulière d'assurance repose sur le principe selon lequel l'assuré déclare limiter son choix à certains fournisseurs de prestations (art. 35, al. 4). Il peut par exemple renoncer au libre choix du médecin et ne plus s'adresser qu'à un groupe de médecins déterminé. C'est ce que l'on appelle le système HMO. On pourrait également envisager que l'assuré ne s'inscrive que chez un médecin traitant et s'engage à ne consulter des spécialistes que sur prescription de ce dernier. Le facteur de réduction de primes est moins évident dans ces formules que dans celles de la majoration de la franchise annuelle et de l'assurance avec bonus. L'effet réducteur de coûts résulte du fait que l'assureur peut conclure une convention tarifaire particulière avec certains fournisseurs de prestations. Cette convention tarifaire peut prévoir un système de rémunération contenant des incitations à la maîtrise des coûts pour les fournisseurs de prestations eux-mêmes, p.ex. sous forme de rémunérations forfaitaires dans lesquelles le gain du fournisseur de prestations ne dépend plus directement des différentes prestations prodiguées.

Règlementations et interventions étatiques

Instruments de contrôle des coûts

Le contrôle des coûts par l'assureur est fondé sur le principe actuellement en vigueur selon lequel les fournisseurs de prestations sont tenus de respecter la règle du «caractère économique» des prestations. S'ils y dérogent, l'assureur

peut en refuser la rémunération ou exiger le remboursement des sommes versées. Alors qu'actuellement, la sanction ne s'appuie que sur la pratique judiciaire, elle sera expressément ancrée dans la loi (art. 48). Les assureurs ne peuvent contrôler les coûts que s'ils disposent des indications nécessaires. La loi oblige donc les fournisseurs de prestations à mentionner dans leurs factures toutes les informations indispensables au contrôle du caractère économique des prestations, notamment des renseignements d'ordre médical. Cependant, l'assuré peut exiger que ces derniers ne soient fournis qu'au médecin-conseil de la caisse (art. 36, al. 3-5). L'existence d'informations fiables constitue une condition essentielle pour la maîtrise des coûts, raison pour laquelle le projet préconise également un renforcement de la statistique sur l'assurance-maladie (art. 18). Enfin, les hôpitaux sont tenus de calculer leurs coûts et de classer leurs prestations selon une méthode uniforme (art. 42, al. 6), qui permettra de procéder à des comparaisons de leurs frais d'exploitation. En vertu de ces comparaisons, les assureurs pourront dénoncer les conventions tarifaires qui les lient à des hôpitaux dont la gestion n'est pas économique et demander une réduction du tarif (art. 42, al. 7).

Mesures ressortissant au droit tarifaire

Comme dans le droit actuel, les conventions tarifaires doivent être approuvées par le gouvernement cantonal ou, si leur validité s'étend à toute la Suisse, par le Conseil fédéral (art. 39, al. 3). En effet, la relation tripartite entre assureurs, fournisseurs de prestations et assurés n'exclut pas que les partenaires conventionnels s'accordent au détriment du tiers absent. Il est donc logique que la qualité des assurés pour recourir contre ces décisions d'approbation soit maintenue (art. 45, al. 5).

Le Conseil fédéral est autorisé par une nouvelle disposition à éta-

blir des principes visant à ce que les tarifs soient fixés d'après les règles d'une gestion économique et structurés de manière appropriée; il peut établir des principes relatifs à leur adaptation (art. 37, al. 6). Il s'agit de garantir par le biais de certains principes directeurs que la règle générale du caractère économique soit également respectée dans les tarifs. Par ailleurs, le Conseil fédéral doit également veiller à la coordination avec les régimes tarifaires des autres assurances sociales (assurance accidents obligatoire, assurance invalidité, assurance militaire). Une disposition particulière est prévue pour les tarifs à la prestation. Dans leur cas, la structure tarifaire ou, autrement dit, l'évaluation des prestations les unes par rapport aux autres (points) doit être uniforme sur le plan suisse (art. 37, al. 4). Il incombe aux partenaires conventionnels de déterminer cette structure. Ce n'est qu'en cas de non-entente entre les partenaires tarifaires sur une structure tarifaire uniforme que le Conseil fédéral la fixe (art. 40, al. 4). A partir de cette structure tarifaire uniforme, le montant de la rémunération (valeur du point) est convenu dans les différentes conventions tarifaires. En ce qui concerne les conventions tarifaires avec les hôpitaux, le projet prévoit que l'assurance-maladie couvre au maximum 50 % des frais d'exploitation des hôpitaux publics (art. 42, al. 1). Cette disposition a deux raisons d'être. Dans l'intérêt de la maîtrise des coûts, il faut empêcher que les responsables des hôpitaux, dont les décisions influencent le niveau des frais d'exploitation, puissent les répercuter intégralement.

Par ailleurs, la participation des pouvoirs publics aux coûts des hôpitaux revêt également un caractère social indispensable dans un système où le financement de l'assurance-maladie est assuré par des primes individuelles. Enfin, le principe de la protection tarifaire implique qu'en l'absence de convention tarifaire, les autorités, en l'occurrence les gou-

vernements cantonaux, prennent les mesures nécessaires. Les dispositions à ce sujet (art. 38, al. 3, art. 40 et 41) sont pour l'essentiel identiques au droit en vigueur.

Planification hospitalière

Le principe qui veut que quiconque remplit les conditions nécessaires

Par ailleurs, la participation des pouvoirs publics aux coûts des hôpitaux revêt également un caractère social indispensable dans un système où le financement de l'assurance-maladie est assuré par des primes individuelles.

soit autorisé à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie est maintenu pour les fournisseurs de prestations du secteur ambulatoire, mais il est supprimé pour les hôpitaux. Les cantons sont chargés d'établir une planification hospitalière. Seuls les hôpitaux conformes à cette planification sont autorisés à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie. Les cantons doivent prendre les hôpitaux privés en considération de manière adéquate, ce qui signifie qu'ils ne peuvent les exclure d'emblée de leur planification (art. 33, al. 1, let. d).

Mesures extraordinaires de maîtrise des coûts

En fait, le projet ne fournit que des instruments de maîtrise des coûts et part du principe qu'il incombe aux assureurs, aux fournisseurs de prestations et aux assurés d'y recourir. Il mise donc sur la responsabilité personnelle de tous les milieux intéressés. Pour le cas où la responsabilité personnelle et l'initiative individuelle des parties concernées ne permettrait pas d'atteindre l'objectif visé, le projet prévoit des mesures extraordinaires de maîtrise des coûts qui habilite le Conseil fédé-

ral à intervenir pour abolir la plupart des libertés aménagées par le droit ordinaire, notamment l'autonomie tarifaire.

Il est prévu que le Conseil fédéral puisse imposer dans l'assurance-maladie une *budgetisation globale* limitée dans le temps. Le montant des coûts que les fournisseurs de prestations peuvent facturer durant une période donnée (généralement un an) à l'assurance-maladie sera donc fixée d'avance. Si, à la fin de la période budgétaire, on constate que le budget ne peut être respecté en raison du volume de prestations facturées, les rémunérations des prestations individuelles devront être réduites en conséquence. Pratiquement, la budgetisation globale entraînerait donc, dans un premier temps, le blocage des tarifs des prestations individuelles puis, en fin d'année, leur réduction si le volume de prestations fournies l'exige. On pourrait envisager de diviser le budget de l'ensemble de la Suisse en sous-budgets pour certains cantons et certains fournisseurs de prestations. Il serait également possible de n'introduire le budget global que pour certaines catégories de fournisseurs de prestations (p. ex. pour les hôpitaux) ou dans certains cantons.

La deuxième mesure extraordinaire est une possibilité, également temporaire, dont dispose le Conseil fédéral de *limiter l'admission des nouveaux fournisseurs de prestations à exercer leur activité à la charge de l'assurance-maladie*. Outre la limitation stricte du nombre de fournisseurs de prestations par rapport au nombre d'assurés (clause du besoin), on pourrait également envisager d'autres mesures telles que la prolongation de stages pratiques ou l'obligation d'exercer une activité dans le cadre d'un service à la communauté avant l'admission à l'exercice indépendant de la profession.

3. Prestations

Les prestations fournies par une assurance sociale sont généralement énumérées dans la loi. Ce n'est pas

tout à fait le cas du régime actuel de l'assurance-maladie, qui oblige uniquement les caisses-maladie à prendre en charge certaines prestations minimales prévues par la loi. Précisons immédiatement que ce catalogue de prestations minimales est très étoffé et qu'il garantit aux assurés l'accès à une médecine de haut niveau tant dans le domaine ambulatoire que dans le secteur hospitalier.

Sa principale lacune réside aujourd'hui dans le fait que l'obligation de fournir la prestation en cas d'hospitalisation est limitée dans le temps, à savoir à 720 jours sur 900. Or, les mineurs et les rentiers de l'assurance-invalidité étant exclus de cette restriction, elle ne concerne pratiquement que les personnes ayant atteint l'âge de la retraite AVS. Notre assurance-maladie actuelle se caractérise également par l'absence de prise en charge des soins dentaires. Les caisses-maladie sont libres de prévoir par voie statutaire la prise en charge de prestations dépassant le cadre légal. Elles peuvent procéder de deux manières, soit en incluant ces prestations dans l'assurance des soins médico-pharmaceutiques (assurance de base) soit en offrant des assurances complémentaires particulières. En pratique, elles conjuguent ces deux formules. Venant s'ajouter à l'autonomie des caisses-maladie, cette disparité rend l'offre confuse et empêche notamment toute comparaison entre les primes. Les assurances complémentaires sont quant à elles soumises à la loi sur l'assurance-maladie, y compris aux dispositions sur la procédure des tribunaux des assurances. Toutefois, le Tribunal fédéral des assurances (TFA) a arrêté dans sa jurisprudence que les assurances complémentaires sont régies non pas par l'ensemble des dispositions de la loi, mais seulement par les plus importantes, notamment par le principe de la réciprocité. Il s'ensuit par exemple que les dispositions en matière de primes (différence actuelle de 10% entre les primes des

hommes et celles des femmes et future égalité des primes entre hommes et femmes) s'appliquent également aux assurances complémentaires. Par contre, selon la jurisprudence, d'autres dispositions de la loi ne sont pas applicables aux assurances complémentaires, p. ex. l'obligation d'admettre les assurés. Les caisses-maladie peuvent donc refuser la conclusion d'une assurance complémentaire pour le motif de risque de maladie élevé. Lorsqu'elles concluent une assurance complémentaire, elles sont cependant tenues de respecter les dispositions concernant la limitation de la durée des réserves (5 ans).

Ce mélange de prestations prévues par la loi, de prestations supplémentaires fixées dans l'assurance de base par voie statutaire et d'assurances complémentaires ne peut pas être maintenu dans un système d'assurance-maladie obligatoire. Le principe du libre passage exige notamment que la loi définisse clairement les prestations qui en font l'objet. Par ailleurs, une distinction précise entre assurance de base et assuran-

Sa principale lacune réside aujourd'hui dans le fait que l'obligation de fournir la prestation en cas d'hospitalisation est limitée dans le temps.

ces complémentaires constitue un facteur de transparence. Le projet décrit donc les prestations de l'assurance de manière exhaustive et contraignante (art. 28, al. 1). Il prévoit que les assurances complémentaires seront régies par le droit des contrats, autrement dit par la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (art. 9, al. 2 et 3), comme d'ailleurs les voies de droit. Toute autre solution impliquerait que les assurances complémentaires ne sont pas pratiquées selon les mêmes principes par tous les assureurs. En ef-

fet, les compagnies d'assurance privées gèrent toujours les assurances complémentaires en vertu du droit contractuel privé.

L'exclusion de prestations supplémentaires fixées par voie statutaire dans l'assurance de base signifie que les lacunes actuelles de la couverture d'assurance, considérées comme choquantes, doivent être comblées par l'extension du catalogue des prestations imposé par la loi. A cet effet, il convient tout d'abord d'abolir la limite de la durée de prise en charge des prestations en cas d'hospitalisation. Cette suppression entraîne à son tour la nécessité d'opérer une distinction précise entre les prestations des hôpitaux et celles des établissements médico-sociaux. En effet, il découle du principe de la protection tarifaire que la rémunération fixée dans le tarif épuise toutes les prétentions de l'hôpital, ce qui veut dire que l'on ne peut présenter à l'assuré une facture supplémentaire pour le séjour hospitalier (art. 42, al. 4). Dans le cas des établissements médico-sociaux, ce principe irait trop loin ou, autrement dit, solliciterait l'assurance-maladie dans une mesure excessive. Il est donc prévu que l'assureur prenne en charge les mêmes prestations que pour un traitement ambulatoire (art. 43). Cette règle s'applique également aux prestations du secteur des soins à domicile dont le projet élargit considérablement l'éventail, notamment en y intégrant des prestations générales de soins (art. 19, al. 2, let. a). Les établissements médico-sociaux peuvent donc continuer à facturer séparément à l'assuré les frais de nourriture et de logement qui ne sont pas pris en charge par l'assurance-maladie. Les mesures de prévention figurent désormais dans le catalogue des prestations de l'assurance des soins (art. 20). Dans le domaine des traitements dentaires, certains soins prodigués par des dentistes pourront être pris en charge, notamment ceux occasionnés par une maladie grave ou ses sé-

quelles (art. 25). Restent en revanche exclus les traitements dentaires au sens conventionnel du terme (traitement de caries).

Comme dans le droit actuel, le catalogue légal des prestations ne saurait signifier que tout traitement effectué par un fournisseur de prestations admis est automatiquement pris en charge par l'assurance-maladie. Les prestations ne sont prises en charge que lorsqu'elles sont efficaces, appropriées et économiques (art. 26). La loi suppose que les prestations des médecins et des chiropraticiens remplissent ces conditions et précise que l'obligation de prise en charge ne tombe que lorsque l'absence d'une de ces conditions (efficacité, adéquation, caractère économique) a été expressément constatée pour une forme déterminée de thérapie. En revanche, en ce qui concerne les autres fournisseurs de prestations, seules les prestations définies expressément comme telles par voie d'ordonnance sont prises en charge. Il en va de même des mesures de prévention et des soins dentaires.

En ce qui concerne ses décisions relatives à l'obligation de prise en charge de certaines prestations, le Conseil fédéral s'appuiera, comme il le fait actuellement, sur l'avis de commissions de spécialistes (en fait, ces décisions pourraient être prises par le Département fédéral de l'intérieur, comme c'est le cas actuellement).

Conclusion

Les lacunes du système actuel d'assurance-maladie sont manifestes et se concrétisent de jour en jour. Une révision de la loi est donc plus qu'urgente. C'est au législateur qu'il appartient de décider si elle prendra la forme du projet présenté ici. Certains changements peuvent assurément lui être encore apportés, mais la modification de l'orientation fondamentale du projet impliquerait forcément un nouveau projet et, partant, un retard considérable dans la révision de la loi. L'objectif de la

révision est de conserver et de consolider les aspects positifs de l'assurance-maladie actuelle. Il importe avant tout que l'assurance-maladie reste à la fois la condition et le corollaire d'un système de santé à structure fédéraliste. En effet, l'organisation décentralisée de la santé publique et de l'assurance-maladie répond non seulement au souhait de l'individu d'être traité, lorsqu'il est malade, non pas par une administration anonyme, mais par des personnes prêtes et aptes à répondre à ses besoins concrets. La structure décentralisée de la santé publique et la pluralité des organismes gérant l'assurance-maladie sont par ailleurs indispensables si l'on veut tendre à un rapport optimal entre les coûts et la qualité de la santé publique par le biais de la concurrence et de la responsabilité personnelle. C'est là l'avantage décisif du projet du Conseil fédéral comparé au modèle d'assurance-maladie financée selon les règles de l'AVS, où la prétendue simplicité de la structure et du financement de l'assurance-maladie s'ac-

Les lacunes du système actuel d'assurance-maladie sont manifestes et se concrétisent de jour en jour.

compagnerait d'instruments étatiques de contrôle des coûts d'une extrême complexité. Le troisième modèle, qui prévoit de libérer l'assurance-maladie systématiquement et entièrement des réglementations de l'État et de la soumettre uniquement au droit contractuel et aux mécanismes du marché, instaurerait une assurance-maladie privée de son caractère social et irait donc à l'encontre du mandat constitutionnel conféré en 1890. —

Die Reform der Krankenversicherung – eine unendliche Geschichte?

Die Geschichte der schweizerischen Krankenversicherung ist gekennzeichnet durch eine Vielzahl gescheiterter Versuche der Neuschöpfung oder Umgestaltung gesetzlicher Regelungen. In den letzten Jahren ist infolge der galoppierenden Kostenentwicklung einerseits und der unsoziale Ausmasse annehmenden Entsolidarisierung andererseits der Reformdruck derart gestiegen, dass die zurzeit in der parlamentarischen Behandlung stehende Totalrevision des Gesetzes verbesserte Chancen hat, verwirklicht zu werden.

Dr. Markus Moser, Chef der Hauptabteilung Kranken- und Unfallversicherung im Bundesamt für Sozialversicherung, vermittelt im folgenden einen kurzen Abriss der mühseligen Krankenversicherungs-Geschichte und erläutert dann die Hintergründe und die Ziele der aktuellen Revisionsvorlage des Bundesrates. Im Anschluss daran gibt Dr. Hans Jörg Huber, Präsident der vorberatenden Kommission des Ständerates für die KV-Revision, einen Stimmungsbericht über die Arbeiten seiner Kommission sowie über die Behandlung der Vorlage im Ratsplenum.

VON DR. IUR. MARKUS MOSER

«Das Problem der Kranken- und Unfallversicherung ist an sich schon ein sehr verwickeltes. Aber die gesetzliche Lösung wird noch bedeutend erschwert durch die grosse Verschiedenheit der Tendenzen und der in Frage stehenden Interessen. Die Meinungen gehen bezüglich aller Hauptfragen auseinander: Gleichzeitigkeit der Gesetzgebung für beide Versicherungszweige, oder Priorität des einen oder des anderen, obligatorischer oder fakultativer Charakter der einen oder anderen Versicherung, Umfang des Versicherungszwanges, Form der Versicherungsorgane, Verteilung der Lasten u.s.w.». Die Sätze stammen aus der Botschaft des Bundesrates vom 10. Dezember 1906 (BBl 1906 VI 246), die zum heute noch geltenden Gesetz über

die Krankenversicherung führte. Sie haben im Grunde nichts von ihrer Aktualität eingebüsst. Man muss aus heutiger Sicht höchstens noch beifügen, dass das Problem der Krankenversicherung inzwischen ein sehr altes und trotzdem noch immer ungelöstes ist. Dabei hat die Geschichte der Krankenversicherung im schweizerischen Bundesstaat vielversprechend begonnen.

I. Bisherige Reformversuche

Das Scheitern der Lex Forrer im Jahre 1900

Am 26. Oktober 1890 haben Volk und Stände mit grosser Mehrheit einen Artikel 34^{bis} der Bundesverfassung angenommen (mit 283 000 zu 92 000 Stimmen, ablehnenden

Mehrheiten in den Kantonen AI und VS). Damit erhielt der Bund eine umfassende Kompetenz zur Gesetzgebung im Bereich der Kranken- und Unfallversicherung. Es ist dies die älteste Kompetenz des Bundes im Bereich der Sozialversicherung.

Die Gesetzgebung über die Krankenversicherung stand hingegen von Beginn an unter einem schlechten Stern. Das Bundesgesetz vom 5. Oktober 1899 «über die Kranken- und Unfallversicherung mit Einschluss der Militärversicherung» die sogenannte *Lex Forrer*, ist in der Volksabstimmung vom 20. Mai 1900 deutlich verworfen worden (342 000 zu 148 000 Stimmen). Die *Lex Forrer* sah für Arbeitnehmer bis zu einer bestimmten Einkommensgrenze eine obligatorische Krankenversicherung (Krankenpflege und Krankengeld) sowie eine obligatorische Unfallversicherung vor. Die Krankenversicherung wäre durch öffentlichrechtliche Kreiskrankenkassen und Betriebskrankenkassen sowie durch bereits bestehende oder neue private Krankenkassen durchgeführt worden. Die Finanzierung sollte über lohnprozentuale Beiträge sowie über Bundesbeiträge erfolgen. Es wäre also ein in sich geschlossenes und weitgehend durch den Bund organisiertes System der Kranken- und Unfallversicherung geschaffen worden.

Das KUVG von 1911, revidiert 1964

Nachdem die sehr stark von der deutschen Gesetzgebung der achtziger Jahre des letzten Jahrhunderts (Bismarcksche Sozialgesetze) beeinflusste *Lex Forrer* gescheitert war, besann sich der Bundesrat sozusagen auf den «schweizerischen Weg». In der bereits erwähnten Botschaft vom 10. Dezember 1906 bezeichnete sich der Bundesrat zwar immer noch ausdrücklich als Anhänger einer obligatorischen Krankenversicherung. Er nahm aber das Verdikt des Volkes zur Kenntnis und entschloss sich, «etappenweise vorzugehen und heu-

Wichtige Daten in der Geschichte der Krankenversicherung

26. Oktober 1890:

Annahme des Artikels 34^{bis} der Bundesverfassung durch Volk und Stände.

5. Oktober 1899:

Verabschiedung der «Lex Forrer» (BG über die Kranken- und Unfallversicherung mit Einschluss der Militärversicherung) durch die eidg. Räte.

20. Mai 1900:

Verwerfung der «Lex Forrer» durch das Volk

13. Juni 1911:

Verabschiedung des Bundesgesetzes über die Kranken- und Unfallversicherung (KUVG) durch die eidg. Räte.

4. Februar 1912:

Bestätigung des KUVG durch das Volk

1921, 1947 und 1952:

Expertenkommissionen für die Revision der Krankenversicherung; führten zu keiner Vorlage des Bundesrates

13. März 1964:

Erste und bisher einzige wirkliche Revision des KUVG.

20. März 1969:

Beginn der Arbeiten der Expertenkommission «für die Neuordnung der Krankenversicherung».

31. März 1970:

Einreichung der Volksinitiative «für die soziale Krankenversicherung».

11. Februar 1972:

Bericht der Expertenkommission «für die Neuordnung der Krankenversicherung» (sog. Flimser Modell).

19. März 1973:

Botschaft des Bundesrates zur Volksinitiative «für die soziale Krankenversicherung» mit einem Gegenvorschlag

22. März 1974:

Bundesbeschluss über die Volksinitiative und den grundlegend geänderten Gegenvorschlag

8. Dezember 1974:

Ablehnung der Initiative und des Gegenvorschlags durch Volk und Stände.

31. Januar 1975:

Bundesbeschluss über den Abbau von Bundesbeiträgen

26. Mai 1976:

Beginn der Arbeiten der Expertenkommission «für die Teilrevision der Krankenversicherung».

5. Mai 1977:

Bundesgesetz über Massnahmen zum Ausgleich des Bundeshaushaltes, Plafonierung der Bundesbeiträge an die Krankenkassen auf dem Stand des Jahres 1976.

5. Juli 1977:

Bericht der Expertenkommission «für die Teilrevision der Krankenversicherung»

November 1978:

Vorentwurf des EDI für eine Teilrevision der Krankenversicherung.

19. August 1981:

Botschaft des Bundesrates über die Teilrevision der Krankenversicherung.

8. November 1982:

Einberufung einer Nationalen Sparkonferenz im Gesundheitswesen durch den Vorsteher des EDI.

30. April 1985:

Einreichung der Volksinitiative «für eine finanziell tragbare Krankenversicherung (Krankenkasseninitiative)».

17. März 1986:

Einreichung der Volksinitiative «für eine gesunde Krankenversicherung» durch SP und SGB.

20. März 1987:

Verabschiedung der KVMG-Vorlage durch die eidg. Räte (sog. Sofortprogramm).

6. Dezember 1987:

Ablehnung der KVMG-Vorlage in der Volksabstimmung.

S
C
H
W
E
R
P
U
N
K
T

te nur das anzustreben, was praktisch erreichbar ist» (Botschaft vom 10. Dezember 1906, BBl 1906 VI 247). Der neue Entwurf des Bundesrates verzichtete deshalb auf die Einführung einer obligatorischen Krankenversicherung. Er sah im wesentlichen lediglich eine Unterstützung und Beaufsichtigung von privaten Krankenkassen und von solchen des kantonalen öffentlichen Rechts vor. Diese anerkannten Krankenkassen erhalten Bundesbeiträge zur Abgeltung der von ihnen übernommenen Verpflichtungen (nämlich insbesondere Aufnahmepflicht, zeitlich begrenzte Versicherungsvorbehalte, Gewährung der gesetzlich vorgeschriebenen Leistungen). Dieses Konzept eines Rahmen- und Subventionsgesetzes wurde von den eidgenössischen Räten als *Bundesgesetz vom 13. Juni 1911 über die Kranken- und Unfallversicherung (KUVG)* angenommen. Ein dagegen ergriffenes Referendum scheiterte im Jahre 1912 nur knapp. Dieses in seinen Grundzügen noch heute geltende Gesetz hat bisher erst eine wirkliche Revision erfahren, nämlich jene durch das Bundesgesetz vom 13. März 1964. Die wichtigsten Änderungen bestanden in einer Erleichterung des Beitritts zur Krankenversicherung, in Verbesserungen bei den Leistungen, in einer Anpassung des Tarif- und Arztrechts (der eigentlichen Pièce de résistance jener Revision) und in einer Erhöhung der Bundesbeiträge sowie deren Kopplung an die Entwicklung der Krankenpflegekosten.

Gescheiterte Revisionsversuche

Zahlreichen früheren und späteren Revisionsversuchen hat das KUVG sozusagen erfolgreich widerstanden (vgl. dazu die Übersicht im Kasten). Die Revisionsversuche nach dem Jahre 1965 lassen sich in zwei Etappen untergliedern, nämlich in den Versuch einer grundlegenden Neuordnung der Krankenversicherung in den Jahren 1969–1974 und in den anschliessenden Versuch eines Vorgehens in kleinen und immer kleiner

gewordenen Schritten in den Jahren 1976–1987 mit einem Nachspiel in den Jahren 1988–1990.

Versuch einer Neuordnung der Krankenversicherung 1969–1974

Die im Jahre 1969 eingesetzte Expertenkommission «für die Neuordnung der Krankenversicherung» unterbreitete im Jahre 1972 ihren unter dem Namen «*Flimser Modell*» bekanntgewordenen Bericht. Er sah die Einführung einer für die ganze Bevölkerung obligatorischen Spitalversicherung, finanziert durch einen Zuschlag zu den AHV-Beiträgen, die Beibehaltung der freiwilligen Versicherung für die übrigen Kosten der Krankenpflege und eine für alle Arbeitnehmer obligatorische Krankengeldversicherung vor. Das Flimser Modell fand in der Vernehmlassung eine sehr geteilte Aufnahme. Bereits vor Abschluss der Arbeiten der Expertenkommission reichte die Sozialdemokratische Partei eine *Volksinitiative* «für die soziale Krankenversicherung» ein. Diese verlangte ein umfassendes Obligatorium für die Krankenpflege- und die Krankengeldversicherung mit einer ähnlichen Finanzierung über Beiträge des Bundes, der Kantone und der Versicherten wie in der AHV/IV. Mit seiner *Botschaft vom 19. März 1973* (BB1 1973 I 940 ff.) unterbreitete der Bundesrat einen Gegenvorschlag zur SP-Initiative. Dieser sah ausgehend von der Grundphilosophie des Flimser Modells, die Einführung einer für die ganze Bevölkerung obligatorischen Grossrisikoversicherung (Spitalaufenthalte und ähnliche aufwendige Untersuchungen und Behandlungen), eine freiwillige Versicherung für die übrigen Kosten bei Krankenpflege sowie eine für alle Arbeitnehmer obligatorische Krankengeldversicherung vor. Das Parlament rückte von diesen Anträgen deutlich ab. Sein Gegenvorschlag sah eine freiwillige Krankenpflegeversicherung vor, die jedoch teilweise durch einen obligatorischen Beitrag nach den Regeln der AHV von höchstens 3 Prozent des Erwerbsein-

kommens finanziert worden wäre. Das Obligatorium der Krankengeldversicherung wurde beibehalten. Am 8. Dezember 1974 lehnten Volk und Stände sowohl die Initiative wie den Gegenvorschlag ab.

Versuch einer Teilrevision der Krankenversicherung 1976–1990

Nachdem diese Neuordnung der Krankenversicherung gescheitert war, versuchte man es mit einer Teilrevision des bestehenden Gesetzes. Eine *Expertenkommission* «für die Teilrevision der Krankenversicherung» unterbreitete im Juli 1977 ihren Bericht. Sie schlug wiederum die Einführung einer für Arbeitnehmer obligatorischen Krankengeldversicherung vor. Die Krankenpflegeversicherung sollte dagegen freiwillig bleiben und zur Hauptsache weiterhin durch individuelle Beiträge der Versicherten finanziert werden. Als neue Finanzierungsquelle wurde ein lohnprozentualer Zuschlag von höchstens 1 Prozent des Erwerbseinkommens vorgeschlagen. Im Gegenzug sollten die Subventionen des Bundes stark reduziert werden. Die lohnprozentuale Finanzierung der freiwilligen Krankenpflegeversicherung stiess im Vernehmlassungsverfahren auf starke Ablehnung. Dieser Vorschlag wurde in der Folge fallengelassen. Im übrigen stützte sich *die Botschaft vom 19. August 1981* (BB1 1981 II 1117 ff.) weitgehend auf die Vorschläge der Expertenkommission.

Das vom Parlament nach fünfeinhalb Jahren am 20. März 1987 als sogenanntes *Sofortprogramm* verabschiedete Gesetz hatte am Entwurf des Bundesrates einige Abstriche vorgenommen. Am stärksten ins Gewicht fiel der Verzicht auf die Einführung der obligatorischen Krankengeldversicherung für Arbeitnehmer und ihr Ersatz durch die Einführung einer obligatorischen Taggeldversicherung bei Mutterschaft nach dem Vorbild der Erwerbssersatzordnung. Im Bereich der freiwilligen Krankenpflegeversicherung waren dagegen eine Reihe

von Massnahmen zur Kosteneindämmung vorgesehen. Zudem wurde die Kostenbeteiligung verstärkt (Selbstbehalt von 20%), andererseits aber auch die Leistungen ausgebaut. Im weiteren hätte das Gesetz auch die Schaffung von sogenannten Gesundheitskassen (Health Maintenance Organizations, HMO) ermöglicht. Es wurde indessen am 6. Dezember 1987 in einer Volksabstimmung abgelehnt.

In praktisch allen politischen Lagern war man sich nach dem 6. Dezember 1987 einig, dass damit das Thema Revision der Krankenversicherung keineswegs vom Tisch war. Bereits über das weitere Vorgehen gingen aber die Meinungen auseinander. Während der Bundesrat nun darauf tendierte, eine völlig neue Vorlage vorzubereiten, übernahm der Ständerat wesentliche Teile im Bereich der Krankenpflege-

In praktisch allen politischen Lagern war man sich nach dem 6. Dezember 1987 (Ablehnung des «Sofortprogramms») einig, dass damit das Thema Revision der Krankenversicherung keineswegs vom Tisch war.

versicherung aus dem abgelehnten Gesetz in eine neue Vorlage. Damit sollte die Zeit bis zum Inkrafttreten eines neuen Gesetzes überbrückt und gleichzeitig der am 30. April 1985 von Konkordat der Krankenkassen eingereichten Volksinitiative «für eine finanziell tragbare Krankenversicherung» ein indirekter Gegenvorschlag gegenübergestellt werden. Dieser Vorschlag scheiterte indessen im Nationalrat. Eine in dieser Form sicher nicht erwartete Bestätigung, dass das geltende Recht bis zum Inkrafttreten einer «grossen Revision» der Krankenversicherung nicht genüge, erhielt der Ständerat durch die



Gesundheitswesen Schweiz: Wie krank ist es?
(Zeichnung: pécub)

dringlichen Bundesbeschlüsse vom 13. Dezember 1991 und vom 9. Oktober 1992.

II. Inhalte und Ziele der gegenwärtigen Vorlage für die Revision der Krankenversicherung

Die Vorgeschichte zur gegenwärtigen Vorlage für die Revision der Krankenversicherung dürfte noch weitgehend in Erinnerung und bekannt sein (Vier Expertenberichte aus dem Jahre 1988; Grundsätze des Bundesrates für die Revision der Krankenversicherung aus dem Jahre 1989; Bericht der «Expertenkommission Schoch» aus dem Jahre 1990). Sie ist im übrigen in der *Botschaft vom 6. November 1991* (BBl 1992 I 93 ff. Die Darstellung der Vorgeschichte findet sich in Ziff. 14.) eingehend dargestellt. Im folgenden seien die wichtigsten Grundzüge der Vorlage des Bundesrates hervorgehoben. Die Darstellung lässt sich in drei Teile gliedern, nämlich in die Bereiche Solidarität, Kosteneindämmung und Leistungen.

1. Solidarität

Mängel des heutigen Systems

Die Krankenversicherung ist eine Sozialversicherung. Die wichtigsten

Unterschiede zwischen privater und sozialer Krankenversicherung bestehen darin, dass in der sozialen Krankenversicherung die Krankenkassen verpflichtet sind, grundsätzlich jeden Bewerber zu versichern (Aufnahmepflicht) und ihm gewisse durch das Gesetz garantierte Mindestleistungen zu gewähren. Es ist den Krankenkassen auch nicht gestattet, die Prämien nach dem Krankheitsrisiko bestimmter Gruppen von Versicherten oder gar individuell abzustufen. Im Vergleich zu den übrigen Sozialversicherungen ist bei der Krankenversicherung das soziale Element aber sehr schwach. Zum einen ist der Grundsatz der Aufnahmepflicht durch Ausnahmen abgeschwächt. Die Krankenkassen dürfen in ihren Statuten nach eigenem Ermessen ein Höchstalter für die Aufnahme von Bewerbern vorsehen. Sie dürfen ihre Tätigkeit auch auf einen bestimmten Personenkreis (z.B. eine Berufsgruppe oder einen Betrieb) beschränken. Sie dürfen bei der Aufnahme Auskünfte über den Gesundheitszustand einholen und für bestehende Krankheiten Versicherungsverhalte (beschränkt auf höchstens fünf Jahre) anbringen und die Versicherungsbeiträge nach dem Eintrittsalter der

SCHWERPUNKT

Versicherten abstufen. Schliesslich fehlt der Krankenversicherung ein Merkmal, das in allen übrigen Sozialversicherungen vorhanden ist: Die Beiträge der Versicherten sind nicht nach deren Einkommen abgestuft, sondern es werden individuelle Kopfbeiträge erhoben. Es fehlt mit anderen Worten die Solidarität Reich/Arm. Etwas aufgewogen wird dieser Mangel durch Beiträge der öffentlichen Hand an die Krankenkassen und den hohen Anteil der Beiträge der Kantone an die Finanzierung von Spitälern.

Dieses noch sehr stark von privatwirtschaftlichen Elementen durchdrungene System der freiwilligen Krankenversicherung hat sich in den vergangenen Jahrzehnten relativ gut bewährt. War die Krankenversicherung anfänglich für Personen in bescheideneren Verhältnissen gedacht, so entwickelte sie sich mit der Zeit zu einer eigentlichen Volksversicherung. Im Jahre 1945 war bei den Krankenkassen knapp die Hälfte der Bevölkerung versichert. Zwanzig Jahre später waren es bereits über 80 Prozent, und heute dürfte fast die ganze Bevölkerung bei einer Krankenkasse versichert sein. Dazu beigetragen hat sicher der Umstand, dass mit den steigen-

Im Vergleich zu den übrigen Sozialversicherungen ist bei der Krankenversicherung das soziale Element sehr schwach.

den Gesundheitskosten das Risiko Krankheit auch für wirtschaftlich besser gestellte Personen nicht mehr ohne Versicherung tragbar war. Zudem hatten die Krankenkassen dank der Bundesbeiträge und des im Gesetz enthaltenen Grundsatzes des Tarifschutzes einen entscheidenden Konkurrenzvorteil gegenüber den rein privatwirtschaftlichen Versicherern. Die soziale Krankenversicherung verschafft heute praktisch der

gesamten Bevölkerung den Zugang zu einer in unserem Land sehr hochstehenden medizinischen Versorgung.

In den vergangenen Jahren sind die Schwächen unseres Systems der Krankenversicherung indessen drastisch zutage getreten. Sie werden oft unter dem Stichwort Entsolidarisierung zusammengefasst. Ausgangspunkt ist die Tatsache, dass der Versicherte seine Krankenkasse nicht ohne weiteres wechseln kann. Wechselt der Versicherte seine Kasse aus freien Stücken, wird er nämlich wie ein Bewerber behandelt, der bisher nicht versichert war, das heisst die Regelungen über Höchsteintrittsalter, Versicherungsvorbehalte und Abstufung der Versicherungsbeiträge nach Eintrittsalter werden angewendet. Ist der Versicherte indessen aus bestimmten Gründen gezwungen, seine bisherige Krankenkasse zu verlassen, beispielsweise wegen eines Wechsels seines Wohnortes oder seiner beruflichen Tätigkeit oder weil die Kasse sich auflöst, hat er zwar das Recht, ohne neue Versicherungsvorbehalte einer anderen Kasse seiner Wahl beizutreten. Die Kasse kann ihm nicht ihre Regelung über das Höchsteintrittsalter entgegenhalten, sie kann aber die Versicherungsbeiträge nach dem Eintrittsalter abstufen. Der Versicherte entrichtet also nach einem Wechsel der Kasse, sei es aus freien Stücken oder auf-

grund eines Anspruches auf Freizügigkeit, einen höheren Versicherungsbeitrag als Versicherte, die der betreffenden Kasse bereits in jüngeren Jahren beigetreten sind. Ab einem bestimmten Alter ist deshalb ein freiwilliger Wechsel der Krankenkasse nur noch mit grossen Nachteilen, das heisst praktisch nicht mehr möglich. Gleiches gilt für Personen, die bereits einmal ernsthaft erkrankt sind.

Jede Auflösung einer Krankenkasse benachteiligt also die älteren Versicherten dieser Kasse. Wieviele Personen davon betroffen sind, ist nicht bekannt. Wenn man jedoch weiss, dass es im Jahre 1970 noch über 800 Krankenkassen gab und heute noch etwa 200 Krankenkassen existieren, kann man davon ausgehen, dass die Zahl der so Benachteiligten in die Hunderttausende geht. Ältere Versicherte werden aber auch durch die Neugründung von Krankenkassen benachteiligt. Einerseits können sie diesen Krankenkassen praktisch nicht beitreten, andererseits verschlechtern die jüngeren Versicherten durch ihren Austritt die Zusammensetzung ihrer bisherigen Krankenkasse, das heisst der Altersdurchschnitt der Kasse steigt, sie überaltert und wird damit für die verbleibenden Versicherten teurer. Seit dem Jahre 1970 wurden neben 8 Betriebskrankenkassen insgesamt 11 für alle offene Krankenkassen neu anerkannt. Letztere umfassen

heute zusammen etwa 250 000 Versicherte. Diese Zahlen sind bei insgesamt 6,8 Mio Versicherten nicht sehr spektakulär. Dabei ist aber zu beachten, dass auch schon längst bestehende Krankenkassen sich ähnlich Vorteile verschaffen können wie neu gegründete Krankenkassen, nämlich einerseits durch die Ausdehnung ihrer faktischen Tätigkeit in Gebieten, in welchen sie bisher keine oder fast keine Versicherte hatten, und andererseits durch die Kollektivversicherung. Die Kollektivversicherung bildet nämlich in-

Jede Auflösung einer Krankenkasse benachteiligt die älteren Versicherten dieser Kasse.

nerhalb einer Krankenkasse eine eigene Risikogemeinschaft. Sie umfasst zudem meistens nur erwerbstätige Personen. Das Erstaunliche ist im Grunde genommen, dass diese Mängel unseres Systems der Krankenversicherung erst seit einigen Jahren mit aller Deutlichkeit zutage getreten sind. Beschrieben sind sie bereits in der Botschaft des Bundesrates vom 10. Dezember 1906 (vgl. Kasten).

Behebung der Mängel

Die oben beschriebenen Mängel des heutigen Systems machen im Grunde von selbst deutlich, was geändert werden muss, um die Solidarität zugunsten der älteren und bereits erkrankten Personen zu festigen und zu sichern. Zunächst sind die Nachteile beim Übertritt in eine andere Krankenkasse durch Einführung der vollen und uneingeschränkten Freizügigkeit der Versicherten zu beseitigen. Jeder Versicherte soll das Recht erhalten, seinen Versicherer frei zu wählen und zu wechseln. Höchsteintrittsalter, Abstufung der Versicherungsbeiträge nach dem Eintrittsalter und Versicherungsvorbehalte sollen deshalb abgeschafft werden. Da Versicherungsvorbehal-

Aus der Botschaft des Bundesrates vom 10. Dezember 1906 (BBI 1906 VI 259)

«Die ältern Mitglieder, die ausserstande sind, sich anderswo zu versichern, sind eben genötigt, sich diese Verschlimmerung ihrer Lage (*gemeint ist die Kürzung von Leistungen*) gefallen zu lassen. Dagegen wird die Rekrutierung junger Elemente von Jahr zu Jahr schwieriger, das Durchschnittsalter der Versicherten nimmt zu und die Katastrophe wird beschleunigt. Lieber, als einer wegen des hohen Durchschnittsalters ihrer Mitglieder kostspieligen Kasse beizutreten, gründen die jungen Leute unter sich eine neue Kasse. Sie verfallen dabei oft in dieselben Irrungen wie ihre Vorgänger und gehen so demselben Schicksale entgegen. Daher kommt im Leben so vieler Kassen die unvermeidliche Aufeinanderfolge dreier Perioden vor: die allzu grosse Billigkeit und der scheinbar blühende Stand beim Beginn, wenn das Durchschnittsalter der Versicherten ein niedriges ist, die laufenden Ausgaben infolgedessen gering sind, und man nicht in Voraussicht auf das Älterwerden der Versicherten die nötigen Reserven bestellt, – dann die Erhöhung des Durchschnittsalters, und also der Ausgaben, die Notwendigkeit, die Beiträge zu erhöhen oder die Leistungen herabzusetzen, stationärer Zustand, steigende Schwierigkeit bei der Rekrutierung, – endlich der Zusammenbruch, plötzlich oder langsam, aufsehenerregend oder unauffällig.»

te und Prämienabstufungen nach dem Eintrittsalter aber typische und auch notwendige Regelungen einer freiwilligen Versicherung sind, kann die volle Freizügigkeit nur im Rahmen einer obligatorischen Versicherung ohne Einschränkungen verwirklicht werden.

Die Einführung der obligatorischen Krankenversicherung ist also kein Ziel an sich, sondern Mittel zum Zweck, ein notwendiges Mittel zur Sicherung der Solidarität. Das Obligatorium soll aber nicht dazu führen, alles über den gleichen Leisten zu schlagen. Es wird weiterhin eine Vielzahl von privatrechtlich organisierten und autonomen Versicherern geben. Neben den Krankenkassen sollen auch private Versicherungsgesellschaften die soziale Krankenversicherung durchführen können, wenn sie bereit sind, dies zu den gleichen Bedingungen zu tun (Grundsatz der gleich langen Spiesse). Die Versicherer werden die Prämien der Versicherten autonom festlegen, das heisst es wird weiterhin Prämienunterschiede zwischen den einzelnen Versicherern geben. Unangetastet bleibt auch die Möglichkeit von Prämienabstufungen nach Kantonen und innerhalb eines Kantons. Im weiteren sieht der Entwurf ausdrücklich vor, dass die Versicherer für alternative Versicherungsformen (höhere Kostenbeteiligungen, eingeschränkte Wahl der Leistungserbringer, Bonusversicherung) Prämienermässigungen anbieten können. Die Einführung eines Versicherungsobligatoriums muss also nicht mit einer einheitlichen und starren Form der Versicherung gleichgesetzt werden. Die vorgeschlagene obligatorische Krankenversicherung setzt Rahmenbedingungen, innerhalb deren sich der Versicherte bewegen und wählen kann. Damit soll gleichzeitig zum Zwecke der Kosteneindämmung die Konkurrenz unter den Versicherern verstärkt werden (vgl. unten Ziff. 3).

Das Versicherungsobligatorium festigt nicht nur die Solidarität zwischen Gesunden und Kranken, es

ermöglicht auch, die Solidarität zugunsten der wirtschaftlich Schlechtergestellten einzuführen. In einer freiwilligen Versicherung müssen nämlich die Bundesbeiträge zur Abgeltung der gesetzlichen Auflagen (Aufnahmepflicht, Leistungskatalog, Ausgleich der Kostenunterschiede Mann/Frau) eingesetzt werden. In einer obligatorischen Versicherung ist dies nicht mehr nötig, weil das Ausweichen in Versicherungen, die diese Auflagen nicht kennen, nicht möglich ist. Die Bundesbeiträge können deshalb zur gezielten Prämienverbilligung zugunsten von wirtschaftlich schwächeren Versicherten eingesetzt werden. Der Entwurf sieht denn auch vor, dass sowohl die Bundesbeiträge (insgesamt 2 Mia Fr.) wie auch die Beiträge der Kantone (insgesamt 1 Mia Fr.) ausschliesslich zur individuellen Prämienverbilligung eingesetzt werden.

2. Kosteneindämmung

Dass die Kosteneindämmung ein wichtiges Element einer Revision der Krankenversicherung sein muss, bedarf keiner langen Begründung. Die Zahlen sprechen für sich. Im Jahre 1966 betragen die Kosten der Krankenkassen je Versicherten noch Fr. 141.91, im Jahre 1991 lagen diese Kosten bei Fr. 1453.90. Dies entspricht einer Zunahme um 924,5 Prozent. Im gleichen Zeitraum ist der Index der Konsumentenpreise um 171,7 Prozent und der BIGA-Lohnindex um 314,5 Prozent angestiegen. Von Bedeutung ist vor allem das Auseinanderklaffen von Lohnindex und Steigerung der Krankenpflegekosten. Die Zahlen bedeuten, dass die Versicherten einen immer grösseren Teil ihres Einkommens für die Krankenversicherung aufbringen mussten. Die Prämien für die Krankenkasse sind heute zu einem bedeutenden Ausgabeposten und deshalb zu einem Politikum geworden.

So einfach es ist, die Notwendigkeit der Kosteneindämmung in der Krankenversicherung zu begrün-

den, so schwierig ist es, die Kosten tatsächlich einzudämmen, weil die Ursachen der Kostensteigerung sehr vielfältig sind. Einige der Ursachen können und wollen wir zudem gar nicht ändern. Ich denke an den medizinischen Fortschritt und an die Zunahme der Lebenserwartung. Zudem sind wir alle in unserer Haltung gegenüber den Kosten der Krankenversicherung, genauer des Gesundheitswesens, ambivalent. Als Prämienzahler sind uns die Kosten zu hoch. Sind wir aber selber ernsthaft krank, erwarten wir die beste Versorgung und Betreuung und fragen nicht nach deren Kosten. Es besteht ein grosser Konsens über die Notwendigkeit der Kosteneindämmung und ein ebenso grosser Dissens über die zu ergreifenden Massnahmen. Man ist sich höchstens darin einig, dass die Kosteneindämmung «bei den anderen» stattfinden muss. Daraus kann man eine wichtige Erkenntnis gewinnen: Eine wirksame Kosteneindämmung muss alle treffen. Bleibt noch die

Die Einführung der obligatorischen Krankenversicherung ist kein Ziel an sich, sondern Mittel zum Zweck, ein notwendiges Mittel zur Sicherung der Solidarität.

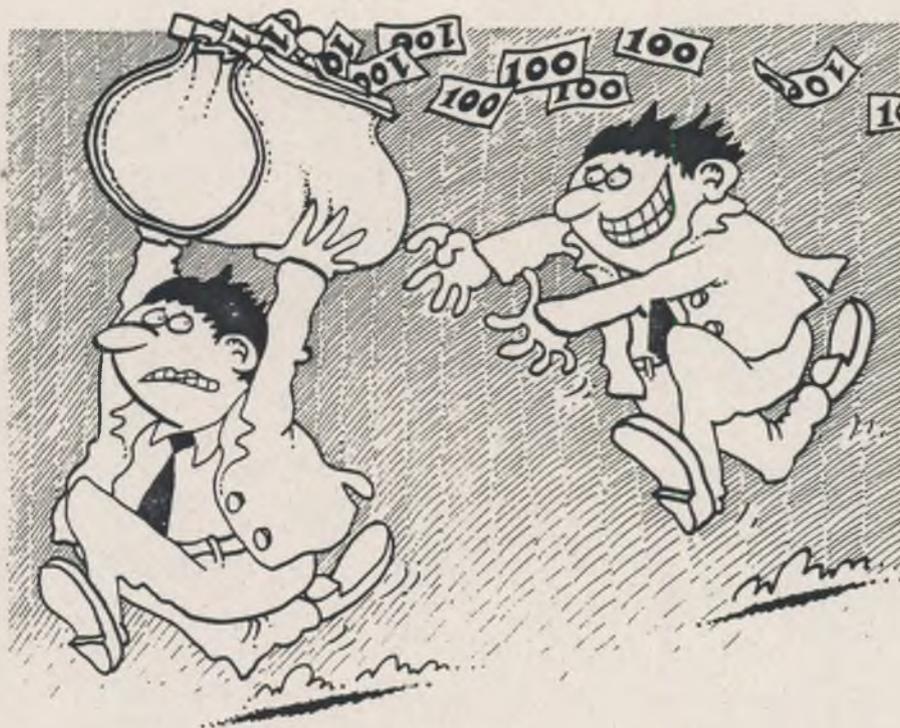
Frage, wie die Kosten am besten eingedämmt werden. Hier gibt es, etwas typisiert gesprochen, zwei divergierende Ansichten. Die einen setzen ihre Hoffnung auf den Markt, die anderen auf den Staat. Der Entwurf des Bundesrates gibt beiden Seiten und damit keiner von beiden recht. Der Entwurf will sowohl bei den Versicherern wie bei den Leistungserbringern das Element der Konkurrenz fördern. Er will im weiteren die Selbstverantwortung der Versicherten verstärken. Damit setzt der Entwurf zunächst auf den Markt. Wenn man aber den Zweck einer sozialen

Krankenversicherung nicht verfehlen will, nämlich der ganzen Bevölkerung den Zugang zu einer hochstehenden medizinischen Versorgung zu tragbaren Bedingungen zu ermöglichen, kann man auf ein ordnendes Eingreifen des Staates nicht verzichten.

Marktwirtschaftliche Elemente zur Kosteneindämmung

Konkurrenz zwischen den Versicherern
Die *Freizügigkeit der Versicherten* (Art. 7 des Entwurfes) wird die Konkurrenz unter den Versicherern ohne Zweifel verstärken. Jener Versicherer, der die Kosten am besten im Griff hat, sei es aufgrund günstiger Tarifverträge oder durch eine effiziente Kontrolle der Leistungsmenge, wird auch günstigere Prämien offerieren können. Der für eine Übergangszeit von 10 Jahren vorgesehene Risikoausgleich zwischen den Versicherern (Art. 97) wird daran nichts ändern, weil der Ausgleich nicht gestützt auf die konkreten Kostenunterschiede zwischen den einzelnen Versicherern, sondern aufgrund objektiver Kriterien (Zusammensetzung der Bestände der Versicherer nach Alter und Geschlecht) vorgenommen wird.

Bereits dem geltenden Recht entspricht, dass die Leistungen gestützt auf Tarife zu vergütet sind (Tarifschutz, Art. 38). Diese Tarife kommen in erster Linie gestützt auf *Tarifverträge* zwischen Versicherern und Leistungserbringern zustande (Art. 37 Abs. 4). Behördlich festgelegte Tarife wird es wie im geltenden Recht nur bei den Arzneimitteln und den Laboranalysen geben (Art. 44). Der Tarifvertrag soll stärker als heute zu einem Element der Konkurrenz zwischen den Versicherern und damit auch zwischen den Leistungserbringern werden. Der Entwurf erwähnt deshalb ausdrücklich neben dem heute in der ambulanten Behandlung praktisch ausschliesslich angewendeten (aber durch das heutige KUVG nicht etwa vorgeschriebenen) Einzelleistungstarif auch den Zeittarif und den Pau-



Die Kosten laufen immer schneller davon... (Zeichnung: pécub)

schaltarif (Art. 37 Abs. 2 und 3). Diese Konkurrenz wird nur spielen, wenn die bestehenden Tarifkartelle zwischen den Verbänden der Krankenkassen und jenen der Leistungserbringer aufgebrochen werden. Der Entwurf schliesst zwar die Möglichkeit von Tarifverträgen zwischen Verbänden auch künftig nicht aus. Aber diese Verbandsverträge sollen für die Mitglieder der Verbände nicht mehr automatisch, sondern erst gestützt auf eine ausdrückliche Beitrittserklärung gelten (Art. 39 Abs. 2). Es wird also nicht mehr möglich sein, im Tarifvertrag die Verbandsmitglieder zum Vertragsbeitritt zu verpflichten. Der Tarifvertrag zwischen Verbänden soll auch Versicherern und Leistungserbringern, die nicht Verbandsmitglieder sind, offenstehen (Art. 39 Abs. 2). Damit ist gleichzeitig auch gesagt, dass im Gegensatz zum geltenden Recht (Art. 16 KUVG) die Ärzte kein Beitrittsrecht zu allen Tarifverträgen haben.

Den zweiten Faktor der Kosten bildet die Menge der in Anspruch genommenen Leistungen. Hier soll

die Konkurrenz zwischen den Versicherern einen Anreiz zu vermehrter *Kostenkontrolle* bilden. Eine wichtige Rolle werden dabei die Vertrauensärzte spielen. Der Vertrauensarzt ist eine Art Mittler zwischen Versicherer und Leistungserbringer, weil er vom Leistungserbringer medizinische Angaben erhalten kann, die er in dieser «Originalform» aus Gründen des Schutzes der Persönlichkeit des Versicherten nicht unbedingt an die übrigen Stellen beim Versicherer weiterleiten darf. Die Voraussetzungen für die Wahl des Vertrauensarztes durch den Versicherer sowie seine Rechte und Pflichten werden deshalb im Entwurf eingehend geregelt (Art. 49). Eine wirksame Kostenkontrolle wird den Versicherern aber nur möglich sein, wenn ihnen durch entsprechende gesetzliche Vorschriften und behördliche Massnahmen die nötigen Instrumente zur Verfügung gestellt werden. Zudem muss zur Begrenzung der Menge der Leistungen auch das Verhalten der Versicherten und der Leistungserbringer beeinflusst werden.

Anreize zur Kosteneindämmung bei den Versicherten

Anreize zur Kosteneindämmung durch die Versicherten können darin bestehen, dass diese bei der Inanspruchnahme von Leistungen einen Teil der Kosten selber tragen müssen, die Versicherung also die Leistungen nicht vollständig deckt. Eine weitere Möglichkeit besteht darin, dass der Versicherte durch sein Verhalten die Höhe seiner Prämie beeinflussen kann.

Bereits das geltende Recht kennt die *Kostenbeteiligung* der Versicherten. Der Entwurf übernimmt diese Regelung weitgehend (vgl. Art. 56), insbesondere soll der Selbstbehalt weiterhin bei 10 Prozent bleiben. Die Kostenbeteiligung soll aber auch bei Spitalbehandlung gelten. Damit wird vermieden, dass eine in der Regel teurere stationäre Behandlung einer ambulanten Behandlung nur deshalb vorgezogen wird, weil keine Kostenbeteiligung entrichtet werden muss. Zudem sollen die Versicherten bei stationärer Behandlung einen Beitrag an die Aufenthaltskosten entrichten. Neu ist auch, dass der Bundesrat in einer Verordnung die Höhe der Kostenbeteiligung variieren kann, indem für bestimmte Leistungen die Kostenbeteiligung erhöht (die Botschaft nennt als Beispiel die Physiotherapie) und für andere herabgesetzt oder völlig aufgehoben werden kann (die Botschaft nennt als Beispiel die Hämodialysen).

In den Bestimmungen, dass die Krankenversicherung bei bestimmten Leistungen – nämlich bei Badekuren, bei den Transportkosten sowie bei Mitteln und Gegenständen – nicht unbedingt die vollen Kosten, sondern nur einen Beitrag an die Kosten übernimmt (Art. 19 Abs. 2 Bst. c und d und Art. 44 Abs. 1 Bst. a Ziff. 3), liegt ebenfalls ein Element der Kostenbeteiligung, aber auch ein Anreiz für die Tarifpartner beziehungsweise die Leistungserbringer, die effektiven Kosten für diese Leistungen in Grenzen zu halten.

An sich beeinflusst der Versicherte durch sein Verhalten immer auch

die *Höhe der Prämie*, nur liegt dieser Zusammenhang heute höchstens noch in kleinen überschaubaren Krankenkassen unmittelbar auf der Hand. Die ständig steigenden Prämien können heute sogar einen negativen Einfluss auf die Kostenentwicklung haben, indem die Versicherten für ihre hohen Prämien auch einen Gegenwert haben möchten. Eine kostendämmende Wirkung über die Prämie ist deshalb praktisch nur möglich, indem dem Versicherten die Möglichkeit gegeben wird, besondere Formen der Versicherung zu wählen, in welchen die Prämien günstiger angesetzt werden können.

Die heute am stärksten verbreitete und auch im Entwurf vorgesehene *besondere Versicherungsform* ist die Möglichkeit der Wahl einer höheren Jahresfranchise. Ähnlich wirkt die sogenannte Bonusversicherung, bei welcher sich die Prämie vermindert, wenn während einer bestimmten Zeit keine Leistungen in Anspruch genommen werden (Art. 54 Abs. 2). Bei beiden Versicherungsformen besteht die Gefahr, dass sie nur von Personen gewählt werden, die ohnehin gesund sind und deshalb gar keine Leistungen in Anspruch nehmen müssen. Die Prämienverminderung könnte deshalb auch zu einer Entsolidarisierung zwischen gesunden und kranken Versicherten führen. Aus diesem Grund soll der Bundesrat Höchstgrenzen für die Prämienvermindierungen vorsehen können (Art. 54 Abs. 3).

Eine besondere Versicherungsform kann auch darin bestehen, dass der Versicherte sich verpflichtet, seine Leistungen nur bei bestimmten Leistungserbringern in Anspruch zu nehmen (Art. 36 Abs. 4). Er kann also beispielsweise auf seine freie Arztwahl verzichten, indem er nur eine bestimmte Gruppe von Ärzten aufsucht. Das ist die Versicherungsform der HMO. Denkbar wäre aber beispielsweise auch, dass sich der Versicherte bei einem Hausarzt einschreibt und sich verpflichtet, Spezialärzte nur nach

einer Zuweisung durch diesen Hausarzt aufzusuchen. Im Gegensatz zu höherer Jahresfranchise und Bonusversicherung liegt bei diesen Versicherungsformen der Grund für die Prämienverminderung nicht sogleich auf der Hand. Der kostendämmende Effekt liegt hier darin, dass der Versicherer mit ausgewählten Leistungserbringern einen besonderen Tarifvertrag abschliessen kann. In diesem Tarifvertrag kann ein Vergütungssystem vorgesehen werden, das auch für die Leistungserbringer Anreize zu Kosteneindämmung enthält, beispielsweise in Form von pauschalen Vergütungen, bei welchen der Verdienst des Leistungserbringers nicht mehr direkt von den im einzelnen erbrachten Leistungen abhängt.

Staatliche Vorschriften und Eingriffe

Instrumente zur Kostenkontrolle
Ausgangspunkt für die Kostenkontrolle durch die Versicherer bildet der bereits im geltenden Recht enthaltene Grundsatz, dass sich die Leistungserbringer an das Gebot der Wirtschaftlichkeit zu halten haben. Verletzen die Leistungserbringer dieses Gebot, kann der Versicherer die Vergütung verweigern oder bereits erbrachte Leistungen zurückfordern. Dies soll künftig im Gesetz ausdrücklich festgehalten werden (Art. 48). Heute beruht diese Sanktion lediglich auf der Gerichtspraxis. Die Versicherer können die Kosten nur kontrollieren, wenn ihnen die nötigen Angaben zur Verfügung stehen. Den Leistungserbringern wird deshalb vorgeschrieben, dass sie in ihren Rechnungen alle Angaben machen müssen, die zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen nötig sind. Darunter fallen ausdrücklich auch medizinische Angaben. Diese dürfen aber, wenn der Versicherte es verlangt, nur dem Vertrauensarzt der Kasse gemacht werden (Art. 36 Abs. 3–5). Überhaupt bildet das Vorhandensein von gesicherten Angaben eine wichtige Grundlage für die Kosteneindämmung. Aus diesem Grund soll die

Statistik über die Krankenversicherung ausgebaut werden (Art. 18). Schliesslich werden die Spitäler verpflichtet, ihre Kosten und ihre Leistungen an die Versicherer nach einer einheitlichen Methode zu erfassen (Art. 42 Abs. 6). Dies erlaubt die Durchführung von Betriebsvergleichen zwischen den Spitälern. Gestützt auf solche Betriebsvergleiche können die Versicherer den Tarifvertrag mit einem unwirtschaftlich arbeitenden Spital kündigen und eine Senkung des Tarifes verlangen (Art. 42 Abs. 7).

Massnahmen im Tarifrecht

Die Tarifverträge bedürfen der Genehmigung durch die Kantonsregierung oder im Falle von gesamtschweizerisch gültigen Verträgen der Genehmigung des Bundesrates (Art. 39 Abs. 3). Diese Genehmigungspflicht entspricht dem geltenden Recht. Im Dreiecksverhältnis zwischen Versicherern, Leistungserbringern und Versicherten ist es nämlich nicht ausgeschlossen, dass sich die Tarifpartner sozusagen zu Lasten des abwesenden Dritten einigen. Aus diesem Grund ist es nur folgerichtig, wenn die Legitimation zur Beschwerde gegen solche Genehmigungsbeschlüsse weiterhin auch den Versicherten zusteht (Art. 45 Abs. 5).

Neu ist die Bestimmung, dass der Bundesrat Grundsätze für eine wirtschaftliche Bemessung und eine sachgerechte Struktur sowie für die Anpassung der Tarife aufstellen kann (Art. 37 Abs. 6). Es geht darum, durch gewisse Leitlinien sicherzustellen, dass das allgemeine Gebot der Wirtschaftlichkeit auch bei den Tarifen beachtet wird. Zudem soll der Bundesrat auch für die Koordination mit den Tarifordnungen anderer Sozialversicherungen (obligatorische Unfallversicherung, Invalidenversicherung, Militärversicherung) sorgen. Eine spezielle Bestimmung ist für die Einzelleistungstarife vorgesehen. Hier soll die Tarifstruktur, also die Bewertung der einzelnen Leistungen im Verhältnis zuein-

ander (Taxpunkte), in der ganzen Schweiz einheitlich sein (Art. 37 Abs. 4). Es wird Sache der Tarifpartner sein, diese Struktur zu vereinbaren. Lediglich wenn eine solche Vereinbarung nicht zustandekommt, hat sie der Bundesrat festzulegen (Art. 40 Abs. 4). Gestützt auf diese einheitliche Tarifstruktur wird in den einzelnen Tarifverträgen die Höhe der Vergütung (Taxpunkt-wert) vereinbart. Bezüglich der Tarifverträge mit den Spitälern ist im Entwurf vorgesehen, dass die Krankenversicherung höchstens 50 Prozent der Betriebskosten der öffentlichen Spitäler zu tragen hat (Art. 42 Abs. 1). Dies aus zwei Gründen. Die Spitalträger, welche mit ihren Entschieden die Höhe der Betriebskosten beeinflussen, sollen diese im Interesse der Kosteneindämmung nicht voll abwälzen können. Zudem hat die Beteiligung der öffentlichen Hand an den Spitalkosten auch einen sozialen Aspekt, der bei einer Finanzierung der Krankenversicherung über individuelle Kopfbeiträge nötig ist.

Aus dem Grundsatz des Tarifschutzes folgt schliesslich, dass bei Fehlen eines Tarifvertrages eine Behörde, nämlich die Kantonsregierungen, die nötigen Vorkehren zu treffen hat. Die entsprechenden Regelungen (Art. 38 Abs. 3, Art. 40 und 41) entsprechen weitgehend dem geltenden Recht.

Spitalplanung

Während für Leistungserbringer in der ambulanten Behandlung weiterhin der Grundsatz gilt, dass zur Tätigkeit für die Krankenversicherung zugelassen ist, wer die entsprechenden Voraussetzungen erfüllt, soll bei den Spitälern dieser Grundsatz nicht mehr gelten. Die Kantone haben eine Spitalplanung aufzustellen. Nur jene Spitäler, die dieser Planung entsprechen, können für die Krankenversicherung tätig sein. Die Kantone haben in ihren Planungen private Spitäler in angemessener Weise zu berücksichtigen. Sie dürfen diese also nicht zum vorneherein aus-

ihrer Planung ausschliessen (Art. 33 Abs. 1 Bst. d).

Ausserordentliche Massnahmen zur Kosteneindämmung

Im Grunde genommen stellt der Entwurf lediglich Instrumente zur Kosteneindämmung zur Verfügung. Es wird Sache der Versicherer, der

Die Beteiligung der öffentlichen Hand an den Spitalkosten hat auch einen sozialen Aspekt, der bei einer Finanzierung der Krankenversicherung über individuelle Kopfbeiträge nötig ist.

Leistungserbringer und der Versicherten sein, diese Instrumente zu benutzen. Der Entwurf setzt also auf die Selbstverantwortung aller Beteiligten. Für den Fall, dass die Selbstverantwortung und die Eigeninitiative der Beteiligten nicht zum Ziel führt, enthält der Entwurf aber auch ausserordentliche Massnahmen zur Kosteneindämmung. Diese geben dem Bundesrat die Möglichkeit zu Eingriffen, welche die im ordentlichen Recht bestehenden Freiheiten, insbesondere die Tarifautonomie, weitgehend aufheben.

Vorgesehen ist, dass der Bundesrat für eine beschränkte Zeit in der Krankenversicherung ein *Globalbudget* einführen könnte. Damit würde der Umfang der Kosten, welche die Leistungserbringer zulasten der Krankenversicherung während eines bestimmten Zeitraumes (in der Regel eines Jahres) verrechnen können, zum vorneherein festgelegt. Wird am Ende der Budgetperiode festgestellt, dass das Budget wegen der Menge der in Rechnung gestellten Leistungen nicht eingehalten werden kann, müssen die Vergütungen für die einzelnen Leistungen entsprechend gekürzt werden. Das Globalbudget hätte also praktisch zur Folge, dass die Tarife für die ein-

zelen Leistungen vorerst nicht erhöht und am Ende des Jahres, je nach der Menge der erbrachten Leistungen, sogar gesenkt werden. Innerhalb eines gesamtschweizerischen Globalbudgets wären Unterbudgets für bestimmte Kantone und bestimmte Leistungserbringer denkbar. Möglich wäre auch, dass das Globalbudget zum vorneherein nur für bestimmte Kategorien von Leistungserbringern (z. B. für Spitäler) oder in bestimmten Kantonen eingeführt wird.

Die zweite ausserordentliche Massnahme ist die Möglichkeit von *Zulassungsbeschränkungen* für neue Leistungserbringer. Auch diese Massnahme kann nur für eine befristete Zeit eingeführt werden. Neben der strikten Beschränkung der Zahl der Leistungserbringer im Verhältnis zur Zahl der Versicherten (Bedürfnisklausel) wären auch andere Massnahmen denkbar, beispielsweise die Verlängerung von Praktika oder die Tätigkeit im Rahmen von Sozialeinsätzen vor der Zulassung zur selbständigen Ausübung des Berufes.

3. Leistungen

In einer Sozialversicherung sind die Leistungen, die diese Versicherung gewährt, in der Regel durch das Gesetz vorgegeben. Dies ist in der heutigen Krankenversicherung nicht abschliessend der Fall. Die Krankenkassen sind lediglich verpflichtet, gewisse im Gesetz definierte Mindestleistungen zu übernehmen. Allerdings ist gleich beizufügen, dass dieser Katalog von Mindestleistungen sehr umfangreich ist. Er garantiert den Versicherten den Zugang zu einer hochstehenden medizinischen Versorgung sowohl im ambulanten wie im stationären Bereich. Die grösste Lücke dürfte heute in der zeitlichen Beschränkung der Leistungspflicht bei stationärer Behandlung liegen. Die Krankenkassen haben die Leistungen bei stationärer Behandlung nur während 720 Tagen innerhalb von 900 Tagen zu entrichten. Minderjährige und

Bezüger einer Rente der Invalidenversicherung sind von dieser Beschränkung ausgenommen. Sie trifft also praktisch nur Personen im Rentenalter der AHV. Eine weitere Besonderheit unserer Krankenversicherung ist, dass sie die Zahnbehandlung nicht umfasst. Die Krankenkassen sind berechtigt, gestützt auf ihre eigenen Bestimmungen mehr als die Mindestleistungen zu versichern. Sie können dies auf zwei Arten tun, nämlich durch Einschluss dieser Leistungen in die Krankenpflegeversicherung (Grundversicherung) oder durch das Angebot von besonderen Zusatzversicherungen. In der Praxis werden beide Wege gleichzeitig gewählt. Dies und die Autonomie der Krankenkassen führt dazu, dass das Leistungsangebot der Krankenkassen sehr unübersichtlich ist, was beispielsweise Prämienvergleiche zwischen den Krankenkassen erschwert. Für die Zusatzversicherungen gilt das Krankenversicherungsgesetz einschliesslich der Bestimmungen über das versicherungsgerichtliche Verfahren. Die Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG) hält indessen fest, dass für die Zusatzversicherungen nicht alle, sondern nur die wichtigsten Grundsätze des Gesetzes zu beachten sind, insbesondere der Grundsatz der Gegenseitigkeit. Daraus folgt beispielsweise, dass die Vorschriften über die Prämien (bisher die Differenz zwischen Männer- und Frauenprämie von 10%, nun die Prämienungleichheit Mann/Frau) auch für die Zusatzversicherungen gelten. Einzelne Bestimmungen des Gesetzes sind nach der Rechtsprechung für die Zusatzversicherungen hingegen nicht anwendbar, beispielweise die Aufnahmepflicht. Die Krankenkassen können also den Abschluss einer Zusatzversicherung wegen eines hohen Krankheitsrisikos ablehnen. Schliessen sie eine Zusatzversicherung ab, müssen sie aber die Vorschriften über die beschränkte Dauer von Versicherungsvorbehalten (5 Jahre) beachten.

In der obligatorischen Krankenversicherung kann diese Vermischung zwischen gesetzlich vorgeschriebenen Leistungen, statutarischen Zusatzleistungen in der Grundversicherung und Zusatzversicherungen nicht mehr weiterbestehen. Vor allem der Grundsatz der Freizügigkeit verlangt, dass auch klar definiert ist, auf welche Leistungen sich die Freizügigkeit bezieht. Zudem dient eine klare Trennung zwischen Grundversicherung und Zusatzversicherungen auch der Transparenz. Der Entwurf umschreibt deshalb die Leistungen der obligatorischen Versicherung abschliessend und verbindlich (Art. 28 Abs. 1). Die Zusatzversicherungen sollen sich nach dem Vertragsrecht, das heisst nach dem Bundesgesetz vom 2. April 1908 über den Versicherungsvertrag richten (Art. 9 Abs. 2 und 3). Das gilt auch für den Rechtsweg. Jede andere Lösung würde bedeuten, dass die Zusatzversicherungen nicht von allen Versicherten nach den gleichen Grundsätzen durchgeführt werden. Die privaten Versicherungsgesellschaften führen nämlich die Zusatz-

Die grösste Lücke dürfte heute in der zeitlichen Beschränkung der Leistungspflicht bei stationärer Behandlung liegen.

versicherungen auf jeden Fall nach dem privaten Vertragsrecht durch.

Der Ausschluss von statutarischen Zusatzleistungen in der Grundversicherung bedeutet, dass bestehende Lücken im Versicherungsschutz, die als stossend empfunden werden, durch die Erweiterung des gesetzlichen Leistungskatalogs geschlossen werden müssen. Dazu zählt in erster Linie die Aufhebung der zeitlichen Begrenzung der Leistungspflicht bei stationärer Behandlung. Dies wiederum hat zur

Folge, dass klar unterschieden werden muss zwischen Leistungen im Spital und Leistungen im Pflegeheim. Aus dem Grundsatz des Tarifschutzes folgt nämlich, dass mit den tariflich festgelegten Vergütungen die Behandlungskosten vollständig abgegolten sind, dem Versicherten also für den Aufenthalt im Spital nicht noch zusätzliche Kosten in Rechnung gestellt werden können (Art. 42 Abs. 4). Im Pflegeheim würde dieser Grundsatz indessen zu weit gehen, das heisst er würde die Krankenversicherung überfordern. Dort ist deshalb vorgesehen, dass die Krankenversicherung die gleichen Leistungen wie bei ambulanter Behandlung übernehmen muss (Art. 43). Darin eingeschlossen sind auch die Leistungen bei Hauskrankenpflege, die nach dem Entwurf ebenfalls deutlich erweitert werden sollen, insbesondere durch den Einbezug von allgemeinen pflegerischen Leistungen (Art. 19 Abs. 2 Bst. a). Dem Versicherten können also im Pflegeheim weitergehende Pensions- und Aufenthaltskosten separat verrechnet werden. Neu sollen auch präventive Massnahmen zum Leistungskatalog der Krankenpflegeversicherung zählen (Art. 20), und im Bereich der Zahnbehandlung sollen gewisse Behandlungen von Zahnärzten übernommen werden können, insbesondere solche, die auf schwere Erkrankungen zurückzuführen sind, die die Zähne indirekt mitgeschädigt haben (Art. 25). Ausgeschlossen bleibt aber weiterhin die Zahnbehandlung im klassischen Sinn (Behandlung von Karies).

Wie im geltenden Recht, bedeutet der gesetzliche Leistungskatalog noch nicht, dass jede Behandlung eines zugelassenen Leistungserbringers automatisch auch von der Krankenversicherung übernommen werden muss. Es gilt der Grundsatz, dass die Leistungen nur übernommen werden müssen, wenn sie wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind (Art. 26). Für Ärzte und Chiropraktoren gilt die gesetzliche Ver-

mutung, dass ihre Leistungen diese Voraussetzungen erfüllen, das heisst die Leistungspflicht entfällt nur, wenn das Fehlen einer dieser Voraussetzungen (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit) für eine bestimmte Form der Therapie ausdrücklich festgestellt worden ist. Bei den übrigen Leistungserbringern werden hingegen nur jene Leistungen übernommen, die ausdrücklich in einer Verordnung als solche definiert worden sind. Gleiches gilt für Leistungen der Prävention und für zahnärztliche Behandlungen. Bei seinen Entscheidungen über die Leistungspflicht wird sich der Bundesrat (faktisch dürfte es sich wie heute um Entscheide des Departementes des Innern handeln) wie heute auf die Beratungen von Fachkommissionen abstützen.

Schlusswort

Die Mängel der heutigen Krankenversicherung sind offensichtlich, und sie werden praktisch von Tag zu Tag deutlicher sichtbar. Eine Revision des Gesetzes ist daher dringend geboten. Ob es nun die hier dargestellte Vorlage sein soll, wird der Gesetzgeber zu entscheiden haben. Gewisse Änderungen sind sicher noch möglich, aber die Grundrichtung der Vorlage könnte nur um den Preis einer erheblichen Verzögerung der Revision des Gesetzes erreicht werden. Ziel der angestrebten Revision ist es, die positiven Aspekte unserer heutigen Krankenversicherung zu erhalten und zu festigen. Dazu zählt in erster Linie, dass die Krankenversicherung Voraussetzung und gleichzeitig Konsequenz eines föderalistisch ausgestalteten Gesundheitswesens bleiben soll. Eine möglichst dezentrale Organisation von Gesundheitswesen und Krankenversicherung entspricht nicht nur dem menschlichen Bedürfnis, bei Krankheit nicht von einer grossen, zentral gelenkten Organisation, sondern von Menschen behandelt zu werden,

die bereit und in der Lage sind, auf die konkreten Bedürfnisse des Kranken einzugehen. Dezentrale Strukturen des Gesundheitswesens und eine Vielfalt von Trägern der Krankenversicherung bieten überdies die Grundlage, dass das optimale Verhältnis zwischen Kosten und Qualität des Gesundheitswesens

Die Mängel der heutigen Krankenversicherung sind offensichtlich, und sie werden praktisch von Tag zu Tag deutlicher sichtbar.

auch mit den Mitteln der Konkurrenz und der Selbstverantwortung angestrebt werden kann. Das ist der entscheidende Vorteil der Vorlage des Bundesrates im Vergleich zum Gegenmodell einer nach dem Vorbild der AHV finanzierten Krankenversicherung. Die vermeintliche Einfachheit in der Struktur und der Finanzierung der Krankenversicherung würde dort eingetauscht gegen sehr komplexe staatliche Instrumente zur Kostenkontrolle. Das andere denkbare Gegenmodell, die von Regelungen durch den Staat konsequent und vollständig befreite und nur noch dem Vertragsrecht und den Mechanismen des Marktes unterworfenen Krankenversicherung, wäre eine ihres sozialen Charakters beraubte Krankenversicherung. Der seit dem Jahre 1890 bestehende Verfassungsauftrag würde damit nicht mehr erfüllt. —

**II. LA SANTE PUBLIQUE EN SUISSE /
GESUNDHEITSWESEN IN DER SCHWEIZ**

"La santé publique repart du bon pied" par Rolf Dinkel et Andreas Frei, in *Le Mois économique et financier*, mars 1992 23

"Schweizerisches Gesundheitswesen im Aufbruch" von Rolf Dinkel und Andreas Frei, in *Der Monat in Wirtschaft und Finanz*, März 1992 35

La santé publique helvétique manque, certes, d'un schéma directeur et les incitations financières sont inadéquates, mais les amorces de solution qui existent sont encourageantes.

La santé publique repart du bon pied

Entre dirigisme et libre concurrence

ROLF DINKEL ET ANDREAS FREI

La santé publique helvétique ne se porte pas bien. L'anamnèse révèle un dérapage des coûts. La maladie a donc un caractère chronique et ne constitue pas un événement isolé comme la formule courante d'«explosion des coûts» le laisserait supposer. D'autres pays n'ont pas hésité à s'attaquer au problème à coups de textes de loi, d'interventions et de mesures de contrôle. Il serait souhaitable qu'un tel traitement soit épargné à la Suisse.» Cette citation n'est pas d'aujourd'hui.

Elle a été publiée dans ce même mensuel, il y a près de huit ans (édition de juin 1984), sous le titre «La santé publique est-elle malade? Les symptômes». La dernière intervention radicale en date est l'arrêté fédéral d'urgence pris pour endiguer les coûts et empêcher la désolidarisation en matière d'assurance-maladie. Une maîtrise efficace et durable des coûts par le biais de mesures d'urgence nous semble vouée à l'échec, car les origines structurelles et institutionnelles du problème n'en disparaîtront pas pour autant.

Qui finance les coûts et à qui sont-ils imputables? Où se situent les difficultés et à quel niveau cherche-t-on des solutions? Quelles stratégies de ré-

forme, entre un dirigisme d'Etat, un contrôle global et une libre concurrence axée sur l'économie de marché, ont le plus de chance d'aboutir?

Les coûts

Entre 1975 et 1988, les dépenses totales de la santé publique sont passées de 9810 millions de francs à 20874 millions de francs, soit une progression de 113%. Par comparaison, la croissance des coûts de la santé est plus forte que celle du produit national brut, des revenus et de la consommation des ménages (cf. graphique 1 à la page 8). En conséquence, la part du PNB affectée à la santé publique est passée de 6,8% en 1975 à 7,4% en 1988, situant ainsi la Suisse dans la moyenne des pays industriels occidentaux hautement développés. Cependant, si l'on considère les dépenses de santé par habitant, la Suisse s'est trouvée en tête du «palmarès» européen en 1988, à raison de 3092 francs par an. Compte tenu de son niveau de vie élevé, elle se paie de toute évidence le luxe d'une santé publique très onéreuse.

Le financement

Il faut trouver un financement aux dépenses de la santé publique, qui augmentent d'une année à l'autre. A cet égard, cinq sources entrent en ligne de compte (cf. graphique 1):

– la prise en charge des frais par les patients;



– une participation plus large des assurés sociaux aux coûts, sous forme de franchises plus élevées;

– les cotisations aux assurances sociales, c'est-à-dire essentiellement les primes par tête versées aux caisses-maladie;

– des contributions publiques indirectes, c'est-à-dire les subventions des pouvoirs publics aux assurances sociales;

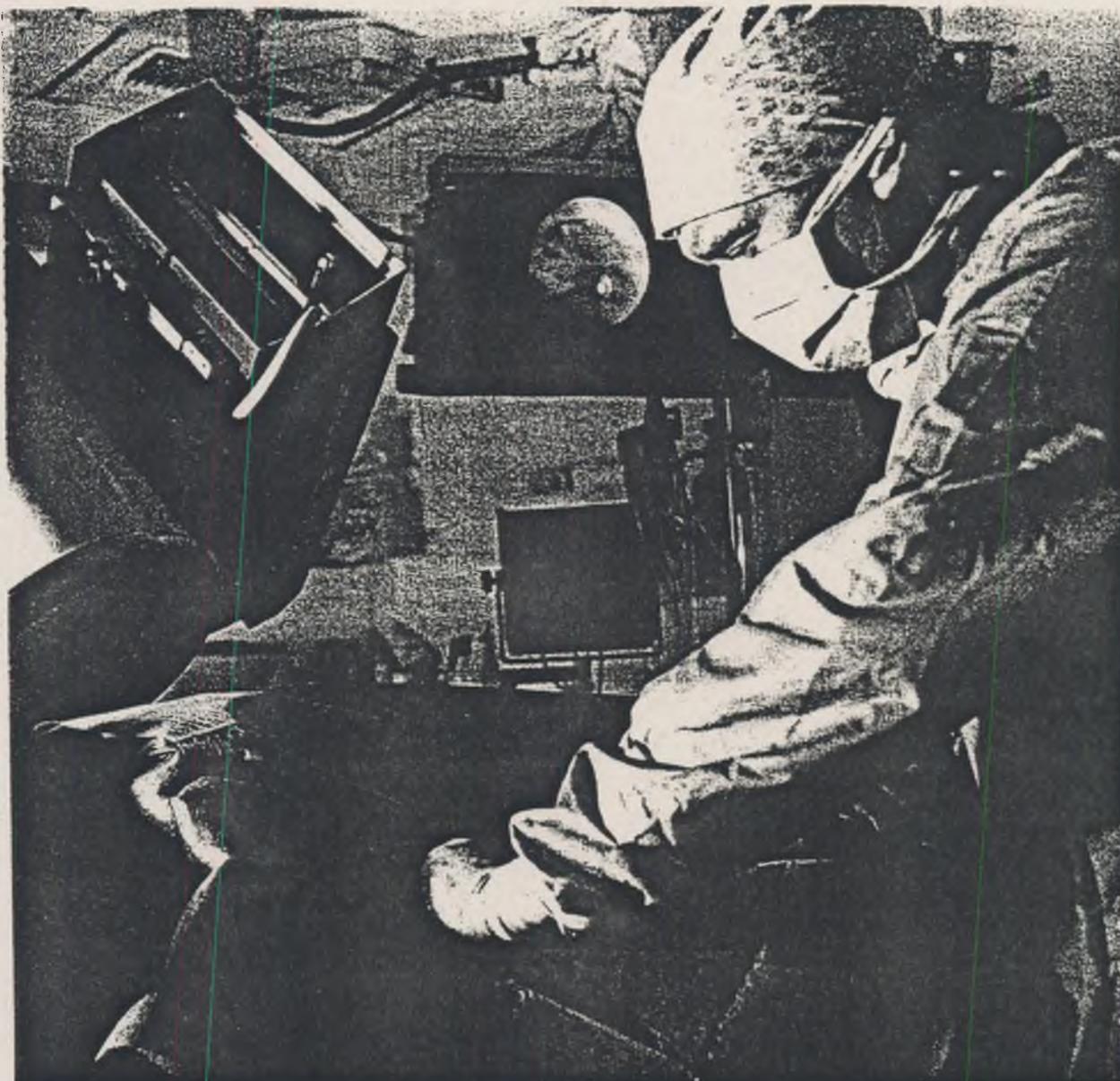
– des contributions directes sous forme de garanties contre les déficits, de subventions aux prestataires de services médicaux et paramédicaux, d'investissements et d'aides à l'investissement.

Entre 1975 et 1988, à raison de 118%, les prises en charge des frais par les patients ont crû quasiment dans la même



Société de
Banque Suisse

ROLF DINKEL est membre de la direction de HealthEcon, Bâle.
ANDREAS FREI est chef de projet dans la même entreprise.



L'expansion de la médecine de pointe à des conséquences financières.

proportion que les dépenses totales de la santé publique. Par ailleurs, les participations personnelles et les franchises ont enregistré une croissance exorbitante de 212%. A 210%, les cotisations aux assurances sociales ont, elles aussi, progressé de manière presque aussi fulgurante. En revanche, l'accroissement des contributions fournies par les pouvoirs publics, tant indirectes que directes, respectivement de 65 et 54%, a été inférieur à la moyenne.

La conséquence en a été une profonde mutation de la structure de financement des dépenses de santé depuis 1975 (cf. graphique 3).

Les facteurs déclenchants des coûts

Pour près de 48%, la majorité des dépenses de santé concernent les soins dispensés dans les hôpitaux accueillant les urgences, dans les cliniques psychiatriques, dans les cliniques spécialisées et les centres de soins de longue durée. 17% environ des dépenses incombent aux soins médicaux (excepté la dispensation médicale), 13% à peine portent sur le traitement médicamenteux, 9% sur les soins et prothèses dentaires et 13% environ sur les autres domaines de la santé (cf. graphique 4).

Des problèmes structurels

Les coûts croissants du système de santé dans son ensemble, leur part accrue dans le PNB, le tout ajouté à la charge grandissante supportée par les particuliers sont les symptômes de déficits structurels, dont nous n'aborderons ici que quelques-uns.

■ Un véritable schéma directeur de la santé fait défaut, tant à l'échelon national qu'au niveau cantonal. La santé publique helvétique a de tous temps été organisée de manière décentralisée et fédéraliste. Cette organisation n'est pas le fruit d'une réflexion approfondie.

La santé publique repart du bon pied

die, mais de structures qui se sont développées au fil du temps ainsi que de compromis sociaux et politiques. A cet égard, la Confédération est plus particulièrement responsable de la protection de la santé et de l'assurance sociale. La prise en charge, les services médicaux et paramédicaux relèvent, eux, de la compétence des cantons. Au total, on relève une imbrication de réglementations, tantôt complémentaires les unes des autres, tantôt contradictoires. Il n'y a aucune harmonisation des tâches, des responsabilités et des compétences.

■ La coopération intercantonale laisse à désirer. Des domaines aussi importants que la surveillance, les autorisations d'exercer, la planification et le financement, la tarification, etc. font l'objet de règlements différents d'un canton à l'autre. Le système est marqué par le désir de pouvoir à ses propres prestations, par l'implantation locale d'infrastructures médicales érigée en principe, par l'autonomie poli-

tique et la notion de prestige. Des considérations de cet ordre mènent fatalement à des situations de double emploi. Seules les autorisations de mise sur le marché de médicaments et la formation des professions de la santé font l'objet de concordats intercantonaux.

■ L'absence de planification a également entraîné des zones de chevauchement, des goulets d'étranglement ou une pléthore de prestations dans d'autres. Dans le secteur ambulatoire, par exemple, aucune planification des besoins n'a été prévue, élément décisif qui a concouru à l'augmentation permanente du nombre de médecins. Seuls de rares cantons pratiquent une planification hospitalière digne de ce nom. La planification des besoins dans le domaine des traitements de longue durée en milieu hospitalier et extrahospitalier relève encore de l'exception. Dès lors, comment s'étonner des excédents en lits de soins intensifs et de la pénurie de lits pour les traitements de longue durée qui se manifestent à l'heure actuelle? De surcroît, de nombreux lits réservés aux soins intensifs sont occupés de manière inadéquate.

■ Les incitations financières sont employées à mauvais escient. Les sys-



On encourage par de fausses incitations des prestations inutiles.

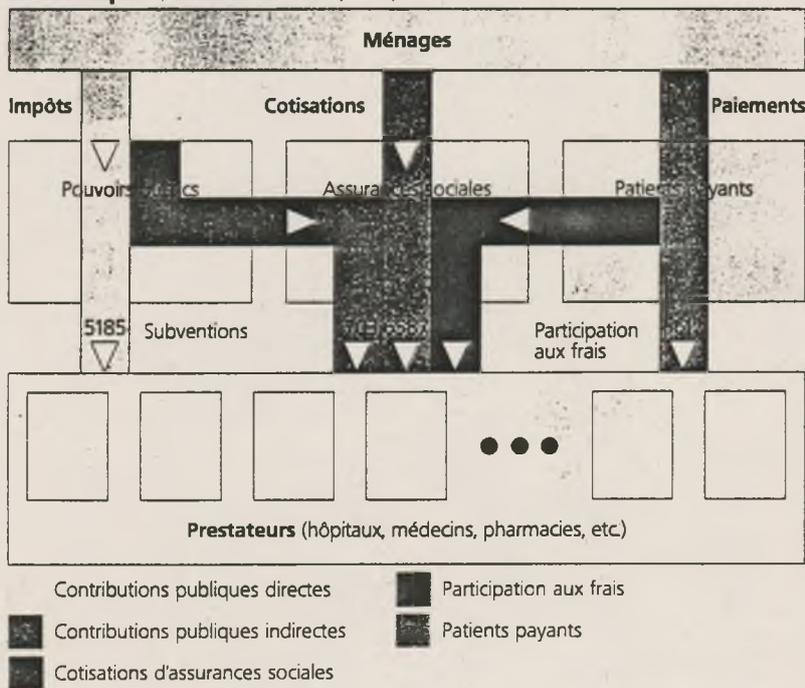
tèmes de remboursement (indemnisation à l'acte, indemnités forfaitaires et journalières) ainsi que les garanties en cas de déficit conduisent à une expansion de l'offre et à une âpre lutte pour s'arroger des parts de financement. D'où, en comparaison internationale, des durées de séjour plus longues dans les hôpitaux suisses. De nombreuses études ont révélé le caractère abusif de certaines hospitalisations, la pratique d'interventions dont l'indication est discutable ainsi qu'un usage disproportionné des prestations de diagnostic. Il existe, certes, un contrôle des coûts et des prestations dans le secteur ambulatoire, qui est pris en compte au niveau des associations. Cependant, ses modalités, son application et son efficacité sont très contrastées et sujettes à caution. Dans le domaine hospitalier, les établissements publics sont, certes, soumis à une surveillance étroite de l'Etat. Cependant, le système d'information nécessaire à une prise en compte correcte des fonctions de gestion et de contrôle est insuffisamment structuré.

■ En matière de gestion, les administrations marquent le pas sur les progrès fulgurants de la médecine. C'est ainsi que les hôpitaux sont davantage des centres de prestations de service que des entreprises administrées selon des critères économiques.

■ Dans le cadre des caisses-maladie, il y a longtemps qu'un processus de désolidarisation est en cours. Les caisses se

GRAPHIQUE 1

Les cinq sources de financement de la santé publique helvétique (en millions de francs, 1988)



Hormis les patients payants, les flux de financement sont redistribués par les pouvoirs publics et par les assurances sociales.

disputent ce qu'il est convenu d'appeler les «bons risques», c'est-à-dire les assurés jeunes et en bonne santé. La conséquence en est une accentuation du clivage existant entre les caisses assurant des sujets âgés et celles prenant en charge des sujets jeunes.

La charge financière, calculée en pourcentages, transférée par les pouvoirs publics aux caisses-maladie a également mené à une forme de désolidarisation, par sa tendance à privilégier les assurés à revenus élevés et à défavoriser les familles nombreuses.

■ Depuis près d'une trentaine d'années, les problèmes structurels précédemment évoqués ont donné lieu à une succession de tentatives de révision intégrale du système de l'assurance-maladie. En dépit de nombreux élan, il n'a pas été possible, jusqu'à présent, d'instaurer une législation plus consistante et moins archaïque. On s'est plutôt contenté de mettre en application, par décret ou par arrêté fédéral d'urgence, quelques modifications dans certains secteurs.

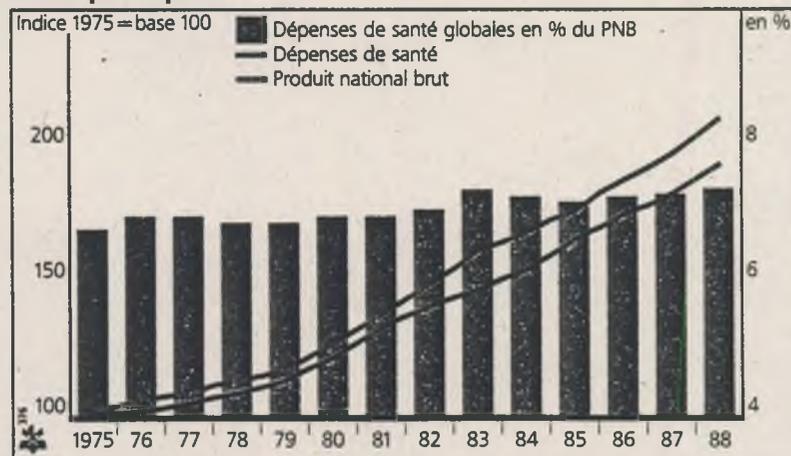
Les amorces de solution

Et pourtant, il semble que ce malade qu'est la «santé publique suisse» ne soit pas entièrement rétif au traitement. La thérapie préconisée ainsi que les premières mesures concrètes tendent à réduire les problèmes structurels existants, en y incluant notamment des éléments inspirés de l'économie de marché, de la planification, de la responsabilité individuelle et d'une coopération accrue. La nécessité de pratiquer une politique de santé ciblée devient de plus en plus évidente. Les choses se sont également mises à bouger dans la coopération intercantonale. C'est ainsi que les cantons de Genève et de Vaud ont commencé à harmoniser leur offre en matière de médecine de pointe. Les cantons d'Argovie et de Lucerne, les deux demi-cantons de Bâle-Ville et de Bâle-Campagne et celui de Berne recherchent, eux aussi, des formes de coopération.

Planification et gestion

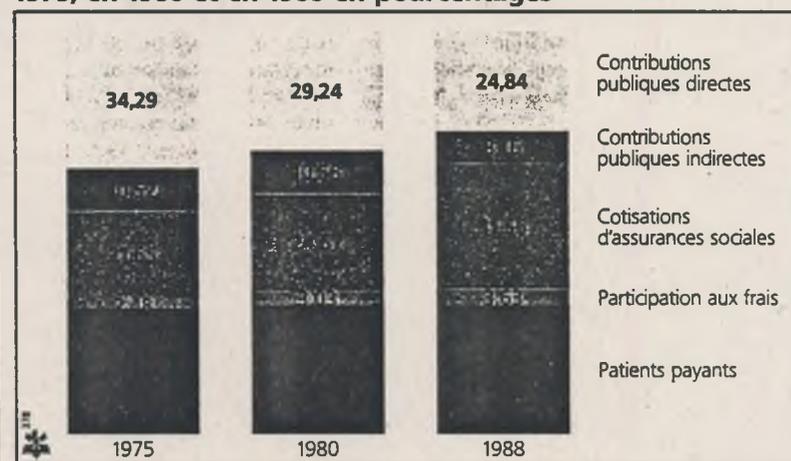
Dans le domaine de la planification et de la gestion de prestations en milieu hospitalier, des amorces d'amélioration se sont fait jour. Les méthodes de planification des besoins fondées sur les chiffres moyens d'occupation des lits et des séjours sont remplacées par des critères reposant sur la réparti-

GRAPHIQUE 2
La hausse des coûts de la santé publique



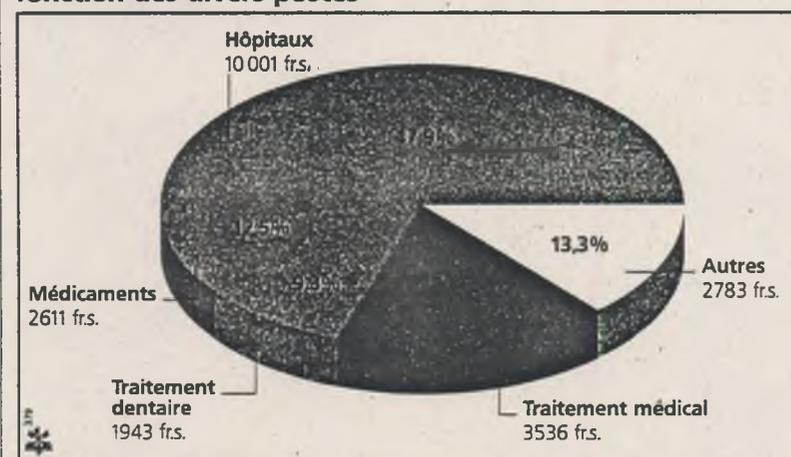
La Suisse se paie le luxe d'une santé publique très onéreuse. Une part de plus en plus importante du PNB lui est consacrée.

GRAPHIQUE 3
Le financement de la santé publique helvétique en 1975, en 1980 et en 1988 en pourcentages



Dans une certaine mesure, les pouvoirs publics ont procédé à un transfert de charges au détriment des caisses-maladie.

GRAPHIQUE 4
Dépenses totales de la santé publique en 1988 réparties en fonction des divers postes



La majeure part des dépenses de santé concerne les hôpitaux.

La santé publique repart du bon pied

tion de la pathologie, le nombre d'habitants vivant dans la zone de drainage d'un hôpital et les fluctuations des besoins dans le temps. De même, on intègre de plus en plus, dans la planification des besoins, d'autres secteurs de la prise en charge en milieu hospitalier à long terme, des maladies chroniques, de la psychiatrie et des soins extra-hospitaliers. Sur le plan de l'offre, des projets d'investissement à moyen terme sont mis en œuvre par roulement. Des accords de conventionnement, l'élaboration de chartes et de plans d'exploitation ainsi que l'emploi d'instruments de contrôle financier améliorés (statistiques médicales, système de classification des patients, calcul des coûts, saisie systématique des prestations, systèmes intégrés d'information) concourent, en outre, à soutenir la gestion administrative d'un hôpital.

De nouveaux systèmes de financement des hôpitaux

Le système d'enveloppe budgétaire retenu pour le financement des hôpitaux offre aux cantons la possibilité de réduire et de circonscrire leurs subventions. Le canton de Vaud a introduit de longue date la notion d'enveloppe budgétaire sous forme de dotations souples accordées aux différents hôpitaux. Les budgets en question sont adaptés aux conventions des établisse-

ments hospitaliers et à leurs capacités de fonctionnement. Les sommes allouées sont fermes et définitives. On laisse aux hôpitaux le soin de les utiliser à bon escient.

Des forfaits financiers calculés par classification de diagnostic (voir encadré) sont en discussion dans le canton de Berne, entre autres. Ils devraient amener les hôpitaux à une plus grande logique économique, grâce à des incitations financières. Le canton de Zoug a soumis le financement de ses hôpitaux à un examen et, dans le canton de Soleure, on recherche de nouvelles formes de financement dans le cadre des tâches courantes du programme de politique de santé.

De nouveaux modèles d'assurance

Des caisses-maladie novatrices tentent d'échapper à la spirale des coûts en proposant de nouveaux modèles d'assurance. C'est ainsi qu'elles entendent supprimer ou réduire les frais de traitements onéreux prescrits dans le cadre de la médecine traditionnelle, en étendant leur couverture à la médecine préventive, aux soins extra-hospitaliers et aux médecines douces.

A Zurich et à Bâle, des HMO (voir encadré) ont démarré leurs activités. Dans le système HMO, le cabinet médical et l'assurance se retrouvent sous un même toit, les caisses-maladie se muant en prestataire. L'intérêt financier que peut avoir un médecin face à la maladie de ses patients n'a plus de raison d'être, en revanche, sa motivation à les maintenir en bonne santé augmente.

HMO (Health Maintenance Organization)

Dans cette variante d'assurance, désignée «plan de santé» ou «caisse de santé», les caisses-maladie s'associent à des médecins rétribués par un salaire fixe. En s'acquittant de leurs primes, les assurés ont droit à l'accès illimité aux soins, en renonçant toutefois au libre choix du médecin. Si les assurés restent en bonne santé, c'est autant de gagné pour les caisses et les médecins. C'est pourquoi le «plan de santé» favorise une éducation adéquate des patients, ainsi qu'un dépistage précoce et la prévention. L'objectif consiste également à éviter les examens de diagnostic superflus ainsi que les hospitalisations et les interventions abusives.

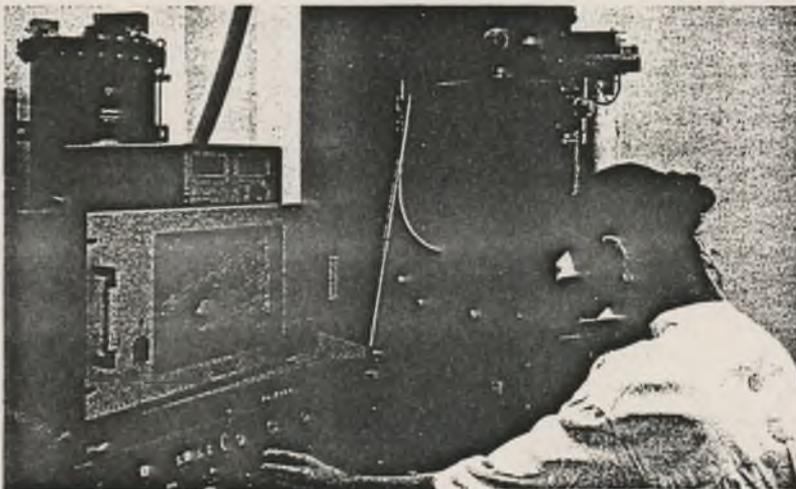
Les forfaits par pathologie ou DRG (Diagnosis Related Groups)

Ce système ne prévoit pas de rembourser les prestations individuelles (comme une analyse d'urines, une radiographie, une intervention, etc.). En revanche, le prestataire obtient un certain forfait par pathologie traitée (par groupe de pathologie ou par type de patient). De la sorte, les différentes prestations représentent des dépenses pour lui, d'où une incitation à faire preuve de retenue en la matière pour augmenter ses revenus.

Les autres possibilités envisagées portent sur l'offre d'assurances assorties d'une option de bonus et de franchises annuelles dont le montant est à déterminer par l'assuré.

Résumé

La situation n'est pas désespérée. Des directeurs de la santé clairvoyants, des caisses-maladie novatrices, des administrations d'hôpitaux qui pensent en termes de rentabilité, un corps médical ouvert à de nouveaux systèmes d'incitation et des patients disposés à une plus grande responsabilisation concourent tous à élaborer des solutions opérantes et prometteuses pour le rétablissement de la santé publique helvétique. Cependant, à elles seules, les réformes entreprises à la base ne seront pas suffisantes pour résoudre l'ensemble des problèmes. Des réformes fondamentales essentiellement sous forme d'une révision totale du système d'assurance-maladie suisse, sont indispensables.




Société de
Banque Suisse

Les hôpitaux qui se gèrent comme des entreprises sont à la recherche de solutions.

Un entretien avec Otto Schoch, Conseiller aux Etats, sur l'assurance-maladie



Abstraction faite des coûts, nous avons de quoi être fiers de notre santé publique.

Le libre passage est préférable à une chasse au patient

Le Mois: *La santé publique, les caisses-maladie et le relèvement drastique de leurs primes alimentent le débat depuis des années. Où se situent les problèmes et sont-ils de nature uniquement financière?*

O. Schoch: Abstraction faite des coûts, nous avons de quoi être fiers de notre santé publique. Aucun autre pays ne peut se targuer d'une offre aussi large que la nôtre. Qualitativement, notre système de soins est homogène sur l'ensemble du territoire. Je suis d'avis qu'il s'agit effectivement d'une question purement financière.

Le Conseiller aux Etats OTTO SCHOCH, Président de la Commission d'experts sur la révision de l'assurance-maladie, a bien voulu répondre aux questions que lui ont posées PETER WIRTH, journaliste indépendant, et THOMAS ROSE, rédacteur au «Mois».

Avons-nous encore les moyens de nous payer un tel système?

Malheureusement, les données statistiques font défaut pour répondre en détail à cette question. Cependant, les causes véritables sont aisément identifiables. Ainsi, l'offre de prestations a été massivement améliorée, tant en termes de qualité que de quantité. Quel hôpital cantonal ne dispose pas de son scanner à l'heure actuelle?

Cette extension des prestations a contribué à accroître l'espérance de vie – dont la progression a été tout à fait remarquable ces dernières décennies – phénomène qui est, lui-même, à l'origine de l'envolée des dépenses de santé. Dès lors, il est inévitable que la progression des coûts de la santé soit supérieure à celle du coût de la vie.

La pyramide des âges, qui fait ressortir une forte augmentation des personnes âgées, laisse augurer que

la véritable explosion des coûts est encore à venir.

C'est parfaitement exact. Mais il est évident que nous entendons tous sans exception profiter des progrès médicaux. Par conséquent, l'écart entre la progression du coût de la vie et les dépenses de santé va encore se creuser.

A ce jeu-là, nous finirons par nous heurter à des limites. En effet, il se pose un problème de distribution et, partant, de seuil de tolérance.

Les limites de certains seuils de tolérance sont déjà atteintes. Cependant, il convient d'appréhender cette question avec beaucoup de subtilité et de manière différenciée. Autour d'une table de négociations ou dans une discussion de bistrot, les choses ne sont pas les mêmes que quand un patient se retrouve dans le cabinet de son médecin. La notion de coûts lui apparaît alors secondaire, pourvu que le traitement prescrit le guérisse de ses maux.

Le libre passage est préférable à une chasse au patient

A l'origine de l'explosion des coûts on trouve, d'une part, les progrès de la médecine et, de l'autre, l'évolution de la pyramide des âges. N'y a-t-il pas d'autres causes en rapport, par exemple, avec notre mode de dispensation des prestations ou encore avec nos habitudes de consommation? Des facteurs d'ordre institutionnel?

Permettez-moi, dans ce contexte, de vous préciser que, durant des décennies, de nombreuses professions médicales ont été sous-payées ou ont été soumises à des contraintes particulièrement sévères en matière d'horaires de travail – je pense notamment aux médecins assistants. Le besoin de rattrapage ou d'alignement sur les autres professions est notoire. Les gens ne sont plus prêts à travailler de 60 à 70 heures par semaine et, qui plus est, pour un salaire de misère. Un autre aspect de la question réside dans la façon dont est organisé le système des caisses-maladie en Suisse.

Apparemment il n'y a, à aucun niveau, de véritable motivation à réaliser des économies. En même temps, un vaste processus de désolidarisation s'est installé.

Notre système d'assurance-maladie n'a jamais prétendu poursuivre des objectifs sociaux. Ses fondements juridiques remontent à 1911 et ne constituent, au demeurant, qu'un système de subventionnement. Pour simplifier, disons que la législation se contente de fixer les modalités qui autorisent les caisses-maladie à bénéficier de subventions. Aucun but social n'a été poursuivi en la matière.

A quoi ressembleraient des primes socialement équitables?

Tous les ans, la Confédération dépense entre 1 et 1,3 milliard de francs sous forme de subventions aux caisses-maladie, sans poser la question de savoir si ces sommes sont affectées à la couverture de base, à l'assurance complémentaire ou à l'administration de la caisse. Les deniers publics sont distribués aux caisses et dépensés d'une manière ou d'une autre par celles-ci. C'est la poli-



Tous les ans, la Confédération dépense entre 1 et 1,3 milliard de francs sous forme de subventions aux caisses-maladie, sans poser la question de savoir à quoi elles serviront.

tique de l'arrosoir. Dans un régime d'assurance sociale, les assurés les plus démunis devraient être les premiers à bénéficier des subventions de l'Etat pour leur couverture de base.

Le marché, en tant qu'instrument de régulation de l'offre des prestations des caisses-maladie, est largement inopérant, de même que les directives coercitives de la part de l'Etat font défaut. Il n'y a donc rien d'étonnant au dérapage des coûts.

Le marché n'intervient plus du tout, ne serait-ce qu'en raison de l'absence de véritable libre passage entre les caisses. Il est, certes, possible de changer de caisse, mais toute tentative sera rendue prohibitive, en raison de l'ajustement de la prime exigé par le nouvel organisme d'assurance, compte tenu de l'âge d'entrée plus avancé.

D'où une chasse effrénée à ce qu'il est convenu d'appeler les «bons risques», c'est-à-dire des assurés jeunes, de sexe masculin, supposés occasionner le moins de dépenses de santé.

De surcroît, les bons risques sont regroupés au sein de caisses spéciales proposant des contrats collectifs. Ce n'est là que différer les problèmes, car, tôt ou tard, ces caisses seront confrontées à l'explosion de leurs coûts. Les communautés de risques trop insigni-

fiantes d'autres caisses constituent un autre sujet de préoccupation.

Est-ce que l'ensemble de la population ne représenterait pas la meilleure communauté de risques?

Ce sujet est fort intéressant, mais très délicat. Si la révision totale de la loi, telle qu'elle est préconisée par le Conseil fédéral, n'aboutit pas, nous serons amenés à nous attaquer aux racines du mal et à tout réinventer, sans tenir compte des structures existantes. L'ensemble des propositions de révision et des initiatives ménagent encore trop les anciennes structures, dont le bien-fondé sera, tôt ou tard, remis en cause. En effet, trop nombreuses sont les caisses qui «bricolent» et qui sont gérées par des amateurs. C'est une situation qui ne peut plus durer.

Compte tenu des circonstances, la commission d'experts que vous dirigez n'aurait-elle pas déjà dû préconiser des mesures dans cette direction, même si elle était allée au-delà des directives du Conseil fédéral?

Le rapport de notre commission d'experts, dont s'inspire le message du Conseil fédéral, n'est pas sans envisager un certain réaménagement du système. Notre exigence de libre passage entraînera des mutations profondes au cours d'une période transitoire de 12 à 18 ans. Si la possibilité de changer de caisse-maladie sans relèvement de prime est donnée à un assuré, il choisira celle qui lui offre les meilleures prestations et qui aura fait la preuve de son efficacité. Cela entraînera automatiquement une diminution du nombre de caisses et, partant, une concentration de quelques grands organismes. En revanche, les caisses dont la communauté de risques est trop faible sont appelées à disparaître.

La généralisation du libre passage devrait entraîner une harmonisation des prestations.

Dans le secteur de l'assurance obligatoire, il faut absolument que les prestations soient identiques d'une caisse à l'autre. On ne peut plus admettre que



Société de
Banque Suisse

les caisses se livrent à une surenchère de prestations complémentaires qui viennent s'ajouter à la couverture de base pour appâter de nouveaux clients.

Combien faut-il de caisses-maladie, dès lorsqu'elles offrent toutes des prestations identiques à un prix uniforme et à un même public?

Il leur reste la possibilité d'abaisser leurs coûts en resserrant leur gestion et de faire jouer la concurrence par ce biais. En effet, la hausse des charges administratives des caisses a été beaucoup plus rapide que celle du coût de la vie, et ce, sans raison.

Le fait que les prestataires de services ont en quelque sorte la possibilité d'influer de façon déterminante sur la demande, n'est-ce pas cela le point crucial?

Il est vrai que, dans une certaine mesure, les prestataires de services ont la latitude d'orienter la demande. Cependant, je pense que là n'est pas le cœur du débat, tout en sachant que les caisses sont d'un autre avis.

Est-ce que vous sous-entendez par là qu'il faut solliciter davantage le patient?

L'augmentation des franchises et de la participation personnelle représentent un bon point de départ pour enrayer l'envolée des coûts. L'espérance de vie progresse, ce qui mène à un accroissement disproportionné des dépenses de santé. Nous devons essayer de contenir les coûts, sans tomber dans le travers d'une réglementation outrancière qui dicterait, par exemple, au médecin sa ligne de conduite. Personnellement, je suis prêt à témoigner aux prestataires de services une grande confiance en la matière. Certes, il y a des abus, mais il me semble qu'un système fondé sur la confiance plutôt que sur la méfiance a plus de chances d'aboutir.

Ainsi, vous n'entendez pas intervenir sur le plan de la production?

Pas vraiment. Ce qui est urgent, c'est la mise en place d'une planification



Notre exigence de libre passage entraînera des mutations profondes au cours d'une période transitoire de 12 à 18 ans.

nette, vaste et intercantonale des hôpitaux. C'est en ce domaine que l'on a accumulé les erreurs, tous bailleurs de fonds confondus, communes, cantons et particuliers.

Citons l'exemple de Bâle-Ville et de Bâle-Campagne où une coordination intelligente de deux hôpitaux de pédiatrie semble impossible.

A l'évocation du terme de planification hospitalière, chacun pense aussitôt à l'incurie qui règne dans son propre canton. Jusqu'ici, les projets hospitaliers sont en général passés comme une lettre à la poste dans tous les parlements. Cependant, dans l'intervalle, le public a, lui aussi, reconnu qu'une plus grande attention était requise.

Cependant, les infrastructures onéreuses construites ces dernières décennies ne vont pas disparaître.

Il est vrai qu'elles existent et qu'elles sont partiellement inutilisées, parce qu'on manque de personnel et de moyens. De graves erreurs ont été commises en ce domaine. Il faudra également veiller à ce que les mêmes prestations comme les examens, par exemple, ne soient pas multipliées. La procédure habituelle veut que ce soit d'abord le médecin de famille qui examine un patient. S'il le dirige vers un spécialiste, celui-ci recommence tous les examens. S'il y a une hospitalisation, le

même scénario se répète une troisième fois. En poussant à l'extrême, on peut même affirmer qu'en cas de changement de service au sein de l'hôpital, les examens sont quadruplés.

Qui peut intervenir en ce domaine?

Nous pouvons obtenir des résultats par le biais du régime obligatoire, dans l'assurance de base. En effet, les caisses-maladie et les assureurs peuvent alors exercer une pression, en refusant de rembourser des prestations qui font double ou triple emploi. A l'heure actuelle, cela n'est pas possible.

Comment l'assurance obligatoire pourra-t-elle renforcer l'influence des caisses, si, d'ores et déjà, la population est assurée à 99%?

Il est exact qu'à ce jour, 99% de la population a contracté une assurance. Cependant, il convient de faire la distinction entre la couverture de base et les prestations plus étendues. A partir du moment où nous disposerons d'un socle d'assurance clairement défini qui détermine quelles prestations sont remboursées, il sera plus facile de contrôler la situation. Pour cela, il n'est point besoin d'appliquer les mêmes tarifs dans toute la Suisse. En effet, on admet tout à fait qu'une prestation puisse être plus onéreuse à Genève qu'à Rorschach, mais elle aura partout les mêmes points de taxation, comme cela est prévu dans le projet de révision. A l'heure actuelle, il n'est rien de tout cela.

Il faut que les caisses exercent un certain contrôle en la matière, mais je suis d'avis que c'est essentiellement la Confédération qui devra améliorer son système de surveillance. Dans une certaine mesure, cela existe déjà, mais, apparemment, les fonctionnaires de l'Office fédéral des assurances sociales sont dépassés par cette tâche.

L'assurance obligatoire est-elle vraiment nécessaire? En effet, une forte opposition s'est fait jour.

Je suis conscient du fait que, si le Parlement tranche en faveur d'une telle décision, il faudra s'attendre à un réfé-

Le libre passage est préférable à une chasse au patient

rendum de la part des associations patronales et professionnelles. Cependant, les assurances privées soutiennent ce projet de couverture obligatoire. Cette mesure nous est nécessaire pour avoir une assise plus large et répandre la notion de solidarité nationale. Ce n'est qu'à ce prix que le libre passage pourra s'imposer. Je ne suis pas un adepte dogmatique de l'assurance obligatoire, mais une solution à l'échelle du pays tout entier n'est pas envisageable sans passer par là. Refuser le régime de l'assurance obligatoire, c'est dire non à la solidarité entre citoyens. C'est une opinion que je peux admettre, mais je ne souscris pas à une échappatoire par le biais de l'assistance sociale en faveur de ceux qui sont insuffisamment assurés. Il y a tromperie à prôner une assurance-maladie moderne, basée sur la solidarité, et à refuser en même temps le régime obligatoire.

Les mesures que vous envisagez: plus grande efficacité et suppression des doubles emplois, sont-elles suffisantes pour éviter que la catastrophe qui nous menace ne soit pas relayée par une explosion des coûts échappant à toute maîtrise financière?

Nos revendications de santé et nos besoins médicaux sont indéniables et il faut en payer le prix.

Cependant, en termes réels, la hausse annuelle des prix ajoutée à une structure démographique vieillissante, pourrait engendrer des coûts impossibles à financer d'ici dix, quinze ans. Ne vaudrait-il pas mieux intervenir dès aujourd'hui? Pourrions-nous, à la longue, nous passer d'un plafonnement?

Seriez-vous disposés, à titre personnel, à accepter une telle détérioration? En ce qui me concerne, j'aurais beaucoup de mal à me prononcer en faveur d'une restriction des prestations. Je préfère assumer une hausse des coûts et soutenir l'ensemble des mesures d'accompagnement, pour tenter de les contrôler un tant soit peu, plutôt que de devoir annoncer à un patient qu'il ne pourra pas bénéficier du traitement le plus ap-



A partir du moment où nous disposerons d'un socle d'assurance clairement défini qui détermine quelles prestations sont remboursées, il sera plus facile de contrôler la situation.

propriété, les conditions requises faisant défaut. En tant qu'homme politique, je suis bien davantage enclin à laisser les choses suivre leur cours. Peut-être le système s'effondrera-t-il de lui-même un jour, mais personne ne pourra en être tenu responsable en particulier.

Ne pourrait-on au moins favoriser la médecine préventive?

Oui, sans aucun doute. Nous nous sommes entretenus en détail de ce point au sein de la commission d'experts pour constater qu'il est extrêmement difficile de décider de mesures

concrètes, sous forme de bonus sur les primes, par exemple, accordés aux assurés qui ont pris le parti de vivre sainement. A cet égard, mon propre cas est exemplaire. Cela fait 40 ans que je pratique du sport en m'entraînant intensivement et, à l'heure actuelle, c'est justement la raison pour laquelle je souffre de problèmes de santé.

Que pensez-vous d'un financement sous forme de pourcentages prélevés sur les salaires, tel que le propose l'initiative du PS?

Non seulement il n'y a aucune raison de procéder ainsi, mais, si nous engageons une nouvelle fois un processus de redistribution, cela irait au-delà du supportable. Ce serait enterrer définitivement toute motivation à juguler les coûts.

Comment jugez-vous rétrospectivement les mesures d'urgence décrétées en décembre?

A posteriori, ces mesures doivent être considérées comme problématiques. Cependant, après l'assentiment du Conseil national, le Conseil des Etats s'est trouvé au pied du mur. Un refus aurait certainement apporté beaucoup d'eau au moulin de l'initiative sur les caisses-maladie.

Les tractations sur la future assurance-maladie

L'initiative populaire pour une assurance-maladie financièrement supportable a été lancée le 16 février par le Concordat des caisses-maladie. En l'espace d'un an, les Chambres fédérales vont également devoir se pencher sur l'initiative populaire pour une saine assurance-maladie déposée par le PS et l'Union syndicale suisse. A l'instar du système de l'AVS, le financement s'effectuerait sous forme de pourcentages sur le salaire, ce qui entraînerait une augmentation des coûts salariaux bruts.

En guise de contre-proposition indirecte à l'initiative des caisses-maladie, le Conseil fédéral a adopté, en 1989, les principes d'une révision de la loi sur l'assurance-maladie, qui ont été transformés en projet de loi par une commission d'experts placée sous la présidence de Otto Schoch, Conseiller aux Etats.

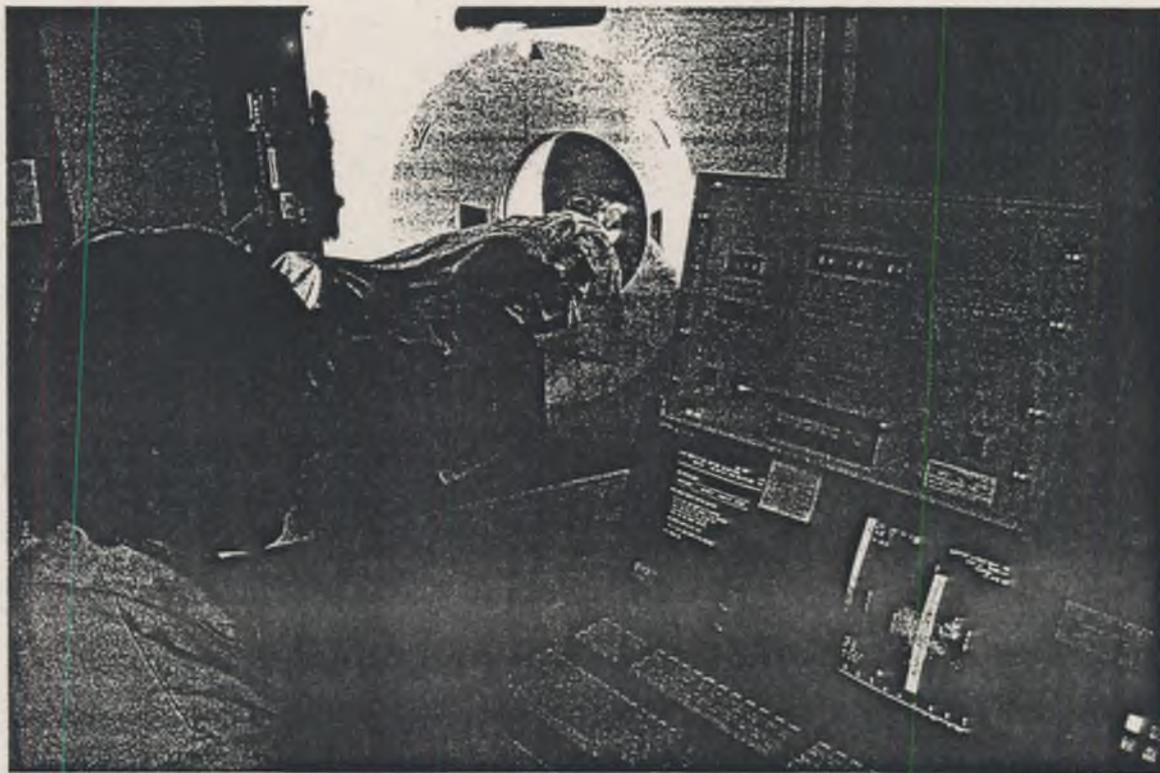
Le Conseil fédéral a adopté le message correspondant au mois de novembre dernier. Ce projet prône l'introduction de la notion de concurrence dans le domaine des assurances complémentaires et une affectation plus ciblée des subventions. On remarquera que certains observateurs désiraient qu'un plus grand nombre de mesures visant à réduire les coûts soient ancrées dans la loi.

Compte tenu d'une explosion des coûts que rien ne semble pouvoir freiner et de la votation prévue prochainement, le Conseil fédéral a proposé des mesures d'urgence pour maîtriser les coûts et empêcher la désolidarisation. Après examen de ce dossier, le Parlement a cependant rejeté l'idée de plafonnement des prix, des tarifs et des primes de la santé publique.

Un sondage SBS

Quel avenir pour la santé en Suisse?

«Le Mois» a interrogé sept personnalités des milieux intéressés sur l'état de notre système de santé publique. Chacune d'elles donne son point de vue sur les causes de l'explosion des coûts et sur les moyens d'y remédier.



Nos hôpitaux recourent aujourd'hui à une technologie moderne et compliquée. Mais ce gain de performance a provoqué une ascension vertigineuse des coûts.

<p>Sondage SBS: la santé publique</p>	<p>M. Ryf Fédération romande des consommatrices</p> 	<p>Dr H.R. Sahli Organisation suisse des médecins</p> 	<p>Dr W. Widmer Bürgerspital Soleure</p> 
<p>1 Quelles sont – à votre avis – les causes de «l’explosion des coûts» de la santé en Suisse?</p>	<p>La réponse qui me vient spontanément à l’esprit est celle empruntée au démographe: le vieillissement de la population. Mais cette explication est insuffisante; il s’y ajoute:</p> <ul style="list-style-type: none"> – une médecine de plus en plus performante avec, pour corollaire, l’utilisation d’un matériel toujours plus sophistiqué mais coûteux; – une surcapacité hospitalière qui encourage une prolongation des séjours en milieu hospitalier; – une absence évidente de concurrence entre les caisses-maladie; – aucune limitation du nombre de médecins qui s’installent; <p>Sans oublier la consommation quasi-illimitée de prestations et de spécialités pharmaceutiques qui découle de notre mode de vie, stressant, et qui privilégie la rentabilité plutôt que l’humanité.</p>	<p>Les raisons à ce développement sont nombreuses: une offre croissante de services médicaux, la couverture d’un besoin de rattrapage, les progrès de la médecine, une espérance de vie accrue, des exigences plus grandes de notre part à tous. Toutefois, ces dépenses élevées sont contrebalancées par des «profits», difficilement chiffrables, se traduisant par un maintien du tonus énergétique, des maladies moins invalidantes, un allongement de la durée de vie et une amélioration de la qualité de la vie. D’un point de vue économique, il est parfaitement possible d’assumer les dépenses totales de la santé, inférieures à 8% du PNB. En revanche, la pression émane du relèvement d’une année à l’autre des primes des caisses-maladie, conséquence du gel des subventions fédérales décidé en 1978.</p>	<p>La hausse des coûts hospitaliers est liée à l’extension des prestations, par la volonté du corps médical et du personnel hospitalier, qui entendent travailler avec des connaissances et une technologie de pointe. Heureusement! Un patient accepterait-il d’être admis dans un établissement qui en est resté au niveau professionnel et technique des années 70? Mais il y a aussi le facteur financier. En effet, les médecins qui se préoccupent de la relation coût/bénéfice au moment du choix du traitement à prescrire à un patient n’obtiennent aucun encouragement dans ce sens. Au contraire, ils ne sont pas seulement exposés à leurs propres exigences professionnelles et aux attentes de leurs patients, mais également aux incitations financières des caisses-maladie, lorsqu’il s’agit d’assurés privés ou semi-privés.</p>
<p>2 Comment peut-on juguler cette «explosion des coûts»? Quelles sont les amorces de solution que vous préconisez en priorité?</p>	<p>Il serait bon que les consommateurs prodiguent autant de soins à leur corps qu’à leur automobile! Cependant, l’effort demandé semble dépasser leur entendement. Grâce à une plus grande participation financière, il sera peut-être possible de privilégier la prévention au détriment de la consommation. De surcroît, il serait bon de concrétiser les postulats suivants:</p> <ul style="list-style-type: none"> – limitation du nombre de praticiens; – concurrence plus vive entre caisses-maladie; – contrôle plus strict des prix et de la distribution des médicaments; – gestion plus rigoureuse des hôpitaux par l’instauration d’un système d’enveloppe budgétaire, par exemple. 	<p>En milieu hospitalier, 75% environ des dépenses représentent des frais de personnel. Une réduction ne sera possible que grâce à un transfert au secteur ambulatoire des interventions effectuées jusqu’ici en milieu hospitalier ainsi que par la réduction des lits d’hôpitaux en surnombre. En lieu et place d’une planification par l’Etat, il serait préférable d’accorder aux administrateurs des hôpitaux une plus grande liberté d’entreprise.</p> <p>Les progrès de la médecine, la consolidation du système de soins extra-hospitaliers, l’allongement de la durée de vie auront pour conséquence une augmentation de la demande dans le domaine ambulatoire. Les nouvelles formes d’assurance ne permettront de la maîtriser que dans la mesure où sera encouragée la responsabilisation des assurés.</p>	<p><i>Proposition n° 1:</i> Cesser de récriminer sur la hausse des coûts hospitaliers et nous interroger sur nos exigences en tant que patient ainsi que sur les répercussions de notre style de vie sur notre santé.</p> <p><i>Proposition n° 2:</i> Remplacer par un appointement fixe la composante liée au paiement à l’acte des revenus des médecins. Le problème principal est moins le revenu global d’un médecin que le lien existant entre une partie de ses revenus et la quantité d’actes médicaux effectués, que les caisses et, partant, les patients sont indirectement obligés de payer.</p> <p><i>Proposition n° 3:</i> Implication plus forte du patient en tant que consommateur pour déterminer l’offre par le biais d’une participation directe au financement des prestations hospitalières.</p>

Dr E. Roggenmoser
Président
du Forum
pharmaceutique



U. Müller
Président du
Concordat des
caisses-maladie
suisses



L. Gärtner
Office fédéral
des assurances
sociales



Dr B. Somaini
Office fédéral
de la santé
publique



En premier lieu, la croissance démographique corrélée aux exigences croissantes des patients, deuxièmement, le développement technique dans le domaine hospitalier, l'indexation des salaires du personnel hospitalier sur les normes d'autres professions et, troisièmement, la densité croissante des médecins. Les médicaments sont loin de peser aussi lourd dans la balance. Leur part dans l'assurance des soins médicaux régresse depuis des années et n'est plus que de 18,4%. Entre 1980 et 1989, les prix n'ont augmenté que de 19%. La croissance quantitative des produits pharmaceutiques est modeste et a même stagné entre 1985 et 1989. L'augmentation des coûts est essentiellement imputable aux nouvelles thérapeutiques, non dénuées d'avantages économiques.

Le développement des techniques médicales, les progrès de la médecine, l'augmentation du nombre de personnes âgées, l'apparition de nouvelles maladies et l'extension accrue de pathologies connues sont autant d'éléments qui engendrent des dépenses supplémentaires. Parallèlement entrent en ligne de compte des facteurs qui n'ont rien à voir avec l'état de santé de la population, dont, entre autres, la pléthore de médecins, de lits d'hôpitaux réservés aux urgences, de physiothérapeutes, de médicaments et, dans certaines régions, de pharmacies. Citons également les investissements parallèles d'exploitants privés et publics, le comportement général des consommateurs, les carences de la législation sur l'assurance-maladie et des intérêts économiques aux prolongements importants.

L'explosion des coûts est due à une absence d'incitations de nature à favoriser un comportement moins gaspilleur. Les assurés ne participent pas suffisamment aux frais qu'ils occasionnent. Les caisses-maladie ont la possibilité de répercuter directement l'augmentation des coûts en relevant leurs primes. Les assurés, notamment les plus âgés, n'ont aucun moyen de se défendre, le système actuel leur interdisant tout changement de caisse. Ce système n'encourage guère les prestataires de services médicaux et paramédicaux à prescrire des traitements moins onéreux.

Tout le monde veut profiter de la situation et les mesures d'incitation de nature à enrayer ce phénomène sont inappropriées.

En ce qui concerne les mesures visant la maîtrise des coûts, il faudrait que soit respecté le principe de la symétrie des sacrifices. Il conviendrait pour cela de commencer à contrôler les coûts en milieu hospitalier et d'amener les caisses-maladie à renoncer à proposer des prestations facultatives. Certaines prestations sollicitées par l'assuré devraient être intégralement financées par ses soins ou être couvertes séparément, par des assurances complémentaires. Les caisses-maladie doivent, d'une part, réduire leurs frais de gestion et, de l'autre, examiner l'opportunité de formes d'assurance différentes. Une amélioration de la transparence des coûts ainsi qu'une plus grande souplesse des franchises contribueront à une responsabilisation des patients.

La réduction des coûts doit commencer par l'élimination des dépenses inutiles. On pourrait envisager une participation aux frais de la part des assurés. La baisse des coûts induite par ces mesures serait modeste, car 50% de l'ensemble des soins concernent uniquement le traitement de 10% de la totalité des malades. L'offre médicale surabondante, génératrice de surcoûts, doit être contrebalancée par un plafonnement des moyens disponibles. Le corps médical et les hôpitaux se chargeraient de les canaliser vers des thérapeutiques faisant prévaloir la qualité et l'économie. Le traitement en milieu hospitalier devra être intégré dans les budgets globaux. Il en va de même des frais de gestion des caisses, dont les prestations devront être uniformisées dans le contrat de base de l'assurance.

C'est pourquoi, la révision de loi sur l'assurance-maladie préconise les modifications suivantes: des options prévoyant de nouvelles formes d'assurance et une participation aux coûts de la part des assurés, une concurrence accrue entre les caisses-maladie (les assurés pouvant opter pour une caisse plus rigoureuse sur le chapitre des coûts) ainsi que la possibilité de conventionnement entre les caisses-maladie et des prestataires soucieux de réduire le niveau de leurs coûts.

Le coût social de la santé doit de nouveau passer au premier plan en matière de financement par des deniers publics. L'Etat ne peut être tenu responsable de l'ensemble des besoins thérapeutiques de la population. Tous les progrès médicaux accomplis n'empêcheront pas la souffrance et la maladie. Les organismes d'Etat et les assurances sociales devraient fixer des priorités:

1. dans la mesure du possible, rendre plus tolérables certaines situations pathologiques (la qualité des soins passant au premier plan);
2. privilégier un système préventif qui a fait ses preuves;
3. il faut garantir à tous une assistance médicale de base.

Les autres prestations devront être financées par des sources privées (assurance privée, autofinancement).

Zwar fehlt es dem schweizerischen Gesundheitswesen an einer Leitidee und die finanziellen Anreize sind falsch gesetzt, aber es gibt auch ermutigende Lösungsansätze.

Schweizerisches Gesundheitswesen im Aufbruch

Zwischen Dirigismus und Wettbewerb

VON ROLF DINKEL UND ANDREAS FREI

Das schweizerische Gesundheitswesen ist in schlechter Verfassung. Die Anamnese offenbart einen ständig überdurchschnittlichen Zuwachs der Kosten. Die Krankheit ist also chronischer Natur, nicht ein einmaliges Ereignis, wie das gängige Schlagwort von der «Kostenexplosion» vermuten lässt. Andere Länder sind bereits dazu übergegangen, mit gesetzlichen Sanktionen, Interventionen und Kontrollen ihre Kuren am Gesundheitswesen durchzuführen. Es wäre wünschbar, wenn der Schweiz ein solcher Weg erspart bleiben würde.»

Vor fast acht Jahren waren diese Sätze im «Monat» (6/84) unter dem Titel «Patient Gesundheitswesen: die Symptome, die Kuren» zu lesen. Das Kurieren an den Symptomen blieb uns nicht erspart. Jüngster einschneidender dirigistischer Eingriff ist der dringliche Bundesbeschluss gegen die Kostensteigerung und die Entsolidarisierung in der Krankenversicherung. Eine wirksame dauerhafte Kostendämpfung ist mit einem solchen notrechtlichen Eingriff kaum möglich,

bleiben doch deren strukturelle und institutionelle Ursachen unberührt.

Wer finanziert die Kosten, und auf welches Konto gehen sie? Wo liegen die Probleme, und auf welchen Ebenen wird nach Lösungen gesucht? Welche Reformstrategien zwischen staatlicher Regulierung, globaler Steuerung und marktwirtschaftlich orientiertem Wettbewerb sind überhaupt erfolgversprechend?

Die Kosten

Der Gesamtaufwand für das Gesundheitswesen wuchs zwischen 1975 und 1988 von 9810 Millionen Fr. auf 20874 Millionen Fr. Dies entspricht einer Zunahme um 113%. Verglichen mit dem Bruttosozialprodukt, dem verfügbaren Einkommen und dem Konsum der Haushalte findet bei den Gesundheitskosten ein stärkeres Wachstum statt (vgl. Grafik 1). Demzufolge stieg der für das Gesundheitswesen aufgewendete Anteil des Sozialproduktes von 6,8% im Jahre 1975 auf 7,4% im Jahre 1988. Damit rangiert die Schweiz zwar nur im Mittelfeld der hochentwickelten westlichen Industrienationen. Betrachtet man jedoch die Gesundheitsausgaben pro Kopf der Bevölkerung, so weist die Schweiz mit 3092 Fr. im Jahre 1988 europaweit Spitzenniveau auf. Aufgrund ihres hohen Wohlstandsniveaus leistet sich die Schweiz offenbar auch ein sehr teures Gesundheitswesen.



Die Finanzierung

Der Jahr für Jahr steigende Aufwand für das Gesundheitswesen muss finanziert werden. Hierfür kommen fünf Quellen in Frage (vgl. Grafik 1 auf Seite 8):

- Selbstzahlungen der Patienten
- Kostenbeteiligungen, d.h. Zuzahlungen, die von den in der sozialen Krankenversicherung versicherten Patienten zu leisten sind (Franchise und Selbstbehalt)
- Sozialversicherungsbeiträge, d.h. im wesentlichen die Kopfprämien der sozialen Krankenversicherung



Schweizerischer
Bankverein

Dr. ROLF DINKEL ist Mitglied der Geschäftsleitung der HealthEcon, Basel.
Lic. rer. pol. ANDREAS FREI ist als Projektleiter im gleichen Unternehmen tätig.



Die Expansion des Angebots an Spitzenmedizin hat finanzielle Konsequenzen.

– Indirekte öffentliche Beiträge, d.h. die Subventionen der öffentlichen Hand an die Sozialversicherungen

– Direkte öffentliche Beiträge in Form von Defizitgarantien, Subventionen an die Anbieter von Gesundheitsleistungen, Investitionen und Investitionsbeihilfen.

Zwischen 1975 und 1988 stiegen die Selbstzahlungen mit 118% fast im selben Ausmass wie der Gesamtaufwand für das Gesundheitswesen. Demgegenüber verzeichneten die Kostenbeteiligungen einen exorbitanten Anstieg um 212%. Fast ebenso extrem stiegen die Beiträge an die Sozialversi-

cherungen mit 210%. Unterdurchschnittlich wuchsen demgegenüber sowohl die indirekten wie die direkten Beiträge der öffentlichen Hand mit 65 bzw. 54%.

Als Folge dieser Entwicklungen hat sich die Finanzierungsstruktur der Aufwendungen für das Gesundheitswesen seit 1975 stark verändert (vgl. Grafik 3).

Die Auslöser der Kosten

Mit fast 48% entfällt der grösste Teil der Gesundheitsausgaben auf die stationäre Versorgung in Akutspitälern, Psychiatriespitälern, Spezialkliniken und Langzeitpflegeheimen.

Etwa 17% bestreiten die ärztliche Behandlung (ohne Selbstdispensation von Medikamenten), knapp 13% entfallen auf Medikamentenversorgung, gut 9% auf zahnärztliche Versorgung sowie Zahnersatz und rund 13% auf die übrigen Versorgungsbereiche (vgl. Grafik 4).

Strukturprobleme

Die steigenden Kosten des Gesundheitssystems als Ganzes, sein wachsender Anteil am Bruttosozialprodukt, verbunden mit der zunehmenden Belastung der Einzelnen sind Symptome struktureller Defizite, von denen hier nur einige diskutiert werden können.

Schweizerisches Gesundheitswesen im Aufbruch

■ Sowohl auf gesamtschweizerischer als auch auf kantonaler Ebene fehlt es an einer veritablen «Leitidee Gesundheitswesen». Das schweizerische Gesundheitswesen ist seit jeher dezentral und föderalistisch organisiert. Diese Organisation ist nicht eine Folge durchdachter Konzeption, sondern historisch gewachsener Strukturen, sozialer und politischer Kompromisse. Der Bund ist darin vor allem für den Gesundheitsschutz und für die Sozialversicherungen zuständig. Die Versorgung selbst liegt im Zuständigkeitsbereich der Kantone. Insgesamt bestehen eine Vielzahl unüberschaubarer Regelungen, die sich teilweise ergänzen, teils widersprechen und in ihren Wirkungen durchkreuzen. Aufgaben, Verantwortlichkeiten und Kompetenzen sind nicht miteinander abgestimmt.

■ Die interkantonale Zusammenarbeit ist mangelhaft. Wesentliche Bereiche wie die Aufsicht, Berufsausübungsbewilligung, Planung und Fi-

nanzierung, Tarife usw. sind kantonale unterschiedlich geregelt. Der Wunsch nach Selbstversorgung, das Standortprinzip und politisches Autonomie- und Prestigedenken prägen das System. Dies führt zwangsläufig zu Doppelspurigkeiten. Nur gerade in der Marktzulassung von Medikamenten und in der Ausbildung der Gesundheitsberufe bestehen interkantonale Konkordate.

■ Planungsdefizite führen ebenfalls zu Doppelspurigkeiten, zu drohenden Versorgungsengpässen in einigen Bereichen bei gleichzeitiger Überversorgung in anderen. Im ambulanten Bereich existiert keinerlei Bedarfsplanung, ein mitentscheidender Faktor für die seit Jahren zunehmende Ärztezahl. Nur wenige Kantone kennen eine Spitalplanung, die diesen Namen auch verdient. Bedarfsplanungen im Bereiche der stationären und spltaexternen Langzeitpflege sind noch die Ausnahme. Wen wundert es, dass somit zurzeit ein Überschuss an Akutbetten und ein Mangel an Langzeitbetten besteht. Viele Akutbetten sind zudem fehlbelegt.

■ Die finanziellen Anreize sind falsch gesetzt. Die angewendeten Vergütungssysteme (Einzelleistungsvergü-



Unnötige Leistungen werden durch falsche Anreize gefördert.

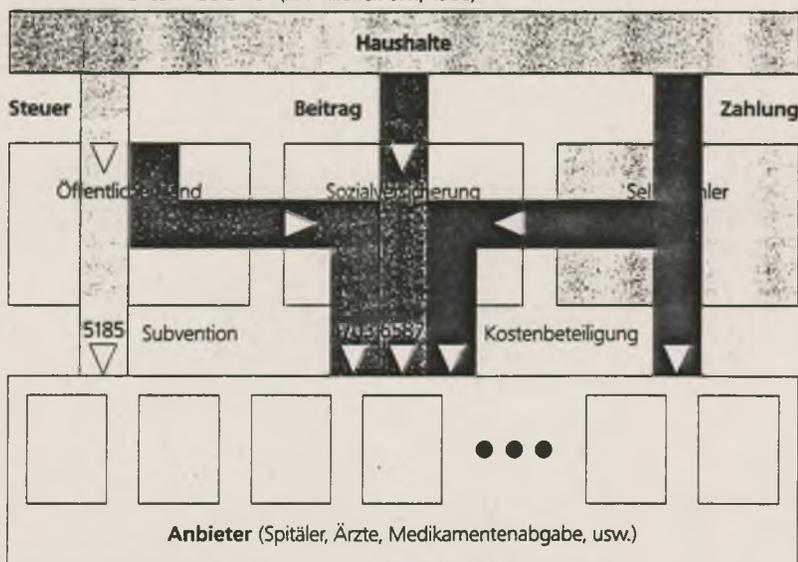
tung, Pauschal- und Tagestaxen) sowie die Defizitgarantien verleiten zur Expansion des Angebots und zum Kampf um Finanzierungsanteile. Die Schweizer Spitäler weisen denn auch im internationalen Vergleich hohe Aufenthaltsdauern auf.

Unnötige Einweisungen, Eingriffe mit fragwürdiger Indikation und eine überproportionale Zunahme diagnostischer Leistungen wurden in zahlreichen Studien nachgewiesen. Zwar besteht im ambulanten Bereich eine Kosten- und Leistungskontrolle, die durch die Verbandsebene wahrgenommen wird. Doch ist deren Ausgestaltung, Handhabung und Wirksamkeit unterschiedlich und bisweilen zweifelhaft. Im Spitalbereich unterliegen die öffentlichen Spitäler zwar enger staatlicher Aufsicht; das für eine richtige Wahrnehmung der wirtschaftlichen Steuerungs- und Kontrollfunktionen erforderliche Informations- und Berichtssystem ist jedoch unzulänglich ausgebaut.

■ Die Entwicklung im Management hält mit der rasanten Entwicklung in der Medizin nicht Schritt. So sind die Spitäler eher ausführende Dienststellen als betriebswirtschaftlich geführte Unternehmungen.

■ Im Rahmen der Krankenkassen ist seit längerer Zeit ein Entsolidarisierungsprozess im Gange. Man konkur-

GRAFIK 1
Die fünf Finanzströme des schweizerischen Gesundheitswesens (in Millionen SFr., 1988)



Ausser bei den Selbstzahlungen werden die Finanzströme durch die öffentliche Hand und durch die Sozialversicherungen umverteilt.

■ Direkte öffentliche Beiträge
 ■ Indirekte öffentliche Beiträge
 ■ Sozialversicherungsbeiträge
 ■ Kostenbeteiligung
 ■ Selbstzahlungen

renziert sich um die «guten Risiken», die jüngeren, noch gesunden Mitglieder. Die Folge davon ist, dass es immer mehr zu einer Ausscheidung in Kassen mit «altem» und solchen mit «jungem» Versichertenbestand kommt.

Auch die prozentmässige Verlagerung der Finanzierungslast von der öffentlichen Hand zu den Krankenkassen bedeutet eine Form der Entsolidarisierung, indem die hohen Einkommen tendenziell entlastet, die grossen Haushalte hingegen mehr belastet werden.

■ Diese Strukturprobleme sind Anlass der seit bald dreissig Jahren unternommenen Versuche zu einer Totalrevision der Krankenversicherung. Trotz vieler Anläufe ist es bislang nicht gelungen, ein in sich konsistentes, zeitgemässes Krankenversicherungsgesetz in Kraft zu setzen. Änderungen in kleinen Teilbereichen wurden vielmehr auf dem Verordnungsweg oder über dringliche Bundesbeschlüsse verwirklicht.

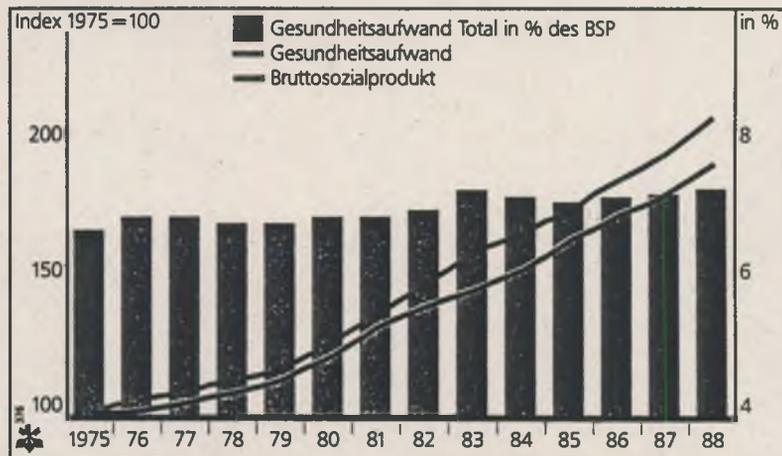
Lösungsansätze

Dennoch: auch der Patient «Schweizerisches Gesundheitswesen» scheint nicht völlig therapieresistent. Die erkennbaren Behandlungskonzepte sowie erste konkrete Massnahmen versuchen, die bestehenden strukturellen Probleme vor allem durch den Einbau marktwirtschaftlicher, planerischer, eigenverantwortlicher und kooperativer Elemente zu vermindern. Die Einsicht in die Notwendigkeit einer zielorientierten Gesundheitspolitik wächst. Auch bei der interkantonalen Zusammenarbeit zeigt sich Bewegung. So haben etwa die Kantone Genf und Waadt begonnen, ihre spitzenmedizinischen Angebote abzustimmen. Auch zwischen den Kantonen Aargau und Luzern, den beiden Halbkantonen Basel sowie Basel-Stadt und Bern werden Kooperationsformen gesucht.

Planung und Management

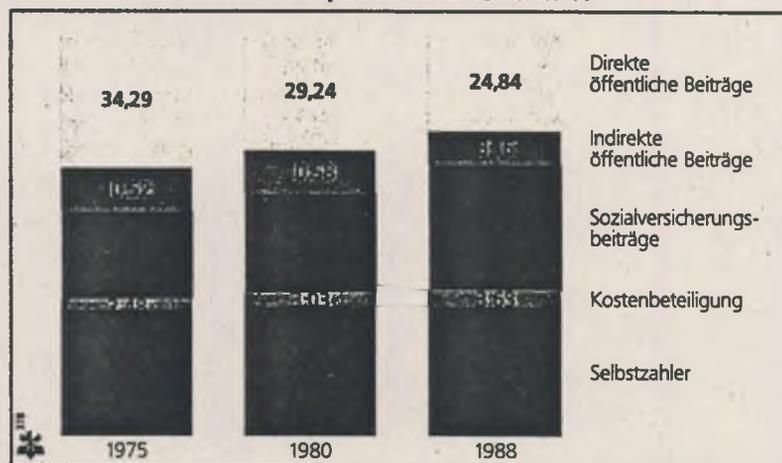
In den Bereichen der Planung und des Managements von stationären Leistungen sind Verbesserungsansätze zu erkennen. Die bisherigen Bedarfsplanungen anhand von durchschnittlichen Belegungs- und Aufenthaltswerten werden abgelöst durch Methoden, die sich am Krankheitspektrum, der geographischen Servi-

GRAFIK 2
Die Entwicklung der Kosten für das Gesundheitswesen



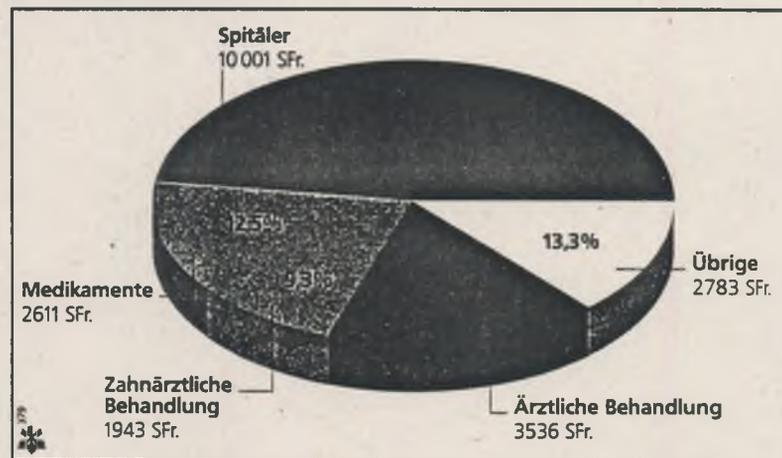
Die Schweiz lässt sich ihr Gesundheitswesen viel kosten. Ein immer grösserer Teil des Bruttosozialproduktes wird dafür verwendet.

GRAFIK 3
Die Finanzierung des Schweizerischen Gesundheitswesens 1975, 1980 und 1988 in %



Die öffentliche Hand hat sich relativ gesehen entlastet. Ein immer grösserer Anteil wird über die Krankenkassen finanziert.

GRAFIK 4
Gesamtaufwand für das Gesundheitswesen 1988 nach Verursachern



Der grösste Teil der Gesundheitsausgaben entfällt auf die Spitäler.

Schweizerisches Gesundheitswesen im Aufbruch

cepopulation und zeitlichen Bedarfschwankungen orientieren. Auch werden zunehmend weitere Bereiche der stationären Langzeitkrankenversorgung, der Psychiatrie und der spitalexternen Versorgung in die Bedarfsplanung einbezogen.

In der Angebotsplanung werden mittelfristige rollende Investitionspläne eingesetzt. Durch die Vereinbarung von Leistungsaufträgen, die Erarbeitung von Leitbildern und Betriebskonzepten sowie den Einsatz verbesserter Controllinginstrumente (medizinische Statistik, Patientenklassifikationssysteme, Kostenrechnung, Leistungserfassung, integrierte Berichts- und Informationssysteme) werden zudem die Führungsaufgaben des Krankenhausmanagements unterstützt.

Neue Spitalfinanzierungssysteme

Globalbudgets bei der Spitalfinanzierung eröffnen den Kantonen die Möglichkeit, ihre Subventionen zu beschränken und auf eine bestimmte Summe festzulegen. Bereits seit längerem kennt der Kanton Waadt das Globalbudget mit flexiblen Budgets für die einzelnen Spitäler. Diese sind auf die Leistungsaufträge der Spitäler

und ihre betriebsnotwendige Kapazität abgestimmt. Einmal vereinbart und vorgegeben, ist die gesamte Budgetsumme bindend. Über die effektive Budgetverwendung können die Spitäler selbst disponieren.

Diagnosebezogene Fallpauschalen (siehe Kasten) stehen u.a. im Kanton Bern zur Diskussion. Hiermit soll das Spital durch finanzielle Anreize zu wirtschaftlichem Handeln veranlasst werden. Der Kanton Zug hat seine Spitalfinanzierung einer Überprüfung unterzogen und auch im Kanton Solothurn wird im Rahmen der laufenden Arbeit am gesundheitspolitischen Konzept nach neuen Formen der Spitalfinanzierung gesucht.

Neue Versicherungsmodelle

Innovative Krankenkassen versuchen durch das Angebot neuer Versicherungsmodelle aus der Kostenspirale auszubrechen. Beispielsweise sollen durch den Einschluss von präventivmedizinischen, spitalexternen und alternativmedizinischen (komplementären) Massnahmen teure Behandlungen im traditionellen Versorgungssystem verhindert bzw. vermindert werden.

In Zürich und Basel haben HMOs (siehe Kasten) ihren Betrieb aufgenommen. Arztpraxis und Versicherung sind im HMO-System unter einem Dach vereint; die Krankenkassen werden selbst zum Anbieter. Das finanzielle Interesse des Arztes am

HMO (Health Maintenance Organization)

In der als «Gesundheitsplan» oder «Gesundheitskasse» bezeichneten Versicherungsform verbinden sich die Krankenkassen (in Basel z.B. CSS, KPW, KBV, Konkordia, OeKK und ZOKU) mit Ärzten, die einen festen Lohn erhalten. Mit ihrer Prämie erkaufen sich die Versicherten den uneingeschränkten Zugang zu deren Leistungen, verzichten jedoch auf die freie Arztwahl. Bleiben die Versicherten gesund, verdienen die Kasse und die Ärzte besser; der Gesundheitsplan fördert daher Gesundheitserziehung, Früherkennung und Prävention. Auch wird bezweckt, überflüssige diagnostische Massnahmen, Hospitalisationen und fragwürdige Eingriffe zu vermeiden.

Fallpauschalen nach DRG (Diagnosis Related Groups)

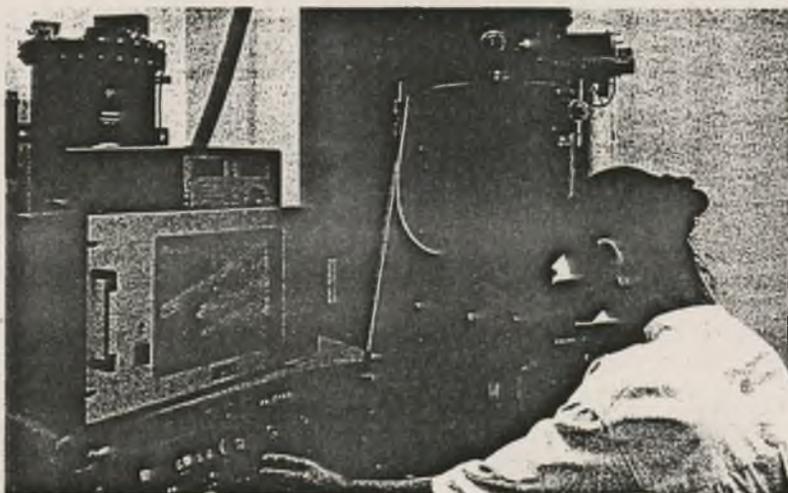
Beim System der Fallpauschalen werden nicht die erbrachten Einzelleistungen (Urinprobe, Röntgenbild, Operation usw.) entschädigt. Dem Leistungserbringer wird hingegen pro Krankheitsfall (nach Diagnosegruppe bzw. Patiententyp) eine bestimmte Pauschale bezahlt. Die einzelnen Leistungen stellen somit für ihn Aufwendungen dar. Je sparsamer er mit diesen umgeht, desto höher ist sein Verdienst.

Krankwerden seiner Patienten entfällt, das an seiner Gesunderhaltung wächst.

Als weitere Möglichkeiten werden Versicherungen mit Bonus-Option und wählbaren Jahresfranchisen angeboten.

Fazit

Die Lage ist nicht hoffnungslos. Über ihren Hag blickende Sanitätsdirektoren, innovative Krankenkassen, unternehmerisch denkende Spitalverwaltungen, für neue Anreizsysteme aufgeschlossene Ärzte und zu mehr Eigenverantwortung bereite Patienten haben – zumindest ansatzweise – gangbare und erfolgversprechende Lösungen für das schweizerische Gesundheitswesen aufgezeigt. Die Probleme sind jedoch durch Reformen von unten allein nicht zu lösen. Grundlegende Reformen von oben, vordringlich in Form einer Totalrevision der schweizerischen Krankenversicherung sind unabdingbar.



Interview mit Ständerat Schoch zur Krankenversicherung



Abgesehen von den Kosten haben wir ein Gesundheitswesen, auf das wir stolz sein dürfen.

Freizügigkeit statt Patientenjagd

Monat: *Unser Gesundheitswesen mit den Krankenkassen und ihren rasant steigenden Prämien sind seit Jahren ein Dauerthema. Wo liegen die Probleme? Sind sie rein finanzieller Natur?*

Schoch: Abgesehen von den Kosten haben wir ein Gesundheitswesen, auf das wir stolz sein dürfen. Ich sehe kein anderes Land mit einem optimaleren Angebot. Wir verfügen praktisch im ganzen Land über eine qualitativ gleich hochstehende Versorgung. Ich denke, es handelt sich tatsächlich um eine rein finanzielle Frage.

Mit Ständerat OTTO SCHOCH, dem Präsidenten der Expertenkommission zur Revision der Krankenversicherung, sprachen PETER WIRTH und THOMAS ROSE. Peter Wirth ist freier Journalist und Thomas Rose Redaktor beim Monat.

Es fragt sich nur, ob wir uns dieses System überhaupt noch leisten können.

Leider fehlen zur detaillierten Beantwortung dieser Frage die statistischen Daten. Die wichtigsten Ursachen sind aber leicht erkennbar. So ist das Angebot qualitativ und quantitativ enorm ausgeweitet worden. Computertomographen beispielsweise sind heute für jedes Kantonsspital fast schon eine Selbstverständlichkeit. Dieser Leistungsausbau erhöht die Lebenserwartung – die Zunahme in den letzten Jahrzehnten ist ganz erheblich – was wiederum die Gesundheitskosten in die Höhe treibt. Dass wir damit eine Kostensteigerung über dem Durchschnitt der Lebenshaltungskosten erhalten, ist unausweichlich.

Die Entwicklung der Bevölkerungsstruktur mit einer starken Zunahme der Ältern lässt erwarten, dass die

eigentliche Kostenexplosion im Gesundheitswesen erst noch bevorsteht.

Das trifft zweifellos zu. Aber selbstverständlich will kein Mensch auf die modernen Leistungen der Medizin verzichten. Die Schere zwischen dem Anstieg der Lebenshaltungskosten und den Gesundheitskosten wird sich folglich noch weiter öffnen.

Irgendwann werden wir damit aber an die Grenzen unserer Leistungsfähigkeit stossen. Es stellt sich ein Verteilungs- und damit ein Akzeptanzproblem.

Akzeptanzprobleme haben wir teilweise schon heute. Aber diese Frage muss sehr subtil und differenziert angegangen werden. Am grünen Tisch oder auch am Stammtisch sieht es anders aus als wenn der einzelne Patient in der Arztpraxis steht. Dann wird er, ungeachtet der Kosten, jede Behandlung akzeptieren, die ihm hilft.

Freizügigkeit statt Patientenjagd

Die Gründe für die Kostensteigerung liegen also einerseits im medizinischen Fortschritt, andererseits in der Entwicklung der Bevölkerungsstruktur. Lassen sich auch Gründe erkennen, welche in der Art und Weise liegen, wie wir medizinische Leistungen anbieten und konsumieren? Gibt es institutionelle Gründe für die Kostensteigerungen?

Da muss ich darauf hinweisen, dass viele medizinische Berufe jahrzehntelang unterdurchschnittlich entlohnt wurden oder weit überdurchschnittliche Arbeitszeiten galten, beispielsweise bei den Assistenzärzten. Da besteht ein Nachhol- und Korrekturbedarf. Die Leute sind immer weniger bereit, 60 oder 70 Stunden pro Woche oder fast unentgeltlich zu arbeiten. Ein anderer Aspekt bildet die Art und Weise, wie in der Schweiz das Krankenkassensystem organisiert ist.

Es besteht offensichtlich auf keiner Ebene mehr eine echte Motivation zum Sparen. Gleichzeitig hat sich eine weitgehende Entsolidarisierung durchgesetzt.

Unser Krankenkassenversicherungssystem hat nie den Anspruch erhoben, soziale Grundsätze zu verfolgen. Die gesetzlichen Grundlagen datieren zurück auf das Jahr 1911 und bilden im Grunde bloss eine Subventionierungsordnung. Das Gesetz legt, vereinfacht gesagt, nichts anderes fest als die Voraussetzungen, unter denen die Krankenkassen Anspruch auf Subventionen erheben dürfen. Soziale Grundsätze wurden damit nie verfolgt.

Was wären sozialgerechte Prämien?

Der Bund vergibt jährlich zwischen 1-1,3 Milliarden Fr. Subventionen an die Krankenkassen, ohne danach zu fragen, ob sie für die Grundversicherung oder für Zusatzversicherungen oder für die Kassenverwaltung eingesetzt werden. Das Geld fliesst einfach in die Kassen und wird von diesen in irgendeiner Weise wieder ausgegeben. Nach dem Giesskannenprinzip wird jeder Versicherte in genau glei-



Der Bund vergibt jährlich 1-1,3 Milliarden Fr. Subventionen an die Krankenkassen, ohne danach zu fragen, für was sie verwendet werden.

cher Weise behandelt. In einer sozialen Krankenversicherung müsste primär der sozial Schwächere für seine Grundversicherung von diesen Bundessubventionen profitieren.

Der Markt als Regulator beim Angebot der Krankenkassenleistungen ist weitgehend ausgeschaltet, gleichzeitig fehlen aber auch verbindliche staatliche Direktiven. Dass unter diesen Umständen die Kostenentwicklung aus dem Ruder läuft, kann eigentlich nicht überraschen.

Der Markt spielt überhaupt nicht mehr, schon deshalb, weil keine echte Freizügigkeit zwischen den Kassen besteht. Ich kann zwar die Kasse wechseln, aber die neue Kasse wird bei höheren Eintrittsaltern Prämien verlangen, welche einen Wechsel verunmöglichen.

Das hat andererseits zu einer unhaltbaren Jagd auf die sogenannten «guten Risiken» ausgelöst, auf junge, männliche Versicherte mit den durchschnittlich geringsten Gesundheitskosten.

Diese guten Risiken werden zudem in Sonderkassen mit Kollektivverträgen zusammengeschlossen. Aber die Probleme werden damit nur aufgeschoben weil diese Kassen früher oder später die genau gleiche Kostenentwicklung haben werden. Ein weiteres

Problem bilden die zu kleinen Risikogemeinschaften vieler Kassen.

Wäre nicht die Gesamtbevölkerung gleichzeitig auch die optimale Risikogemeinschaft?

Das ist ein interessantes, aber auch delikates Thema. Sollte die Totalrevision, wie sie der Bundesrat jetzt vorschlägt, nicht realisiert werden können, dann müssen wir möglicherweise an die Wurzel gehen und etwas vollständig Neues gestalten, ohne Rücksicht auf die bestehenden Strukturen. In allen vorliegenden Revisionsvorschlägen und anstehenden Initiativen wird noch gewaltig Rücksicht genommen auf die bestehenden Strukturen. Man wird sich aber unweigerlich die Frage stellen müssen, ob diese Strukturen noch Sinn machen. So wie viele Kassen heute «wursteln», und viele wursteln tatsächlich und sind leider absolut amateurhaft geführt, kann es nicht weitergehen.

Hätte denn die Expertenkommission, deren Leitung Sie innehatten, nicht unter dem Druck der Verhältnisse bereits schon Massnahmen in diese Richtung vorschlagen müssen, auch wenn man sich damit über die Vorgabe des Bundesrates hinweggesetzt hätte?

Der Bericht unserer Kommission, der dann zum Vorschlag des Bundesrates geworden ist, führt zu einem gewissen Umbau des Systems. Aufgrund der von uns verlangten Freizügigkeit wird es in einer Übergangsphase von 12-18 Jahren zu weitgehenden Veränderungen kommen. Wenn ich ohne Prämienhöhung meine Kasse wechseln kann, dann werden sich die Versicherten in jenen Kassen finden, welche gut und effizient arbeiten. Das führt automatisch dazu, dass eine Reduktion auf einige grosse Kassen stattfindet. Jene Kassen mit einer zu kleinen Risikogemeinschaft werden hingegen ihren Betrieb einstellen müssen.

Die Freizügigkeit dürfte zu einer weitgehenden Angleichung der Leistungen führen.



Schweizerischer Bankverein

Im obligatorischen Bereich müssen die Leistungen bei allen Kassen absolut identisch sein. Es darf nicht mehr sein, dass die Kassen über die Basisleistungen hinaus Zusatzleistungen ad libitum offerieren, um neue Versicherung zu ködern.

Wieviele Kassen benötigen wir denn, die zum gleichen Preis die gleichen Leistungen dem gleichen Publikum verkaufen?

Die Kassen werden auch in Zukunft die Möglichkeit haben, mit einer effizienten Verwaltung Kosten einzusparen und sich so voneinander abzuheben. Die Administrationskosten der Kassen sind ebenfalls weit rascher gestiegen als der Lebenskostenindex, obwohl dazu eigentlich gar keine Veranlassung bestand.

Die Krux liegt ja darin, dass der Leistungserbringer die Nachfrage weitgehend selbst bestimmen kann.

Sicher kann der Leistungserbringer bis zu einem gewissen Grad die Nachfrage selber steuern. Aber nach meiner Einschätzung ist das kein zentrales Thema. Ich weiss, dass die Kassen hier eine andere Auffassung pflegen.

Heisst das, dass beim Patienten angesetzt werden muss?

Höhere Franchisen und Selbstbehalte stellen einen Ansatzpunkt dar, um die Kostensteigerungen etwas zu bremsen. Die Lebenserwartung steigt. Das führt zu einem überproportionalen Anwachsen der Gesundheitskosten. Wir müssen versuchen, auf die Kosten Einfluss zu nehmen, aber wir dürfen nicht in eine unglaubliche Reglementierung verfallen und dem Arzt vorschreiben, welche Leistungen er erbringen darf. Ich bin bereit, hier dem Leistungserbringer ein grosses Mass an Vertrauen einzuräumen. Sicher gibt es Missbräuche, aber wir werden mit Vertrauen besser fahren als mit einem System, das von Misstrauen geprägt ist.



Aufgrund der von uns verlangten Freizügigkeit wird es in einer Übergangsphase von 12-18 Jahren zu weitgehenden Veränderungen kommen.

Sie wollen also die Produktionsseite weitgehend sich selbst überlassen?

Mehr oder weniger schon. Dringend notwendig ist aber eine saubere, umfassende und kantonsübergreifende Spitalplanung. Das ist in meinen Augen ein ganz wichtiges und zentrales Thema. Da wird heute enorm gesündigt und zwar von allen Spitalträgern, ob Gemeinde, Kanton oder Privaten.

Zum Beispiel von Basel und Basel-Land, wo es unmöglich scheint, zwei Kinderspitäler sinnvoll zu koordinieren.

Beim Wort Spitalplanung kennt jeder Versäumnisse aus dem eigenen Kanton. Spitalvorlagen sind bis heute in der Regel in allen Parlamenten schlank durchgekommen. Jetzt erkennt aber auch die Öffentlichkeit, dass hier mehr Aufmerksamkeit notwendig ist.

Allerdings stehen die teuren Bauten der letzten Jahrzehnte schon.

Sie stehen und stehen teilweise leer, weil es an Personal oder an Mitteln für das Personal fehlt. Da wurden grobe Fehler gemacht. Notwendig ist aber auch, dass die gleichen Leistungen am selben Patienten, etwa Untersuchungen, nicht mehrfach erbracht werden. Zuerst untersucht mich der Hausarzt. Verweist dieser

mich an den Spezialarzt, wiederholt der alle Untersuchungen und muss ich dann ins Spital, spielt sich das ein drittes Mal ab; bei einer Verlegung von einer Abteilung in die andere vielleicht sogar nochmals.

Wer kann hier eingreifen?

Hier können wir via Obligatorium in der Basisversicherung etwas erreichen. Dann können die Kassen und Versicherer Druck ausüben, indem sie eine doppelt oder dreifach erbrachte Leistung nicht mehr bezahlen. Heute ist dies allerdings fast ausgeschlossen.

Wie soll das Obligatorium im Vergleich zu heute die Einflussmöglichkeit der Kassen stärken? Es sind ja schon heute 99% der Bevölkerung versichert.

Es stimmt, 99% sind bereits versichert. Aber diese Gesamtzahl muss strukturiert werden nach Basisversicherung und weitergehenden Leistungen. Wenn wir eine Sockelversicherung haben, welche von den Leistungen her ganz klar abgegrenzt ist und vorschreibt, welche Leistungen erbracht und bezahlt werden dürfen, dann werden wir die Situation leichter im Griff halten können. Es müssen dazu nicht in der ganzen Schweiz dieselben Tarife gelten. Eine Leistung kann in Genf durchaus mehr kosten als in Rorschach, aber sie hat überall die gleichen Taxpunkte, das ist in der Revisionsvorlage so vorgesehen. Heute ist das noch nicht geltendes Recht. Die Kassen müssen hier gewisse Kontrollfunktionen übernehmen, aber ich denke, dass vor allem der Bund hier sein Kontrollsystem deutlich verbessern muss. Es besteht schon heute eine gewisse Kontrolle, aber die Beamten im Bundesamt für Sozialversicherung sind offensichtlich mit dieser Aufgabe heute noch überfordert.

Ist dazu das Obligatorium wirklich notwendig? Es besteht ja ein starker Widerstand.

Ich bin mir bewusst, dass wir nach einem entsprechenden Parlamentsbe-

Freizügigkeit statt Patientenjagd

schluss mit dem Referendum von Gewerbe- und Arbeitgeberseite rechnen müssen. Allerdings: die Privatversicherer stehen hinter dem Obligatorium. Wir brauchen diese Massnahme, um eine breite Abfederung und eine gesamtschweizerische Solidarität zu schaffen. Nur dann kann die Freizügigkeit durchgesetzt werden. Ich bin kein dogmatischer Anhänger des Obligatoriums, aber es gibt keine gesamtschweizerische Lösung ohne Obligatorium. Lehnt man das Obligatorium ab, dann lehnt man auch die Solidarität innerhalb der Gesamtbevölkerung ab.

Das kann ich als Meinung durchaus akzeptieren, aber ich akzeptiere nicht den Ausweg über die Fürsorge für jene, die nicht ausreichend versichert sind. Es ist ein Etikettenschwindel, wenn jemand für eine zeitgemässe, solidarische Krankenversicherung eintritt, gleichzeitig aber das Obligatorium ablehnt.

Reichen die von ihnen ins Auge gefassten Massnahmen, Effizienzsteigerung und Verhinderung von Doppelspurigkeiten aus, um die drohende Katastrophe durch ein weiteres, nicht zu finanzierendes Kostenwachstum zu verhindern?

Unser Bedürfnis nach Gesundheit und Gesundheitsleistungen ist unbestreitbar, und das hat seinen Preis.

Aber die jährliche, reale Teuerung der Krankenversicherung plus die demografische Entwicklung mit der starken Zunahme der Alten könnte in 10, 15 Jahren zu Kosten führen, die schlicht nicht mehr zu finanzieren sind. Müsste man da nicht schon heute eingreifen? Kommen wir auf die Dauer ohne Plafonierung aus?

Wären Sie bereit, persönlich eine solche Verschlechterung in Kauf zu nehmen? Ich könnte mich jedenfalls nicht stark machen für eine Leistungsbeschränkung. Da nehme ich lieber die Kostensteigerung in Kauf und unterstütze gleichzeitig alle flankierenden Massnahmen, um diese einigermassen im Griff zu behalten, als einem Patienten sagen zu müssen, für



Wenn wir eine Sockelversicherung haben, welche von den Leistungen her klar abgegrenzt ist, werden wir die Situation leichter im Griff halten.

eine optimale Behandlung fehlten die Voraussetzungen. Da bin ich als Politiker viel eher dafür, die Dinge laufen zu lassen. Vielleicht kollabiert das System eines Tages von selbst, dann ist aber nicht der Einzelne dafür verantwortlich zu machen.

Müsste dann nicht zumindest die Prävention gefördert werden?

Grundsätzlich zweifellos, und wir haben in der Expertenkommission diesen Punkt auch ausführlich diskutiert,

aber auch festgestellt, dass es konkret ausserordentlich schwerfällt, praktische Massnahmen festzusetzen, etwa Prämienvergünstigungen für solche, die gesund leben. Ich sehe das Problem in meiner eigenen Person. Ich betreibe seit 40 Jahren intensiv Sport und leide teilweise gerade deswegen heute unter gesundheitlichen Problemen.

Was meinen Sie zu einer Finanzierung über Lohnprozente, wie sie die SP-Initiative vorschlägt?

Dazu besteht nicht bloss kein Anlass, es wäre sogar jenseits der Schmerzgrenze, wenn wir nochmals einen Umverteilungsprozess in die Wege leiten würden. Da würde jede Motivation zum Sparen endgültig begraben.

Wie beurteilen Sie rückblickend die im Dezember erlassenen Sofortmassnahmen?

Diese Massnahmen müssen aus heutiger Sicht als problematisch bezeichnet werden. Der Ständerat befand sich aber, nachdem der Nationalrat bereits zugestimmt hatte, im Zugzwang. Eine Ablehnung hätte zweifellos sehr viel Wasser auf die Mühlen der Krankenkassen-Initiative geleitet.

Die Ausmarchung über die zukünftige Krankenversicherung

Am 16. Februar wurde die vom Konkordat der Schweizerischen Krankenkassen lancierte **Volksinitiative für eine finanziell tragbare Krankenversicherung** abgelehnt. Innert Jahresfrist werden die eidgenössischen Räte ferner die von der Sozialdemokratischen Partei und vom Schweizerischen Gewerkschaftsbund eingereichte **Volksinitiative für eine gesunde Krankenversicherung** behandeln. Die Finanzierung hätte hier wie bei der AHV durch Lohnprozente zu geschehen, was wohl zu einer Erhöhung der Bruttolohnkosten führen würde.

Als indirekten Gegenvorschlag zur Krankenkassen-Initiative verabschiedete der Bundesrat 1989 Grundsätze für eine Revision der Krankenversicherung, die von einer durch Ständerat Otto Schoch präsi-

dierten Expertenkommission zu einem **Gesetzesentwurf** verarbeitet wurden.

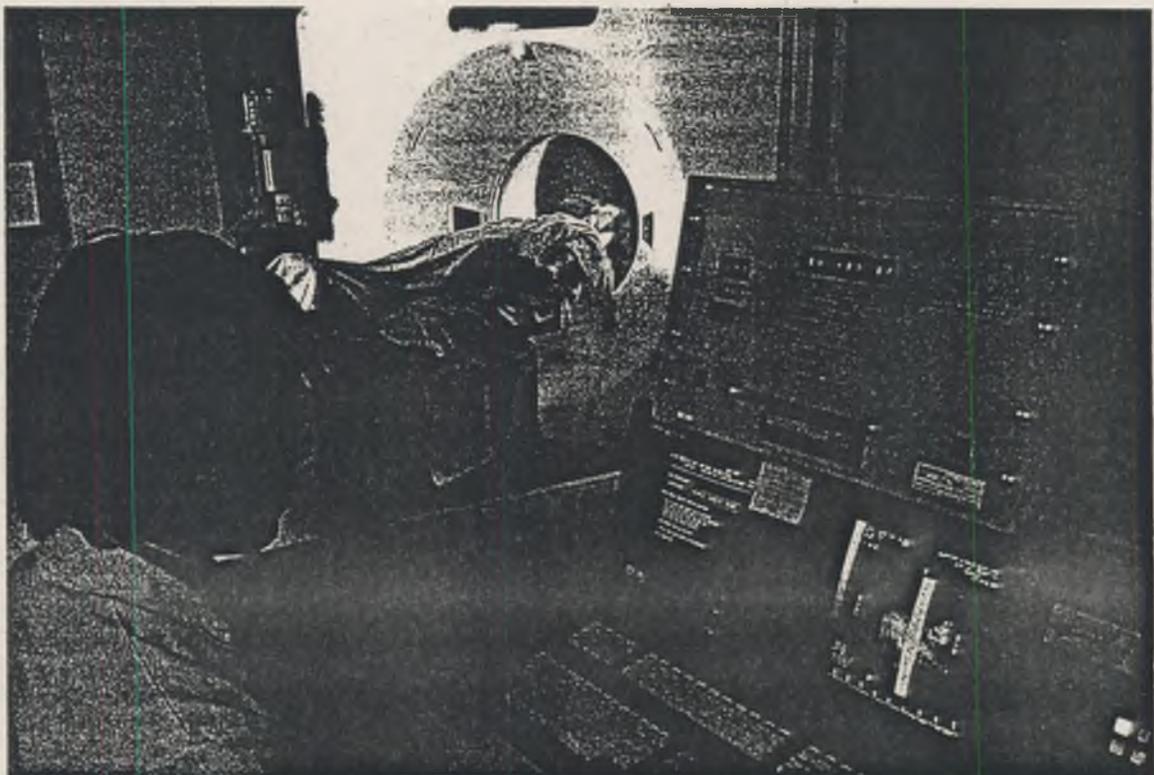
Die Botschaft dazu hat der Bundesrat im letzten November verabschiedet. Die wichtigsten Akzente setzt der Entwurf bei der Einführung des Wettbewerbs im Bereich der Zusatzversicherungen sowie der effizienteren Zuteilung der Subventionen. Anzumerken ist, dass einige Beobachter mehr Sparmassnahmen in das Gesetz verankern möchten.

Angesichts der ungebrochenen Kostenexplosion und der bevorstehenden Abstimmung schlug der Bundesrat gleichzeitig **notrechtliche Massnahmen** gegen Kostensteigerung und Entsolidarisierung vor. Die Plafonierung der Preise, Tarife und Prämien im Gesundheitswesen wurde dann allerdings in der parlamentarischen Behandlung abgelehnt.

Bankverein-Umfrage

Gesundheitswesen Schweiz – wohin?

Der «Monat» hat sieben Persönlichkeiten aus interessierten Kreisen über den Gesundheitszustand des schweizerischen Gesundheitswesens befragt. Aus ihrer Sicht legen sie dar, welche Ursachen die rasanten Kostensteigerungen haben und wie man Abhilfe schaffen könnte.



Unsere Spitäler setzen heute moderne und komplizierte Technologie ein. Leider führt dieser Leistungsausbau zu rasant steigenden Kosten.

<p>Bankverein-Umfrage: Gesundheitswesen</p>	<p>M. Ryf Fédération romande des consommatrices</p>		<p>Dr. H.R. Sahli Schweizerische Ärzteorganisation</p>		<p>Dr. W. Widmer Bürgerspital Solothurn</p>	
<p>1 Was sind – aus Ihrer Sicht – die Ursachen für die «Kostenexplosion» im schweizerischen Gesundheitswesen?</p>	<p>Mir fällt spontan die Überalterung der Bevölkerung ein. Diese Erklärung genügt jedoch keineswegs:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Die viel leistungsfähigere Medizin, die immer kompliziertere und teurere Apparate braucht; – Ein Überangebot im Spitalbereich, das zu einer Verlängerung der Pflegezeiten in den Spitälern führt; – Der fehlende Konkurrenzkampf zwischen den verschiedenen Krankenkassen; – Keine Beschränkung der Ärztezahl; – Dazu kommt ein fast unbeschränkter Konsum von ärztlichen Dienstleistungen und Medikamenten durch die Verbraucher. Dieser Konsum ist oft durch unsere hektische, unbefriedigende Lebensweise bedingt, welche Leistungsfähigkeit vor Menschlichkeit stellt. 	<p>Gründe für diese Entwicklung gibt es viele: steigendes Angebot an medizinischen Dienstleistungen, Deckung eines Nachholbedarfs besonders im Spitalsektor, medizinischer Fortschritt, höhere Lebenserwartung, wachsende Ansprüche von uns allen und anderes mehr.</p> <p>Den hohen Kosten steht andererseits ein zahlenmässig schwer quantifizierbarer Gewinn in Form erhaltener Lebenskraft, verminderter Invalidität, gewonnener Lebensjahre und Lebensqualität gegenüber. Der Gesamtaufwand von unter 8% des Bruttosozialproduktes ist volkswirtschaftlich zu verkraften. Drückend sind dagegen die jährlich stark steigenden Krankenkassenprämien – Folge der seit 1978 «eingefrorenen» Bundessubventionen an die Krankenkassen.</p>	<p>Hinter den wachsenden Spitalkosten steht ein starker Leistungsausbau. Er ist gewollt: Nicht nur die Ärzte, auch das übrige Personal will mit neuem Fachwissen und mit moderner Technologie arbeiten. Zum Glück! Als Patienten wollen wir nicht in ein Spital gehen, das auf dem fachlichen und apparativen Niveau von 1970 stehengeblieben ist. Der Leistungsausbau wird aber auch finanziell provoziert: Beim Entscheid, wie der Patient zu behandeln ist, werden die Ärzte für massvolles Abwägen des Kosten/Nutzen-Verhältnisses nicht belohnt. Im Gegenteil: Sie sind nicht nur ihren eigenen fachlichen Ansprüchen und den Erwartungen der Patienten, sondern bei Privat- und Halbprivatversicherten auch finanziellen Anreizen der Krankenkassen ausgesetzt.</p>			
<p>2 Wie kann man die «Kostenexplosion» in den Griff bekommen? Welchen Lösungsansätzen geben Sie den Vorzug?</p>	<p>Die gute Pflege, die man dem eigenen Auto zukommen lässt, müsste auch auf den menschlichen Körper angewendet werden. Die verlangte Anstrengung übersteigt oft die «normale» Einstellung zum Leben und zur Gesundheit. Dank einer stärkeren Kostenbeteiligung gelingt es vielleicht, Vorbeugungsmassnahmen gegenüber dem übertriebenen Konsum ein stärkeres Gewicht zu geben.</p> <p>Ausserdem sollten folgende Postulate verwirklicht werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> – eine Beschränkung der Anzahl praktizierender Ärzte; – eine stärkere Konkurrenz zwischen den Krankenkassen; – eine schärfere Kontrolle bei den Preisen und bei der Verteilung der Medikamente; – eine straffere Verwaltung der Spitäler, z.B. durch die Fixierung eines Budgetrahmens. 	<p>Im Spital sind rund 75% des Aufwandes Personalkosten. Eine Bremsung ist nur durch eine Verlagerung bisher stationär durchgeführter Eingriffe in den ambulanten Sektor und durch den rigorosen Abbau überzähliger Spitalbetten möglich. Statt vermehrter staatlicher Planung wäre den einzelnen Spitalleitungen mehr unternehmerische Freiheit – und damit auch Verantwortung – zu geben.</p> <p>Medizinischer Fortschritt, Ausbau der Spitex, zunehmende Überalterung usw. werden auch in Zukunft eine wachsende Nachfrage im ambulanten Bereich zur Folge haben. Die Kosten werden also weitersteigen. Auch alternative Versicherungssysteme bringen nur dann eine Kosteneindämmung, wenn gleichzeitig die Selbstverantwortung des Versicherten gefördert wird.</p>	<p><i>Vorschlag 1:</i> Weniger über Kostenentwicklung in den Spitälern klagen, mehr über die eigene Anspruchshaltung als Patient und die gesundheitlichen Auswirkungen des eigenen Lebensstils nachdenken.</p> <p><i>Vorschlag 2:</i> Umsatzabhängige Komponenten der Ärzteeinkommen durch fixe Besoldungen ersetzen. Nicht die Höhe des ärztlichen Gesamteinkommens ist das primäre Problem, sondern die Abhängigkeit einer Einkommenskomponente von der Leistungsmenge, die die Kasse und damit indirekt der Patient bezahlt. Und dies erst noch ohne Rücksicht auf ausgelöste Neben- und Fremdleistungen.</p> <p><i>Vorschlag 3:</i> Stärkerer Einbezug des Patienten als Nachfrager bei der Bestimmung des Angebots durch direktere Beteiligung an der Finanzierung der Spitalleistungen.</p>			

Dr. E. Roggenmoser
Präsident,
Pharma Forum



U. Müller
Präsident des
Konkordats der
Schweizerischen
Krankenkassen



L. Gärtner
Bundesamt
für Sozial-
versicherung



Dr. B. Somaini
Bundesamt für
Gesundheits-
wesen



Erstens die demografische Entwicklung, verbunden mit steigenden Ansprüchen der Patienten; zweitens die technische Entwicklung im Spitalbereich, die Anpassung der Gehälter des Spitalpersonals an die Norm anderer Berufe; drittens die zunehmende Ärztedichte.

Weit weniger ins Gewicht fallen die Arzneimittelkosten, da ihre Entwicklung unterdurchschnittlich verläuft. Ihr Anteil bei der Krankenpflegeversicherung geht seit Jahren zurück und beträgt noch 18,4%. Die Preise sind 1980–1989 nur um 19% gestiegen. Das Mengenwachstum der Arzneimittel ist bescheiden, von 1985–1989 gar stagnierend. Die Kostensteigerungen sind vor allem auf Innovationen zurückzuführen, wobei die neuen Therapiemöglichkeiten auch wirtschaftlichen Nutzen bedeuten.

Die medizinisch-technische Entwicklung, der medizinische Fortschritt, die Zunahme der Betagten und Hochbetagten, neue Krankheiten und die verstärkte Ausbreitung bekannter Krankheiten führen zu einem Mehraufwand für das Gesundheitswesen. Dieser kann und muss finanziert werden.

Daneben gibt es Faktoren, die nichts mit dem Gesundheitszustand der Bevölkerung zu tun haben. Solche sind: das Überangebot an Ärzten, an Spitalbetten für Akutranke, an Physiotherapeuten, an Medikamenten und in gewissen Regionen an Apotheken. Ferner Parallelinvestitionen privater und öffentlicher Betreiber, die allgemeine Konsumhaltung, ein mangelhaftes Krankenversicherungsgesetz und weitreichende wirtschaftliche Interessen.

Die Kostenexplosion ist auf fehlende Anreize für kostengünstiges Verhalten zurückzuführen. Die Versicherten müssen sich nur wenig an den durch sie direkt ausgelösten Kosten beteiligen. Die Krankenkassen können die Kostenzunahme direkt als Prämienhöhung weitergeben.

Die Versicherten, besonders die älteren, können sich im heutigen System nicht dagegen wehren, indem sie die Kasse wechseln. Die Leistungserbringer haben damit keinen Anreiz, eine Behandlung kostengünstig durchzuführen.

Alle Beteiligten möchten zuviel profitieren. Dagegen existieren ungeeignete Lenkungsmaßnahmen.

Im Falle von Kostendämpfungsmaßnahmen sollte das Prinzip der Opfersymmetrie respektiert werden. Ansatzpunkte sehe ich bei der Kontrolle der Kosten im Spitalbereich und im Verzicht der Krankenversicherungen auf freiwillige Leistungen. Gewisse Leistungen sollten auf Wunsch der Versicherten allein durch die Versicherten finanziert oder durch zusätzliche Versicherungen separat abgedeckt werden.

Die Krankenkassen müssen einerseits Verwaltungskosten reduzieren, andererseits alternative Versicherungsformen prüfen. Durch Verbesserung der Transparenz der Kosten aber auch mit flexiblen Franchisen sollen das Kostenbewusstsein und die Selbstverantwortung der Patienten gefördert werden.

Kostendämpfung muss dort ansetzen, wo unnötige Kosten entstehen. Dabei ist eine Erhöhung der Kostenbeteiligung der Versicherten denkbar. Die kostendämpfende Wirkung dieser Massnahme ist bescheiden, da 50% der gesamten Pflegekosten auf die Behandlung von bloss 10% aller Erkrankten entfallen. Dem kostentreibenden medizinischen Überangebot ist eine Plafonierung der verfügbaren Mittel entgegenzusetzen. Dabei lenken Spitäler und Ärzte die plafonierten Mittel dorthin, wo Qualität und Wirtschaftlichkeit der Behandlung gewährleistet sind. Die stationäre Behandlung ist in die Globalbudgetierung einzubeziehen. Dasselbe gilt für die Verwaltungskosten der Kassen, deren Leistungen in der Grundversicherung zu vereinheitlichen sind.

Die Revision des Krankenversicherungsgesetzes schlägt deshalb folgende Änderungen vor: Alternative Versicherungsformen und Kostenbeteiligungen für die Versicherten, Verstärkung der Konkurrenz unter den Krankenkassen (die Versicherten können ohne Nachteile zu einer kostenbewussteren Kasse wechseln) sowie die Möglichkeit für die Kassen, Verträge nur mit kostengünstig arbeitenden Leistungserbringern abzuschliessen.

Der gesellschaftliche Gesamtwert der Gesundheit soll für die Finanzierung mit öffentlichen Mitteln wieder im Vordergrund stehen. Der Staat kann nicht zuständig sein für alle kurativen Bedürfnisse.

Trotz allen medizinischen Fortschritten wird es immer Leid und Leidende geben. Staatliche Instanzen und Sozialversicherungen sollten Prioritäten klarer setzen:

1. Krankheitssituationen möglichst tolerabel machen (gute Betreuung steht im Vordergrund)
2. Nachgewiesenermassen wirksame Prävention soll gefördert werden
3. Eine medizinische Grundleistung ist für alle sicherzustellen.

Für andere Leistungen sollen private Quellen (Privatversicherung, Eigenfinanzierung) zuständig sein.

III. LA SANTÉ DANS LE MONDE / DIE GESUNDHEIT IN DER WELT

- "La santé, premier secteur économique mondial, est un bien curieux marché",
in *Courrier International*, 26.9 - 2.10.1991 47
- La réforme des systèmes de santé. Analyse comparée de sept pays de l'OCDE*,
OCDE, 1992, Paris (Table des matières) 62
- La santé dans 8 pays : l'accroissement des dépenses préoccupe tant les
systèmes d'assurance sociale que les assureurs privés*, Revue Suisse de
Réassurances, 1993, (Table des matières) 63
- "L'assurance maladie pour tous de Clinton ne fait pas l'affaire des PME", in
Courrier International, 27.5.1993 64
- "Gesundheitswesen : Kosten laufen überall davon", in : *AWP Soziale
Sicherheit*, Nr.8, 28.4.1993 67
- "Das amerikanische Gesundheitswesen vor dem Umbruch ?" von Claudine
Marcuard und Cyril Malherbe, in *Soziale Sicherheit* 2/93, BSV, Bern 70

La santé, premier secteur économique mondial, est un bien curieux marché

Le secteur de la santé n'est pas un secteur économique comme les autres. Cette activité continue de susciter des débats passionnés dans tous les pays, et il est pratiquement impossible de tenter la moindre réforme sans déclencher une levée de boucliers, tant dans le camp des fournisseurs de soins que dans celui des payeurs ou du côté des patients (ces deux dernières catégories étant rarement confondues – et c'est là tout le problème, comme vous pourrez le lire dans l'article de *The Economist*). Pendant ce temps, les dépenses grimpent (voir graphique ci-contre) et les payeurs – l'Etat, l'entreprise, ou les mutuelles – suivent plutôt nerveusement cette poussée de fièvre. Il est vrai que les chiffres sont impressionnants. La plupart des pays riches consacrent l'équivalent de 10 % de leur PIB aux dépenses de santé. Ce secteur économique se place ainsi au premier rang en termes de "chiffre d'affaires". Le National Health Service (NHS) britannique, selon *The Economist*, est sans doute le premier employeur en Europe, juste devant l'armée Rouge, et souvent, l'hôpital d'une petite ville est sa plus grosse entreprise.

Les problèmes que posent les systèmes de santé aux gouvernements des pays riches sont partout les mêmes : vieillissement des populations, développement de technologies de soins de plus en plus sophistiquées et coûteuses, et augmentation des salaires de personnels qui se raréfient. Pourtant, malgré ces sommes considérables, chaque pays continue de définir sa politique de santé sans tirer parti des erreurs ou des réussites de ses voisins. Nous avons donc jugé utile – et passionnant – de réunir les meilleures analyses des grands journaux britanniques, américains, espagnols, allemands ou hongrois sur la question du prix de la santé, en liaison avec Christine Ockrent et la rédaction de l'émission "Direct" de cette semaine.

La question essentielle reste celle du caractère public ou privé du système de fourniture des soins : ce débat sera au cœur des campagnes électorales britannique et américaine (voir pages 25 et 26) ; les Allemands se débattent dans l'unification de leurs

deux systèmes de santé (voir page 28), tandis que les pays de l'Est s'attaquent au marché noir (voir page 30) ; en Espagne, le rapport Abril – qui évoquait la privatisation – a failli déclencher une guerre civile au printemps dernier (page 26) ; enfin, même les Suédois et les Néerlandais songent à briser leurs monopoles de fourniture des soins. Mais le passage au tout libéral, prôné, on s'en doute, par l'excellent *The Economist* (voir page 24), n'est pas pour demain. Même le successeur de Margaret Thatcher a pris la défense de l'intouchable NHS (voir page 26). L'hebdomadaire londonien rappelle à ce propos que l'intervention des pouvoirs publics dans ce secteur économique, décidément atypique, ne date pas d'hier : au II^e millénaire avant J.-C., Hammourabi, roi de Babylone, plafonnait le prix de la consultation et punissait les médecins qui maltraitaient leurs malades ; tandis qu'en Europe, jusqu'au XV^e siècle, la plupart des pays de l'ex-Empire romain possédaient leurs lois sur la formation, l'établissement et la rémunération des médecins. Quant aux mandarins de la Chine ancienne, précurseurs en matière de médecine préventive, ils payaient régulièrement les médecins tant que leurs patients se portaient bien. Qu'en pensez-vous docteur ?

Une santé sans Etat ?

On soutient que la santé est un bien trop fondamental pour que les gouvernements y renoncent. Mais il en va de même pour les vêtements ou la nourriture, et pourtant leur production et leur distribution sont essentiellement du ressort du marché libre. Fait révélateur : quand ce n'est pas le cas, comme en Union soviétique ou dans la politique agricole du Marché commun, les résultats sont généralement désastreux. Les prestations médicales sont-elles vraiment indispensables à la santé, de toute façon ? Les domaines qui préoccupent le plus les gens, comme l'espérance de vie, ne sont que peu affectés – quand ils le sont – par ces dernières.

Ce fait est passé sous silence par les hommes politiques, les médecins et même les économistes qui vendent les avantages ou les inconvénients de leur système de santé. Il suffit de jeter un coup d'œil au tableau ci-dessous, qui compare les dépenses de santé par habitant avec les résultats obtenus. On pourrait en déduire que le Japon a le meilleur système et l'Amérique le pire. Mais il serait un peu hâtif de tirer des conclusions de ces seuls chiffres. Les conséquences de l'alimentation, du mode de vie, des habitudes personnelles, voire du logement, de l'éducation, de la criminalité, de la drogue et des stratégies de lutte contre la pauvreté sont généralement beaucoup plus probantes que celles des prestations médicales. Le système de santé peut avoir des effets pervers : le terme "iatrogène" a été forgé pour décrire les maladies dues aux traitements médicaux. Ce phénomène n'est pas nouveau. Jacob Bigelow, de Harvard, a écrit en 1853 que "le nombre de morts et de désastres dans le monde serait bien inférieur si on ne s'occupait pas de soigner les maladies". C'est une exagération, mais pas une absurdité.

Justifier l'intervention gouvernementale

Un autre argument en faveur de l'intervention gouvernementale est que les soins médicaux comportent une "dimension sociale externe". Si vous tombez malade, vous pouvez passer votre maladie à quelqu'un d'autre, ou, s'il s'agit d'une affection plus sérieuse, à toute la ville. Voilà certainement un argument en faveur d'une politique de santé publique comprenant des mesures préventives comme les vaccinations. Mais dans les pays riches, la

Pourquoi le secteur de la santé serait-il régi par d'autres lois que celui des hot-dogs, de la bijouterie ou des savonnettes ? Et pourquoi nécessiterait-il sans cesse des interventions gouvernementales ? Après tout, il s'agit d'un marché comme un autre, affirme *The Economist*. Une analyse ultra-libérale des politiques de santé et des systèmes de protection sociale, dont l'échec est, il faut le dire, une des choses les mieux partagées...

The Economist (Londres)



"Yes ! It's the 'Caped Cliche' Comedian !"

"Au secours ! Appelez moi un docteur ! - D'accord ! Je vous appelle docteur ! Ha ! Ha !"
Vous l'avez reconnu ! C'est Super-Cliché

Dessin de Buddy Hickerson (LA Times Syndicate)

plupart des soins concernent l'individu (problèmes de hanches, hernies ou maladies cardiaques) et non la société (peste, polio, variole).

Peut-être y a-t-il un bénéfice social à tirer du soin d'un patient, mais cela ne suffit pas à justifier une intervention gouvernementale.

Il existe une autre objection, d'ordre moral : les pauvres, soutient-on, ne doivent pas se voir interdire l'accès à la santé simplement parce qu'ils ne peuvent pas payer. Mais on peut en dire autant de la nourriture et des vêtements. La meilleure réponse réside dans un système d'allocations ou dans toute autre mesure destinée à combattre la pauvreté. Quant à la revendication selon laquelle les riches ne

devraient pas avoir accès à un meilleur système de santé que les pauvres, l'expérience montre qu'elle est impossible à mettre en œuvre. Sa logique est contestable également. La santé n'est pas l'éducation, où le pouvoir d'achat peut accentuer les différences sociales et économiques. La capacité des marchés libres à gérer la santé se heurte à quelques problèmes réels. Considérons de nouveau la différence entre les prestations que réclament les consommateurs et celles qu'ils réussissent à s'offrir. Si l'on peut convaincre quelqu'un qu'il a besoin de soins ou de médicaments, parce que, disons, il se sent malade, il paiera n'importe quoi pour l'obtenir. Cela place les "fournisseurs" dans une position où ils créent

leur propre demande et fixent leurs propres prix. Le problème est accru par le flou qui entoure les résultats obtenus. Les médecins et les hôpitaux font relativement peu de cas des effets de leurs prestations, ou les connaissent assez mal. Au siècle dernier, Florence Nightingale demanda aux praticiens de suivre leurs patients et d'analyser en détail le pourquoi de leur réussite ou de leur échec. Rares sont ceux aujourd'hui qui conservent de tels dossiers. Il existe peu de sources d'informations sûres concernant l'efficacité réelle des traitements ou des opérations. On connaît mal le coût des prestations, ce qui rend les choix économiques plus difficiles (les médecins ayant le sens du commerce savent combien ils demandent, mais ce n'est pas la même chose).

Normalement, dans une industrie où le rendement et le coût sont si mal définis, et où tant de pouvoir est concentré dans les mains des vendeurs, deux contraintes naturelles limitent à la fois l'offre et le prix : la concurrence des autres vendeurs et le maximum que les consommateurs sont disposés à payer. Aucune de ces deux contraintes ne s'applique aujourd'hui aux soins de santé. La concurrence a dû certainement jouer à un moment donné (d'où la définition d'un charlatan : un médecin qui donne satisfaction à ses clients mais pas à ses collègues). Mais en accaparant la formation et la délivrance du droit à exercer, les hôpitaux, et surtout les médecins, ont établi des barrières limitant l'entrée dans la profession.

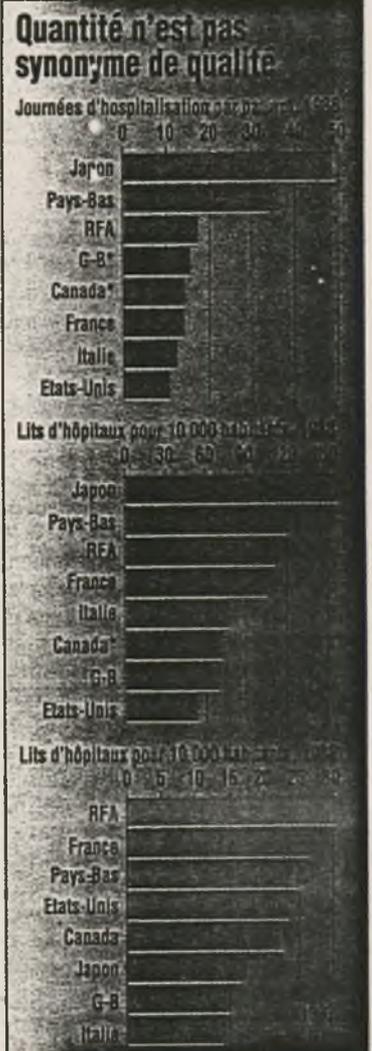
Ce processus n'a été ni simple ni linéaire. Jusqu'à la Première Guerre mondiale, la pratique de la médecine aux Etats-Unis a été une lutte à couteaux tirés. Les efforts de la profession pour protéger son statut et son pouvoir ont été constamment contrecarrés par les gouvernements des Etats et les juges. Mais le contrôle professionnel de la pratique médicale est maintenant établi, ce qui n'empêche pas l'offre d'augmenter et une concurrence limitée de se faire jour. Ce contrôle a permis toutefois aux médecins et aux hôpitaux, au moins jusqu'à récemment, de maintenir leurs revenus. Plus révélatrice encore est la capacité du consommateur à repousser les plafonds admissibles de ce qu'il paie. On peut accuser la diffusion de l'assurance maladie, qu'elle soit publique ou privée. Cette pratique a déchargé les patients du fardeau du paiement pour le reporter sur un tiers, créant deux grands problèmes :

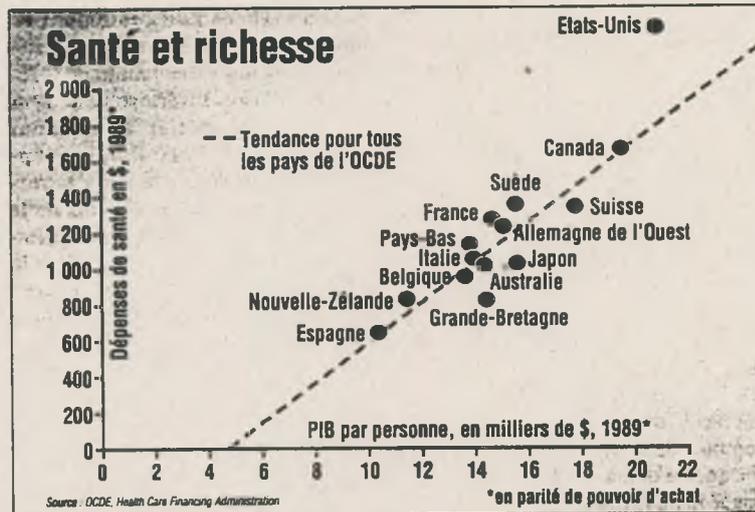
- Si un patient sait que quelqu'un

d'autre paie la facture, il n'a aucune raison de s'informer du coût de son traitement. Ses fournisseurs, dont la carrière et le revenu ne peuvent que tirer profit de soins de plus en plus chers, en sont bien conscients. Le résultat, comme pour d'autres biens dont le coût effectif est nul, est une demande quasi infinie de soins (les assureurs et les économistes appellent ce phénomène risque moral).

- Si vous avez besoin d'un traitement médical coûteux un mardi, il y a toutes les chances pour que vous contractiez une assurance le lundi. Contrairement à ce qui concerne les accidents, un client peut souvent prédire (ou même décider) si, et quand, il va prendre une assurance. De même, une compagnie d'assurances a de bonnes raisons d'écarter un client susceptible d'être particulièrement demandeur. Elle peut refuser de couvrir ce cas de figure, ou opérer une sélection "à l'expérience" (en fixant les primes selon ce qu'elle estime être les besoins de santé de son client) plutôt que "par communauté" (en acceptant tout le monde dans un groupe, avec des primes différant seulement en fonction de l'âge et du sexe). L'assurance privée peut donc facilement devenir injuste, imprévisible et potentiellement instable.

Deux phénomènes ont aggravé ce problème en augmentant considérablement les dépenses de santé. La première est le vieillissement rapide de la population : un sujet âgé de plus de soixante-quinze ans consomme dix fois plus en soins de santé. L'autre tient au perfectionnement technique des traitements et des médicaments. La conséquence a été inévitable : une lourde intervention gouvernementale sur le marché. Le problème est que cette intervention la plupart du temps n'a rien arrangé, quand elle n'a pas créé de problèmes supplémentaires. ■





Indicateur de santé 1989

	Espérance de vie à la naissance (années)		Mortalité infantile (sur 1 000 naissances viables)	Dépenses de santé en % du PIB	Nombre de médecins par milliers d'habitants
	H	F			
Japon	75,9	81,8	4,6	6,7	16
Allemagne	71,8*	78,4*	7,5	8,2	30
Etats-Unis	71,5*	78,5*	9,7	11,8	23
Royaume-Uni	72,4*	78,1*	8,4	5,8	14
France	72,4*	80,6*	7,5	8,7	30
Canada	73,0*	79,8*	7,2*	8,7	22
Pays-Bas	73,7	80,0	6,8	8,3	24

* 1988 et 1986 Source: OCDE

Etats-Unis : les familles doivent payer

Quoi qu'en pense Edward Kennedy, qui vient de proposer un projet de loi dans ce sens, les entreprises n'ont pas à porter le fardeau des dépenses de santé du pays. C'est aux familles de contracter une assurance maladie, et l'Etat ne doit payer que pour ceux qui n'en ont vraiment pas les moyens – y compris les malades chroniques. L'auteur, professeur d'économie et de sociologie à l'université de Chicago, expose ici son plan (un de plus...) pour mettre fin à un scandale criant : 34 millions d'Américains ne disposent pas de couverture sociale.

Gary S. Becker - *Business Week* (New York)

Le resserrement des budgets fédéraux et des Etats a motivé, dans les années 80, les décrets gouvernementaux obligeant les entreprises à renforcer leur participation à la protection sociale de diverses façons, notamment en créant des crèches sur les lieux de travail et en employant certaines catégories de population. Mais créer des obligations ne crée pas de ressources. Cela ne fait que reporter le fardeau sur le dos des employeurs, et contraint les sociétés à assurer des activités qu'elles ne maîtrisent pas nécessairement bien.

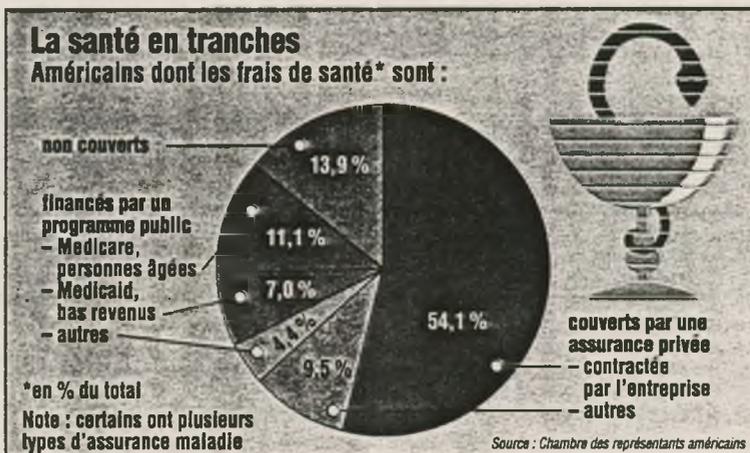
Un projet de loi soutenu par le sénateur Edward M. Kennedy (démocrate, Massachusetts) contraindrait les entreprises à fournir une assurance maladie à leurs employés. Une bonne couverture sociale est certes souhaitable, mais, me semble-t-il, elle est du ressort des familles, et non des entreprises.

Si l'objectif est de permettre au plus grand nombre de citoyens possible de pourvoir à de grosses dépenses médicales, imposer l'assurance maladie aux entreprises ne fera pas l'affaire. Les chômeurs, les retraités et autres sans emploi devront trouver ailleurs leur couverture sociale. Ce système augmentera le coût de la main-d'œuvre, notamment celle des bas salaires, pour les sociétés qui n'auraient pas spontanément offert une telle assurance. Bien que les assurances privées permettent de répartir la charge financière, de nombreuses entreprises ne sont pas assez importantes pour garantir une protection sociale suffisante. Une grosse demande d'indemnisation d'un seul employé aboutit souvent à une importante augmentation des primes d'assurance, voire, dans certains cas, à une résiliation pure et simple. Voilà pourquoi les employeurs répugnent à employer des individus susceptibles d'entraîner d'importantes dépenses médicales.

Les entreprises sont les plus grands fournisseurs d'assurances maladie aux Etats-Unis, pour la simple raison que l'Internal Revenue Service (le fisc américain) ne considère pas cette dépense comme une partie du revenu imposable des employés. Il s'agit d'un avantage social. Imposer les assurances contractées par les entreprises reviendrait à augmenter annuellement les

revenus fédéraux et ceux des Etats de 60 milliards de dollars (345 milliards de FF) et à supprimer l'incitation fiscale poussant les sociétés à contracter des assurances complémentaires. Si les prestations sociales des sociétés sont imposées, nombre d'employés iront chercher leur assurance auprès des syndicats, des églises, des associations professionnelles et des clubs, qui pourront concurrencer efficacement les petites sociétés et offrir une couverture sociale bon marché. Dans les pays riches, les individus qui souffrent de maladies nécessitant de longs séjours hospitaliers et d'importants soins médicaux sont généralement pris en charge, même s'ils ne sont pas assurés ou n'ont pas de quoi financer leur traitement. Pour empêcher que certains ne

soient tentés d'en profiter, aux dépens des assurances et des impôts des autres, l'Etat devrait exiger de toutes les familles qui en ont les moyens une cotisation minimale couvrant les grosses dépenses médicales et éventuellement quelques soins préventifs. Naturellement, n'importe quelle famille pourrait opter pour une couverture sociale plus importante.



	Public/privé aux Etats-Unis et en Grande-Bretagne	
	Prestations publiques	Prestations privées
Financement public	NHS (G-B) Veteran's Admin. (Etats-Unis)	Services sous-traités (G-B) Medicare (Etats-Unis)
Financement privé	Lits payants du NHS (G-B) Collancement de Medicare (Etats-Unis)	BUFA (G-B) Assurance privée (Etats-Unis)

34 millions de non-assurés

Le gouvernement fédéral financerait les primes des familles n'ayant pas les moyens de contracter une assurance. Les ayants droit seraient sélectionnés en fonction des revenus de la famille et du coût des assurances privées. Les sujets ayant des antécédents médicaux importants et ne bénéficiant pas d'une couverture suffisante seraient inclus dans le programme public, le coût d'une assurance privée, dans leur cas, étant extrêmement élevé.

A l'heure actuelle, quelque 34 millions d'Américains ne sont couverts par aucun type de protection sociale. Il leur faudrait contracter une assurance, à moins qu'ils puissent bénéficier de l'aide publique. Mais le problème que posent ces non-assurés n'est pas aussi grave que les chiffres le suggèrent. Si l'on en croit le National Center for Health Statistics (NCHS), la plupart sont des employés ayant entre quinze et quarante ans, et ne représentent pas un groupe à risques. Ils pourraient être inclus dans le système proposé, moyennant une faible augmentation des dépenses publiques et privées consacrées aux assurances de santé.

Les personnes non assurées travaillent généralement dans de petites sociétés, dissuadées de fournir une protection sociale par le coût de l'assurance maladie et par des décrets gouvernementaux imposant d'inclure des services médicaux superflus

(comme la chiropractie ou l'acupuncture) dans tous les programmes d'assurances. Si les compagnies d'assurances refusent de couvrir les plus vulnérables, la faute en est au grand nombre d'Américains sans assurance maladie, dit-on souvent. Une critique exagérée, si l'on en croit les statistiques du NCHS.

Les personnes âgées aisées devraient avoir l'obligation de contracter une assurance privée contre les maladies graves. Plus des trois quarts des Américains de plus de soixante-cinq ans sont

déjà couverts par une assurance privée et par l'Etat. Si de nombreuses personnes âgées ont effectivement besoin de l'aide publique – une couverture tous risques privée leur coûterait trop cher –, le développement de mutuelles d'assurances indépendantes d'un employeur devrait permettre d'en réduire les coûts.

Il faudrait imposer l'assurance maladie

Si le gouvernement fédéral prenait en charge 60 % des personnes âgées, ainsi que les familles défavorisées bénéficiant actuellement de l'aide publique et la moitié des sujets ne disposant pas à ce jour d'une assurance privée, il financerait l'assurance maladie d'environ 20 % de la population. Cela représente le pourcentage actuellement couvert par les programmes "medicaid" et "medicare" : les dé-

penses fédérales consacrées aux soins de santé ne subiraient donc pas d'augmentation. Et les revenus fédéraux augmenteraient si l'assurance maladie des employés était imposée.

Les mesures que je préconise ne renforcent pas l'intervention du gouvernement fédéral. Le problème du système actuel ne réside pas dans l'importance mais dans la nature de l'intervention. Le rôle du gouvernement fédéral devrait être de s'assurer que toutes les familles sont protégées contre les maladies graves. ■

Quand les entreprises se fournissent en direct

Courrier  International

Un nombre croissant d'entreprises américaines ont décidé de prendre en charge elles-mêmes les soins de santé. Elles court-circuitent ainsi les compagnies d'assurances médicales et traitent directement avec les médecins et les hôpitaux. En effet, les primes d'assurances pour les soins de santé explosent aux Etats-Unis. Chaque année, elles augmentent de 15 à 30 %. Les compagnies d'assurances, confrontées à une multiplication des risques, sont obligées de répercuter leurs coûts croissants sur les primes. D'où l'idée de certaines entreprises américaines de ne plus passer par ces intermédiaires. Elles s'assurent ainsi un meilleur contrôle à la fois de la gestion des coûts mais aussi des prestations médicales fournies. Mais traiter directement avec le secteur médical demande des compétences spécifiques, des gestionnaires à mi-chemin entre le comptable classique et le directeur d'hôpital. Il faut être sûr en effet que les économies réalisées sur les primes ne seront pas annulées par la multiplication des prestations médicales, ce qui implique un contrôle strict. Mais l'investissement paraît assurément rentable. Exemple : SCE, entreprise californienne, a acheté purement et simplement une dizaine d'hôpitaux et traite directement avec près de 7 500

docteurs. Résultat : une économie de quelque 225 millions de FF en deux ans. Les employés souscrivent une assurance auprès de leur entreprise, qui joue le rôle à la fois de caisse de sécurité sociale et de mutuelle. Autre avantage : ce système permet de personnaliser et d'améliorer les soins. Certaines compagnies d'assurances éprouvent en effet des difficultés croissantes à assurer des prestations médicales de plus en plus diversifiées. En intégrant directement les soins dans l'entreprise, on rationalise les coûts médicaux. "En estimant le nombre de naissances ou les cas de troubles cardiaques, on peut négocier des réductions avec les services concernés", affirme un responsable de SCE. Cette entreprise possède même son propre réseau de transplants pour la "livraison" de reins ou de cœurs. Deere, une entreprise de produits agricoles, qui possède sa propre clinique, propose aussi ses soins aux salariés d'autres sociétés. Le géant informatique Digital Equipment a lui aussi passé des contrats avec des médecins, et si les économies ne sont pas encore là, ce système a déjà convaincu plus de 60 % de ses employés. Ils sont pris en charge plus rapidement et sont mieux soignés. Un exemple que la Sécurité sociale française devrait méditer. ■

Le service public, une vache sacrée

Grande-Bretagne : même mal en point, le NHS est intouchable, comme la famille royale

Le National Health Service, digne institution de la santé publique au Royaume-Uni, est atteint d'une hémorragie de cotisants parmi les plus aisés. Ces patients ne méritent plus leur nom : excédés d'attendre leur tour pour être plus ou moins bien soignés et opérés, ils se ruent vers le privé, qui leur offre à prix fort les services attendus. Un espoir quand même pour le mastodonte mal en point : l'attachement de John Major et la culpabilité des fuyards, pour qui le NHS est comme la reine, inattaquable.

Jeremy Laurence - *The Guardian* (Londres)

Au nord de Londres, au Garden hospital, les futurs parents font la queue pour payer 2 500 livres (25 000 FF) un suivi de grossesse et un accouchement, alors que ces soins leur seraient fournis gratuitement s'ils faisaient appel au National Health Service.

C'est un peu cher pour être sûr d'être bien soigné, mais ces couples nantis ne partagent pas l'attachement de John Major au NHS. Ils appartiennent à cette minorité de plus en plus grande qui fait peser sur cet organisme britannique une menace croissante mais sous-estimée. Tous ceux qui peuvent s'en passer l'abandonnent. Les classes aisées votent avec leurs pieds.

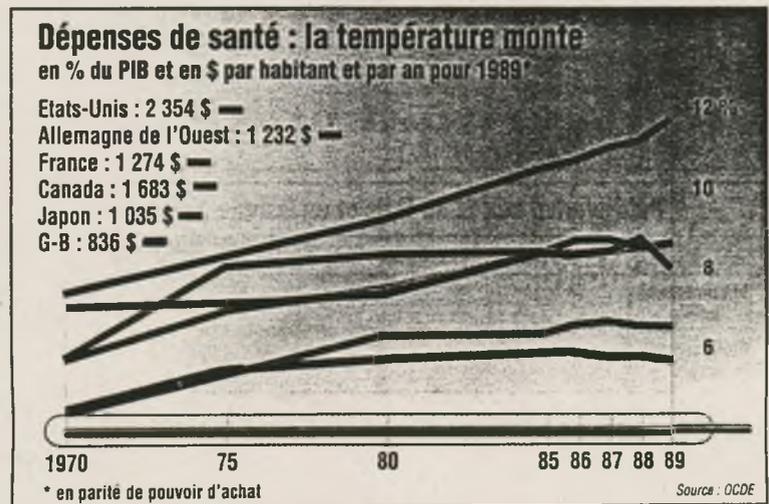
Il semblerait que le Premier ministre n'ait pas pris la mesure de cette menace. Lors d'un dîner organisé par la BUPA (British United Provident Association*), au cours duquel il a choisi de faire ses premières déclarations importantes sur la santé, M. Major a réaffirmé le droit des familles à recourir au secteur privé si elles en éprouvaient l'envie. Mais il a ajouté : *"Si le recours au secteur privé se développe, et je pense que ce sera le cas, la coopération entre ce secteur et son équivalent public doit devenir plus constructive."* Constructive pour qui ?

Ces dix dernières années, le nombre de personnes couvertes par une assurance médicale privée est passé de 4 millions (7 % de la population) à 7 millions (11 %). Mais ces chiffres sont trompeurs. Les dernières données publiées indiquent en effet qu'en 1987 34 % des actifs âgés de quarante-cinq à soixante-quatre ans avaient souscrit une assurance médicale privée.

Pour des raisons commerciales, les assureurs privés ne sont pas pressés de publier des chiffres plus récents. Mais aujourd'hui, le pourcentage tournerait

plutôt autour de 50 % à Londres et dans le sud-est de l'Angleterre, qui sont les marchés les plus importants. C'est du moins ce que prétend le Dr Michael Calnan, de l'université du Kent, auteur d'une étude récente sur le marché de l'assurance médicale privée.

du NHS, qu'ils soient médecins ou gestionnaires. Ils mettent tant d'énergie à se défendre des assauts du gouvernement (qui veut réformer le NHS), qu'ils ne se préoccupent pas de la désaffection du public. On pourrait avancer que politiquement, le secteur privé fournit



Rien n'indique que le développement de cette tendance doive ralentir, en dépit de l'augmentation rapide du prix des polices. Les entreprises signent des contrats à tout va avec les compagnies d'assurances. La "couverture privée" fait désormais partie des avantages en nature proposés par les sociétés, au même titre que le plan de retraite ou la voiture de fonction. Cette évolution n'alarme pas vraiment les responsables

une soupape de sécurité au NHS. Le rationnement du service n'est peut-être toléré que parce que les clients les plus exigeants - les nantis - peuvent s'adresser ailleurs. Mais il vient un moment où le mécanisme de trop-plein se transforme en tuyau de vidange, dès lors que la fuite des bénéficiaires qui ont le plus de possibilités d'expression et de ressources politiques prive le secteur public du soutien dont il a besoin.

Nous n'en sommes pas encore là. Au cours de leur enquête pour le Conseil de recherches économiques et sociales, le Dr Calnan et ses collègues ont révélé que la majorité des 3 000 hommes d'âge moyen qu'ils ont interrogés bénéficiaient d'un système d'assurance privé géré par leur employeur, mais qu'ils en avaient honte.

"Le National Health Service est comme la famille royale : c'est une institution que l'on n'ose pas critiquer en public, explique le Dr Calnan. Les gens s'y sentent encore attachés d'un point de vue moral, même lorsqu'ils contractent une assurance privée. C'est ce qui explique leur gêne."

L'enseignement est perçu de manière radicalement différente. Les dernières statistiques indiquent que 7,4 % des enfants sont inscrits dans des écoles privées, mais ce chiffre atteint 58 % si l'on ne prend en compte que les enfants des cadres. Et ces parents ne manifestent aucune gêne. Pour beaucoup d'entre eux, et pas seulement dans les fiefs du parti conservateur, l'enseignement privé est une marque de standing. Le recul du secteur public a été accéléré par le déclin du soutien que lui apportaient les classes moyennes.

Le NHS, au contraire, continue d'occuper une place à part dans le cœur des Britanniques. Mais pour combien de temps encore ? On peut se demander qui va faire pression pour que soient réduites les listes d'attente, dans la mesure où les clients les plus exigeants s'éclipsent pour pouvoir se faire opérer au moment qu'ils souhaitent. Déjà, à Londres et dans ses

environs, une opération non urgente sur trois est pratiquée dans le secteur privé. Le marché des soins médicaux payants est peut-être étroit – principalement limité aux opérations chirurgicales "froides", sans caractère d'urgence –, mais le secteur privé y a la haute main.

Il n'est pas difficile de comprendre ce qui motive l'évolution de la demande. Dans presque tous les domaines de la vie quotidienne, au cours des dix dernières années, la qualité des services s'est sensiblement améliorée. L'étendue des services proposés, l'accueil, la rapidité et l'efficacité répondent désormais aux attentes des clients.

Mais ces principes restent étrangers au NHS. Comme le dit un responsable : *"Nous avons toujours pensé en termes de système et de service. Nous commençons tout juste à comprendre ce que veut dire se soucier du confort des patients."*

Le problème, c'est que les dés sont pipés. Le directeur de l'Eastbourne Health Authority écrivait récemment que le budget dont il dispose par habitant est de 354 livres (3 540 FF), soit à peu près l'équivalent d'une cotisation de la BUPA ; mais il faut avec cet argent payer tous les services, des transports en ambulance aux soins fournis aux handicapés mentaux, ainsi que des opérations chirurgicales pratiquées avec les moyens de la BUPA.

On prendra la mesure de l'attachement de John Major au NHS cet automne, au moment des discussions sur le budget. A moins qu'on ne lui donne les moyens de relever le défi du secteur privé, le NHS risque de devenir un service réservé aux personnes âgées, aux nécessiteux, aux malades chroniques et aux handicapés. Sans parler des anciens Premiers ministres. ■

** Assurance maladie britannique entièrement privée.*

Espagne: personne ne veut verser une peseta pour la santé

Si les Espagnols sont bien d'accord sur une chose, c'est sur l'inadéquation de leur système de santé publique actuel. Files d'attente interminables dans les hôpitaux, incurie des établissements de santé, consommation excessive de médicaments, impossibilité de choisir son médecin, frais qui obèrent le budget de l'Etat : il ne s'agit là que de quelques exemples. Le cahier de doléances des citoyens espagnols est beaucoup plus volumineux.

Chaque famille de ce pays a une anecdote à raconter sur sa douloureuse expérience du service de santé publique. Les plaisanteries dont font l'objet les hôpitaux et les médecins encouragent l'immobilisme ; mais par ailleurs, tous les Espagnols veulent que la médecine soit gratuite et reste un service public.

Quelque 77 % de la population estiment que le système fonctionne mal, et 71,9 % pensent que son amélioration passe par une réorganisation complète de ses structures.

Il n'est pas de pays en Europe – si ce n'est l'Italie peut-être, où la situation est encore pire – dont les habitants soient plus mécontents de leur système de santé que l'Espagne. Toutefois, leur

Pour les auteurs du rapport Abril, tous les bénéficiaires du système espagnol de santé publique devraient payer au moins une partie des médicaments qu'ils consomment. Mais les pensionnés, pour la plupart de vieux combattants antifranquistes, sont déjà sur le pied de guerre. L'ordre des médecins et les syndicats aussi. A part ça, tous les Espagnols sont d'accord pour pleurer sur l'incurie de leurs hôpitaux et la gabegie des urgences et des médicaments. En castillan, migraine se dit jaqueca...

Jose Manuel Arija - *Cambio 16* (Madrid)

colère n'est pas dirigée contre le système en lui-même – lequel fait l'unanimité –, mais plutôt contre l'inefficacité, la désorganisation, la piètre qualité et les lourdeurs bureaucratiques qui l'accablent. Une année durant, à la demande de la Chambre des députés, une commission présidée par Fernando Abril Martorell a planché sur un rapport relatif au système de santé espagnol, remis au Parlement au printemps dernier.

La divulgation d'une partie du rapport a provoqué une levée de boucliers. Dans le cadre de la campagne électorale pour les municipales, Julio Anguita a notamment accusé les parties adverses de vouloir privatiser le système de santé.

Ces derniers jours, ce sont les pensionnés qui sont montés au créneau. A

vrai dire, leur mécontentement a de quoi inquiéter les partis politiques, et plus précisément le gouvernement, dans la mesure où, fort habilement, les retraités ont décidé de jouer d'une arme imparable : ils ne voteront pas pour les partis politiques qui cautionnent le rapport.

Créée en 1979 et forte de 800 000 membres à l'heure actuelle, l'Union démocratique des pensionnés (UDP) s'est lancée à corps perdu, et ce pour la première fois de son histoire, dans la défense d'un principe qui lui est cher, la gratuité des médicaments. A en croire le rapport Abril, puisque la consommation de produits pharmaceutiques est excessive, chacun se doit d'en supporter le coût, au moins en partie. Les auteurs prévoient cependant "des

mesures fiscales ou un dédommagement partiel des pensionnés".

Les personnes âgées, qui redoutent de devoir payer 40 % du prix de leurs médicaments, ont déjà menacé d'entamer une grève de la faim si besoin était. "Plutôt qu'ils nous tuent, nous sommes prêts à mourir d'inanition", clame Nicolás Mayo, président de l'association, aujourd'hui âgé de soixante-quinze ans. Et on peut prendre la menace pour argent comptant, à en juger le nombre d'ex-combattants antifranquistes qui dirigent l'UDP.

Le rapport, extrêmement critique à l'égard du système de santé actuel – qu'il estime trop centralisé, rigide et inapte à traiter les problèmes –, propose une solution qui tient compte de la limitation des ressources. Les recommandations finales concluent à la nécessité de séparer gestion et financement et de tenir une comptabilité sérieuse, qui fasse apparaître le montant des coûts. "C'est une étrange organisation que celle qui prétend fonctionner sans facturer les services ou les biens qu'elle produit", fait remarquer le document.

En résumé, il propose un système de santé qui obéisse un tant soit peu aux critères régissant une entreprise normale et

qui fasse preuve d'un minimum de rationalité, condition sans laquelle le coût des dépenses de santé – 2,6 milliards de pesetas en 1990 (141,2 millions de FF) – finira par engloutir le budget de l'Etat et les cotisations sociales.

Un supplément de perestroïka et de glasnost ne suffira cependant pas à guérir le système de santé espagnol. Ses dysfonctionnements sont tels que le citoyen n'est même pas conscient de ce qu'il paie de sa poche, ni du fait qu'il contribue largement au gonflement des dépenses. Voici quelques exemples révélateurs. Le médecin qui ne prescrit pas une kyrielle de médicaments – si possible les plus chers – est jugé incapable. En revanche, un bon médecin est un médecin prudent, qui envoie ses patients à l'hôpital dès que faire se peut, afin de se décharger de toute responsabilité. Dans les grandes villes, on se retrouve au service des urgences au moindre petit malaise (c'est le cas de 50 à 60 % des patients admis aux urgences). Court-circuité de toutes parts, le système est au bord du chaos.

Le rapport a été accusé de "pingrie". Cependant, force est de reconnaître que la question financière finira

Les maladies du système de santé espagnol

Cambio 16 (Madrid)

par miner le service public si les parties concernées ne trouvent pas d'antidote. Au dire des rédacteurs, "il faut franchir la frontière de la gratuité absolue".

Fernando Abril Martorell, sur qui se sont abattues toutes les critiques ces derniers jours, nous a tenu les propos suivants : "J'ai été investi d'une mission parlementaire. Il en a résulté un rapport, élaboré dans le respect des valeurs de solidarité et de justice. Il suffit de proposer

d'une solution. Il ne s'agit pas d'y faire montre d'un progressisme qui, à la longue, s'opposerait à toute amélioration du système de santé publique."

Entre l'immobilisme et le grand chambardement, les auteurs ont tenté de trouver une solution intermédiaire, aussi difficile soit-elle à mener à terme. Il parle notamment d'"une plus grande souplesse dans l'intéressement du personnel", bel euphémisme pour dire qu'on ne peut pas demander à un système dont le personnel a une mentalité de fonctionnaire d'être productif et de

1. Dans le domaine des soins généraux, clé de voûte du système de santé, on constate une utilisation excessive de moyens de diagnostic et de thérapeutique, ainsi qu'une inadéquation des services d'assistance, du fait de la surcharge des hôpitaux et notamment des services d'urgence.

2. Le coût des soins spécialisés a considérablement augmenté, au détriment des soins généraux.

3. La médecine préventive et la santé publique ne reçoivent pas l'attention qu'elles mériteraient dans une conception globale et moderne de la médecine et de la santé.

4. Il manque au système public des perspectives globales et un véritable sens de l'entreprise. Il limite la liberté de choix des usagers, impose un caractère impersonnel aux relations, et néglige d'informer les patients, à qui il offre un environnement inconfortable.

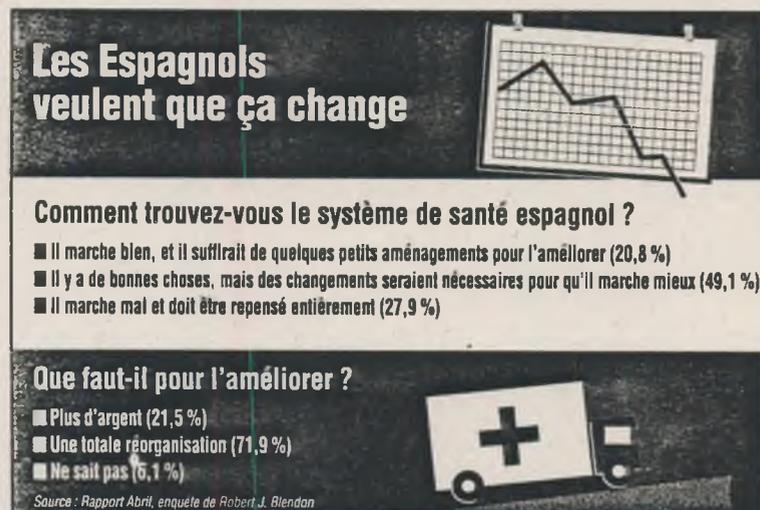
5. Le cadre de travail ne répond pas aux exigences actuelles. Il ne parvient pas à gérer les conflits, a fortiori lorsqu'on lui demande d'être productif et efficace, et démotive la profession.

6. Les structures et les mécanismes d'information, d'évaluation et d'analyse sont quasiment inexistantes, tant en matière de contrôle de gestion des centres que de programmes de santé.

7. La responsabilité de la gestion se dilue au sein des équipes de direction ou disparaît purement et simplement, du fait du centralisme excessif et de la rigidité du système.

8. Dans toutes ses structures, le système cherche d'abord à appliquer la routine de la fonction publique plutôt qu'à atteindre une certaine efficacité.

9. La situation actuelle est la phase finale d'un système centralisé et rigide à l'excès, qui s'est révélé utile par le passé, mais qui manque d'ampleur pour traiter les problèmes actuels et à venir, dans un contexte caractérisé par la précarité des ressources. ■



une réforme pour provoquer une levée de boucliers, mais c'est au gouvernement ou au Parlement qu'il appartient de prendre la décision en dernier recours. Je me suis contenté, comme un avocat, de donner mon opinion." De l'avis de M. Abril Martorell, les mesures proposées par le rapport sont tout à fait réalistes, tout comme la description des déficiences du système. "Nous avons établi un rapport qu'on pourra lire sans honte d'ici quatre ans", affirme-t-il.

Mais l'ordre des médecins, les pensionnés, les communautés autonomes gouvernées par la droite, les syndicats et les communistes s'opposent tous aux conclusions de ce rapport, qui affecte directement le porte-monnaie du citoyen. Au dire de Carlos Revilla, délégué à la santé au sein du CDS, le parti à qui l'on doit la proposition de créer une commission destinée à réviser le système de santé, "ce rapport est un creuset qui doit faciliter l'émergence

qualité. Pour éviter les conflits, le rapport établit une distinction entre le personnel actuel et à venir. Quant au mode de rétribution, il propose un fixe et une prime destinée à motiver les employés. En d'autres termes, il s'agit de payer davantage celui qui travaille mieux, alors qu'actuellement, tout le monde est placé sur un pied d'égalité – les dilettantes et les autres.

Le document met également l'accent sur le partage du pouvoir décisionnaire et la responsabilisation. Il veut en finir avec un système dont les membres refusent d'endosser la responsabilité des fautes professionnelles et des erreurs de gestion, même bénignes, obligeant le personnage politique le plus haut placé à porter le chapeau. L'opposition bicéphale à la réforme – celle des partisans du changement radical et celle des apôtres de l'immobilisme – laisse au monstre, comme c'est souvent le cas, de beaux jours devant lui. ■

Allemagne : une grippe chronique

Gerda Hasselfeldt a vaillamment tenté de surmonter sa défaite. "Nous avons tenu parole", a déclaré le ministre de la Santé. *Les médicaments dont le prix ne dépasse pas une valeur de référence resteront gratuits.*

Mais elle ne pouvait pas dissimuler l'échec douloureux que lui ont fait subir le chancelier Kohl et le FDP (Parti libéral) : la participation financière des malades à hauteur de 15 % - à compter du 1^{er} janvier 1992 - dans l'achat de tous les médicaments dont le coût dépasse la valeur de référence, avec une limite supérieure de 10 marks (34 FF) par médicament prescrit.

Cette participation accrue doit donner une nouvelle impulsion à la réforme du système de santé mise en œuvre par Norbert Blüm, le ministre du Travail. La réglementation visant à déterminer un taux unique de remboursement pour des médicaments comparables s'est, durant les derniers mois, révélée inappropriée. Elle comptabilisait 96 agents actifs, ce qui correspond à environ 7 100 médicaments, soit à peine 6 % du marché. Cela a seulement permis d'économiser un bon milliard de marks, soit "tout juste l'augmentation annuelle normale du coût des médicaments", soupire Herbert Reichelt, directeur adjoint de l'Institut d'études scientifiques des caisses primaires d'assurance maladie à Bonn. La participation accrue doit maintenant contraindre les médecins, l'industrie pharmaceutique et les caisses à avancer dans les négociations sur les valeurs de référence.

Augmentation de la consommation de médicaments

Mais il est plus que douteux que ces calculs soient justes. La réglementation sur la participation accrue laisse aux parties concernées de nombreuses possibilités de détournement et n'induit pas le moindre effet sur l'orientation des dépenses de santé. Bien au contraire : la principale cause de l'explosion des coûts, l'augmentation quantitative de la consommation, pourrait bien être encouragée par cette nouvelle réglementation.

Ainsi, les dépenses pour les médicaments ont augmenté d'environ 9 % au cours du premier semestre 1991 - soit

C'est officiel : le 1^{er} janvier 1992, les patients allemands seront astreints à une participation financière accrue dans l'achat de leurs médicaments. Mais cette réforme atténuera à peine l'explosion des coûts de la santé chez nos voisins d'outre-Rhin. D'autant que leur goût affirmé pour les grosses boîtes de médicaments ne fléchit pas, et que les médecins, pour leur complaire et pour les faire bénéficier des exceptions de la nouvelle réglementation, n'hésiteront pas à transformer un petit rhume en grippe chronique, et donc intégralement remboursable.

Walter Plassmann - *WirtschaftsWoche* (Düsseldorf)

exactement deux fois l'augmentation de la masse salariale. Cela n'est pas tant dû aux prix pratiqués par l'industrie pharmaceutique qu'à la tendance générale à acheter de grandes boîtes. Les médecins se justifient en disant que ce sont leurs patients qui réclament de grosses quantités de médicaments. Et, à l'avenir, le malade préférera certainement payer un forfait de 10 marks pour une grande quantité de médicaments que, par exemple, trois fois un pourcentage s'élevant à 4 marks. La sécurité sociale (gesetzliche Krankenversicherung, GkV), elle aussi, ne peut pas compter sur des économies importantes. Les gains nets pour les assurances maladie seront très minimes, pronostique M. Reichelt. Théoriquement, on peut bien miser sur 2 milliards de marks d'économies (6,8 milliards de FF), mais il est peu probable que cet argent leur profitera entièrement. En effet, un grand nombre d'assurés vont dorénavant faire valoir la clause de surcharge : si la somme de tous les paiements demandés à l'assuré dépasse un certain pourcentage de son revenu annuel, l'assurance maladie prend en charge la totalité des frais. Et ce pourcentage sera plus rapidement atteint avec la nouvelle réglementation.

D'autres introductions de participations financières dans le système de santé allemand ont obtenu des résultats plutôt maigres : ni le paiement d'un forfait par ordonnance, ni la suppression du remboursement pour un certain nombre de préparations n'ont pu ralentir la croissance des coûts. Ces restrictions ont seulement abouti à ce que les médecins donnent une appellation différente à la maladie incriminée. Au lieu de diagnostiquer un rhume

pour lequel il ne peut prescrire de médicaments remboursés, le praticien y verra un début de grippe chronique - et l'assurance paiera l'ordonnance (en Allemagne, il ne s'agit pas de remboursement, puisque les pharmacies se font payer directement par les assurances). Même les partisans d'une plus grande responsabilisation des assurés sont aujourd'hui sceptiques quant à ce projet de participation financière. Pour l'économiste de la santé Johann Matthias Graf von der Schulenburg, de Hanovre, "une mesure isolée de dérégulation peut avoir des conséquences inattendues". Il faudrait, selon lui, soit empêcher les professionnels de la santé de trouver des stratégies de détournement, soit libéraliser l'ensemble du système. ■



"How serious an illness can you afford?"

"Quelle grave maladie pouvez-vous vous offrir?" Dessin de Schwadron (C & W Syndicate)

La privatisation des hôpitaux de l'ex-RDA

En RDA, bon nombre d'hôpitaux dépendaient des combinats industriels. Lorsque ceux-ci sont revendus, les médecins sont souvent invités à ouvrir leur propre cabinet. Mais ils trouvent rarement des locaux, et le coût d'une installation individuelle reste souvent inabordable. Du coup, comme par exemple à Schwedt, ils fondent une société de soixante employés, dont huit médecins, à laquelle les racheteurs du combinat et la municipalité restent associés. Les médecins se partagent les équipements existants et les soins à domicile en exerçant la médecine libérale à l'intérieur des vieux murs. Le traité sur l'unification de l'Allemagne prévoit que la privatisation des hôpitaux de l'ex-RDA doit être terminée d'ici à 1995. Après, la législation en vigueur en RFA y sera appliquée. Or, celle-ci prévoit que les médecins exerçant en hôpital n'ont pas de droit de consultation à l'extérieur (sauf dérogation exceptionnelle), et elle réserve aux chefs de clinique les consultations privées dans les hôpitaux. Le chef de l'hôpital de Schwedt espère donc que les nouvelles réglementations de la CE sur la concurrence viendront briser le monopole d'installation de la médecine libérale ouest-allemande.

A l'Est, le passage au marché... noir

La santé hongroise est atteinte de "parasolventia"

Les pots-de-vin : voilà, selon l'auteur de cet article, chef du département d'éthique médicale à l'université Semmelweis de Budapest, l'obstacle principal à la transformation du système de santé en Hongrie. L'argent que nécessite la privatisation de ce secteur existe déjà : c'est celui que les Hongrois versent aux médecins, aux chirurgiens, aux dentistes sous forme de "parasolventia", hypocrite néologisme latin pour désigner leur reconnaissance pécuniaire. Les patients pourraient le verser "officiellement", en tant que cotisations à la Sécurité sociale. Mais la communauté médicale hongroise, ceux qui touchent comme ceux qui ne touchent pas, traîne les pieds, de peur de perdre sa tranquillité et les avantages acquis.

György Adam - *Heti Világgazdaság* (Budapest)

C'est un décret royal signé par la reine Marie-Thérèse (1740-1780) qui a entraîné le premier changement fondamental dans le système médical hongrois. En vertu de ce décret, les soins médicaux ne pouvaient plus être assurés que par des médecins diplômés. Ainsi, l'activité médicale anarchique qui caractérisait le Moyen Âge disparut en une dizaine d'années, et les thérapeutes sans diplôme se soumièrent au contrôle des médecins. Ce fut le début d'un système médical basé sur la médecine libérale, qui a existé en Hongrie jusqu'au milieu du ^{xx}e siècle. Les piliers en étaient les praticiens de secteur exerçant la médecine de base, alors que la hiérarchie hospitalière comprenait trois niveaux correspondant à peu près à ceux connus en France aujourd'hui (internes, chefs de clinique et attachés). Les cliniques dépendant des facultés de médecine, les titres des médecins qui y travaillaient correspondaient aux grades universitaires (assistants, maîtres de conférences, professeurs de rang A et B). Néanmoins, plus de la moitié des hôpitaux, contrairement à la situation actuelle, appartenaient au secteur privé ou à des fondations, ouvrant ainsi un espace pour la médecine libérale.

Le changement s'amorça avec l'apparition, à la charnière des ^{xix}e et ^{xx}e siècles, des caisses mutuelles, qui ont fini par conquérir de solides positions dans le système sanitaire hongrois. La période 1900-1940 a été marquée par la lutte acharnée entre les médecins libéraux et les très puissants patrons des mutuelles. C'est dans cette bataille que s'est épuisée la Fédération nationale des médecins, organisme encore très prestigieux au début du siècle. Le responsable principal de cet assujettissement des médecins libéraux a été l'OTI, fondée en 1927 : en tant que mutuelle d'Etat, elle représentait le

pouvoir politique contre une minorité de médecins revendiquant le droit au libre choix du praticien. Ce clivage entre "bloc des médecins libéraux" et médecins "conventionnés" auprès des mutuelles est réapparu au sein du Syndicat libre des médecins après 1945, et il a continué d'exister jusqu'en 1950, quand, à quelques rares exceptions près, toutes les activités de médecine libérale ont été suspendues. Le secteur d'Etat est devenu quasiment exclusif dans la médecine générale et sur les lieux d'hospitalisation.

Mais cette solution radicale n'a pas pu faire disparaître tout d'un coup la divergence d'intérêts entre les groupes médicaux. Dès que l'on a mis à la porte la médecine libérale, son mauvais frère jumeau, le pot-de-vin, est entré par la fenêtre. Cette "reconnaissance" exprimée en liquide, et baptisée "parasolventia" (hypocrisie emballée dans un néologisme latin) a créé de nouveaux clivages. Il y a ceux qui bénéficient de ces pots-de-vin et ceux qui n'en touchent jamais, soit parce qu'ils sont spécialisés dans un domaine où le pot-de-vin n'existe pas, soit parce qu'ils refusent de l'accepter. Pour l'instant, les médecins peuvent être répartis en trois catégories en fonction des pots-de-vin qui arrondissent leurs revenus. Nous trouvons dans le premier groupe ceux qui n'en reçoivent pratiquement jamais, en raison de leur position subalterne dans la hiérarchie médicale ou de leur

spécialité (radioscopie, laboratoires, etc.). Au deuxième groupe appartiennent les bénéficiaires de pots-de-vin non négligeables, par exemple les chirurgiens occupant une position moyenne dans la hiérarchie hospitalière, ou les gastro-entérologues. Ils gagneraient d'ailleurs autant, peut-être même plus, dans un système médical convenable. Enfin, dans la troisième catégorie entrent les médecins gagnant des sommes extravagantes grâce à ces honoraires parallèles : les dentistes pratiquant une "médecine libérale" dans leur cabinet d'Etat, les gynécologues, les pédiatres et les chefs de service disposant des lits et décidant du programme opératoire. Si le système de "parasolventia" n'existait pas, ils ne pourraient même pas rêver de ces revenus.

Il est indéniable que les caractéristiques des pots-de-vin se sont modifiées à la fin des années 80 et au début des années 90. Leur montant a baissé, et on observe une sorte de polarisation : ceux qui encaissent peu de chose de cette manière touchent encore moins de "para", en raison de la paupérisation générale de la population, tandis que ceux à qui le système a toujours rapporté gros en bénéficient toujours davantage. Il n'est pas difficile de révéler les causes de ce changement : le pot-de-vin est devenu plus clairement un moyen de corruption. On le donne en échange d'un lit à l'hôpital, ou du choix d'un médecin plus prestigieux, et ses bénéficiaires sont ceux qui occupent des postes clés dans la distribution de ces avantages. Les malades et les médecins subalternes (parce que les opérations et les accouchements les plus payants sont programmés par le gratin médical) dépendent entièrement de ce groupe restreint.

Dans ces conditions, il est compréhensible que la plupart des médecins ne soient pas enthousiasmés par l'idée de la privatisation du système sanitaire, et pour des raisons diverses. Ceux qui gagnent le plus ne la veulent pas, parce qu'ils travaillent pratiquement comme des "médecins privés", tout en se servant de l'équipement et du personnel des hôpitaux d'Etat. De plus, pas un seul forint de l'argent ainsi acquis n'est réinvesti dans le développement du secteur de la santé, et tout ces revenus échappent à l'imposition. Quant aux revenus plutôt moyens, ils souhaitent éviter un changement trop radical, parce qu'ils pensent que même un salaire modeste est plus sûr qu'une entreprise privée, qui comporte toujours sa part de risques. D'autant que leurs patients appartiennent à une population de plus en plus pauvre, et que la Direction générale de la Sécurité sociale n'est pas en mesure, pour l'instant, de garantir au médecin privé le remboursement total des frais de traitement si un assuré social se fait soigner par lui.

Au cours des deux dernières décennies, un bon nombre d'experts étrangers et hongrois (dont certains délégués par la Banque mondiale) ont étudié le système sanitaire hongrois. Leurs conclusions ont été unanimes : tant que la pratique des pots-de-vin existe, il est impossible de privatiser ce secteur. En revanche, d'après les principaux responsables du domaine de la santé, la "parasolventia" ne disparaîtra pas avant qu'une Sécurité sociale garantissant le remboursement des frais de traitement à leur valeur réelle ne soit mise en place, et qu'une privatisation massive du secteur ne soit entamée.

C'est un cercle vicieux. Mais on peut envisager aussi une autre solution. Le

financement de la Sécurité sociale doit être rendu transparent et impartial, et il doit être orienté vers les vraies valeurs. Les cotisations ne doivent être utilisées qu'au financement des assurances, et ce d'une façon contrôlable. Les versements actuels au compte de la Sécurité sociale par les assurés sociaux, plus les pots-de-vin que touchent les médecins, suffiraient à changer radicalement le financement de l'activité médicale. Pour cela, il faudrait que les sommes dont la Sécurité sociale dispose ne puissent être utilisées qu'à des fins acceptées par les

contrôle doivent être réorganisés. Dans un bref délai, il conviendrait de mettre en place une Sécurité sociale transparente, éliminant ainsi la base économique des pots-de-vin. Après la création de ces nouvelles structures, on pourrait traduire en justice ceux qui continuent à accepter des pots-de-vin. Cela nécessite que certains organismes administratifs cessent de protéger cet usage depuis longtemps illégal. Le parlement devrait également modifier la loi fiscale qui vise, bien que d'une manière dissimulée, à imposer les bénéficiaires de pots-de-vin : elle n'est jamais appliquée.

La Chambre des médecins hongrois a été créée au printemps 1987. L'idée en a été lancée par des médecins provinciaux, mais les médecins influents ont récemment pris sa direction. Aussi ne peut-elle représenter les intérêts de tout le milieu médical, comme elle le prétend. Dans le texte en douze points adressé en juillet aux médecins hon-



TRÈSE SE TOUJOUR LE DONATION, PAVE DE MÈRE .

"Il tremble d'envie de s'enrichir, monsieur le docteur."

Dessin de Vladimír Jiránek paru dans Lidové Noviny

cotisants, et que le contrôle de ces dépenses soit aisé. Il faudrait également faire accepter aux citoyens que l'argent qu'ils ont jusqu'ici donné en pots-de-vin (d'une façon entièrement incontrôlable), soit versé au compte de la Sécurité sociale. Ce n'est pas une illusion ; ces sommes énormes sont réelles. Le pays dispose effectivement des ressources permettant d'introduire un nouveau système de financement. Simple- ment, leur répartition et leur

grois, elle n'a même pas fait allusion à l'élimination nécessaire de la "parasolventia". Elle commet une grave erreur si elle se résigne à la perpétuation de cette corruption (lors de sa création, la suppression des pots-de-vin était l'un de ses principaux slogans). C'est servir des intérêts éphémères et appliquer une stratégie bornée. La conséquence pourrait en être la faillite de toute la société médicale, et avec elle celle du système sanitaire hongrois. ■

Pologne : pas de privé sans qualité

Pour les professionnels et pour les assurés, il est clair depuis longtemps que la Sécurité sociale, à commencer par son mode de financement et son organisation, a grand besoin d'être réformée. Le ministère en est conscient aussi, mais la transformation du système nécessite un changement législatif, les lois actuelles ne permettant pas de procéder à un quelconque ajustement des structures de santé. Aussi le ministère a-t-il déposé des projets de loi dans l'espoir qu'ils seront votés au plus vite, ce qui permettrait d'appliquer les nouvelles méthodes de financement dès le début de 1992.

Il est essentiel de donner aux centres de santé le pouvoir de disposer de l'argent qu'ils gagnent. Dans le système financier en vigueur, tous les centres sont obligés de reverser leurs revenus au Trésor public. Dans cette situation, même si un centre de santé assure des actes médicaux payants, il n'a pas la possibilité d'utiliser pour ses propres

Tous les Polonais sont d'accord là-dessus : il faut réformer le fonctionnement de la Sécurité sociale. Mais, en attendant que cela soit possible, le gouvernement encourage déjà les médecins à s'établir à leur compte. Une privatisation qui doit se faire en douceur, afin d'éviter les dérapages, "maintenir une large accessibilité aux soins pour tous et garantir la qualité des moyens". En s'appuyant sur des "centres de santé", non privatisables mais dotés d'une large autonomie financière.

Agnieszka Adamska-Karska - *Przegląd Techniczny* (Varsovie)

besoins l'argent qu'il a gagné. L'absence de mécanismes encourageant l'autonomie financière est une des sources du dysfonctionnement du système actuel. Le ministère de la Santé veut transformer tous les centres de santé en unités possédant leur propre budget, et envisage même leur donner une totale indépendance financière. Mais pour l'instant, le ministère des Finances n'a pas donné son feu vert.

Quoique la privatisation concerne les entreprises et non les centres de santé – les cliniques, par exemple – nous y pla-

çons beaucoup d'espoirs. Aujourd'hui, il n'y a plus de barrières empêchant les médecins de s'établir à leur compte, soit dans leurs propres locaux, soit dans des cabinets loués aux centres de santé. De même, les médecins voulant "basculer" dans le privé ne sont plus obligés de faire partie du personnel de la Sécurité sociale. Ces solutions encouragent l'ouverture de cabinets privés et, en principe, facilitent l'accès aux soins. De plus, il peut arriver qu'un médecin consultant gratuitement dans un centre et louant parallèlement son cabinet privé au même endroit favorise – par la pression exercée sur les patients – leur transfert vers le secteur privé.

Malgré tout, la législation actuelle est suffisamment attractive pour que les médecins ouvrent leurs propres cabinets. Mais il est difficile de donner des chiffres. En fait, il n'existe pas de données sur le nombre des cabinets privés. Mais nous souhaitons que les médecins privés soient répertoriés ; ainsi, les malades seraient sûrs d'être soignés dans des conditions décentes. Les projets de lois proposés par le ministère de la Santé ne concernent pas les problèmes liés au système de la Sécurité sociale. Tout changement dans ce domaine impose un calcul des coûts de tous les actes médicaux assurés par les centres de santé. Mais il ne faut pas oublier que ceux-ci ne peuvent pas devenir des machines à faire des profits. Le système de santé doit assurer une large accessibilité aux soins pour tous et garantir la qualité des moyens. ■

La Réforme des systèmes de santé . Analyse comparée
de sept pays de l'OCDE , OCDE, 1992. Paris

Table des matières

Résumé	7
Glossaire	9
Chapitre 1. Introduction et principales questions	13
Chapitre 2. Sous-systèmes de financement et de prestation des soins médicaux	19
LA RÉFORME DES SYSTÈMES DE SANTÉ :	
Chapitre 3. Belgique	31
Chapitre 4. France	45
Chapitre 5. Allemagne	57
Chapitre 6. Irlande	77
Chapitre 7. Pays-Bas	93
Chapitre 8. Espagne	111
Chapitre 9. Royaume-Uni	121
ANALYSE DES SEPT SYSTÈMES :	
Chapitre 10. Croissance et fonctionnement des sept systèmes de santé	141
Chapitre 11. Comparaisons et évaluation	147
Chapitre 12. Conclusions	159

Vous pouvez obtenir tout ou partie de cette étude
auprès de la Centrale de documentation de l'Assemblée
fédérale

sigma

Page

Etudes économiques n° 1/93	
Synthèse	
1	
1 Introduction	2
2 Les systèmes de santé	3
3 L'importance de l'assurance maladie privée	6
4 L'évolution des dépenses de santé	14
5 Les causes de l'accroissement des dépenses	22
6 La maîtrise des coûts	25
7 Conclusions	28
Appendice	29

La santé dans 8 pays : l'accroissement des dépenses préoccupe tant les systèmes d'assurance sociale que les assureurs privés

Les pays étudiés sont :

l'Allemagne fédérale

la France

la Grande-Bretagne

l'Italie

la Suisse

l'Espagne

le Canada

les Etats-Unis

Vous pouvez obtenir tout ou partie de cette étude auprès de la Centrale de documentation.

L'assurance maladie pour tous de Clinton ne fait pas l'affaire des PME

Le projet d'une couverture sociale obligatoire inquiète les patrons de petites entreprises, et pas seulement ceux qui estiment qu'ils ne peuvent s'offrir le luxe d'une assurance maladie - au coût exponentiel - pour l'ensemble de leurs salariés. Certaines PME, qui offrent déjà ce type de couverture à leur personnel, craignent de perdre un argument d'embauche qui leur permettait, jusqu'ici, d'attirer les meilleurs éléments, voire de les débaucher chez la concurrence. Une opposition inattendue, dont devra tenir compte Bill Clinton.

La société Hardwick Printing Services, de Greenville (Caroline du Sud) fournit une assurance maladie à ses 8 salariés. Mais curieusement, son patron n'est pas très enthousiaste à l'idée que toutes les entreprises soient obligées de faire de même. Comme l'explique James Hardwick, président de cette petite société, la couverture offerte (coût annuel : 11 000 dollars - 59 000 FF) lui a permis de débaucher des salariés de valeur chez des concurrents. Si les employeurs *"ne se soucient pas d'assurer la couverture sociale de leurs salariés, cela les pousse à changer d'entreprise"*, ajoute-t-il.

Ce point de vue largement partagé risque de renforcer l'opposition au projet de réforme du système de santé que s'apprête à présenter Bill Clinton. Son projet devrait obliger toutes les entreprises à garantir à leurs salariés la même couverture médicale de base.

Il n'est pas étonnant que la plupart des patrons de PME, qui jusqu'ici ne prenaient pas en charge ce type de dépense soient opposés à la couverture médicale obligatoire. Mais ce qui est plus surprenant, c'est que bon nombre de patrons qui offrent déjà une assurance maladie voient également ce projet d'un mauvais œil. Si beaucoup d'entre eux s'y opposent par principe, ils sont également nombreux à penser que les entreprises les moins riches ne pourront pas supporter le coût de l'opération. D'autres encore craignent de perdre un argument décisif pour attirer les salariés d'entreprise concurrentes.

La Maison Blanche espérait que les petits patrons approuveraient ce projet, qui devrait permettre de répartir plus équitablement le poids de l'assurance maladie. *"De toute évidence, les*

entreprises qui fournissent une couverture médicale ont un handicap par rapport à celles qui ne le font pas", a déclaré le vice-président Al Gore lors d'une récente réunion de l'équipe gouvernementale chargée du dossier de la protection sociale.

Mais les entreprises qui ont fait le choix de l'assurance maladie pensent que celle-ci leur permet également d'être plus compétitives - c'est d'ailleurs ce qui les a incitées à la mettre en place. Dans une enquête effectuée récemment par Kessler Exchange, un institut de sondage de Northridge (Californie), 60 % des quelque 500 patrons de petites entreprises interrogés ont avoué qu'ils avaient mis en place un système de protection sociale en tant qu'argument d'embauche. *"Nous attachons beaucoup d'importance aux prestations sociales, car nous voulons engager les meilleurs. L'assurance maladie est ce qui préoccupe le plus les salariés"*, explique Laura Henderson, PDG de Prospect Associates, société de Rockville (Maryland) qui réalise des campagnes de promotion de la santé pour le compte des agences gouvernementales. Depuis 1988, cette société, qui emploie 130 personnes, a vu les coûts d'assurance maladie augmenter d'environ 16 % par an. Comme beaucoup d'autres entreprises, petites et de grandes, Prospect a éliminé certaines prestations pour réduire ses coûts, mais a maintenu la couverture médicale. Bon nombre de PME prétendent que la pression de la concurrence les oblige à fournir une assurance maladie à leurs salariés, malgré les coûts croissants que cela suppose. *"Je ne peux engager des gens sans leur proposer une couverture minimale"*, explique Mark Johnston, PDG et propriétaire de Rehabilitation Consultants for Industry. Ce cabinet-conseil de Oak Brook (Illinois) emploie 120 personnes et aide les grandes entreprises pour les problèmes

d'accidents du travail. Elle propose une couverture très complète, notamment les services de grands hôpitaux, dans une logique de concurrence avec les entrepreneurs eux-mêmes.

Si l'on en croit M. Johnston, le fait de prendre en charge 75 % des cotisations individuelles et les deux tiers des cotisations familiales permet aussi à Rehabilitation Consultants d'attirer le personnel d'autres sociétés où le niveau de couverture est beaucoup plus bas.

Mais l'opposition à la couverture médicale obligatoire va au-delà de simples considérations pratiques.

"Je suis une progressiste convaincue depuis toujours, et je crois fermement à la nécessité de la protection sociale", explique Katharine Paine, PDG de Delahaye Group, société de Portsmouth (New Hampshire) spécialisée dans l'évaluation de plans de marketing. *"Mais je reste farouchement opposée à la protection obligatoire, ajoute-t-elle. Je ne pense pas que l'on puisse l'imposer aux petites entreprises."*

Outre la protection médicale et dentaire, Delahaye Group offre à ses 21 salariés à plein temps un horaire de travail souple et des congés généreux. Néanmoins, en mars 1989, quand l'Etat du Massachusetts a imposé à presque tous les patrons de fournir une couverture médicale ou de souscrire à un fonds de l'Etat (cette règle n'a cependant jamais été appliquée), Katharine Paine a transféré son entreprise de Boston à Portsmouth.

Elliott Hoffman, fondateur et président de Just Desserts, chaîne de pâtisseries, dont le siège se trouve à San Francisco, explique que son entreprise fournit à ses 300 salariés une couverture médicale ainsi que la rémunération des congés de maternité. Pourtant, il est lui aussi contre une couverture médicale obligatoire. Beaucoup de petites entreprises *"ne peuvent se le permettre"*, affirme-t-il, en faisant remarquer que la prime d'assurance maladie payée par sa

société a augmenté de 50 % en cinq ans. Selon les estimations de la National Small Business United (association professionnelle des petites entreprises), la couverture médicale obligatoire entraînerait un surcoût de plus de 40 milliards de dollars par an pour l'ensemble des PME. Environ un tiers d'entre elles n'offrent aucune protection à leurs salariés. Et d'après Employee Benefit Research Institute de Washington, près des deux tiers des salariés américains non couverts, dont le nombre est estimé à 20 millions, sont employés par des entreprises de moins de 100 personnes.

Donald Summers, PDG d'Austin Welder & Generator Service à Austin (Texas), est le type même du petit patron qui veut offrir à ses salariés une couverture médicale – mais n'en a pas les moyens. Il explique qu'il a suspendu la couverture de ses 8 salariés il y a quelques années, car les primes à payer auraient dépassé ses bénéfices nets mensuels – environ 2 500 dollars (13 500 FF). "Je ne m'adresse même plus aux compagnies d'assurances. Je suis à bout, poursuit M. Summers. J'ai bien dû étudier entre 50 et 100 propositions, elles me coûtaient toutes entre 3 000 et 3 500 dollars par mois."

Aujourd'hui, les petites entreprises paient en général 30 % de plus que les grandes sociétés, et doivent souvent faire face à des augmentations de 20 à 50 % par an. C'est ce qu'a expliqué Erskine Bowles, le nouveau responsable de la Small Business Administration, lors de son audition devant le Sénat dans le courant du mois de mai.

Toutefois, nombreux sont ceux qui affirment qu'un plus grand nombre de petites entreprises pourraient supporter le coût d'une couverture obligatoire – et devraient appuyer ce projet par souci d'équité. Selon Karen Ignani, responsable de la protection sociale au syndicat AFL-CIO à Washington, "de nombreuses petites entreprises

offrent une couverture médicale même si elles ne peuvent se permettre d'avoir des frais supplémentaires. Et certaines entreprises refusent de fournir une pro-

tection à leurs salariés, ce qui leur permet de décrocher des contrats parce que leurs coûts sont plus faibles", ajoute-t-elle.

Le plan Clinton est censé diminuer les coûts de la couverture médicale pour les petites entreprises en leur permettant d'avoir accès à de grandes centrales d'achat, qui seraient de taille à marchander pour obtenir des couvertures médicales moins chères. Pour s'assurer le soutien des petites entreprises, le gouvernement étudie également diverses autres possibilités, notamment un prélèvement sur les salaires pour couvrir l'assurance maladie, incorporant la couverture des indemnités versées aux salariés dans son plan de protection médicale et l'introduction progressive de la couverture obligatoire.

Petites entreprises : un salarié sur deux sans protection sociale

(salariés âgés de 18 à 64 ans, chiffres de 1990)

Taille de l'entreprise en nombre de salariés	Nombre de salariés sans protection (en millions)	% du total
moins de 25	9,8	49,1
25 à 99	3,1	15,8
100 à 499	2,2	11,1
500 à 999	0,6	3,3
1 000 et plus	4,1	20,8

Source : Employee Benefit Research Institute

Où prendre l'argent ?

Prévue initialement pour le 1^{er} mai, l'annonce du programme de réforme du système de santé américain a été remise à la mi-juin : un retard facilement explicable si l'on songe à l'ampleur d'une tâche que *U.S. News & World Report* qualifie de treizième travail d'Hercule. Bill Clinton n'a guère plus de deux semaines pour trancher la dernière question, la plus difficile : comment répartir le financement de cette réforme radicale ? Voici les grandes lignes de ce programme telles qu'elles sont connues à ce jour.

Les nouveaux acteurs du système de santé américain

La réforme Clinton, qui prévoit une alliance entre entreprises et particuliers pour offrir une couverture médicale minimale, devrait bouleverser les modalités de financement du système de santé.

Le gouvernement fédéral (il se désengagera progressivement de Medicaid (assistance médicale aux indigents) et, à terme, de Medicare (assistance médicale aux personnes âgées). Il versera une aide financière aux "mutuelles de santé" pour permettre d'assurer la protection médicale de catégories sociales, comme les indigents, et de payer les cotisations des sans-emploi.

Les petites entreprises

En vertu de réformes qui seront introduites progressivement, les entreprises qui n'offrent pas aujourd'hui de couverture médicale à leurs salariés devront commencer à verser aux "mutuelles" des cotisations partielles ou un pourcentage sur les salaires plus faible que les grandes entreprises. L'administration fédérale paiera la différence.

Les grandes entreprises

Elles verseront soit une cotisation fixe par salarié, soit un pourcentage des salaires (probablement du 1^{er} ordre de 1 à 2 % aux "mutuelles de santé" pour leur permettre d'assurer la protection de leurs salariés. Au-delà d'un certain nombre de salariés (non encore déterminé), les entreprises ne seront vraisemblablement pas obligées de faire partie d'une "mutuelle", mais devront certainement contribuer au financement du nouveau système.

Les personnes âgées et les handicapées

Les bénéficiaires du programme Medicare continueront à être couverts. Mais ils pourraient être incités, par le biais des "mutuelles", à vouloir bénéficier de certaines prestations, comme les soins de longue durée.

Les handicapés et les personnes de plus de 65 ans conserveront leurs droits à la même protection que précédemment.

Les indigents

Le programme Medicaid est voué à disparaître. Les personnes les plus pauvres bénéficieront de la protection sociale de base. L'administration fédérale et les États partageront les frais de couverture sociale.

Les salariés
Ceux dont les sociétés rejoignent les "mutuelles" paieront une cotisation d'environ 1,5 à 3 % de leurs salaires – plus un complément pour leurs ayants droit. En échange, ils bénéficieront au moins de la protection sociale de base.

Les travailleurs indépendants
Ils passeront par les "mutuelles" pour bénéficier d'une protection – peut-être avec de modestes subventions de l'administration fédérale.

Les chômeurs
Ils seront assurés par les "mutuelles" subventionnées par l'administration fédérale et peut-être par les États.

Les États

Ils participeront à la gestion des "mutuelles" et contribueront à la prise en charge de la protection des classes les plus pauvres. L'administration fédérale prendra des mesures pour encourager les États à mettre rapidement en œuvre le plan de Bill Clinton.

Jeanne Saddler - *The Wall Street Journal* (New York)



Universal Press Syndicate dist. IPS

Système de santé américain, dans la salle d'attente. "Après consultation avec mon avocat, ma compagnie d'assurances, les hôpitaux, les laboratoires pharmaceutiques et d'autres experts médicaux, je dois vous dire que votre état de santé est incurable mais pas sérieux"
Petits personnages : "J'exige un deuxième diagnostic! - D'accord... Vous êtes ruiné." *Dessin de Pat Oliphant*

Gesundheitswesen:

Kosten laufen überall davon

Nach einer Studie der Schweizer Rück haben die Gesundheitskosten in den letzten 20 Jahren in acht untersuchten Ländern durchwegs stark zugenommen. Auch wenn sich die Gesundheitssysteme teilweise fundamental unterscheiden sind zwischen 1970 und 1990 die Gesundheitsausgaben real in Spanien um 6,3 Prozent am stärksten, in der Schweiz und in Grossbritannien mit 3,5 bzw. 3,8 Prozent am schwächsten gewachsen. Primär dafür verantwortlich ist der Mengeneffekt.

Unterschiedliche Systeme

Die Gesundheitssysteme in den untersuchten Ländern Bundesrepublik Deutschland, Frankreich, Grossbritannien, Italien, Spanien, Kanada, USA und der Schweiz unterscheiden sich grundsätzlich: vom nationalen Gesundheitsdienst über Sozialversicherungsmodelle bis zum Privatversicherungssystem sind alle Arten und Mischformen vertreten.

In der Reihenfolge der staatlichen Intensität und der Bedeutung der Privatversicherungen unterscheiden sich die Länder grob in folgenden Charakteristiken:

In **Grossbritannien**, wo der staatliche Gesundheitsdienst (NHS) umfassend ist, sind trotzdem 13 Prozent der Bevölkerung zusätzlich für private medizinische Behandlung bei Krankheit oder Unfall privat versichert.

In **Kanada** bildet die private Krankenversicherung eine Ergänzung zum staatlich finanzierten Gesundheitswesen. 49 Prozent sind aber privat versichert, auch wenn nur Leistungen abgedeckt werden können, die vom Staat nicht erbracht werden.

Auch in **Italien** ist die Bedeutung der privaten Versicherungen gering. Nur 7 Prozent der Bevölkerung haben eine private Zusatzversicherung.

Seit 1986 umfasst der staatliche Gesundheitsdienst in **Spanien** die gesamte Bevölkerung. Trotzdem stellt die private Kranken-

versicherung eine Alternative und nicht ein Zusatz zum staatlichen Angebot dar. Wer in der privaten Asistencia Sanitaria, die rund 95 Prozent der privaten Krankenversicherung umfasst, versichert ist, bleibt weiterhin beitragspflichtig in der Sozialversicherung, verliert aber ihren Anspruch auf die Leistungen derselben.

In der **BR Deutschland** ist die private Krankenversicherung sowohl Alternative als auch Zusatz zur gesetzlichen Krankenversicherung. Mehr als 10 Prozent der Bevölkerung sind bei Krankheit oder Unfall vollständig privatversichert. Rund 8 Prozent haben eine Zusatzversicherung.

In **Frankreich** umfasst die soziale Krankenversicherung die gesamte Bevölkerung. Rund 80 Prozent ist aber in irgendeiner Form privat Zusatzversichert. Die privaten Versicherungsgesellschaften, bei denen rund 20 Prozent der Bevölkerung Zusatzversichert sind, decken vor allem die Selbstbehalte der Sozialversicherung sowie darüber hinausgehende Kosten.

In den **USA** gibt es nur für arme und ältere Menschen staatliche Gesundheitssysteme (Medicare, Medicaid). Die Versorgung erfolgt privat von Blue Cross/Shield Organisationen, selbständigen HMOs, Selbstversicherungen grosser Unternehmen und kommerziellen privaten Krankenversicherern. Die Krankenversicherung ist in der Regel an den Arbeitgeber gebunden, der auch die Prämien

bezahlt. 35 Millionen Amerikaner sind allerdings nicht versichert. Trotzdem weisen die USA das teuerste Gesundheitswesen aus.

Auch wenn fast 100 Prozent der Bevölkerung bei einer vom Bund anerkannten, subventionierten Krankenkasse versichert sind, besteht in der **Schweiz** nach wie vor kein Versicherungsobligatorium.

Nur 6 Prozent der Bevölkerung sind bei einer privaten Versicherungsgesellschaft Zusatzversichert. Unfallkosten sind in der Regel von der Krankenversicherung ausgeschlossen. Auch die sozialen Krankenkassen schliessen Zusatzversicherungen ab.

Nach der Gesetzesvorlage für eine neue Krankenversicherung sollen in Zukunft die Zusatzversicherungen vollumfänglich dem Privatversicherungsrecht unterstellt werden. Subventionen sollen nicht mehr an die Krankenkassen, sondern gezielt an einkommensschwache Personen ausbezahlt werden.

Staatsanteil nimmt zu

Am meisten gibt der britische Staat für sein öffentliches Gesundheitssystem aus, gefolgt von den Italienern und Spaniern.

Weil in den USA nur für arme und ältere Menschen eine staatliche Kasse existiert, ist hier der Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben gemessen an den gesamten Gesundheitsausgaben am geringsten. (Tabelle 1)

In der Schweiz und in den USA tragen die Patienten den höchsten Beitrag an die Gesundheitskosten. Je mehr der Staat übernimmt, desto höher die staatlichen und die Sozialversicherungsbeiträge. Das heisst aber gar nicht, dass die Patienten deutlich weniger bezahlen müssen. (Tabelle 2)

Tabelle 1

Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben an den gesamten Gesundheitsausgaben in Prozenten				
	1960	1970	1980	1990
Grossbritannien	85	87	89	85
Italien	83	86	82	78
Spanien	59	65	80	78
Frankreich	58	75	79	74
BR Deutschland	68	70	75	73
Kanada	43	70	75	74
USA	25	37	42	42
Schweiz	61	64	68	69

Tabelle 2

Anteil an den gesamten Gesundheitsausgaben 1989 in Prozenten				
	Staat vers.	Sozialvers.	Privat-	Patient
USA	24,5	18,7	31,2	22,8
Schweiz	24,0	44,8	6,9	24,3
Italien	35,7	40,6	4,9	18,8
Frankreich	6,0	66,9	9,3	17,8
Spanien	37,6	40,0	5,0	17,4
BR Deutschland	12,1	66,0	7,6	14,3
Grossbritannien	73,1	7,7	5,5	13,7

Tabelle 3

Gesundheitsausgaben pro Kopf der Bevölkerung in US-Dollar 1990			
	Wechselkurs	BIP/Kopf	Kaufkraftparität
USA	2566	20 744	2566
Kanada	1933	21 457	1795
Schweiz	2488	33 527	1389
BR Deutschland	1899	23 521	1287
Frankreich	1867	21 081	1379
Italien	1426	18 870	1113
Grossbritannien	1039	17 037	909
Spanien	831	12 605	730

Tabelle 4

Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP in Prozenten			
	1970	1980	1990
USA	7,4	9,3	12,4
Kanada	7,1	7,4	9,0
Frankreich	5,8	7,6	8,9
BR Deutschland	5,9	8,4	8,1
Italien	5,2	6,8	7,6
Schweiz	5,2	7,3	7,4
Spanien	3,7	5,6	6,6
Grossbritannien	4,5	5,6	6,1

Schweiz an 2. Stelle

Pro Kopf der Bevölkerung wurde in den USA mit 2566 US-Dollars und in der Schweiz mit 2488 US-Dollars im Jahre 1990 am meisten für das Gesundheitswesen aufgewendet. Berechnet nach der Kaufkraftparität, d.h. unter Ausschluss der Wechselkurschwankungen, steht die Schweiz an dritter Stelle nach Kanada. (Tabelle 3)

Die Länder mit dem höchsten Bruttoinlandprodukt (BIP) weisen in der Regel auch die höchsten Gesundheitsausgaben auf. Mit zunehmendem Wohlstand steigen also auch die Kosten für die Gesundheit. Mit steigendem Pro-Kopf-Einkommen nehmen auch die Gesundheitsausgaben pro Kopf zu. Wie stark die zunehmenden Einkommen wachsende Gesundheitskosten hervorrufen (Einkommenselastizität) müsste näher untersucht werden, spielt doch der technische Fortschritt in den hochentwickelten Ländern eine ebenfalls wichtige Rolle. (Tabelle 4)

Der Anteil der Gesundheitsausgaben gemessen am Bruttoinlandprodukt zeigt, wieviel der vom im Inland erarbeiteten Masse für das Gesundheitswesen ausgegeben wird. Dass in diesem Vergleich die Schweiz vergleichsweise gut abschneidet dürfte u.a. auch auf die schwache Datenbasis in unserem Land zurückzuführen sein. Vergleicht man nämlich die Gesundheitsausgaben mit der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, dann wird klar, dass in der Schweiz die Ausgaben für das Gesundheitswesen stärker als das BIP gewachsen sind. (Tabelle 5)

Ursachen

Bei steigenden Preisen sollte eigentlich die Nachfrage zurückgehen. In den USA, Grossbritannien, Spanien und Frankreich konnte dieser Befund fest-

gestellt werden. Die geringe Preiselastizität der Nachfrage nach medizinischen Leistungen hängt in den anderen Ländern teilweise von den negativen Anreizwirkungen der Versicherungssysteme zusammen. Bei vollem Versicherungsschutz treffen Versicherte weniger Vorsorgemassnahmen. Sie gehen auch häufiger zum Arzt. Der Anreiz, medizinische Leistungen nicht in Anspruch zu nehmen, wirkt nicht, da dies für ihn kaum mit verminderten Kosten verbunden ist.

Hinzu kommt, dass die Ärzte, die die unbestimmte Nachfrage der Patienten konkretisieren, die Nachfrage teilweise selber schaffen können. Ein statistisch evidenter Zusammenhang zwischen Anzahl Ärzte und der Höhe der Gesundheitsausgaben konnte jedoch generell nicht festgestellt werden. Werden die medizinischen Leistungen als Einzelleistungen vergütet, werden eher Anreize zu möglichst vielen und umfassenden Leistungen geschaffen. Tagespauchalansätze in Spitälern verlei-

Tabelle 5

	1970 bis 1990	
	BIP	Gesundheitsausgaben
Schweiz	1,7	3,5
Grossbritannien	2,3	3,8
BR Deutschland	2,4	4,0
USA	2,8	5,5
Frankreich	2,8	5,0
Italien	3,1	5,0
Spanien	3,3	6,3
Kanada	3,8	5,0

ten ebenfalls zu einer Verlängerung des Krankenhausaufenthaltes.

Trägt die Alterung der Menschen zu einem Anstieg der Gesundheitskosten bei? Für die vergangenen 20 Jahre konnte in den untersuchten Ländern kein signifikanter Zusammenhang festgestellt werden. Dieser Effekt spielt in einigen Ländern erst in jüngster Zeit eine wichtigere Rolle. Er hängt auch mit der zunehmenden Auflösung der traditionellen Familienstrukturen und der Bildung von Kleinfamilien und Einpersonenhaus-

halten zusammen. Die Pflege älterer Menschen erfolgt erst in jüngerer Zeit immer mehr familienextern. Die zunehmende Bedeutung der geriatrischen Erkrankungen kommt somit erst im laufenden Jahrzehnt zum Ausdruck.

Quelle: sigma der Schweizer Rück: Gesundheitswesen in acht Ländern:

Ausgabenwachstum als Problem für Sozialversicherungssysteme und Privatversicherer, Schweizerische Rückversicherungs-Gesellschaft, Mythenquai 50/60, 8022 Zürich.

SUVA:

75 Jahre jung

In Anwesenheit von Bundesrätin Ruth Dreifuss, Bundesrat Flavio Cotti und den alt Bundesräten Tschudi, Hürlimann und Egli feierte die SUVA ihren 75. Geburtstag.

Den Behindertenorganisationen wurden 75 behindertengerecht ausgerüstete Fahrzeuge als Jubiläumsgeschenk überlassen. Nach der Aufnahme von Artikel 34bis in die Bundesverfassung im Jahre 1890 dauerte es noch 28 Jahre, bis die SUVA ihren Betrieb aufnehmen konnte, scheiterte doch die «Lex Forrer», welche die Kranken- und Unfallversicherung ins Gesetz überführen wollte, in der Volksabstimmung. Schliesslich nahm 1912 wenn auch knapp, das Volk den von Paul Usteri ausgearbeiteten Gesetzesentwurf an. Damit wurde die Durchführung

der Unfallversicherung der SUVA übertragen, die am 1. April 1918 ihre Arbeiten aufnehmen konnte. Die bereits auf dem Markt tätigen privaten Versicherungsgesellschaften, insbesondere die Winterthur bildeten die ersten SUVA-Mitarbeiter aus. Heute sind rund 100 000 Betriebe mit 2 Millionen Versicherten der SUVA in Luzern angeschlossen. Damit sind rund ein Drittel der Schweizer Unternehmungen und knapp zwei Drittel aller Vollbeschäftigten bei der SUVA versichert. Mit einer neuen Strategie will die von der Eidgenossenschaft gegründete Gesellschaft die Zukunft der SUVA

langfristig sichern. «Eröffnen sich im Sozialversicherungsbereich neue Aufgaben, sollte die SUVA ihre Erfahrungen einbringen», forderte Verwaltungsratspräsident Franz Steinegger. «Die SUVA wird nicht der Versuchung unterliegen, als öffentlichrechtliche Anstalt mit einem vom Gesetzgeber zugeteilten Marktsegment ein beschauliches Leben einrichten zu wollen in der Hoffnung, dem harten Wind der Konkurrenz und des Wettbewerbs irgendwie ausweichen zu können.» Angesichts der Kostenexplosion im Gesundheitswesen möchte die SUVA auch in anderen Bereichen ihre Erfahrung zur Anwendung bringen können. «Die SUVA ist bereit dazu und erwartet den Auftrag oder mindestens die Duldung durch den Gesetzgeber».

A
M
D
I
A
I
A
N
A
I
E
M
I
N

Das amerikanische Gesundheitswesen vor dem Umbruch?

Die erste Nummer dieser Zeitschrift befasste sich mit der Krankenversicherungs-Revision, die zurzeit in der Schweiz durchgeführt wird. Auch die Vereinigten Staaten haben eine Reform ihres Sozialversicherungssystems in Angriff genommen, welche die Aufmerksamkeit auf sich zieht. Um die Vorschläge verständlicher zu machen, welche von der Experten-Gruppe unter Leitung von Hillary Rodham Clinton demnächst unterbreitet werden, beginnen wir hier mit einer kurzen Artikelreihe über das amerikanische Gesundheitswesen.

VON CLAUDINE MARCUARD, ABTEILUNG KUV, UND
CYRIL MALHERBE, ABTEILUNG INTERNATIONALES IM BSV

Die Deckung der Kosten für die Gesundheitspflege

Die Ausgaben für das Gesundheitswesen sind in den Vereinigten Staaten viel stärker gestiegen als in den andern OECD-Ländern (pro Kopf der Bevölkerung und in Prozenten des BIP). Zudem beschleunigt sich dieser Anstieg noch, während er sich in andern Ländern stabilisiert oder verlangsamt. Die Gründe für diese Entwicklung sollen hier nicht angeschnitten werden, aber es ist darauf hinzuweisen, dass der amerikanische «Gesundheitsmarkt» im wesentlichen liberal ist: Arzttarife und Medikamentenpreise sind frei, 88 Prozent der Ärzte arbeiten in Privatpraxen, und es besteht ein Netz mehrheitlich privater Spitäler.

Eine bedeutende Herausforderung liegt darin, dass 35 Millionen Amerikaner (jeder siebte Einwohner) für die Kosten der Gesundheitspflege überhaupt nicht versichert sind. Da keine allgemein verbreitete soziale Krankenversicherung besteht (einzig für die Bewohner von Massachusetts wurde diese 1988 eingeführt), sind besondere Regelungen für Alte und Behinderte sowie für Personen mit sehr niedrigem Einkommen vorgesehen. Die übrige Bevölkerung ist mehrheitlich, wenn auch in unterschiedlichem

Grade, durch private Krankenkassen versichert, welche oft durch den Arbeitgeber abgeschlossen werden.

Medicare und Medicaid

Das *Medicare-Programm* wurde 1965 für Alte und Behinderte sowie für Personen mit starken Nierenerkrankungen eingeführt. Es umfasst zwei Teile.

Die *Spitalversicherung* (Hospital Insurance) übernimmt die Spitalkosten während der ersten 60 Tage, der Versicherte bezahlt aber einen Grundseltbehalt. Während der nächsten 30 Tage bezahlt der Patient einen Tageskostenanteil. Vom 90sten Tag an kann er zwischen zwei Möglichkeiten wählen: entweder übernimmt er einen höheren täglichen Kostenanteil, oder er greift auf sein einmaliges persönliches Guthaben von 60 zusätzlichen Spitaltagen («lifetime reserve») zurück. Das System wird durch Beiträge der Beschäftigten und der Unternehmer finanziert (je 1,45 Lohnprozente, 2,9 Prozent für Selbständigerwerbende, bis zu einer bestimmten Einkommens-Höchstgrenze). Für die nichtstationäre Behandlung können sich die Empfänger von Medicare-Leistungen freiwillig der *Zusatzkrankenversicherung* (SMI) anschliessen (fast alle machen das), dem zweiten Teil des Programms,

durch welche 80 Prozent der Kosten bestimmter ärztlicher Leistungen übernommen werden.

Eine unentgeltliche medizinische Betreuung kommt Personen mit sehr geringem Einkommen im Rahmen des *Medicaid-Programmes* zu, welches ebenfalls 1965 eingeführt wurde. Übernommen werden Spitalkosten, Untersuchungen und ärztliche Beratungen. Der Bundesstaat subventioniert das Programm, aber jeder Einzelstaat legt die Aufnahmebedingungen und den Umfang der gewährten Leistungen fest. Diese weichen von Staat zu Staat beträchtlich voneinander ab. Die Mehrheit der Staaten dehnt diese Unterstützung auch auf Personen aus, welche die genannten Zulassungsbedingungen nicht erfüllen, aber Gesundheitskosten bestreiten müssen, die ihre Mittel deutlich übersteigen.

Die Privatversicherungen

Damit können Privatversicherungen im eigentlichen Sinne oder nicht ge-

Wichtige Quellen:

Social Security Bulletin, Annual Statistical Supplement, US Department of Health and Human Services, Social Security Administration, 1983.

Social Security Programs throughout the World, US Department of Health and Human Services, Research Report 62, 1989, S. 272.

Dumont Jean-Pierre, Les Systèmes étrangers de sécurité sociale, 2. Auflage, 1988, S. 259 ff.

Social Security Survey 1992, Winterthur, April 1992.

Vereinigte Staaten 1991/1992, Ökonomische Studien der OECD, 1992.

Gary S. Becker, Etats-Unis: les familles doivent payer, in Business Week, wiedergegeben in Courrier International, Nr. 47, vom 26. 9. 1991.

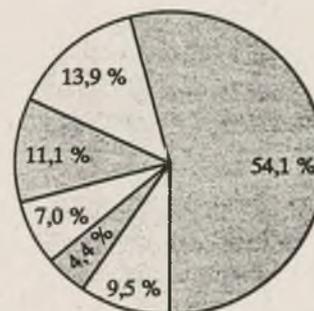
Quand les entreprises se fournissent en direct, in Courrier International, Nr. 47, 26. 9. 1991.

winnorientierte Institutionen gemeint sein, oder aber Versicherungen, die von den Unternehmen eingerichtet oder auf der Basis eines Kollektivvertrags gegründet worden sind.

Die unternehmenseigenen Versicherungen werden meistens vom Unternehmer selber finanziert. Da diese Leistungen von den Steuern abgezogen werden können, tragen die Unternehmen den grössten Teil der Krankenversicherungen in den Vereinigten Staaten. Der Grad des Versicherungsschutzes hängt vom Unternehmen oder gar von der Abteilung ab, in welcher der Angestellte beschäftigt ist. Die Beschäftigten kleinerer Betriebe und die weniger qualifizierten Arbeiter sind vergleichsweise weniger gut geschützt. Ausserdem gibt es beträchtliche Unterschiede hinsichtlich der gedeckten Risiken und der Schutzstufe. Daraus ergibt sich für viele Amerikaner, dass sie bei einem Stellenwechsel oder beim Verlust des Arbeitsplatzes mit einer massiven Prämienhöhung, vor allem aber auch mit der Verringerung oder gar dem vollständigen Verlust des Versicherungsschutzes rechnen müssen.

Um eine bessere Kontrolle über die erbrachten medizinischen Leistungen und die Kosten zu erhalten, haben gewisse *Versicherungsgesellschaften* alternative Versicherungsmodelle eingeführt. Beim System der «preferred provider insurance» kann das beitragszahlende Unternehmen oder der Versicherte den Arzt frei wählen, erhält aber eine höhere Rückerstattung, wenn die Behandlung bei einem von der Versicherungsgesellschaft anerkannten Arzt oder in einem anerkannten Spital erfolgt. In andern Systemen erhält der Versicherte die Kosten nur vergütet, wenn er sich bei einem anerkannten Arzt oder in einem anerkannten Spital behandeln lässt; mit diesen hat die Versicherungsgesellschaft die Tarife vertraglich festgelegt, behält aber das System des Einzelleistungstarifs bei (Network Model oder Independent Practice Asso-

Die Finanzierung der Gesundheitskosten



Die amerikanischen Gesundheitskosten werden finanziert:
(nicht gedeckt: 13,9%)

durch öffentliche Programme

- Medicare (für Betagte, 11,1%)
- Medicaid (bei niedrigem Einkommen, 7%)
- andere (4,4%)

durch eine Privatversicherung

- vom Arbeitgeber abgeschlossen (54,1%)
- andere (9,5%)

Eine Person kann mehreren Arten der Krankenversicherung abgeschlossen sein.

Quelle: amerikanisches Repräsentantenhaus

ciation). Schliesslich haben sich einige Gesellschaften für die HMO (Health Maintenance Organizations) entschieden; hier wird für jeden Versicherten eine Jahrespauschale vereinbart, welche bestimmten Leistungserbringern, seien es Angestellte der Gesellschaft oder Unabhängige, zur Verfügung steht.

Immer mehr *Unternehmen* schlagen den gleichen Weg ein und verhandeln direkt mit dem medizinischen Bereich. Ein Unternehmen besitzt selber rund zehn Spitäler und arbeitet direkt mit beinahe 7500 Ärzten zusammen. Einige Betriebe haben ihre eigenen Netze für Organtransplantationen aufgebaut. Andere haben sich für die «Selbst-Versicherung» entschieden und übernehmen direkt alle Kosten der medizinischen Versorgung. —

**IV. A PROPOS DES COÛTS DE LA SANTE /
DIE GESUNDHEITSKOSTEN**

- "Faudra-t-il rationner les soins ou quelques réflexions à propos de la maîtrise des coûts" par Charles Kleiber, in *Les coûts et l'assurance*, travaux réunis par P. Gilliard, éd. Réalités sociales, 1986, Lausanne 73
- "Kartellkommission will mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen", in *SKZ*, Nr. 4/16.2.1993 93
- "50 Massnahmen zur Kosteneindämmung in der Krankenversicherung" von Ueli Müller, in *SKZ*, Nr.6/16.3.1993 96

in: Les coûts et l'assurance, travaux réunis par
P. Gilliard, éd. Réalités sociales, 1986, Lausanne

Faudra-t-il rationner les soins ou quelques réflexions à propos de la maîtrise des coûts

CHARLES KLEIBER

Chef du Service de la santé publique
et de la planification sanitaire du canton de Vaud (SSPPS)

Introduction

Pendant longtemps, la croissance des dépenses de santé a été considérée comme l'expression d'un progrès économique et social; à ce titre le développement des services de santé faisait l'objet d'un consensus indiscuté entre les partenaires sanitaires. Rien ne semblait devoir entamer une évolution portée par l'idée d'un progrès scientifique continu, par la certitude d'une efficacité croissante des services de santé, par la conviction que les dépenses de santé constituent un investissement social productif nécessaire à la vie économique. C'est ainsi qu'une commission du Grand Conseil vaudois écrit en 1928:

Le « capital humain », si l'on nous permet cette expression, « rend » infiniment mieux lorsqu'il est ménagé et rajeuni, que lorsqu'on l'use sans mesure et sans souci. La diminution du nombre de débiles, la lutte contre toutes les causes générales d'affaiblissement physique, la préservation de la race en un mot, ont pour résultat certain d'augmenter la capacité de production des individus, et d'allonger la durée des services de chacun d'eux. Les sommes que l'Etat consacre au maintien de la santé générale sont largement compensées par les bénéfices qu'il retire de ces « placements de père de famille ».

Ce consensus se fissure peu à peu vers la fin des années soixante et vole en éclat après le premier choc pétrolier de 1974, faisant place à l'inquiétude tandis que les dépenses de santé continuent de progresser. Que s'est-il passé? Pourquoi ose-t-on aujourd'hui parler de rationnement avec toutes les connotations de pénurie, la dimension d'économie de guerre que comporte ce terme? Comment expliquer ce paradoxe apparent: que l'évolution de la consommation dans le domaine de l'électroménager ou de l'automobile est vécue positivement alors que la même évolution dans le domaine de la santé fait apparemment l'objet de multiples procès et ceci au moment même où tous les sondages confirment l'importance primordiale que les individus accordent à leur santé? Les explications sont nombreuses et contradictoires. Retenons dans un premier temps les

doutes récents sur l'efficacité des dépenses de santé et ce sentiment que la croissance actuelle est subie, qu'elle est produite par la logique interne d'un système qui s'autoalimenterait sans répondre complètement à l'attente de la population.

Dans ce contexte, la thèse développée ici tient en 3 points:

1. La croissance des dépenses de santé ne peut que se poursuivre dans la mesure où des charges nouvelles apparaissent et que le dynamisme du développement sanitaire est nécessaire à l'équilibre d'une société industrielle comme la nôtre.
2. Le rationnement de l'offre, le rationnement de la demande ou d'autres interventions de maîtrise des coûts sont inévitables.
3. Notre système de santé est extrêmement riche mais les ressources sanitaires sont mal utilisées. La première mesure de maîtrise des coûts consiste à réorienter les investissements sanitaires vers les activités qui produisent le plus de santé.

Pour illustrer cette thèse, les chapitres suivants seront successivement abordés:

1. La croissance des dépenses de santé: description, tentative d'explication, perspectives.
2. Les résultats des actions sanitaires: difficulté et nécessité de l'évaluation.
3. Les modalités de la maîtrise des coûts: une nécessité et une chance.

Avant d'aborder ces trois chapitres, quelques remarques introductives sont nécessaires pour mettre en évidence les spécificités du domaine sanitaire:

1. L'histoire du développement sanitaire a montré que le système de santé ne contient pas les mécanismes internes nécessaires à sa propre régulation. Le marché sanitaire, dès lors que les échanges économiques sont devenus importants, a de longue date fait l'objet d'interventions extérieures. La définition des prix des actes médicaux par convention entre partenaires, qui s'est substituée il y a près de cinquante ans à la définition libre des prix entre producteurs et consommateurs, n'en est qu'un exemple.
2. Tous les producteurs du système de santé (médecins, infirmiers et autres professionnels de la santé, agents des caisses-maladie et des administrations sanitaires, etc.) vivent, c'est-à-dire tirent leurs revenus de la maladie alors même que leur objectif explicite est la lutte contre cette maladie. Cette contradiction première, et aujourd'hui encore indépassable, marque toutes les organisations sanitaires, tous les systèmes de santé.
3. Le domaine de la santé est extrêmement complexe et notre compréhension extrêmement limitée. Que sait-on des résultats ou des gains de santé produits par l'activité de tel hôpital? Que sait-on de la formation

du besoin sanitaire? Pourquoi quelqu'un considéré comme malade ici est en bonne santé là? Qui sont les usagers des systèmes de santé et pourquoi ont-ils recours à lui? Pourquoi telle prestation accomplie ici coûte dix fois plus chère mise en œuvre là? Autant de questions parmi mille autres qui restent encore sans réponse, réduisant les « entrepreneurs sanitaires » (médecins, administrateurs d'hôpitaux) à gérer dans un état de très grande incertitude.

4. Les pouvoirs sanitaires sont multiples (pouvoir médical, pouvoir administratif, pouvoir infirmier, pouvoir de l'État, pouvoir du consommateur, etc.) et contradictoires. Le processus de décision, long et complexe, la gestion du système, fondée sur la négociation, en portent la marque.

Ces remarques confirment s'il en était besoin que la complexité du champ sanitaire, son intrication dans la vie sociale et politique, l'importance des enjeux suscitent tous les discours et leur contraire. Dans ce contexte notre propos sur la maîtrise des coûts n'est pas de donner une nouvelle interprétation du développement sanitaire et de désigner des « solutions »: nous en serions bien incapables. Plus modestement, il s'agit d'abord de relier entre elles différentes explications partielles, de ne pas oublier l'implicite, voire l'inconscient, bref tout ce que la rationalité sanitaire est impuissante à prendre en compte et qui détermine pourtant une part importante du fonctionnement du système de santé. Il s'agit ensuite et sur cette base, d'esquisser quelques voies vers cet objectif essentiel et peut-être inatteignable des services de santé: contribuer à l'amélioration quantitative et qualitative de la vie sans prélèvement supplémentaire excessif sur les ressources collectives, sur le budget des collectivités publiques et des ménages.

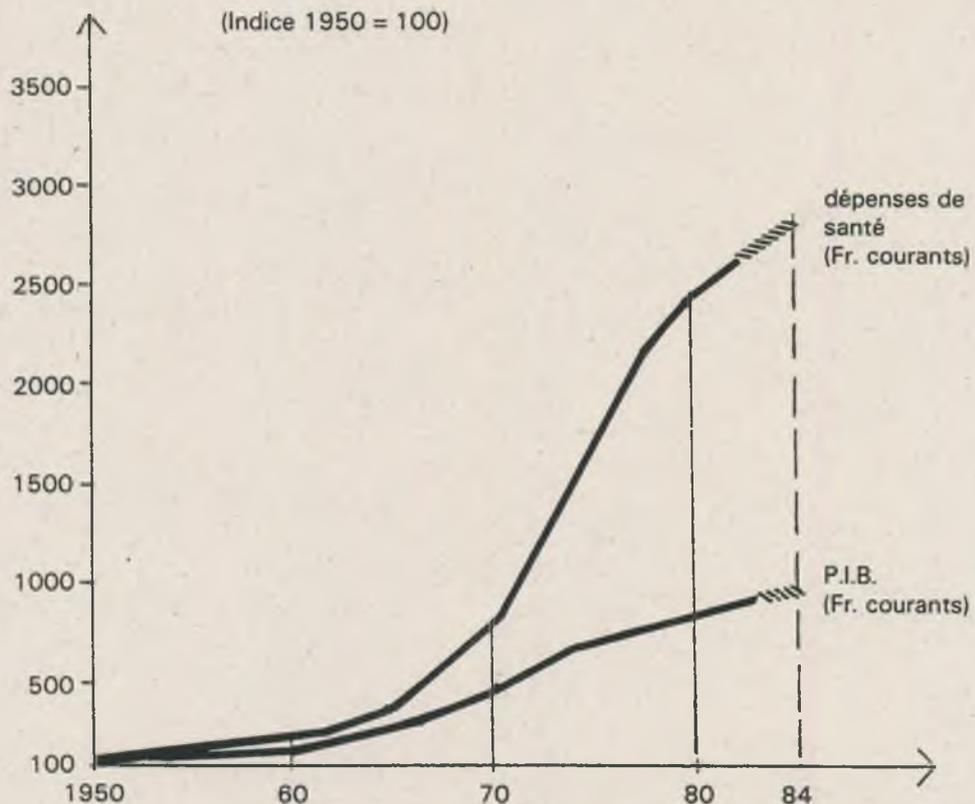
La croissance des dépenses de santé

Description succincte

Le graphique ci-dessous met en évidence la croissance spectaculaire de la part des dépenses de santé par rapport au PIB, supposé exprimer — sans doute le moins mal possible — l'évolution de la richesse collective. Il s'agit d'une reconstitution valable pour la Suisse qui est très proche des valeurs de la grande majorité des pays européens à économie de marché.

Ces courbes qui représentent des ordres de grandeur et expriment des tendances — la comptabilité nationale suisse ne permet pas actuellement une représentation plus fine — suggèrent les commentaires suivants:

- Il s'agit d'une expression monétaire de la croissance des dépenses de santé. Si l'on considère le volume des actes — qui constitue une autre illustration de cette évolution — pendant la même période, certains recoupements permettent de penser que la croissance a été également très forte mais néanmoins nettement inférieure aux dépenses. C'est dire que la valeur des prestations a subi elle aussi une forte augmentation.



Sources: Annuaire statistique de la Suisse, Office fédéral de la statistique 1978/1984; Estimation SSPPS selon différentes sources.

- La divergence des deux courbes met en évidence la croissance plus rapide de la consommation médicale par rapport à la richesse collective, c'est-à-dire à la capacité de la financer. Au niveau du budget des ménages et des collectivités publiques concernées, cela signifie que pour financer la consommation sanitaire, d'autres consommations ont été freinées. En effet pour la Suisse la part des dépenses de santé dans le budget des ménages passe d'environ 5% en 1960 à 9% en 1983. Il y a donc modification de la structure de la consommation.
- Une rupture du rythme de progression des dépenses de santé apparaît en 1978, soit près de 4 ans après la baisse de la croissance annuelle du PIB enregistrée dès 1974-1975. Il aura donc fallu près de 4 ans pour que les mesures de maîtrise des coûts, mises en place d'abord timidement dès 1975-1976 puis de façon plus marquée, produisent des effets.
- Dès 1980, le rythme de progression des dépenses hospitalières est plus faible que la majorité des autres dépenses de santé, ce qui représente un phénomène nouveau et illustre aussi le relatif succès des mesures de frein appliquées essentiellement au domaine hospitalier dans notre pays. Toutefois il faut relever que la simple limitation de la

croissance du revenu moyen intervenue dès 1975, indépendamment de tout mécanisme de frein, a probablement eu un effet très important sur la croissance des dépenses de santé (il est très difficile de distinguer les effets imputables à chacun des deux phénomènes).

Mais ces commentaires ne font qu'illustrer le phénomène de la croissance des dépenses de santé. De même les données traditionnelles qui mettent en évidence l'évolution numérique du personnel pendant cette période, la progression de la masse salariale, etc. ne constituent qu'une description plus fine — mais nécessaire — du phénomène et non une explication. La question de fonds demeure: pourquoi, malgré l'inquiétude générale, la part des dépenses de santé continue-t-elle de croître? Sur quoi est fondé le dynamisme du secteur sanitaire qui résiste à la rareté des ressources et va jusqu'à limiter d'autres consommations pour continuer sa marche en avant — bien que moins rapidement qu'avant 1978 —? Il est indispensable de quitter la description pour tenter une explication.

Tentative d'explication

Dans un système aussi complexe, il est difficile de distinguer les facteurs premiers d'explication des facteurs secondaires, les causes des conséquences; à plus forte raison est-il impossible de spécifier le pouvoir explicatif de facteurs ou de processus étroitement interdépendants. C'est pourquoi nous nous bornerons à faire la liste des facteurs apparemment les plus déterminants.

Rappelons d'abord l'explication mythique, qui illustre bien les représentations collectives à ce sujet: la croissance des dépenses de santé serait le résultat des performances accrues des services de santé et des progrès thérapeutiques, qui s'exprimeraient en terme de quantité et de qualité de vie jusqu'à susciter des besoins nouveaux liés au vieillissement démographique et à une extension du champ sanitaire. La progression des dépenses, expression de besoins nouveaux, serait la rançon du succès. De telles vérités mythiques ont notamment pour fonction de contribuer à établir un consensus social; elles ne peuvent par définition ni être tout-à-fait fondées, ni tout-à-fait infondées. Essayons donc d'y voir de plus près en tentant diverses explications à travers l'augmentation des besoins ou de la demande, l'augmentation quantitative de l'offre, l'augmentation qualitative de l'offre et à travers le rôle social des services de santé. La discussion de l'efficacité thérapeutique sera abordée au prochain chapitre.

L'augmentation de la demande

« Entre dans le domaine de la morbidité ce que la société et son corps de professionnels s'accordent à reconnaître à un moment donné, dans un lieu donné comme pathologique par rapport à un consensus sur la norme ».

¹ E. Lévy: « Economie du système de santé » (voir bibliographie).

C'est dire aussi comme l'exprime M. Foucault¹ que « *la maladie n'a sa réalité et sa valeur de maladie qu'à travers une culture qui la reconnaît comme telle* ».

Le besoin sanitaire, fondé sur la notion variable et difficilement saisissable de santé, est sans doute pour une part non négligeable socialement déterminé. Dans la période considérée, il paraît raisonnable d'admettre que la définition du besoin sanitaire s'est étendue: le traitement de l'inadaptation, de la déviance (délinquance, alcoolisme, drogue, etc.) est entré dans le champ des services de santé ou dans leur immédiate périphérie. Ce développement, qui correspond indiscutablement à une demande sociale, n'implique pas nécessairement une volonté consciente des professionnels de la santé qui voudraient investir de nouveaux territoires. Il semble plutôt qu'il ait pris son essor dans les « vides sociaux », vides créés par les rejets et les exclusions successives dont sont l'objet certaines populations marginales. Il n'en demeure pas moins que la population des sociétés industrielles a progressivement intériorisé une dépendance accrue vis-à-vis des systèmes de santé, la vie quotidienne ne se concevant plus sans un recours régulier aux services sanitaires: c'est ce que certains ont appelé la médicalisation de la vie quotidienne. La douleur, chargée autrefois de signification, possédant même une valeur rédemptrice, n'a plus de sens: le corps médical est chargé par la société toute entière de l'éliminer. Cette attitude de dépendance et de passivité suscite d'ailleurs depuis plusieurs années des réactions vers davantage d'autonomie, en particulier dans la population à statut social et professionnel privilégié.

Dans le même ordre d'idée, il faut relever le développement des services de santé vers le mal-être et les fragilités, ces services jouant alors le rôle de « *compensation des dysfonctions qui se manifestent dans le système social... Le contenu de l'acte médical et les déterminants du recours se modifient dans le sens d'une sensibilité accrue aux symptômes corporels et d'une prise en charge par le corps médical d'un ensemble de dysfonctions de plus en plus éloignées de l'appréhension biologique des phénomènes corporels* »² (éducation sexuelle, psychothérapies multiples, euthonie, diététique, etc.). Cette orientation est parfaitement cohérente par rapport à la fameuse définition de la santé de l'OMS: santé, état complet de bien-être physique et psychique, etc. Si le poids économique de ces nouvelles pratiques n'est pas considérable, elles témoignent néanmoins du dynamisme du système de santé et de son étroite intégration au développement et à la régulation de nos sociétés.

Indépendamment de l'extension du champ sanitaire, une accentuation de la demande s'est manifestée du fait du vieillissement démographique, accentuation nettement moins importante que celle qui sera enregistrée

¹ M. Foucault: « Naissance de la clinique ».

² E. Lévy, M. Bungener, G. Duménil, F. Fagnani: « La croissance des dépenses de santé ». (Différentes interprétations de l'évolution des dépenses de santé sont empruntées à cet ouvrage.)

ces prochaines années. Néanmoins, un nouveau type de besoins a provoqué une adaptation de l'offre dans le sens d'un accroissement de la spécialisation (gériatrie, gériopsychiatrie) sans parler des multiples thérapies plus ou moins exorcisantes contre le vieillissement. Pour le canton de Vaud, il faut relever l'effet économique important développé dans le cadre de la construction du réseau des établissements médico-sociaux.

Au titre de l'extension des besoins, il est intéressant de mentionner la thèse de P.E. Barral¹ au sujet de l'augmentation de la morbidité exogène due pour l'essentiel, selon lui, au caractère pathogène des sociétés industrielles. Pour cet auteur, le milieu et les conditions de vie, dont les améliorations ont été importantes pour l'augmentation de l'espérance de vie, sont devenus de plus en plus pathogènes et dangereux, jusqu'à annuler certains progrès de la médecine et à expliquer une part importante de l'évolution des dépenses de santé. Sur la base d'une abondante information épidémiologique, P.E. Barral réfute dans un premier temps la distinction classique entre maladie endogène [d'origine interne] et maladie exogène [d'origine externe]. Les maladies cardio-vasculaires (28% des décès dans les 25 principaux pays industrialisés), les lésions cérébro-vasculaires (13%), les tumeurs malignes (18%) qui constituent — avec les accidents (5%) — le problème économique-sanitaire majeur des pays industrialisés, seraient déclenchées précocement selon lui par nos sociétés industrielles pathogènes ou directement provoquées par elles. L'alcool, le tabac, la sédentarité en particulier seraient à l'origine de ces pathologies beaucoup plus que le vieillissement. Cette thèse très schématiquement résumée ici mérite l'attention. Elle met en particulier en question la surmortalité masculine considérée trop souvent comme une fatalité biologique et pourrait expliquer une part de l'augmentation de la demande et par conséquent des dépenses de santé.

L'augmentation quantitative de l'offre

Comme l'évolution de la demande, l'augmentation quantitative de l'offre (personnel, lits, équipements divers, etc...) est à la fois cause et conséquence de la progression des dépenses de santé; la dialectique offre-demande ne simplifie pas la compréhension des choses. Mentionnons néanmoins que certains auteurs, au terme d'une approche peut-être simplificatrice, attribuent aux facteurs d'offre près de 20% de l'augmentation des dépenses de santé dans la période considérée. C'est sans doute l'augmentation du nombre de médecins dans ses effets sur la consommation qui, dans ce groupe de facteurs, constitue la cause principale de la croissance des dépenses. Toutefois, il faut relever que c'est surtout à la fin de la période considérée que l'effet de l'augmentation de la densité médicale s'est fait sentir. Il ne fait aucun doute qu'à l'avenir, malgré une lente érosion des revenus médicaux, la progression du nombre des médecins aura une influence importante sur les coûts.

¹ P.-E. Barral: « Economie de la santé: faits et chiffres ».

L'augmentation qualitative de l'offre

L'augmentation qualitative de l'offre concerne essentiellement le progrès technologique, la technicisation croissante des services de santé et plus particulièrement de l'hôpital, le lieu privilégié de l'innovation technologique. L'importance des investissements nouveaux à cet égard a pu faire espérer parfois des gains de productivité sinon en terme d'activité (nombre et coût des prestations) du moins en terme de résultat (gains de santé). On verra plus loin la question des gains de santé mais constatons ici, expérience faite et observée, que *« l'hôpital offre très rarement la possibilité d'économie d'échelle et surtout qu'il n'existe pas de possibilité de transfert entre le capital et le travail par progrès technique ou innovation... Au niveau des malades, le progrès technique entraîne non pas une diminution des effets de la maladie en général, mais d'une maladie particulière, car il abaisse dans le même temps le seuil de la tolérance physique et mentale de la société. Il contribue de ce fait au développement (et non pas à la diminution) de la demande de soins. Par ailleurs, la pratique médicale aborde l'innovation, soit en donnant naissance à d'autres disciplines, soit en accroissant le potentiel de la discipline première. Le cycle de la technicisation entraîne d'abord l'utilisation exclusive des thérapeutiques concernées par l'hôpital qui dispose seul des moyens matériels nécessaires. Puis la miniaturisation et les simplifications dans le mode d'utilisation permettent une diffusion vers le cabinet médical ou les soins à domicile (dans le cas de la dialyse par exemple) libérant le matériel lourd pour d'autres diagnostics et traitements, et ainsi de suite. Il est frappant de constater avec quelle facilité ce processus est accepté et valorisé par le corps médical et le corps social tout entier, presque sans considération de prix de revient pour la collectivité »*.¹ Cette description fondée sur l'observation de la situation française correspond très probablement au processus que l'on peut observer dans notre pays; les exemples récents de l'ultrasonographie, voire du scanner en témoignent, même si le cas de l'appareil à fragmenter les calculs rénaux constitue en partie un contre-exemple. Il paraît donc légitime de compter l'augmentation qualitative de l'offre au rang des facteurs explicatifs de la croissance des dépenses de santé.

Le cas du médicament en revanche est particulier et pourrait infirmer partiellement cette thèse ou dans tous les cas limiter sa portée économique. En effet, le médicament est sans doute l'instrument thérapeutique le plus performant en terme de santé collective, et certains d'entre eux (antibiotique, etc...) ont indiscutablement contribué à un traitement plus économique de certaines pathologies et à une diminution de la demande.

Le rôle social des services de santé

L'extension des services de santé depuis les années cinquante et en particulier dans la période considérée, la socialisation progressive des

¹ E. Lévy, M. Bungener, G. Duménil, F. Fagnani: op. cit.

coûts qui a permis de généraliser l'accès aux soins au-delà de la recherche de résultats proprement sanitaires s'expliquent aussi par d'autres facteurs du système de santé. Il y a d'abord la réduction des inégalités à travers la redistribution économique de la richesse collective rendue possible par la participation de l'Etat au financement des dépenses de santé. Il y a aussi la création d'emplois indépendamment de toute finalité sanitaire et dans la seule perspective de l'équilibre du marché du travail. Il y a enfin la réduction des inadaptations déjà évoquées plus haut réalisée par une série d'assistances: assistance au système scolaire (expertises en cas d'échec scolaire), assistance au système judiciaire (expertises psychiatriques), assistance à l'organisation urbaine et à l'organisation du travail. Ainsi apparaît une autre rationalité que la rationalité strictement sanitaire, rationalité sociale plus implicite qu'explicite et qui touche au processus de normalisation des modes de vie et de régulation de la société mis en évidence dans l'œuvre de M. Foucault. Cette fonction n'est pas nouvelle: il suffit pour s'en convaincre de se rappeler la fonction sociale de l'hôpital à la fin du XVIII^e siècle et pendant tout le XIX^e, ou le projet urbain des hygiénistes au milieu du XIX^e siècle.

Ce rôle social implicite des institutions de santé, joué souvent inconsciemment ou en dépit d'elles-mêmes, est très important dans les conditions actuelles et a pu se développer facilement avec la socialisation des coûts et l'augmentation de l'offre qui améliorent l'accessibilité économique et géographique aux soins. Aucun des autres grands systèmes (scolaire, judiciaire, industriel, etc.) ne peut à l'évidence lui être substitué. Ceci contribue à expliquer sans doute la forte valorisation dont bénéficie le système de santé et l'étonnante tolérance d'autres secteurs économiques, quelle que soit l'inquiétude que provoque le développement sanitaire et les menaces qu'il peut faire planer sur ces autres secteurs dans une période de ressources rares. Il s'agit probablement d'un facteur premier d'explication de la croissance des dépenses de santé. Ajoutons enfin que malgré la « découverte » récente et superficielle des vertus de l'inégalité sociale, les sociétés démocratiques industrielles restent profondément égalitaires. Cette caractéristique pousse à la généralisation de tous les avantages dont bénéficient quelques-uns, par effet de démonstration.

Ainsi l'analyse de la croissance des dépenses de santé fait apparaître l'ensemble des services de santé comme un système extrêmement complexe poursuivant de multiples objectifs, enchevêtré dans le système social. Porté par la demande d'une population devenue progressivement de plus en plus dépendante, et la déterminant en même temps, il est capable si les ressources sont disponibles d'investir des champs d'activité de plus en plus variés.

Les perspectives

Il est certain que dans les conditions d'une croissance économique modérée qui paraît vraisemblable pour les prochaines années, la dynamique actuelle du système de santé ne peut que se maintenir. Compte tenu

des mesures de maîtrise des coûts qui s'étudient et se mettent en œuvre aux niveaux fédéral et cantonal en particulier, il est probable que l'atténuation de la croissance des dépenses de santé observée dès 1978 sera également durable; l'évolution des services sanitaires au cours des prochaines années s'annonce cependant très conflictuelle, la consommation de santé entrant plus que jamais en compétition avec d'autres consommations. Trois facteurs bien connus, au moins, joueront dans le sens de l'augmentation accrue de ces dépenses:

- Le vieillissement de la population dont l'importance pour le canton de Vaud a été récemment réévaluée par le Service cantonal de recherche et d'information statistiques.¹ Le poids économique en Suisse, pour les services de santé a été récemment évalué par l'Institut suisse des hôpitaux à une charge supplémentaire de 18 à 20% pour la fin du siècle, toutes choses égales par ailleurs.
- L'augmentation du nombre de médecins dont on connaît l'évolution pour la fin du siècle, devrait vraisemblablement s'accompagner, quels que soient les mécanismes de régulation mis en place, d'un double phénomène: augmentation générale des coûts, difficile à chiffrer dans les conditions actuelles, et érosion lente du revenu moyen des médecins.
- La technicisation accrue de la pratique médicale et de l'ensemble des services de santé, dont le coût est impossible à chiffrer mais qui, si on admet le processus décrit plus haut, ne peut que représenter une charge nouvelle.

De nombreux autres facteurs joueront un rôle plus ou moins important et imprévisible dans cette évolution (progrès thérapeutique, participation financière des patients, évolution de la morbidité, etc...). Compte tenu de la dynamique du système de santé, le poids économique de tous les facteurs mentionnés ci-dessus sera d'autant plus important que la croissance économique sera élevée: on voit en effet mal comment une demande solvable nouvelle échapperait — sans arbitrage collectif et conflits — à l'attractivité du secteur sanitaire.

Plus que jamais des choix collectifs conscients sur l'allocation des ressources aux grands secteurs de la politique sociale seront nécessaires à l'avenir. Dans cette perspective, l'ensemble des services de santé, et les multiples instances qui gèrent en commun ce système, ont un intérêt majeur au-delà des fonctions secondes et implicites du système, à privilégier sa fonction première, celle qui devrait mobiliser la majorité de ces ressources: la production de santé. C'est à travers la maximisation de cette fonction, soit l'augmentation des gains de santé que, dans la prévision d'arbitrage douloureux, lié à la rareté des ressources, les services de santé renforceront leur position. Qu'en est-il actuellement de cette traduction?

¹ Population vaudoise, quelles perspectives? SCRIS, 1984.

Les résultats des actions sanitaires

Les difficultés de l'évaluation

L'évaluation des résultats sanitaires — les résultats des fonctions secondaires ne seront pas abordés ici — a fait l'objet de très nombreuses polémiques. Polémiques d'autant plus vives que cette évaluation est difficile et laisse une place importante à l'interprétation idéologique. Il est pourtant nécessaire de tenter d'y voir plus clair en reprenant quelques indicateurs partiels mis en évidence par de nombreux chercheurs. Il ne s'agit ici que d'esquisser une tendance, d'indiquer quelques ordres de grandeurs susceptibles d'être confrontés à l'évolution des dépenses de santé et à l'évolution de la richesse collective. Toute autre tentative serait à l'évidence démesurée.

Rappelons les principales thèses en présence aujourd'hui :

- La thèse soutenue par de nombreux médecins — souvent des spécialistes — qui affirment, exemples à l'appui, que compte tenu du niveau actuel de l'état de santé de la population, les progrès sanitaires ne peuvent plus s'exprimer en terme de quantité, mais de qualité de vie que les statistiques actuelles sont impuissantes à saisir; des progrès importants seraient ainsi réalisés qui n'apparaîssent pas dans des tentatives d'évaluation trop rudimentaires. Les limites biologiques de la vie seraient toutefois peu à peu atteintes, le vieillissement de la population, rançon du progrès sanitaire, empêchant dans l'état des connaissances scientifiques d'aller plus loin.
- La thèse des « *rendements décroissants* » qui se fonde sur le fait qu'il faut de plus en plus de ressources pour réaliser des gains de santé dans les conditions actuelles. En général, les tenants de cette thèse admettent une progression lente des résultats sanitaires, progression qui buterait aujourd'hui sur l'énormité des investissements nécessaires dans le cadre de l'allocation actuelle des ressources. En effet, selon certaines estimations, un gain de deux années d'espérance de vie moyenne à la naissance supposerait un doublement des ressources consacrées à la santé, toutes choses égales par ailleurs évidemment (il s'agit plus d'une illustration indiquant une tendance, que d'une estimation scientifique).
- La thèse de la contreproductivité par encombrement développée par Illich et les théoriciens de l'autonomie qui dénoncent le caractère pathogène des systèmes de santé: « *Les actes médicaux sont une des principales sources de la morbidité moderne. La morbidité provoquée par la manière dont sont administrés les soins et qu'on appelle morbidité iatrogénétique connaît une expansion épidémique. La iatrogénèse de l'angoisse, de la douleur, de l'invalidité et de l'inadaptation constitue dans son ensemble l'impact le plus significatif des prestations médicales et hospitalières* ». ¹

¹ I. Illich: « Némésis médicale ».

Ces points de vue sont à l'évidence irréconciliables. En particulier parce que l'objet de l'observation est différent — résultat au niveau individuel ou collectif — et que la notion de santé qui sous-tend ces thèses n'est pas la même. Il reste que chacune d'entre elles se base sur des observations indiscutables, qui sont toutefois insuffisantes pour fonder une théorie générale de l'efficacité des services de santé. Ajoutons quelques observations supplémentaires non pas pour dégager une thèse, mais pour poser quelques références qui permettent, espérons-le, de limiter les errements et les effets de notre subjectivité :

- L'évaluation des résultats sanitaires se heurte entre autres au problème des rapports de causalité : comment établir le lien entre action et résultat ? Face à de multiples actions interdépendantes, comment imputer tel effet à telle cause avec un minimum de certitude ? Par exemple quelle part de la diminution de la mortalité infantile faut-il attribuer à l'hygiène du milieu ou à la consommation médicale ? Cette question peut paraître académique à certains égards ; la réponse serait toutefois essentielle dès lors qu'il s'agirait de choisir une stratégie de réduction de la mortalité infantile par l'action sur le milieu et les comportements, ou par le développement des services de santé. Malgré quelques approches très intéressantes sur certaines pathologies bien identifiables, ce problème méthodologique est loin aujourd'hui d'être résolu.
- Pour surmonter ce genre de difficulté, de nombreux chercheurs ont rêvé d'un indice global de résultat des services de santé, qui permettrait de mesurer leurs effets globaux sur une population donnée. Devant les difficultés théoriques liées pour beaucoup à la multiplicité des définitions et des pratiques de la santé, ces tentatives ont été pour l'essentiel abandonnées. Ce sont les indicateurs exprimant un niveau d'autonomie physique et mentale (niveau de dépendance des patients, espérance de vie en bonne santé par exemple) qui ont permis d'aller le plus loin dans cette direction.
- La consommation sanitaire a longtemps contribué à la diminution des taux généraux de mortalité sans que l'on puisse véritablement distinguer le progrès sanitaire du progrès économique et social. Toutefois avec l'accessibilité accrue aux services de santé, la consommation s'est fortement uniformisée sans que l'on puisse établir aujourd'hui une corrélation entre mortalité générale et consommation de soins. Au niveau international, la corrélation entre dépenses de santé par habitant et espérance de vie n'est pas plus observable aujourd'hui.
- La diminution de la mortalité infantile¹, qui explique apparemment plus de 40 % de l'augmentation de l'espérance de vie à la naissance, semble être un bon indicateur de l'efficacité sanitaire, étant admises les imprécisions en ce qui concerne la part imputable aux services de santé

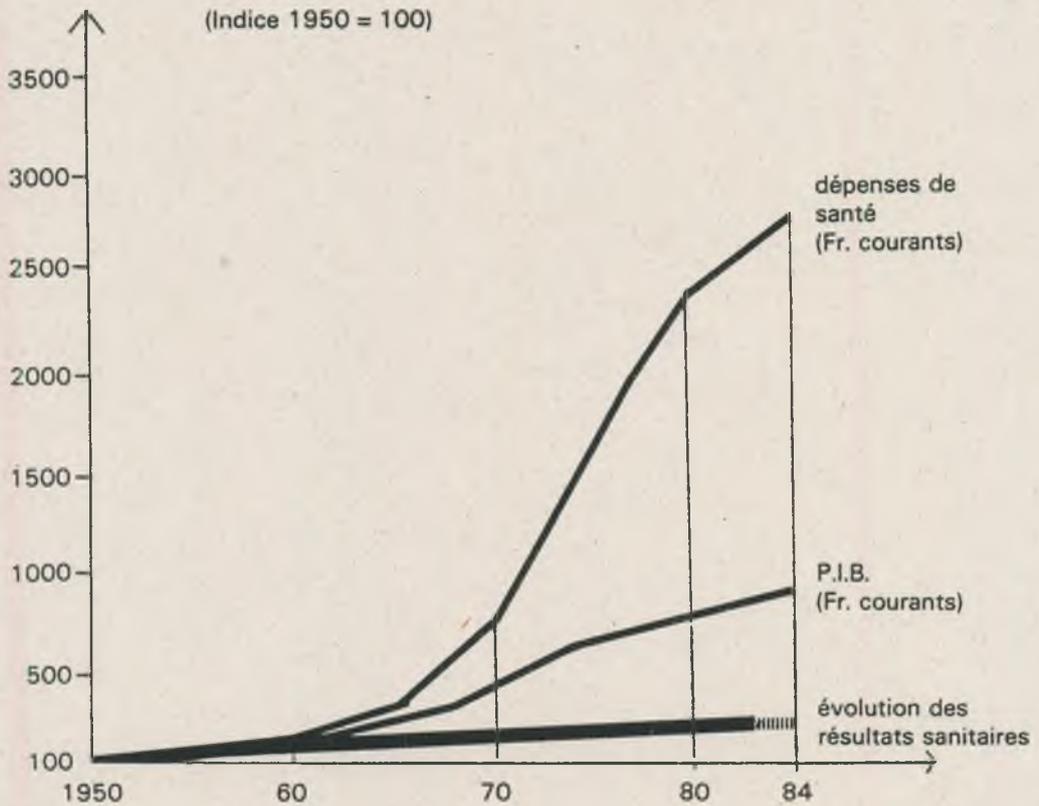
¹ Nombre de décès durant la première année de vie pour 1000 enfants nés vivants.

et celle qui revient au développement économique et social. A cet égard, il faut signaler que la Suisse, avec de grandes disparités internes, réalise un bon score avec près de 11‰ actuellement, nettement derrière les pays nordiques (moyenne d'environ 9‰) mais nettement avant la France (environ 12‰) ou l'Allemagne (environ 17‰).

- Les taux de mortalité différenciés — par âge, sexe et causes — bien que n'exprimant pas directement les résultats qualitatifs constituent sans doute les moins mauvais indicateurs de résultat. Il est ainsi intéressant de constater pour la France qu'à structure constante de population — l'effet du vieillissement est annulé — il y a eu entre 1950 et 1975 une nette diminution des taux de décès par maladie cérébro-vasculaire: 28% pour les hommes, 26% pour les femmes (cette évolution est identique aux Etats-Unis). *« Il n'est pas excessif d'affirmer que l'amélioration de l'espérance de vie à la naissance provient en France essentiellement de deux causes: la diminution de la mortalité infantile et la diminution de la mortalité cérébro-vasculaire. »*¹ En revanche, il y a dégradation, toujours pour la France, pour les maladies hypertensives et les maladies ischémiques du cœur. En ce qui concerne les cancers — toutes formes confondues — on observe une nette amélioration pour les femmes, une grave détérioration pour les hommes. Globalement il semble, dans le cas de la France, que depuis 1960 aucun progrès significatif n'ait été enregistré dans près de 70% des cancers. Dès lors qu'il s'agit d'utiliser ces données comme indicateur de résultat des services de santé, la question reste posée des parts respectives à imputer à l'environnement, au comportement ou aux services de santé. Ces données sont néanmoins très utiles non pas pour légitimer ou mettre en cause globalement les services de santé mais pour concevoir, développer et évaluer les actions sanitaires ponctuelles qui utiliseront les interactions entre ces trois facteurs indissolublement liés.
- Les taux de mortalité générale, on le sait, ne diminuent plus ou presque plus dans les pays industrialisés. Certains en tirent arguments pour mettre en cause les services de santé. C'est faire peu de cas du rôle d'autres facteurs sur l'état de santé de la population et en particulier de la possibilité évoquée par P.E. Barral du développement d'une morbidité exogène liée aux conditions de vie. C'est aussi ne pas prendre en compte les résultats qualitatifs mis en évidence par les partisans de la première thèse mentionnée (à cet égard, il est évident que l'amélioration de la vie quotidienne des sourds, des asthmatiques, de certains cardiaques, de traumatisés de toutes sortes et de bien d'autres peut être mise au crédit direct des services de santé). C'est enfin vouloir faire jouer aux services de santé le rôle de réparateur universel de toutes les difficultés de la vie quotidienne, des dysfonctions sociales, des agressions du milieu; rôle que précisément ceux qui mettent en cause l'efficacité sanitaire leur dénie.

¹ P.-E. Barral: op. cit.

S'il faut absolument, à partir de l'ensemble de ces données, se prononcer sur les résultats sanitaires du système de santé, nous serions tentés, à partir de toutes les observations mentionnées et d'une agrégation toute intuitive des résultats, d'admettre pour la période considérée, une progression lente des résultats sanitaires, progression illustrée de la façon suivante:



Cette courbe est fondée pour l'essentiel sur l'évolution des indicateurs de mortalité générale pondérés à la hausse pour tenir compte des aspects qualitatifs mentionnés plus haut.¹ Il s'agit, par cette représentation audacieuse et par la confrontation aux courbes reproduites plus haut, de poser le problème suivant qui est au centre de la question de la maîtrise des coûts: à quel prix les résultats sanitaires ont-ils été atteints? L'évolution des coûts est telle que le divorce entre résultat et coût est énorme quelle que soit l'appréciation sur les résultats. La théorie des rendements décroissants se trouverait ainsi confirmée.

Le débat sur l'efficacité globale du système de santé apparaît à travers ces quelques points de repères comme contradictoire, et une fois de plus très complexe. Et si le problème était mal posé ou de façon trop ambitieuse? Si

¹ L'accroissement du confort dans le processus de soins pour les soignants et les soignés n'est pas pris en compte ici.

au lieu de considérer le système de santé comme un tout véhiculant une seule définition et une seule pratique de la santé on acceptait son hétérogénéité, l'impossibilité d'une agrégation de ses résultats, son éclatement en une multitude d'actions complémentaires, pouvant faire l'objet d'une évaluation. Si au lieu de mettre en cause globalement un système enraciné par toutes ses fonctions dans la vie sociale, il s'agissait plutôt d'améliorer les performances des multiples actions qui relèvent de la santé. Cette perspective empirique est évidemment celle d'un agent des services de santé; elle ne peut coïncider avec celle des analystes de la société industrielle. C'est pourtant celle que nous aimerions développer ici.

La nécessité de l'évaluation

Les dépenses de santé croissent plus vite que la capacité collective de les financer (voir le graphique page 110). Les dépenses de santé croissent beaucoup plus vite que l'efficacité du système sanitaire (voir le graphique page 120). Les principales contradictions de la situation actuelle tiennent dans ces deux propositions. Pour tenter de les résoudre ou tout au moins de les atténuer, il est nécessaire d'agir sur deux points. D'une part il s'agit de freiner la croissance des dépenses, d'autre part il s'agit d'augmenter l'efficacité des services de santé. Ces deux objectifs sont complémentaires et doivent être pris en compte simultanément. En clair, toutes les mesures de maîtrise des coûts devraient permettre d'améliorer les résultats sanitaires des actions de santé et réciproquement. Avant d'évoquer quelques moyens pour y parvenir (voir chapitre suivant), il est peut-être utile de formuler quelques remarques complémentaires:

- Les services de santé seront d'autant plus considérés en tant qu'investissements productifs, comme le réclament beaucoup de professionnels de la santé, que les résultats sanitaires seront meilleurs et établis. Dans une période de ressources rares, devant la nécessité de faire des arbitrages entre plusieurs types de consommation, il ne fait aucun doute que les services de santé devront justifier de plus en plus leurs performances en termes rationnels et en privilégiant les gains de santé et d'autonomie et non les fonctions secondaires (emploi, fonction sociale, etc.). Le secteur de la santé sera comparé plus souvent à d'autres secteurs économiques demandeurs de ressources, ceci en terme de productivité économique. Les deux objectifs mentionnés ci-dessus ne peuvent que renforcer la position du secteur de la santé dans cette perspective.
- Des améliorations de l'espérance de vie restent accessibles si de nouvelles stratégies unissant le secteur sanitaire à d'autres secteurs de la vie économique et sociale (alimentation, transport, logement, etc...) sont mises en œuvre. Ainsi, selon P.E. Barral, l'application à la France des taux de mortalité différentiels les plus favorables obtenus par ses principaux voisins (pour les principales pathologies) permettrait d'amé-

liorer l'espérance de vie à la naissance des Français de 4 ans environ et celle des Françaises d'un peu plus de 2 ans. Ceci implique une action complémentaire sur le milieu et les comportements. Il ne fait aucun doute, pour la Suisse, que la mise en œuvre systématique de politiques sanitaires multisectorielles permettrait également d'atteindre des résultats spectaculaires.

- La technicisation croissante de la pratique médicale a fortement valorisé les soins coûteux. Aux yeux de la société et parfois du corps médical, il semble bien, aujourd'hui encore, que les soins les plus coûteux soient considérés comme les plus efficaces, ce qui bien souvent est contraire aux faits. Une attitude systématique d'évaluation des résultats des soins par les médecins devrait permettre d'orienter les choix thérapeutiques pour mieux concilier coût et efficacité. Par ailleurs, la mise en évidence des résultats sanitaires (amélioration de l'état de santé, guérison, etc...) plutôt que des performances d'activité (nombre de journées, de malades traités) est une condition sine qua non pour améliorer les performances du système de santé.
- L'augmentation de l'efficacité des services de santé suppose de nouvelles allocations de ressources dans l'ensemble du champ sanitaire. Cela est possible dans la mesure où le système de santé est davantage centré sur les résultats et moins — comme toutes les organisations — sur sa propre reproduction. Toutefois la répartition actuelle des ressources qui exprime l'état des rapports entre les pouvoirs multiples et contradictoires qui gèrent le secteur de la santé ne peut changer rapidement. De plus, les investissements humains et matériels importants qui constituent ce secteur ont une vitesse de renouvellement très lente (temps de formation d'un médecin, de construction d'un hôpital, etc...). C'est dire que l'évolution souhaitée ici ne peut que se développer lentement par adaptation et expérimentation successives. C'est probablement la rareté des ressources qui constituera le stimulant le plus puissant du changement et le moteur d'une nouvelle « imagination sanitaire ».
- Enfin, il faut relever que le secteur de la santé, en dépit des restrictions récentes, reste un secteur riche sur lequel se sont peu exercées les contraintes de la concurrence qui, ailleurs, ont provoqué des baisses considérables des prix unitaires et limité la capacité d'investissement. Compte tenu des perspectives d'évaluation systématique évoquées plus haut qui devraient modifier certains processus de soins, en admettant par ailleurs certaines redistributions (limitation de la part hospitalière, actions multisectorielles, etc...), il paraît raisonnable d'espérer des transferts progressifs de ressources sans crises excessives au sein du système de santé. Une croissance modérée de la richesse collective serait évidemment une condition favorable dans cette perspective.

Les modalités de la maîtrise des coûts

Les mesures de maîtrise des coûts peuvent être classées en quatre types principaux:

- limitation¹ de l'offre de soins et restriction des capacités de production des services de santé,
- action sur les coûts et les prix,
- action sur l'activité,
- action sur la demande.

Avant d'examiner les caractéristiques et les capacités de ces quatre groupes de mesures, il est nécessaire de préciser les conditions auxquelles devrait satisfaire — à notre sens et en fonction de l'expérience vaudoise — tout dispositif de maîtrise des coûts:

- Le dispositif choisi — ce sera vraisemblablement une combinaison des mesures types indiquées ci-dessus — doit être cohérent par rapport au contexte social et politique dans lequel il s'inscrit et doit s'intégrer dans le processus de transformation continu de notre société. L'importance des objectifs non strictement sanitaires du système de santé explique à elle seule cette exigence de base.
- Les mesures prises doivent d'une manière ou d'une autre s'accompagner ou favoriser un processus continu d'évaluation des résultats des actions de santé, privilégiant ainsi la finalité sanitaire du système.
- Le dispositif à mettre en œuvre doit s'appuyer sur tous les mécanismes informels de régulation économique (marché en particulier) et sociale (concertation, négociation).
- Le coût social et économique des mesures de maîtrise des coûts doit être le plus léger possible; elles devraient en particulier reposer sur un appareil de contrôle et d'encadrement minimum, de façon à éviter une bureaucratisation perverse du système de santé.
- Enfin, le dispositif choisi doit stimuler l'élaboration de nouvelles stratégies sanitaires fondées principalement sur la prévention primaire et la multisectorialité. En d'autres termes, il doit favoriser une allocation optimale des ressources.

Remarquons enfin que le choix n'est plus pour la Suisse et les pays industrialisés entre le laisser-faire d'une part et la construction d'un dispositif de maîtrise des coûts d'autre part. Le laisser-faire n'est plus possible dans la mesure où les règles actuelles du marché sanitaire n'offrent pas de possibilité de régulation interne; il conduirait immanquablement à des tensions insupportables, au gaspillage, au développement d'un appareil de contrôle chargé de compenser les dysfonctionnements du système, et probablement au gel de l'allocation actuelle des ressources.

¹ Le terme de « rationnement » serait utilisé dans l'hypothèse d'une action brutale sur la demande ou sur l'offre.

Les rigidités actuelles du secteur sanitaire s'en trouveraient renforcées avec, comme corollaire, l'impossibilité d'améliorer ses performances.

Limitation de l'offre de soins

Dans ce groupe de moyens, il faut compter toutes les actions qui visent à restreindre les capacités de production des services de santé: réduction du nombre de lits et limitation des équipements par exemple. A quoi il faut ajouter, pour de nombreux pays, la limitation du nombre de médecins. L'action sur l'offre implique au minimum des moyens légaux et une planification plus ou moins explicite du développement de l'appareil sanitaire. C'est le mode d'intervention le plus couramment utilisé en Europe dans la mesure où il est simple — en apparence tout au moins — rapidement efficace, et peut déployer une action à long terme. Plus ce mode d'intervention est utilisé, plus il suppose une concentration du pouvoir de décision avec toutes les difficultés que cela suppose. Dans les conditions actuelles des pays industrialisés, il paraît impossible de se passer totalement de ce moyen. Toutefois, étant donné que ses effets s'exercent pour l'essentiel au niveau des structures, il faut l'utiliser avec beaucoup de rigueur: une erreur d'appréciation pourrait avoir des conséquences désastreuses à long terme.

Action sur les coûts et les prix

L'action sur les coûts est couramment utilisée partout: la technique de l'enveloppe budgétaire pour les hôpitaux et les établissements médico-sociaux vaudois relève de cette typologie. L'action sur les prix (modulation des tarifs des prestations médicales par exemple) commence à être utilisée en Suisse en particulier dans le domaine des prestations médicales très spécialisées nécessitant des investissements importants.

L'ensemble de ces techniques a le grand avantage d'utiliser directement le jeu du marché et tous les mécanismes informels de régulation du système de santé, évitant dans une large mesure la mise en place d'un appareil excessif de contrôle; de plus, il s'agit de moyens souples, adaptables, à effets rapides. Dans cette perspective, les systèmes de financement des activités des services de santé sont un instrument privilégié qui, bien utilisé, peut laisser malgré les restrictions une très large autonomie à tous les pouvoirs sanitaires et aux différentes unités de production (hôpitaux, EMS, policliniques, etc...); la plus grande autonomie possible est d'ailleurs la condition d'une bonne productivité. L'essentiel — et le plus difficile — avec ce type de moyen d'intervention est, par les mécanismes de financement, d'orienter le comportement des agents du système dans un sens permettant d'atteindre les meilleures prestations au meilleur coût. C'est dans cette perspective que le système vaudois de l'enveloppe budgétaire a été conçu.

Action sur l'activité

L'action sur l'activité comprend tous les moyens de contrôle et d'évaluation mis en place: profils médicaux développés par les organismes d'assurance, audits médicaux, P.S.R.O. aux Etats-Unis, case-mix, etc... Dans l'ensemble, ces techniques ont pour but de mettre en évidence des dysfonctionnements des services de santé, et de faciliter les comparaisons entre unités. Dans la perspective de l'évaluation systématique évoquée plus haut, elles constituent des instruments indispensables d'analyse. L'application de ces techniques, malgré des coûts de mise en œuvre parfois élevés, a donné d'une manière générale des résultats intéressants dans la mesure où elle ne se transforme pas en instrument de stricte police, auquel cas elle suscite des comportements de détournement. Ce type d'action devrait permettre de valoriser les résultats sanitaires et de mobiliser l'énergie des responsables des établissements sanitaires vers des performances de santé proprement dites.

Cette orientation est encore peu utilisée en Suisse. Toutefois plusieurs tentatives sont en cours. Ces actions sont un complément indispensable à tous les autres moyens existant et constituent un instrument privilégié pour provoquer des changements dans l'allocation des ressources sanitaires.

Action sur la demande

L'action sur la demande est indispensable et difficile. Elle peut s'exercer à travers la prévention primaire et l'éducation pour la santé en rendant le consommateur plus critique, plus responsable, plus autonome, ce qui ne peut que contribuer au bon fonctionnement du marché sanitaire. Toutefois, dans la mesure où elle repose sur un processus culturel, cette action vise le long terme et dépend largement de l'évolution socio-culturelle et économique de la société. Il est indispensable et urgent dans cette perspective de mettre en œuvre des programmes d'action à long terme orientés sur des objectifs concrets et mesurables.

Ces mesures peuvent également s'exercer à travers les mécanismes économiques de participation des consommateurs (franchises, etc...) qui constituent un instrument puissant de limitation et d'orientation de la demande. L'usage — probablement inévitable — en est toutefois délicat: une participation financière très importante peut être efficace économiquement, mais injuste socialement et contreproductive au plan sanitaire. A l'inverse, une participation faible sera mieux acceptée socialement mais son efficacité économique sera limitée. Ces deux types d'actions sont en cours ou à l'étude un peu partout en Suisse; elles devraient être conçues et appliquées dans le cadre d'une politique sociale cohérente qui seule peut minimiser les aspects sociaux négatifs. Il faut noter par ailleurs que le véritable rationnement de la demande que pratiquent certains pays (non prise en charge des adultes au-dessus d'un certain âge ou des bébés en-dessous d'un certain poids par exemple) est impensable en Suisse pour

de multiples raisons socio-culturelles, mais aussi parce que la surenchère autour du paiement prospectif par les cotisations de « prestations auxquelles on a droit » l'interdit.

Aucune des mesures mentionnées brièvement ci-dessus n'est suffisante, toutes sont nécessaires et complémentaires. C'est à travers la combinaison de ces mesures, la qualité de leur mise en œuvre, l'audace et la prudence de leur application, leur adéquation au contexte social et culturel, que s'exprimera la politique sanitaire d'une région ou d'un pays. Car si la problématique de la maîtrise des coûts domine aujourd'hui dans le secteur sanitaire, elle permet tout, le meilleur et le pire. Cette question est devenue au fil des ans une force essentielle de changement, la seule capable de faire émerger un véritable projet sanitaire. Quel projet? Là est peut-être le plus difficile et le véritable enjeu.

Bibliographie succincte

- J. Attali, M. Guillaume. *L'anti-économique*. Paris – P.U.F.
- P.-E. Barral. *Economie de la santé: faits et chiffres*. Paris – Dunod – 1977.
- J.-P. Dupuy, S. Karsenty. *La logique cachée de la croissance des dépenses médicales*. Annales et Prévision 3 – 1975.
- J.-P. Dupuy, S. Karsenty. *L'invasion pharmaceutique*. Paris – Le Seuil.
- M. Foucault. *Naissance de la clinique*. Paris – P.U.F. – 1972.
- I. Illich. *Némésis médicale*. Paris – Le Seuil – 1975.
- P. D'Iribarne. *La politique des bonheurs*.
- J. de Kervasdoué, J. Kimberly, V. Rodwin. *La santé rationnée?* Paris – Economica – 1981.
- E. Lévy, M. Bungener, G. Dumenil, F. Fagnani. *Economie du système de santé*. Paris – Dunod – 1975.
- E. Lévy, M. Bungener, G. Dumenil, F. Fagnani. *La croissance des dépenses de santé*. Paris – Economica – 1982.
- J. de Rosnay. *Le microscope*. Paris – Le Seuil – 1975.

Kartellkommission will mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen

Die Kartellkommission, die darüber zu wachen hat, dass der Wettbewerb in unserer Wirtschaft möglichst ungehindert funktioniert, hat im Rahmen ihrer neusten Untersuchung den schweizerischen Gesundheitsmarkt unter die Lupe genommen. In ihrem Bericht »Krankenkassen und Tarifverträge« spricht die Kommission eine Reihe von Anregungen und Empfehlungen für Ärzte und Krankenkassen aus und formuliert Vorschläge für die Revision der Krankenversicherung.

Vorerst stellt sich aber die Frage, ob die Kartellkommission überhaupt zuständig ist in einem Bereich, wo der Staat aus Gründen der Versorgungssicherheit oder aus sozialpolitischer Absicht bewusst in den Markt eingreift. Der Bericht bemerkt dazu, es gehe keineswegs darum, die Wettbewerbspolitik an die Stelle der Sozialpolitik zu setzen. Die Kommission ist sich bewusst, dass es Sache des Gesetzgebers ist, für den sozialversicherungsrechtlichen Schutz der Versicherten und Patienten zu sorgen. Sie ortet jedoch im Gesundheitswesen Bereiche, in denen nicht öffentlich-rechtliche Vorschriften den Wettbewerb verhindern, sondern Absprachen der Wettbewerbsteilnehmer, Absprachen, die letztlich die Kosten des Gesundheitswesens unnötigerweise in die Höhe treiben. Die Empfehlungen der Kartellkommission zielen deshalb darauf ab, die beschränkten Möglichkeiten des Wettbewerbs besser zu nutzen, ohne die sozialpolitischen Auflagen zu verändern.

Privilegierte Stellung der Ärzte

Der Bericht befasst sich insbesondere mit den Ärzten und den Krankenkassen sowie ihrem Verhältnis zueinander und nur am Rande mit den Spitälern, weil hier die staatliche Bedarfsplanung das Angebot teilweise steuert. Was die Ärzte betrifft, stellt die Kartellkommission einen typischen Angebotsmarkt fest, auf dem die Nachfrage nach medizinischen Dienstleistungen die Zahl der Leistungserbringer kaum beeinflusst. So zählen wir heute doppelt so viele Ärzte als vor zwanzig Jahren und das Überangebot

wird immer grösser, da jedem Arzt, der das eidgenössische Diplom erworben und (wo verlangt) ein Karenzjahr hinter sich hat, der Gesundheitsmarkt offen steht.

Auf diesem Markt kann der Arzt dank Fachwissen und Behandlungsfreiheit den Bedarf für seine Patienten fixieren und damit die Nachfrage weitgehendst definieren. Der mit den Krankenkassen vereinbarte Einzelleistungstarif reizt ihn laut Kartellbericht geradezu, seine angebotene Menge an Dienstleistungen auszudehnen.

Die Krankenkassen aber, die von Gesetzes wegen verpflichtet sind, den therapeutischen und diagnostischen Handlungsbedarf zu bezahlen, können kaum Korrekturen anbringen, da sie ins Verhältnis Arzt-Patient, wenn überhaupt, erst im nachhinein eingreifen können. Es ist denn auch nicht zu verwundern, wenn die wachsende Zahl an Medizinerinnen nicht zu einer entsprechenden Einkommensschmälerung oder Tarifen-

kung führt. Der Bericht spricht von einer Einkommensgarantie der Ärzte oder von *freien Unternehmern ohne Unternehmerisiko*.

Standesregeln verhindern Wettbewerb

Dass ja kein Wettbewerb diese Privilegien in Frage stellt, dafür sorgen die Standesregeln der kantonalen Ärztereinigungen. Diese erklären den Abschluss von Verträgen und Tarifvereinbarungen mit Krankenkassen und Behörden zur ausschliesslichen Sache der Standesorganisation. Den einzelnen Ärzten sind Sonderverhandlungen untersagt, und sie dürfen nicht zu Honoraren unterhalb der vertraglich vereinbarten Ansätze praktizieren.

Den Wettbewerb verhindern zusätzlich die Meistbegünstigungs- und Exklusivitätsklauseln in den kantonalen Verträgen zwischen Ärzten und Krankenkassen. Diese

Konkordat unterstützt Vorschläge der Kartellkommission

Das Konkordat der Krankenkassen tritt für eine verstärkte Förderung des Wettbewerbs in der Gesundheitspolitik ein. Allerdings dürfen dadurch weder der Zugang aller Versicherten zu einer qualitativ guten Gesundheitsversorgung noch der soziale Charakter der Krankenversicherung gefährdet werden.

In diesem Sinne unterstützt das Konkordat die Vorschläge der Kartellkommission zur Revision des Tarif- und Vertragsrechts in der Krankenversicherung.

Die Aufhebung des Verbots von Sonderverträgen in den Standesregeln der Ärzte und die Abschaffung des Konkurrenzverbots unter den Ärzten schaffen nach Auffassung des Konkordats Raum für neue Vertragsmöglichkeiten zwischen kosten- und wettbewerbsbewussten Ärzten und Krankenkassen.

Das Konkordat ist im Gegenzug bereit, mit einer Statutenrevision den angeschlossenen Kassen den Abschluss von Sonderverträgen mit den Leistungsanbietern zu ermöglichen.

Das Konkordat legt Wert auf die Feststellung der Kartellkommission, dass Verbandsverträge zwischen den Kantonalverbänden der Ärzte und der Krankenkassen weiterhin möglich sein sollen und alle Ärzte und Krankenkassen sich ihnen anschliessen können.

Das Konkordat ist davon überzeugt, dass durch den vermehrten Wettbewerb unter den Ärzten die Qualität der ärztlichen Leistungen nicht sinken wird. Den Krankenkassen andererseits wird es freistehen, den Versicherten zu einer höheren Prämie die volle Arztwahlfreiheit zu ermöglichen oder ihnen zu einer tieferen Prämie eine Beschrankung auf kostengünstige Ärzte vorzuschlagen.

KSK

enthalten die Verpflichtung für die Ärzte, keine günstigeren Tarife mit anderen Versicherern abzumachen und keine Separatabkommen mit Vertrags- oder Nichtvertragskassen abzuschliessen. Die Kassen ihrerseits verpflichten sich, keine günstigeren Bedingungen für Nichtvertragsärzte zu gewähren und auf Sonderabkommen mit Vertragsärzten und Aussenseitern zu verzichten.

Das Resultat dieser Abmachungen ist, dass heute pro Kanton ein alle Kassen und nahezu alle Ärzte umfassender Tarifvertrag besteht, der die Honorare nivelliert und eine preiswirksame Konkurrenz unter den Ärzten oder eine prämienwirksame Konkurrenz unter den Krankenkassen ausschliesst. Für die Ärzte von Vorteil ist zudem die Tatsache, dass ein kantonaler Rahmentarif in Kraft tritt, wenn die Krankenkassen gegenüber ihren Forderungen hart bleiben und kein Vertrag zustande kommt. Der Rahmentarif erlaubt die Leistungen zu Ansätzen zu verrechnen, die zehn Prozent über (oder unter) den bisherigen Tarifen liegen.

Kritik der Kommission

Die Kartellkommission stellt fest, dass die Ständesregeln der kantonalen Ärztesellschaften einen an sich erwünschten, wirksamen Preiswettbewerb für ärztliche Dienstleistungen verhindern. Den Einwand der FMH, die Abreden in den Ständesregeln seien für eine gut funktionierende gesundheitliche Versorgung der gesamten Bevölkerung notwendig, akzeptiert die Kommission nicht. Sie ist davon überzeugt, dass der Wettbewerb (das Nebeneinander verschiedener Tarifverträge) nicht zu einem Abbau der Qualität der ärztlichen Leistung führen wird.

Anregungen an die Ärzte

Eine völlige Abkehr von Verbandsverträgen fordert die Kartellkommission nicht, son-

dern bloss die Möglichkeit für innovative, kosten- und wettbewerbsbewusste Ärzte, mit einzelnen oder Gruppen von aufgeschlossenen Krankenkassen Tarifverträge abzuschliessen, die von den Verbandsverträgen abweichen.

Die Kommission lädt deshalb die kantonalen Ärztesellschaften ein, das Verbot von Sonderverträgen und das Konkurrenzverbot gemäss Ständesregeln oder Gesellschaftsstatuten aufzuheben. Die Ärztesellschaften werden zudem aufgefordert, die Exklusivitäts- und Meistbegünstigungsklauseln in den Ärztetarifen in Zusammenarbeit mit den kantonalen Krankenkassenverbänden aus den Vertragswerken zu eliminieren. Eine entsprechende Aufforderung geht auch an die kantonalen Krankenkassenverbände.

Anregungen an die Krankenkassen

Bei den Krankenkassen stellt der Bericht ebenfalls eine Reihe von Wettbewerbsbeschränkungen fest, die nicht durch Gesetz oder Verordnung vorgegeben sind. Er spricht in erster Linie die Statuten des Konkordats an, die festschreiben, dass das Recht, Verträge abzuschliessen, den kantonalen Krankenkassenverbänden vorbehalten ist. Auf's Korn genommen wird zudem die Verpflichtung der Kassen, einem bestehenden Vertrag beizutreten und auf das Recht zum Abschluss von Sonderverträgen zu verzichten.

Die Zentralisierung des Vertragsschlussrechts wertet die Kartellkommission jedoch nicht als schädlich. Sie stellt im Gegenteil fest, dass die Angebotsmacht der Leistungserbringer geradezu ein Gegenkartell der Kassen bedinge. Anders verhält es sich hingegen mit der Verpflichtung der Kassen, einem bestehenden Vertrag beizutreten und auf *Sonderverträge* zu verzichten. Die Kommission plädiert stattdessen für ein System der grundsätzlichen Vertragsfreiheit

der einzelnen Kassen und lädt das Konkordat ein, die entsprechenden Bestimmungen aufzuheben.

Transparenz schaffen

Wettbewerbsbehindernd sind laut Kartellkommission auch die Grundsätze der Mitgliederwerbung des Konkordats, die den Kassen Preis- und Leistungsvergleiche untersagen und Abwerbungen in Einzel- wie Kollektivversicherungen verbieten.

Die Kommission hat zwar Verständnis dafür, dass die Krankenkassen als nicht gewinnstrebige Organisation, die ihre Mittel in erster Linie für Leistungen an Versicherte verwenden sollten, ihre Werbetätigkeit beschränken müssen, die Einschränkungen in den Werbegrundsätzen des Konkordats gehen ihr aber zu weit. Das Verbot der *Preis-Leistungsvergleiche* bezeichnet der Bericht gleichwohl nicht als schädlich, weil es einer Entsolidarisierung der jungen Versicherten, das heisst ihrer Konzentration in risikogünstigen Kassen entgegenwirke. Die Kartellkommission lädt jedoch das Konkordat ein, Massnahmen zur Förderung der Leistungstransparenz zu ergreifen (z. B. Erstellung einheitlicher Schemata, welche den Versicherten eine Gegenüberstellung der Verhältnisse in verschiedenen Kassen ermöglichen, ferner die Anpassung der unterschiedlichen Terminologie bei der Leistungsbeschreibung u.a.m.).

Auch das *Abwerbverbot* bezeichnet der Bericht im Rahmen der heutigen Ordnung nicht als schädlich. Mit Blick auf das neue Gesetz empfiehlt er den Kassen aber, in der Einzelversicherung darauf zu verzichten.

Vorschläge zur Revision der Krankenversicherung

Die Kartellkommission unterstützt den Entwurf für ein neues Krankenversicherungsgesetz in weiten Teilen. Sie begrüsst insbesondere das Konzept zur Förderung des Wettbewerbs unter Krankenkassen und Leistungsanbietern, das dem Entwurf zugrundeliegt. Dieses Konzept lässt sich aber nach Auffassung der Kommission nur durchsetzen, wenn gewisse Kartelle, die heute den Wettbewerb beschränken oder verhindern, aufgehoben werden. Der Bericht verlangt deshalb die Ergänzung des Gesetzesentwurfs mit einer Reihe von Bestimmungen, die wettbewerbsverhindernde Abreden verbieten. So soll das neue Gesetz folgende Vorkehrungen untersagen:

- *Sondervertragsverbote* zulasten von Verbandsmitgliedern,
- *Verpflichtungen* von Verbandsmitgliedern auf bestehende Verbandsverträge,
- *Konkurrenzverbote* zulasten von Verbandsmitgliedern,
- *Meistbegünstigungs- und Exklusivitätsklauseln* in Tarifverträgen zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen.

Das Gesetz soll im weiteren verhindern, dass Leistungserbringer und Krankenkassen, die einem bestehenden Tarifvertrag beitreten, über Gebühr belastet werden.

Arztdichte im internationalen Vergleich

In der Schweiz zählten wir Ende 1991 laut FMH-Statistik 20 594 berufstätige Ärzte, 10 781 davon mit eigener Praxistätigkeit. Auf einen Arzt mit Praxistätigkeit traf es 637 Einwohner, auf jeden berufstätigen Arzt 334 Einwohner. Nur die alten Bundesländer Deutschlands übertreffen die Schweiz in der Arztdichte. Die neuen Bundesländer eingeschlossen dürfte Deutschland jedoch hinter der Schweiz rangieren.

Land	Berufstätige Ärzte je 10 000 Einwohner
Deutschland (West)	31
Schweiz	29
Frankreich	26
Niederlande	24
USA	23
Kanada	22
Österreich	21
Japan	17
Grossbritannien	14

Quelle: OECD Healthdata:
Die Betriebskrankenkasse 10/92

Nach Ansicht der Kartellkommission soll künftig im Bereich der Krankenversicherung eine vielfältige Vertrags- und Tariflandschaft geschaffen werden. Um dies zu erreichen, dürfen die Krankenkassen nicht mehr verpflichtet werden, sich mit sämtlichen Leistungserbringern vertraglich zu verbinden. Nur bei (nach wie vor möglichen) Verbandsverträgen soll es ein Beitrittsrecht geben. Der Bericht schlägt weiter vor, den Leistungsanbietern, die im Gesetz genannt werden, nicht automatisch zu erlauben, zu Lasten der Krankenversicherung tätig zu werden.

Die Kommission möchte zudem Bewegung in die Tariflandschaft bringen und schlägt deshalb für den ambulanten Bereich die Ablösung des Einzelleistungstarifs durch Zeittarife vor.

Um das Kostenbewusstsein zu stärken, empfiehlt die Kartellkommission, dass auch im System des »tiers payant« (künftig vor allem im Spitalbereich) dem Versicherten ein Exemplar der Abrechnungen der Leistungserbringer zugestellt wird.

Neuregelung des vertragslosen Zustands

Eine wichtige Änderung schlägt die Kartellkommission bei der Regelung des vertragslosen Zustands vor. Sie will verhindern, dass die Anbieterseite in diesem Fall von einem Rahmentarif mit höheren Leistungsentgelten oder einem höheren behördlich festgesetzten Tarif profitieren kann. Die Kommission kritisiert in diesem Zusammenhang, dass auch im neuen Gesetz die Kantone als Richter in eigener Sache die Spitaltarife ersatzweise festlegen sollen, obwohl es ihnen vielfach am nötigen Fachwissen und am entsprechend ausgebildeten Personal für die Bestimmung marktgerechter Tarife fehle. Stossend findet die Kommission zudem die fehlende Mitsprachemöglichkeit der Versicherten und der Patienten bei der Tariffestlegung. Sie empfiehlt daher folgendes Vorgehen:

Im vertragslosen Zustand soll der Vertrag zunächst um ein Jahr verlängert werden. Kommt in dieser Frist kein neuer Vertrag zustande, hat eine unabhängige Instanz, in der neben den Vertragspartnern auch Sachverständige sowie Konsumenten-, Patienten- und Versichertenorganisationen vertreten sind, einen Tarif festzulegen. Gegen ihre Entscheide gibt es keine Rekursmöglichkeit. Zustandegekommene Verträge sollen weiterhin der kantonalen Genehmigungspflicht unterliegen. Das Beschwerderecht gegen Genehmigungsbeschlüsse soll neu über die Vertragsparteien hinaus auf Dritte, die vom Vertrag betroffen sind, ausgedehnt werden.

Bund soll aktiver werden

Schliesslich spricht sich die Kartellkommission dafür aus, dass der Bund seine Verantwortung im Gesundheitswesen vermehrt wahrnimmt. Er soll (entgegen dem Willen

des Ständerats) die Globalbudgetierung selber anordnen können und die Kompetenz erhalten, die Kantone in planerischen Belangen zu unterstützen, im Bereich der Spitzenmedizin die kantonale Spitalplanung zu koordinieren und, falls es die Kantone nicht selber tun, für einen Abbau von Überkapazitäten zu sorgen. W. F.

50 Massnahmen zur Kosteneindämmung in der Krankenversicherung

Von Ueli Müller, KSK-Präsident, Solothurn

Die Kostenlawine im Gesundheitswesen rollt weiter. Auch mit den dringlichen Bundesbeschlüssen wird die Kostenzuwachsrate noch nicht auf die Grösse zurückgebrummt, wie sie sein sollte: maximal so hoch wie der jährliche Zuwachs der Löhne und Gehälter. Würde sie in der Krankenversicherung dieses Ausmass erreichen, wäre sie finanzierbar, finanziell den Versicherten zumutbar und somit der grösste Teil der politischen Probleme gelöst.

Dass die Zuwachsraten noch nicht so sind, wie es wünschbar wäre, kommt nicht von ungefähr: im traditionellen Gesundheitswesen und in der Krankenversicherung sind die Regeln des Marktes ausser Kraft gesetzt; sie spielen nicht wie im klassischen Markt, wo Angebot und Nachfrage zum Gleichgewicht führen. Das persönliche Gut »Gesundheit« hat keinen Preis, womit die Nachfrage unendlich gross wird und offenbar nie befriedigt werden kann.

Damit das System nicht überbordert und sich mit der Zeit selbst zerstört, braucht es Stabilisatoren: Massnahmen, die Angebot und Nachfrage hemmen.

Um die Kosten in der Krankenversicherung im Griff zu halten, gibt es viele Rezepte und Massnahmen. Damit sie zum Einsatz gelangen und nicht fromme Wünsche bleiben, bedürfen die meisten davon einer gesetzlichen Grundlage.

Bei den nachfolgenden 50 Kostendämpfungsmaßnahmen handelt es sich nicht um eine abschliessende Liste. Die aufgelisteten Massnahmen sind auch nicht neu oder gar revolutionär. Die Reihenfolge hat auch nichts mit der Priorität zu tun. Die gesundheitspolitische Auseinandersetzung ist es, welche die Wertung der einzelnen Massnahmen vornimmt.

A. Massnahmen zur Senkung des Gesamtangebotes

1. Totale Vertragsfreiheit der Krankenkassen mit den Leistungserbringern. Nicht jeder Arzt z. B. hat das Recht, zulasten der Krankenversicherung zu praktizieren: nur noch der kostenmässig günstigste.
2. Fixierung eines jährlichen Globalbudgets für alle oder einzelne Leistungskomponenten und Sparten.
3. Verhinderung von Mehrfachuntersuchungen und Parallelbehandlungen durch Eintragung aller Massnahmen (gilt auch für Medikamente) in einen Gesundheitspass, der für jeden Versicherten obligatorisch erstellt und von der behandelnden Medizinalperson mutiert werden muss.

4. Einführung des Numerus clausus bei der Ausbildung von Medizinalpersonen (und andere Zulassungsbeschränkungen für medizinisches und paramedizinisches Personal).

5. Aus- und Weiterbildungsvorschriften für alle Leistungserbringer als einschränkende Massnahme und zur Qualitätssicherung und -verbesserung.

6. Nachweis von Aus-, Weiter- und Fortbildung als Voraussetzung zur Kostenübernahme bestimmter Leistungen (z. B. in der Medizinaltechnik).

7. Fixierung eines abschliessenden Leistungspaketes für die für alle Versicherten geltende Grundversicherung.

8. Alle über 65jährigen Ärzte, Physiotherapeuten usw. sind nicht mehr zur Kassenpraxis zugelassen.

B. Massnahme zur Senkung von Angebot und Nachfrage

9. Kostendämpfung durch Tarifgestaltung:

- Pauschale pro Leistung
- Stundentarif
- Abstufung des Tarifs nach Praxisdauer und Erfahrung der Medizinalperson

10. Einführung der obligatorischen Evaluationsüberprüfung für jede neue Leistung und jedes neue Produkt (Kostenverträglichkeits- und Wirtschaftlichkeitsprüfung).

11. Einholung einer zweiten ärztlichen Meinung (second opinion) bei den häufigsten Operationen.

12. Einführung des Hausarztsystems. Freie Wahl des Hausarztes; jedoch als alleinige Triagestelle für die Weiterbehandlung beim Spezialisten oder im Spital.

13. Bonus-Prämiensystem als Belohnung für gesunde Lebensweise und für Zurückhaltung bei der Inanspruchnahme von kassenpflichtigen Leistungen.

14. Förderung der alternativen Medizin (Methoden* und Medikamente), weil die Kostenstruktur günstiger ist.

15. Besteuerung von Tabak und Alkohol zugunsten der Krankenversicherung, um einerseits präventiv auf die Menge einzuwirken und andererseits die Folgeschäden zu finanzieren.

16. Besteuerung von Benzin und anderen Treibstoffen, um den Verkehr zu beeinflussen und die Unfallschäden zu finanzieren.

17. HMO, Gesundheitskasse mit eigenem medizinischem und medizintechnischem Angebot, wobei der Anbieter (Arzt usw.) nicht an der Mengenausdehnung – sondern am Gegenteil – interessiert ist.

18. Förderung der ambulanten Operationen durch Ausgestaltung der Kostenbeteiligung.

C. Nachfragehemmende Massnahmen

19. Wählbare Jahresfranchisen als Anreiz dafür, keine oder weniger Leistungen in Anspruch zu nehmen.

20. Gezielte Kostenbeteiligung zur Mengenbeeinflussung (z. B. Eigenleistung pro Stunde Psychotherapie).

D. Mengeneindämmende Massnahmen

21. Aufstellung von abschliessenden Indikationslisten für den Einsatz teurer Medizinaltechnik.

22. Blockanalysen anstelle von mehreren Einzelanalysen.

23. Es werden nur noch Röntgenbilder von den Krankenkassen übernommen, von denen ein schriftlicher Befund vorliegt.

E. Massnahmen im Spitalbereich

24. Verbindliche kantonale und regionale Spitalplanung; nur »Planspitäler« sind leistungsberechtigt.

25. Einführung eines Bedürfnisnachweises für Spitalneubauten (privat und öffentlich) und für Spitalerweiterungen.

26. Festlegung von Fallkostenpauschalen (DRG) für die häufigsten Operationen zur Schaffung von Wettbewerb unter den Spitälern.

27. Verkürzung der Hospitalisationsdauer z. B. durch Vorgabe der Anzahl Spitaltage für gewisse Indikationen.

28. Verkürzung der Hospitalisationsdauer durch Förderung von Spitex.

29. Verkürzung der Hospitalisationsdauer durch finanzielle Anreize, z. B. Auszahlung eines Bonus bei Wochenbett mit drei Spitaltagen.

30. Abbau von Bettenüberkapazitäten im Akutbereich (durch Schliessung von Spitälern, Abteilungen oder durch Umfunktionieren in Pflegebetten).

31. Der richtige Patient ins richtige Bett! Je nach notwendiger Pflegeintensität.

32. Teilung der Verantwortung im allgemeinen Spitalbereich durch Teilung der Betriebskostenfinanzierung 50:50.

33. Im Bereich der Spitzenmedizin (z. B. Transplantationschirurgie) ist die kantonale Spitalplanung zu koordinieren, damit keine Überkapazitäten z. B. bei der Herzchirurgie entstehen können.

- 34. Verminderung der Personalkosten im Spital. Nicht Personal suchen und ausbilden, sondern Methoden und Pflegeformen entwickeln, die weniger Personal erfordern.
- 35. Obligatorische Einführung eines einheitlichen Rechnungswesens (Kostenstellen- und Kostenträgerrechnung) im Spital als Grundlage für den Betriebsvergleich.
- 49. Transparente Rechnungstellung als Grundlage für eine bessere Rechnungsüberprüfung und -kontrolle (Leistungsangabe im Klartext, Kalendarium, Diagnose).
- 50. An die Kostenentwicklung gebundene Beiträge der Arbeitgeber an die Prämien der Mitarbeiter und ihrer Familien, um Interesse an den Kosten zu wecken.

F. Massnahmen bei den Ärzten

- 36. Beschränkung bestimmter (insbesondere teurer) Medizinaltechniken auf bestimmte Ärztekategorien (mit bestimmter Ausbildung).
- 37. Verpflichtung der praktizierenden Ärzte, dass in Zukunft keine neuen Arztpraxen eröffnet werden dürfen, solange nicht in jeder Praxis zwei oder mehr Ärzte tätig sind und die Infrastruktur gemeinsam nutzen.
- 38. Angemessene Vergütung der ärztlich-intellektuellen Leistung, wogegen Apparatemedizin nur nach dem Kostendeckungsprinzip.
- 39. Behandlungsrichtlinien bzw. -standards als Vorgabe (von den Ärzten im Consensus-Verfahren erarbeitet).

G. Massnahme im Arzneimittelsektor

- 40. Restriktives aber trotzdem umfassendes Medikamentensortiment, z. B. max. 500 Präparate in der Positivliste.
- 41. Generika-Medikamente anstelle von teuren Originalpackungen.
- 42. Fixierung eines Arzneimittelbudgets pro Arzt (Rezeptur und Selbstdispensation). Überschreitungen werden am Umsatz aus ärztlichen Leistungen abgezogen.
- 43. Klare und abschliessende Limitationsverpflichtungen bei teuren Medikamenten.

H. Sparmassnahmen bei den Krankenkassen

- 44. Verstärkung der Rechnungskontrolle: vermehrter Einsatz der Vertrauensärzte zur Wirtschaftlichkeitsüberprüfung.
- 45. Verstärkte Zusammenarbeit unter den Kassen auf dem Gebiet der elektronischen Datenverarbeitung; aber auch mit den Leistungserbringern (Rechnungstellern) zur Förderung des Datenaustausches.
- 46. Weniger Inserate- und kostspielige Fernsehwerbung.

I. Diverse Massnahmen

- 47. Förderung der Prävention zur Verminderung und Früherkennung von Krankheiten.
- 48. Ausbau der Gesundheits- und Kostenstatistik (Verbesserung der Zusammenarbeit der Leistungserbringer und der Kostenträger).

V. PROPOSITIONS ET PROJETS DE RÉFORME DE L'ASSURANCE-MALADIE /
VORSCHLÄGE UND PROJEKTE ZU EINER REFORM DER KRANKENVERSICHERUNG

"La réforme de la santé à la croisée des chemins" par Robert Leu, in <i>La Vie économique</i> , 5/93	99
Résumé de la proposition du Prof. Heinz Hauser pour <i>une Loi fédérale sur l'assurance-maladie</i>	107
<i>Modèle en vue d'une revision générale de l'assurance-maladie et maternité</i> par Alberto Gianetta	111
<i>Révision de l'assurance-maladie sociale (AMS)</i> , Résumé du rapport de Pierre Gilliand	116
Résumé de la proposition du prof. Peter Zweifel pour <i>une Loi fédérale sur l'assurance-maladie</i>	121
"Initiative populaire des caisses-maladie", in : <i>Les coûts et l'assurance</i> , op.cit.	126
"Assurance-maladie en mouvement" par Hans Jörg Huber, in <i>Sécurité sociale</i> , 1/93 OFAS, Berne	135
"Gesundheitsreform am Scheideweg" von Robert E. Leur, in <i>Volkswirtschaft</i> , 5/93	138
Zusammenfassung des Vorschlages von Prof.Heinz hauser für <i>ein Bundesgesetz über die Krankenversicherung</i>	145
<i>Modell für eine allgemeine Reform der Kranken- und Mutterschaftsversicherung</i> , von Alberto Gianetta	149
Zusammenfassung des Vorschlages von Prof. P. Gilliand für <i>eine Revision der sozialen Krankenversicherung (SKV)</i>	154
Zusammenfassung des Vorschlags über <i>die Neuordnung der Krankenversicherung</i> von Prof. Peter Zweifel	163
"Schutz der Privatsphäre des Patienten und Regelung der Tätigkeit des Vertrauensarztes" von F.-X. Deschenaux in <i>Schweizerische Ärztezeitung</i> , 13.2.1991	166
"HMO Schweiz : Die Stunde der Wahrheit" von Jürg Baumberger, in <i>SKZ</i> , Nr.6, 16.3.1987	170
"Krankenversicherung - immer unterwegs" von Ständerat H. J. Huber, in <i>Soziale Sicherheit</i> , 1/1993, BSV, Bern	173

La réforme de la santé à la croisée des chemins

Perspectives d'avenir pour le système de santé en Suisse



Robert Leu, professeur,
Institut d'économie publique
de l'Université de Berne

A l'instar de nombreux autres pays occidentaux industrialisés, un puissant vent de réforme souffle sur le système de santé en place dans notre pays. On déplore, dans notre système actuel, une gestion déficiente dans tous les domaines et à tous les niveaux, un financement régressif ainsi que la redistribution massive des revenus selon le principe du saupoudrage, tendance qui va partiellement à l'encontre des idéaux traditionnels d'équité. Les projets de réformes actuels ont pour objectif d'organiser notre système de santé selon les principes d'une concurrence accrue (économie de marché) ou alors selon ceux d'une économie plus planifiée (administration étatique). En règle générale, ces projets contiennent également une modification de la répartition des charges liées au financement. La présente étude aborde les défauts de notre système actuel de santé, les deux stratégies fondamentales de réforme ainsi que le projet du Conseil fédéral relatif à la révision de l'assurance-maladie.

Plusieurs facteurs ont démontré que la nécessité d'une réforme du système de santé était devenue urgente en Suisse également: votation populaire de 1987 sur la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie; initiative de 1992 du concordat des caisses-maladie suisses pour une assurance-maladie financièrement supportable; mesures urgentes introduites par la Confédération contre l'explosion des coûts de la santé; efforts courants de révision de l'assurance-maladie. Nous nous intéresserons tout d'abord au rôle de l'Etat dans l'assistance médicale et aux objectifs de la politique de la santé. Ensuite, nous mettrons en évidence les défauts majeurs du système actuel pour réaliser ces objectifs. La thérapie peut reposer sur deux stratégies de réforme: évolution vers un système de santé où domine la concurrence (économie de marché) ou la planification (administration). Ces deux tendances seront analysées l'une après l'autre, avec leurs points forts et leurs faiblesses. Enfin, nous aborderons sous un angle critique les projets de réforme du Conseil fédéral, à la lumière des deux tendances précitées.

Le rôle de l'Etat

Il est évident que les mécanismes de décision politique jouent un rôle crucial dans un système de santé reposant plutôt sur des principes d'une économie planifiée. Mais un système orienté vers les règles de la libre concurrence confie également un rôle important à l'Etat. Cela revient à dire qu'on ne peut en principe jamais laisser les marchés abandonnés à eux-mêmes. Dans tous les domaines de l'économie, il est nécessaire que l'Etat mette en place le cadre dans lequel les règles de la concurrence peuvent jouer (conditions-cadre). Dans le domaine de la santé, on ressent très fortement le besoin d'une réglementation étatique bien conçue et socialement acceptable des conditions de concurrence, et ceci pour deux raisons. Premièrement, certains problèmes surgissent sur les marchés des assurances et entravent leur capacité de fonctionnement. Ainsi, la conclusion d'un contrat d'assurance modifie le comportement de l'assuré («moral hazard»). Dans le domaine de la santé, les assurés exigent plus de prestations de santé qu'ils ne le feraient en l'absence d'assurance. De

plus, on voit apparaître sur les marchés des assurances une tendance au *fractionnement* des risques. Les bons risques peuvent être regroupés (sélection adverse, sélection des meilleurs risques par les assureurs) ou même ne plus faire l'objet d'une assurance. Ainsi, les mauvais risques sont soumis à des primes extrêmement élevées, ou même ne peuvent plus être assurés du tout. Deuxièmement, outre ces problèmes d'efficacité, le système de santé poursuit des *objectifs spéciaux de répartition (objectifs d'équité)*. Le marché ne va pas satisfaire ces objectifs de répartition, dans la mesure où ils sont réalisables, de lui-même. Il s'ensuit qu'il est nécessaire d'adopter des règles appropriées de concurrence, fixées par l'Etat et socialement acceptables.

Les objectifs de la politique de santé

Les cinq objectifs suivants, reconnus comme normes générales, semblent avant tout reposer sur le plus *large consensus*:

1. qualité élevée de l'assistance médicale;
2. fourniture de prestations peu onéreuses (bon rapport qualité-prix);
3. respect des préférences des consommateurs (possibilités de choix);
4. assistance suffisante pour tous les groupes de la population;
5. absence de charges financières insupportables (solidarité entre riches et pauvres ainsi qu'entre personnes valides et malades).

Les objectifs figurant sous chiffres 1 à 3 sont des *critères d'efficacité*; ceux mentionnés sous chiffres 4 et 5 sont des *normes de répartition et d'équité*. Le quatrième objectif se rapporte à la fourniture de prestations, alors que le cinquième touche

au financement du système de santé. Ces objectifs sont naturellement appréciés de manière fort différente par les citoyens et les groupements politiques; leur formulation concrète – notamment pour ce qui concerne les objectifs d'équité – fait également l'objet d'approches extrêmement divergentes. Ainsi l'objectif d'une assistance suffisante pour tous les groupes de la population peut-il, par exemple, être considéré sous une optique allant d'«une assistance identique pour tous» à celle d'«une même santé pour tous» (doctrine égalitaire), en passant par «une assistance identique pour des besoins de même nature».

La gestion déficiente du système actuel

Les *défauts du système actuel* – en fonction des objectifs précités – sont connus (voir p. ex. Sommer 1992a). Pour permettre la réalisation des objectifs d'efficacité décrits plus haut, tous les intéressés doivent être incités et avoir la possibilité de se comporter de manière optimale tant sur le plan économique individuel que sur le plan économique général. Mais ce n'est généralement pas le cas, comme cela ressort des exemples ci-après:

- Les *assurés individuels* disposent d'incitations insuffisantes à utiliser le système de santé de manière plus économe. D'une part, ils ne supportent qu'une infime partie des coûts effectifs (franchise et participation aux frais). D'autre part, ils doivent participer au financement des exigences croissantes des autres assurés par le biais des augmentations de primes et d'impôts, même s'ils font personnellement preuve de retenue dans

“Dans le domaine de la santé, les assurés exigent plus de prestations de santé qu'ils ne le feraient en l'absence d'assurance.”

leur demande. Il semble dès lors rationnel, sur le plan de l'économie individuelle, d'étendre sa propre demande de prestations médicales pour obtenir une certaine contre-valeur pour les primes payées.

- Les *médecins pratiquant en cabinet indépendant* gagnent d'autant

plus, dans le système suisse de facturation des honoraires de prestations individuelles, qu'ils fournissent des prestations toujours plus élevées et plus complexes. Ils n'ont donc aucun intérêt à effectuer des traitements peu onéreux. Ils sont au contraire continuellement tentés de fournir des prestations qui ne sont pas absolument indiquées sur le plan médical. Patients et assureurs ne disposent pas, en règle générale, des informations nécessaires pour juger de la nécessité et de l'adéquation des prestations fournies. Dans les rangs des médecins, on constate des approches différentes et des divergences majeures dans la manière de pratiquer. Se fondant sur ces incertitudes, les médecins sont en mesure de susciter partiellement eux-mêmes leur propre demande. La dimension quantitative de cette demande induite par l'offre est toutefois contestée.

- Les *hôpitaux* n'ont également aucun intérêt à appliquer à leurs patients des traitements plus rapides et moins coûteux (efficacité) dans le cadre du système actuel de rem-

“Les assurés individuels disposent d'incitations insuffisantes à utiliser le système de santé de manière plus économe.”

boursement (forfaits journaliers et facturation des prestations individuelles pour les patients assurés en demi-privé ou en privé). Leurs recettes s'en verraient d'autant réduites, les déficits iraient croissant, et les revenus des médecins-chefs seraient en recul.

- A ce jour, les *caisses-maladie* se sont pour la plupart contentées d'un rôle réduit à de simples fonctions de paiement. En l'absence de concurrence en matière de prix applicables aux assurés, il manque la pression nécessaire pour négocier, avec ceux qui offrent les prestations médicales, les prestations le moins coûteuses possible et du meilleur niveau qualitatif. Les tarifs (prix) des prestations médicales sont fixés de manière contraignante, au niveau cantonal, entre les associations compétentes des caisses-maladie et des médecins. Le représentant d'une caisse ne dispose dès lors d'aucune possibilité de se profiler dans la mesure

- où ces tarifs sont valables pour tous.
- Le système de financement à plusieurs niveaux ne permet pas aux *décideurs politiques* (Confédération, cantons, communes) de prendre leur responsabilité dans le domaine de la santé. Cette situation a pour conséquence que chaque entité essaie en premier lieu de faire supporter les coûts par l'autre.
 - Pour que les assurés puissent exprimer leurs *préférences*, ils doivent disposer de possibilités d'action et de choix. Or cette liberté de choix est aujourd'hui extrêmement limitée. Ainsi les assurés âgés ne peuvent-ils pas changer de caisse-maladie pour de simples raisons de coûts. De plus, les caisses-maladie offrent actuellement un produit largement identique, à savoir une assurance qui couvre l'ensemble de l'offre des prestations médicales dans un canton, à des tarifs uniques en vigueur pour toutes les caisses. L'assuré ne peut donc pas faire un choix sur la base d'un éventail d'options contractuelles prévoyant des montants de primes différents.
 - La *qualité* de l'assistance médicale est, en Suisse, incontestablement bonne en comparaison internationale; personne ne saurait pourtant contester qu'il existe chez nous un énorme potentiel d'améliorations dans ce domaine. En particulier, le problème réside dans l'absence de mécanismes internes au système qui soient suffisants pour en garantir la qualité.
 - En Suisse, les *tarifs hospitaliers* ne couvrent pas les coûts, à l'exception des hôpitaux privés. Cette situation entraîne une distorsion dans l'utilisation des ressources au sein du système de santé. On recourt par exemple trop souvent aux prestations hospitalières, alors que dans certaines circonstances, des traitements ambulatoires seraient nettement moins coûteux pour l'économie générale.

Un système actuel peu équitable

Sous cet aspect, le système helvétique de la santé se distingue des autres systèmes en vigueur dans le monde, qu'on le considère sous l'angle des prestations ou sous celui de son financement (voir *Leu et Gerfin, 1993*).

- En mesurant l'offre de prestations médicales en fonction de la mise à contribution du système (nombre

de jours d'hospitalisation et de consultations, standardisé par classe d'âge, sexe et indicateurs choisis de morbidité), on ne constate en Suisse aucun rapport significatif entre assistance médicale et revenu. La Suisse vient en tête dans la réalisation de l'objectif d'une assistance suffisante offerte à l'ensemble de la population (voir *Van Doorslaer et al., 1992*), si on la compare aux dix pays passés sous revue (Danemark, France, Irlande, Italie, Pays-Bas, Portugal, Espagne, Suisse, Grande-Bretagne et Etats Unis).

- Le *financement* des dépenses de santé en Suisse est régressif (voir *Leu et Gerfin, 1993*); parmi les dix pays passés en revue, cette «régressivité» n'est plus marquée qu'aux Etats Unis (voir *Wagstaff et al., 1992*). Cette situation tient au fait qu'en 1988, le système de santé publique a été financé pour 32 %

"A ce jour, les caisses-maladie se sont pour la plupart contentées d'un rôle réduit à de simples fonctions de paiement."

par les primes, pour 35 % par les assurés privés ou les personnes hospitalisées à leurs propres frais, et enfin pour 33 % seulement par l'impôt. La mesure dans laquelle cela conduit à une charge financière insupportable pour les ménages à faible revenu dépend des réglementations plus ou moins avantageuses mises au point par les cantons en matière de primes pour les bas revenus.

- La *solidarité entre personnes valides et malades* est relativement bien réalisée, dans la mesure où plus de 99 % de la population est assurée auprès d'une caisse-maladie. Néanmoins, depuis peu, cette solidarité est battue en brèche par la croissance des contrats collectifs ainsi que par la chasse que mènent les caisses bon marché en faveur des bons risques.

En résumé, le système suisse de santé publique souffre d'importants défauts dans la mise en œuvre des objectifs susmentionnés; ces défauts pourraient être en partie corrigés par des réformes appropriées.

Des réformes orientées vers la libre concurrence

Se fondant sur le *Consumer-Choice Health Plan* (1978, 1988) mis au point par *Enthoven*, la grande majorité des économistes encouragent une concurrence accrue dans le domaine de la santé. Un tel modèle de système de santé, qui puisse remplir tant les objectifs d'efficience que de répartition, comporte nécessairement deux éléments: un système d'allocation (marché) pour les prestations médicales et un mécanisme de transferts permettant une redistribution des revenus. Le postulat central de ce système repose sur la séparation des fonctions allocatives et redistributives. Le marché de la santé strictement axé sur la concurrence doit veiller à ce que les prestations médicales mises à la disposition des patients

"En Suisse, les tarifs hospitaliers ne couvrent pas les coûts, à l'exception des hôpitaux privés."

soient qualitativement élevées, peu coûteuses (rapport prestation-prix) et justifiées. Le mécanisme de transfert doit assurer à tous les groupes de la population le bénéfice de ces prestations, sans qu'ils aient à en subir une surcharge financière.

Pour mettre en place une véritable concurrence dans le secteur de la santé, il faut tout d'abord garantir que la concurrence règne en matière d'assurance. A cette fin, il conviendrait d'abolir l'ensemble des dispositions étatiques (fixation des primes selon l'âge d'entrée, etc.) qui aujourd'hui limitent ou entravent la concurrence. Le marché devrait être ouvert

à tous ceux qui manifestent la volonté et qui sont en mesure d'offrir des prestations d'assurance, donc ouvert en particulier aux assureurs privés à la recherche du profit. Il faudrait prescrire aux assureurs un socle minimum de prestations à couvrir en matière d'assistance de base ainsi que l'obligation d'accepter toutes les personnes désireuses de s'assurer dans ces conditions. L'échelle de primes ne pourrait dès lors varier que dans le cadre des classes de risques déterminées par la loi (par exemple, âge, sexe, région). Certains paramètres – par exemple une franchise annuelle maximale – seraient également prescrits par la loi afin d'éviter une désolidarisation non souhaitée.

Les assureurs disposeraient notamment de la possibilité de conclure des assurances individuelles avec ceux (individus ou groupes) qui offrent des prestations médicales. Une large palette d'arrangements et de formes institutionnelles serait envisageable dans ce domaine, entre autres les HMO (Health Maintenance Organi-

"On ne constate en Suisse aucun rapport significatif entre assistance médicale et revenu."

zations) ou les PPO (Preferred Provider Organizations). Dans ces deux cas, l'assuré accepte librement une certaine restriction dans le choix du médecin indépendant ou de l'hôpital, et bénéficie ainsi d'une prime moindre. Il va de soi que, dans ces deux variantes d'assurance, il serait impossible d'exclure de l'assurance de base certaines prestations médicales spécifiques (voir *Sommer 1992b*).

En second lieu, il faudrait créer les conditions nécessaires à l'existence d'une véritable concurrence en ma-

tière de prestations dans le cadre de l'offre de prestations médicales: interdiction des ententes cartellaires – l'association des médecins ne devrait plus négocier de tarifs cantonaux obligatoires pour tous ses membres (voir *Commission des cartels, 1993*) – et suppression de toutes les subventions du côté de l'offre de prestations médicales (en particulier les hôpitaux). Ceux-ci seraient dès lors contraints de percevoir des tarifs qui couvrent leurs coûts, y compris les coûts en capital. L'élimination des subventions hospitalières signifie toutefois que les prestations d'économie générale, notamment la formation et les services d'urgence, devraient reposer sur une base financière séparée (impôts). Chaque unité médicale pourrait et serait tenue de s'organiser et de fonctionner sur une base entrepreneuriale. Les médecins pourraient

"La solidarité entre personnes valides et malades est relativement bien réalisée, dans la mesure où plus de 99 % de la population est assurée auprès d'une caisse-maladie."

par exemple se regrouper en communautés d'intérêts économiques homogènes. Ces groupes pourraient se faire concurrence pour attirer les patients. Outre les prix pratiqués, ce sont le niveau de formation (perfectionnement) et le degré élevé de qualité des prestations qui auraient la primauté comme instruments de concurrence.

Dans les conditions-cadre ainsi créées, la concurrence introduite sur le marché de l'assurance se reporterait automatiquement sur celui des prestations médicales. Les assureurs rechercheraient la collaboration avec l'offre de prestations médicales qualitativement la plus élevée mais aussi la moins onéreuse; comme nous l'avons relevé plus haut, diverses formes d'organisation sont envisageables dans ce domaine. Ainsi, l'offre de prestations médicales serait vraiment incitée à prendre en considération les aspects économiques généraux. Une véritable concurrence en matière de prestations pourrait alors voir le jour dans le cadre de l'offre des prestations médicales. On assisterait, dans l'ensemble, à une amélioration de la qualité de l'assistance médicale et du rapport prix-prestations.

Un tel modèle purement concurrentiel ne serait naturellement pas acceptable sous cette forme, pour des raisons de politique distributive. Il doit donc être complété par un système de transferts – une sorte de mécanisme de redistribution – en faveur des personnes économiquement faibles. A l'inverse du statu quo, l'ensemble des contributions étatiques financées par l'impôt parviendrait, dans ce modèle, directement et de manière ciblée à certaines catégories spécifiques d'assurés (petits revenus; femmes, en compensation des primes plus élevées qu'elles doivent payer en fonction du risque). Toutes les subventions destinées à l'offre de prestations médicales et aux assureurs (à l'exception de la rémunération des prestations d'économie générale) seraient transférées aux assurés. Pour permettre un tel transfert, il faudrait réorganiser le régime des subventions. On pourrait ainsi envisager, par exemple, une législation-cadre fédérale (harmonisation), dont l'exécution devrait toutefois revenir aux cantons, comme jusqu'ici. Un tel mécanisme de transferts pourrait avoir le profil suivant: les plus bas revenus, disons le premier décile, recevraient une contribution aux primes correspondant à peu près à la moyenne des primes applicables à l'assurance de base dans la région concernée. Ensuite, la contribution décroît de manière linéaire pour devenir nulle pour les personnes qui n'appartiennent pas aux 30 ou 40 % de la population économiquement la plus faible. Il s'agit ici d'un concept analogue à un impôt négatif sur le revenu, mais qui est limité au domaine de la santé. Le degré de progression du financement appliqué dans le cadre de cet instrument peut varier selon l'approche politique dominante.

La réglementation en matière de concurrence

Une réglementation en matière de concurrence applicable au système de la santé publique devrait comporter les douze points suivants:

1. Des primes adaptées au risque sont une condition essentielle pour permettre une concurrence intensive sur le marché de l'assurance. Plus les primes effectives s'écartent de celles pratiquées en fonction du risque, plus l'incitation à la libre concurrence des prestations diminue; les possibilités de sélectionner les risques augmentent en principe d'autant. Le législateur doit donc déterminer de manière

contraignante les classes de risques applicables à tous les assureurs. Les assurances collectives dans le domaine des soins médico-pharmaceutiques sont interdites.

2. Des *contributions étatiques aux primes, dépendant du revenu et de la fortune*, sont une condition indispensable à des primes adaptées au risque. Dans un modèle concurrentiel, l'ensemble des subventions fédérales et cantonales (à l'exception de la rémunération des prestations d'économie générale) sont transférées aux dites contributions de primes/déductions fiscales. On apporte ainsi un soutien à certains groupes de population, notamment aux personnes économiquement les plus faibles. Une variante a été esquissée plus haut.

3. Un *émolument d'affiliation dépendant de l'âge/obligation de s'assurer*: alors que les primes ne peuvent toujours être adaptées qu'approximativement au risque, il est néces-

'Un modèle de système de santé orienté vers la libre concurrence comporte nécessairement deux éléments: un système d'allocations (marché) pour les prestations médicales et un mécanisme de transferts permettant une redistribution des revenus.'

saire de disposer d'un instrument pour éviter que les bons risques ne soient pas assurés. Un moyen pour y parvenir consiste en la fixation d'un émolument d'affiliation dépendant de l'âge au moment du début de l'assurance. Cet émolument devrait être calculé de manière telle que le renoncement à l'assurance pour les bons risques ne soit pas rentable. On peut naturellement atteindre le même objectif par l'introduction de l'assurance obligatoire. Les effets des deux variantes sont équivalents. On peut toutefois les apprécier d'une manière totalement différente sur le plan politico-économique.

4. Une *participation aux frais dépendant du revenu*: son objectif est de réduire la surconsommation médicale («moral hazard»). Une franchise annuelle d'un montant important y occupe une place prépondérante. Celle-ci ferait substantiellement chuter les frais administratifs des caisses-maladie et, par conséquent, les primes. La franchise annuelle de-

vrait être aménagée en fonction du revenu afin d'éviter les difficultés en cas de faibles revenus. Les participations aux frais pourraient également varier selon les caractéristiques des assurés.

5. Un *libre accès au marché pour les assureurs*, tant pour ceux qui recherchent le profit que pour ceux d'utilité publique. Rien ne justifie le maintien de l'actuelle asymétrie entre le marché de l'assurance et celui des prestations médicales – bien qu'elle figure toujours dans le modèle du Conseil fédéral. En application de la réglementation actuelle, la recherche du profit demeure interdite sur le marché de l'assurance. Par contre, les médecins, les entreprises pharmaceutiques et les hôpitaux privés peuvent non seulement travailler en recherchant le profit, mais de plus s'affilier à des cartels.

6. Une *obligation de réassurance, compensation des risques importants*: la nécessité d'introduire la réassurance obligatoire est patente. Une compensation des risques importants s'impose, car un très petit pourcentage de patients est à l'origine d'une partie considérable des coûts. Ce fonds pourrait aussi être financé par l'affectation de moyens fiscaux.

7. Un *socle de prestations minimales (assistance de base)*. En analogie avec la situation actuelle, il faudrait imposer aux assureurs l'obligation d'assurer un socle de prestations minimales. Une définition exhaustive de ce «paquet» de prestations minimales dans l'assurance de base – telle qu'elle figure dans le projet du Conseil fédéral – ne semble pas appropriée au vu de l'évolution rapide des technologies médicales; de plus, elle entraverait la libre concurrence en matière de prestations. Les assu-

"Des primes adaptées au risque sont une condition essentielle pour permettre une concurrence intensive sur le marché de l'assurance."

reurs demeurent naturellement libres, dans le modèle concurrentiel, de proposer des assurances complémentaires.

8. Le *libre-passage intégral (obligation d'accepter un assuré)*: une telle prescription est une condition pour induire la concurrence sur le marché de l'assurance. Pour éviter tout débordement, on pourrait fixer une du-

rée minimale du contrat à deux ans.
9. Le *libre accès au marché pour l'offre médicale qualifiée*: dans un système organisé sur une base concurrentielle, il n'y a pas de raison d'exclure une offre particulière (qualifiée), par exemple les hôpitaux privés. La pression concurrentielle permettrait une adaptation automatique de la capacité et de la structure de l'offre.

10. La *capacité d'autofinancement*: il faut imposer la rentabilité à l'ensemble de l'offre existant sur le marché de la santé. Ceci est notamment valable pour les hôpitaux publics. La suppression de toutes les subventions (à l'exception de la rémunération des prestations d'économie générale pour la formation, les services d'urgences, etc.) aurait pour conséquence de contraindre tous les hôpitaux à pratiquer des prix qui couvrent l'entier de leurs frais (y compris les coûts en capital). Après une période transitoire, on verrait apparaître la transparence des coûts qui fait tant défaut aujourd'hui. Les assureurs pourraient alors négocier des contrats avec chaque hôpital, compte tenu du prix et des prestations.

11. La *liberté tarifaire pour l'ensemble de l'offre (interdiction d'ententes ou de cartels)*: il faudrait introduire l'interdiction des ententes sur les prix et des cartels, à l'instar de la réglementation en vigueur dans le secteur économique de la plupart des pays industrialisés (CEE, USA, Canada). Cela signifie en particulier que les sociétés de médecins et les associations de caisses-maladie ne pourraient plus négocier ni structure tarifaire collective ni système de facturation par points valables pour tous leurs membres. De la même manière, les ententes cartellaires entre assureurs seraient interdites.

12. Un *contrôle préventif des fusions*: il faudrait prévoir un contrôle préventif des fusions, par analogie à la législation générale sur la concurrence en vigueur dans la plupart des

pays industrialisés. Les regroupements tant sur le marché de l'assurance que sur celui des prestations médicales seraient soumis à autorisation, dans les cas où la nouvelle entreprise ainsi créée dépasserait un seuil critique de part du marché.

Concurrence et solidarité

On craint souvent que les réformes tendant à introduire la concurrence engendrent une désolidarisation dans le domaine de la santé. Ce reproche n'est pas applicable au modèle esquissé ci-dessus. Au contraire, comparée aux circonstances actuelles, la situation des personnes économiquement faibles pourrait être améliorée, sans recourir à des moyens supplémentaires. La solidarité sera en effet limitée aux niveaux et aux groupes de personnes pour lesquelles elle revêt une signification dans le domaine de la santé. En assurance-maladie, la priorité est accordée à la solidarité entre personnes valides et malades. Celle-ci sera réalisée au sein de chaque classe de risques dans le modèle concurrentiel. Dans une même classe de risques, toutes les personnes assurées auprès du même assureur pour le même «paquet» de prestations paient les mêmes primes – indépendamment de leur propre sollicitation du système. Le montant des primes pour une période donnée ayant été supérieur, pour les personnes valides, et inférieur, pour les personnes malades, aux coûts qu'elles ont générés, il s'ensuit automatiquement une *solidarité entre personnes valides et malades*.

Par contre, la redistribution entre jeunes et personnes âgées, sans égard à leur situation économique, est éliminée (on retrouve une approche semblable chez Buschor, 1992, Tschopp, 1992 et Baumberger, 1992).

Ne seraient plus spécifiquement soutenues, par le biais d'une contribution aux primes, que les *personnes âgées économiquement faibles*. L'équation «vieux = pauvre» ne correspond plus à une réalité dans la Suisse d'aujourd'hui (voir Leu et al. 1988). Les récentes recherches entreprises dans le domaine de la pauvreté montrent que celle-ci représente un problème croissant pour les groupes d'âges les moins avancés. Cette évolution va s'accroître, dans la mesure où il leur faut supporter le poids croissant du deuxième pilier. Le groupe de pauvres numériquement le plus élevé est actuellement, en Suisse comme dans le reste du monde, constitué par les enfants.

L'évolution démographique montre que la redistribution entre jeunes et vieux atteint ses limites; elle ne devrait pas avoir lieu par le biais du système de santé et en aucun cas par le principe du saupoudrage. La

'La solidarité entre personnes valides et malades sera réalisée au sein de chaque classe de risque dans le modèle concurrentiel.'

charge que supporte le nombre décroissant des personnes actives, du fait de l'augmentation des effectifs de personnes âgées, augmentera massivement au début du siècle prochain, même si l'on entend uniquement maintenir les prestations sociales actuelles. Il est par conséquent dépourvu de sens d'accroître massivement la charge qui pèse sur les jeunes personnes actives pour porter soutien au groupe toujours plus aisé des personnes âgées, et ceci sans tenir compte de la situation financière de ces dernières.

La solidarité entre riches et pauvres revêt bien une signification également dans le domaine de la santé, mais uniquement en faveur des personnes qui sont effectivement faibles sur le plan économique. Cette solidarité sera garantie dans notre modèle par le *mécanisme de redistribution* que nous avons décrit plus haut. Les subventions destinées aujourd'hui à l'offre de prestations, qui reviennent également aux plus riches, seraient massivement redistribuées et bénéficieraient spécialement aux personnes économiquement les plus faibles.

Les réformes axées sur une économie planifiée

En principe, cette stratégie de réforme se distingue par le fait que, par rapport aux incitations concurrentielles, les compétences essentielles de choix et de décision sont retirées aux assurés pour tomber sous la responsabilité du processus politique de décision. Cette stratégie permet de fixer sur le plan politique des *budgets globaux* qui déterminent le montant que la société dans son ensemble entend allouer au système de santé. En Suisse, on pense en premier lieu à des budgets maximaux arrêtés par les cantons, car le système de santé ressort pour une grande part de leur domaine de compétence. De plus, les cantons supportent aujourd'hui déjà la plus grande partie des dépenses de santé financées par l'impôt.

La fixation d'un budget total déterminé ne sous-entend pas nécessairement que l'Etat fournisse l'ensemble des prestations de santé dans le cadre d'un système national de santé, comme c'est le cas par exemple en Grande-Bretagne. Il suffit – comme au Canada, par exemple – qu'il prenne en charge le seul financement et mandate des privés pour assurer l'assistance médicale (voir Sommer 1983). Dans ce cas, le financement ne doit pas avoir obligatoirement lieu en recourant à l'impôt. Ce qui est déterminant, c'est que la responsabilité financière soit concentrée à une seule place. Les dépenses pour l'assistance médicale se trouvent ainsi en concurrence directe avec d'autres tâches étatiques, et les simples transferts de coûts sont rendus plus difficiles (voir Sommer 1992a).

Des budgets globaux sont fixés en premier lieu pour maintenir sous contrôle l'évolution des coûts dans le domaine de la santé. La pratique a démontré (voir Leu 1986, Schieber et Pouillier 1990) que des systèmes de

financement étatique centralisés peuvent être moins onéreux lorsque la volonté politique existe de rationner l'offre médicale. Les systèmes en vigueur en Grande-Bretagne, et en Nouvelle-Zélande avant la réforme de la santé, l'ont démontré. Lorsque cette volonté politique fait par défaut, la budgétisation globale n'empêche pas des dépenses de santé élevées, comme le montrent les exemples du canton de Vaud et du Canada.

La budgétisation globale n'a de sens que si la fixation du budget signifie restriction effective et que celle-ci est effectivement respectée. C'est ici que réside la clef de voûte du système. Si un canton entend véritablement respecter un budget restrictif, il est tenu à long terme de planifier l'offre médicale sur une grande échelle et de la réglementer (rationner). Ainsi, le nombre de lits d'hôpital doit être fixé de manière contrai-

"Sous l'angle de l'efficacité et de l'équité, il faut clairement donner la préférence à la solution concurrentielle et non à l'alternative d'une réforme axée sur une approche d'économie planifiée."

gnante et exhaustive par catégorie de lits. Une nouvelle offre, éventuellement plus efficace, est par conséquent exclue du marché. Chaque hôpital se voit attribuer un budget dans le cadre duquel il doit s'organiser. Les investissements et ainsi le progrès technologique sont (politiquement) déterminés par ce budget spécifique aux hôpitaux (voir Zweifel/Pedroni, 1987). Ainsi, il deviendrait vite inévitable (si l'on veut effectivement freiner l'augmentation des coûts) de devoir limiter le nombre de médecins pratiquants. Afin d'éviter les disparités régionales, il faudrait également planifier et réglementer à long terme l'installation des nouveaux médecins. Il s'avérerait probablement bientôt nécessaire de changer le système d'indemnisation – par exemple en recourant au forfait individuel –, car la facturation des prestations individuelles comporte toujours le risque d'une extension indésirable de leur nombre.

Ces quelques considérations démontrent clairement que la budgétisation globale ne peut être introduite avec succès que dans le cadre d'une

planification et d'une réglementation étatiques très étendues. Les inconvénients à la longue de tels systèmes à économie planifiée sont connus: rationnement d'importantes prestations médicales, files d'attente, moins de confort hospitalier, non-respect des préférences des consommateurs, qualité déficiente de l'assistance médicale, risque d'avoir une médecine de classes, etc. De tels systèmes étatiques financés par l'impôt ne permettent pas d'offrir aux assurés des prestations différenciées, en fonction de leurs préférences. Ils ne favorisent pas non plus un comportement individuel respectueux des coûts, ni pour l'offre ni pour la demande de prestations médicales.

Le projet du Conseil fédéral

Se fondant sur le modèle de la Commission Schoch (voir commission d'experts, 1990), le Conseil fédéral a présenté dans son message du 9 novembre 1991 ses propositions de révision de l'assurance-maladie. Le projet du Conseil fédéral apporte les améliorations suivantes par rapport au statu quo:

- Une meilleure solidarité: un coup de frein est donné à la sélection des risques par l'introduction de certaines mesures (interdiction des assurances collectives, obligation de s'assurer, compensation des risques entre caisses). On pourrait obtenir un effet semblable dans le modèle concurrentiel en mettant en œuvre d'autres instruments moins onéreux sur le plan de l'économie générale.
- Une assurance financièrement plus supportable pour les personnes économiquement faibles: cet objectif sera avant tout atteint par l'introduction de contributions aux primes provenant des moyens fédéraux et cantonaux. Le modèle de financement prévu présente toutefois de sérieux inconvénients. Il contient en particulier une obligation de financement à la charge de la Confédération. Des contributions aux primes seront versées à tous les assurés dont le montant des primes dépasse 8 % du revenu de référence. Au moment prévu de l'entrée en vigueur du système, plus de la moitié des assurés seraient ainsi subventionnés. De telles contributions aux primes n'ont un sens que si l'on garantit (par exemple par l'introduction de la concurrence) que les coûts ne vont pas partir à la dérive. Ce n'est malheureusement pas le cas dans le modèle du Conseil fédéral. On

peut craindre au contraire que les contributions fédérales réduisent la prise de conscience de la dimension «coûts» au sein des caisses-maladie et des cantons, «puisque les conséquences financières pour une partie des assurés seront amorties par des subventions fédérales» (proposition de la minorité Hauser, commission d'experts 1990, p. 159).

Le projet du Conseil fédéral présente les défauts suivants, comparé au modèle concurrentiel:

- Subventions: les subventions cantonales aux hôpitaux subsistent. Selon le message, le degré de couverture des coûts par les tarifs hospitaliers peut atteindre au maxi-

"Le mécanisme de financement automatique et l'absence de concurrence accrue contribueront à la poursuite de la croissance rapide des coûts de la santé."

mum 50 % des coûts en chambre commune. Du point de vue concurrentiel et pour les motifs invoqués, il serait théoriquement beaucoup plus déterminant de redistribuer largement ces moyens aux assurés.

- Prime unique: les primes uniques conduisent facilement à la sélection des risques. Pour empêcher une telle évolution, la commission a fixé de manière exhaustive le contenu de l'assistance de base et prévu une compensation très équilibrée des risques entre les caisses. C'est de la mise en œuvre pratique de cette compensation des risques sur le plan technique que dépendra la tentation plus ou moins forte de sélectionner les risques. Quoi qu'il en soit, il est certain que les

caisses seront ainsi encore moins incitées qu'aujourd'hui à faire pression sur les prix de l'offre de prestations médicales (dans l'assistance de base). La disparition des caisses va se poursuivre, mais de manière moins rapide. Ne demeureront à l'issue de cet assainissement structurel que quelques grands assureurs avec une même structure de risques, une offre de prestations identique et des primes largement semblables. Dans ces conditions, on pourrait tout aussi bien transférer l'assurance de base à une caisse unique, entraînant peut-être de moindres coûts administratifs.

- *Fonds de compensation des risques*: sous la forme projetée, le fonds de compensation des risques – conjointement avec la prime unique et le «paquet» de prestations défini de manière exhaustive – a pour conséquence que les incitations à la véritable concurrence seront très timides. Ce que le Conseil fédéral décrit dans son rapport comme une «saine concurrence» n'est rien d'autre que le maintien de structures aux dépens de la concurrence, avec les conséquences négatives que cela entraîne. L'assainissement structurel entre les caisses-maladie ne pouvant être stoppé, ce mécanisme ne fait qu'augmenter les coûts économiques généraux découlant de cet assainissement. Ce fonds a été toutefois limité à dix ans suite à la procédure de consultation.
- *Prestations minimales*: la définition exhaustive d'un paquet de prestations minimales dans le domaine de l'assurance de base élimine un important paramètre lié à la concurrence et empêche toute volonté d'action ou de pensée innovatrice. Toute modification des prestations obligatoires serait soumise à une révision de l'ordonnance ou de la loi. On court ainsi le risque de voir une quelconque

instance politique ou des experts interpréter l'assistance de base comme étant une assistance maximale, sans tenir compte des intérêts des assurés. De plus, les lacunes en matière d'assurance ne seraient comblées que dans des délais extrêmement longs. Compte tenu de l'évolution très rapide du progrès technologique, cette réglementation bureaucratique engendrerait une perte certaine du niveau de bien-être par rapport au statu quo.

Conclusions

1. Sous l'angle de l'efficacité et de l'équité, il faut clairement donner la *préférence* à la *solution concurrentielle* que nous avons présentée, et non à l'alternative d'une réforme axée sur une approche d'économie planifiée.
2. Comparé à la situation actuelle et aux idées du Conseil fédéral, le *modèle concurrentiel* esquissé rendrait possible une *assistance médicale de meilleure qualité et moins coûteuse*, tout en réduisant la charge financière supportée par les groupes de la population économiquement désavantagés.
3. En regard du statu quo, le *modèle du Conseil fédéral* n'engendre que des *progrès en relation avec les objectifs de répartition* (solidarité). Il ne permet toutefois cette solidarité que moyennant des *coûts d'économie générale trop élevés* en comparaison du modèle concurrentiel.
4. Dans l'ensemble, le concept du Conseil fédéral incite à moins rechercher la *concurrence* et à adopter un comportement moins attentif aux *coûts* liés à une assistance médicale de haute qualité. A la place, on a prévu de nouveaux instruments de régulation (budget global, limitation d'accès).
5. Le *mécanisme de financement automatique et l'absence de concurrence accrue* contribueront à la *poursuite de la croissance rapide des coûts de la santé*. On court ainsi le risque de devoir recourir à l'avenir, dans le domaine de la santé publique, à des mesures dirigées encore plus étendues; on s'inscrira alors toujours plus dans un système d'économie planifiée, qui a toujours montré, dans le passé, qu'il représente un principe d'organisation inadapté.

Références bibliographiques

- Baumberger, J. (1992): «Im Gesundheitswesen sind die alten Menschen ökonomisch interessant», *Neue Zürcher Zeitung*, 12. 11. 1992, 23.
- Message du Conseil fédéral sur la révision de l'assurance-maladie, du 6. 11. 1991, Berne
- Buschor, E. (1992): «Risikogerechte Krankenversicherungsprämien. Lastenausgleich für Betagte als ein Hauptgrund des Prämienanstiegs», *Neue Zürcher Zeitung*, 16. 10. 1992, 241.
- Enthoven, A. C. (1978): Consumer-Choice Health Plan, *New England Journal of Medicine* 198, 650–658 et 709–720.
- Enthoven, A. C. (1988): *Theory and Practice of Managed Competition in Health Care Finance*, North Holland, Amsterdam.
- Enthoven, A. C. and R. Kronick (1989): A Consumer-Choice Health Plan for the 1990's, *New England Journal of Medicine* 320, 29–37 et 94–101.
- Commission d'experts «Révision de l'assurance-maladie», rapport et projet du 2. 11. 1990, Berne: OCFIM 1990.
- Commission des cartels (1993): *Caisses-maladie et conventions tarifaires*, publications de la Commission suisse des cartels et du préposé à la surveillance des prix, Berne: OCFIM.
- Leu, R. E. (1986): «The Public-Private Mix and International Health Care Costs», in: A. J. Culyer and B. Jönsson (eds.), *Public and Private Health Services*, Oxford: Basil Blackwell, 41–66.
- Leu, R. E., Buhmann, B. und R. L. Frey (1988): «Einkommens- und Vermögensverteilung: Die Begüterten und die weniger Begüterten», in: R. L. Frey und R. E. Leu (Hrsg.), *Der Sozialstaat unter der Lupe, Wohlstandsverteilung und Wohlstandsumverteilung in der Schweiz*, Basel: Helbing & Lichtenhahn, 33–74.
- Leu, R. E. und M. Gerfin (1993): «Equity in the Finance and Delivery of Health Care: Switzerland», in: E. v. Doorslaer, A. Wagstaff and F. Rutten (eds.), *Equity in the Finance and Delivery of Health Care. An International Perspective*, Oxford etc.: Oxford University Press, 219–235.
- Schieber, G. J. and O.-P. Poullier (1990): «Overview of International Comparisons of Health Care Expenditures», in: *Health Care Systems in Transition*, OECD Social Policy Studies No. 7, Paris.
- Sommer, J. H. (1983): *Kostenkontrolle im Gesundheitswesen. Die nordamerikanischen Erfahrungen mit staatlich regulierten und wettbewerblich orientierten Ansätzen*. Diessenhofen: Rüegger.
- Sommer, J. H. (1992a): «Reformprobleme der sozialen Krankenversicherung in der Schweiz», in: G. Gäfgen (Hrsg.): *Systeme der Gesundheitssicherung im Wandel*, Gesundheitsökonomische Beiträge 13, Baden-Baden: Nomos, 159–185.
- Sommer, J. H. (1992b): *Health Maintenance Organizations. Erwartungen und Erfahrungen in den USA*, Chur/Zürich: Rüegger.
- Tschopp, P. (1992): «AHV plus – ein Vorschlag zur Lösung des Sanierungsfalls Krankenkassen», *Neue Zürcher Zeitung*, 12. 11. 1992, 23.
- Van Doorslaer, E., Wagstaff, A. and others (1992): «Equity in the Delivery of Health Care: Some International Comparisons», *Journal of Health Economics* 11, 361–387.
- Wagstaff, A., Van Doorslaer, E. and others (1992): «Equity in the Finance of Health Care: Some International Comparisons», *Journal of Health Economics* 11, 389–411.
- Zweifel, P. und Pedroni, G. (1987): *Die Spitalfinanzierung in der Schweiz*, Studien zur Gesundheitsökonomie 10, Basel: Pharmainformation.

Résumé
de la proposition du Professeur Heinz Hauser
pour une Loi fédérale sur l'assurance-maladie

La proposition vise en substance les objectifs suivants; but premier: garantir à la population les soins médicaux dont elle a besoin. Il faut donc permettre à chaque citoyen de s'assurer à cet effet dans des conditions supportables. Etant donné toutefois que le domaine de la santé se heurte à des limites sur le plan financier, les coûts doivent être contrôlés avec efficacité. Il convient, à cette fin, de renforcer la liberté contractuelle tant entre assurés et assureurs (caisses) qu'entre caisses et fournisseurs de prestations médicales. Quant aux réglementations imposées par l'Etat, elles doivent être réduites à la part nécessaire pour garantir le bon fonctionnement du système. Ce faisant, il s'agit aussi de procéder à une péréquation sociale au sein même de l'assurance-maladie. La proposition démontre que cette péréquation n'est pas incompatible avec un contrôle des coûts concurrentiel.

Les objectifs précités doivent être atteints au moyen d'une loi sur l'assurance-maladie, s'inspirant des principes suivants:

Il convient de faire bénéficier tout assuré d'un libre passage intégral, afin de contrecarrer la "désolidarisation" qui existe actuellement entre les caisses-maladie et à l'intérieur même de celles-ci, mais aussi afin d'intensifier la concurrence entre les caisses pour ce qui est de leurs efforts visant à réduire les frais. Toutefois, un système dans lequel l'assurance-maladie est facultative ne permet pas un libre passage - intégral et illimité. Dès lors, il convient de déclarer l'assurance-maladie obligatoire pour toutes les personnes habitant en Suisse.

L'assurance-maladie demeure une assurance individuelle, donc financée en premier lieu par des cotisations individuelles. Celles-ci peuvent être échelonnées d'après l'âge, le sexe et les différences de frais dues aux conditions locales. S'agissant des cotisations pour adultes échelonnées d'après l'âge, la différence entre la cotisation la plus basse et la cotisation la plus élevée ne doit pas excéder 100 pour cent. En ce qui concerne les cotisations des femmes, elles ne peuvent pas dépasser celles des hommes de plus de 10 pour cent. Les contrats collectifs ne sont plus admis dans l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques, car ils entraînent une désolidarisation. De même, il ne doit désormais plus y avoir de caisses-maladie d'entreprises.

Les caisses-maladie et les compagnies d'assurance privées doivent être mises sur un pied d'égalité tant pour l'assurance de base que pour les assurances complémentaires. C'est dire que les compagnies d'assurances privées doivent aussi pouvoir pratiquer l'assurance-maladie sociale (assurance de base). En revanche, ce sont les principes juridiques de l'assurance privée qui régiront les assurances complémentaires, que l'assureur soit une caisse-maladie ou une compagnie d'assurance.

L'assuré doit pouvoir choisir entre plusieurs formes d'assurance de base, le contrat normal prévoyant une participation aux frais de 20 pour cent avec un montant maximal par année. En outre, des franchises annuelles peuvent être offertes aux assurés ainsi que des assurances alternatives, dans lesquelles le libre choix de l'assuré entre les fournisseurs de prestations est limité.

Au niveau des mesures privées visant à réduire les coûts, l'accent est mis sur les conventions dans lesquelles les caisses et les fournisseurs de prestations fixent le remboursement des

frais. La liberté contractuelle se voit donc renforcée. Désormais, seuls les médicaments seront tarifés de manière uniforme, sur le plan national. Le contrôle des coûts par le biais du droit conventionnel l'emporte ainsi sur d'autres mesures prévues dans le projet de LAMM, telles que l'octroi de compétences de "régulation" et de planification à la Confédération respectivement aux cantons. Telle est d'ailleurs la direction de la proposition, d'après laquelle les remboursements faits aux hôpitaux doivent en principe couvrir tous les frais, ce qui signifie en d'autres termes que les cantons ne doivent plus contribuer, par des subventions, au financement des hôpitaux. Le système actuel a pour conséquence de "privilegier", pour ainsi dire, les traitements en établissement hospitalier, ce qui est au détriment des soins prodigués hors de l'hôpital. Dorénavant, le choix effectué par les caisses-maladie sur le plan conventionnel doit se faire en fonction de la situation effective des hôpitaux, au niveau des coûts, ce qui accentuera encore la concurrence entre établissements hospitaliers, privés et publics.

Dans un système fondé sur un libre passage intégral, on pourrait certes renoncer à une péréquation des charges au moyen de subventions; cette péréquation doit, toutefois, continuer à se faire grâce à des subsidés de la Confédération. Ainsi, tel sera le cas pour les femmes, les personnes âgées de plus de 65 ans et les bénéficiaires d'une rente d'invalidité. Cependant, n'auront droit aux subsidés que les caisses, dont l'effectif de femmes, de personnes âgées ou de rentiers-AI dépasse la moyenne. C'est dire qu'un nombre considérable de caisses ne recevra pas de subventions au titre de la péréquation des charges. Par ailleurs, comme actuellement, quelques subventions spéciales sont prévues pour des prestations déterminées, principalement

en cas de maternité. S'agissant de la péréquation sociale, elle se fera au moyen des subsides alloués par les cantons pour réduire les cotisations des assurés "économiquement faibles". La suppression du financement des hôpitaux par les cantons permettra de disposer à cet effet de ressources suffisantes (3'158 millions de fr.); quant à la Confédération, elle se limitera à soutenir les cantons à faible capacité financière. Le montant des subsides fédéraux sera donc le suivant:

	<u>millions de francs</u>
Maternité	180
Femmes de 21 à 65 ans	20
Femmes de plus de 65 ans	215
Hommes de plus de 65 ans	120
Invalides	50
Subventions aux cantons à faible capacité financières	200
	—
Total	785
	===

La répartition plus différenciée des moyens mis à disposition par les pouvoirs publics (Confédération: 785 millions de fr.; cantons: 3'158 millions de fr.) permettra de maintenir le niveau actuel de la péréquation sociale, malgré l'augmentation considérable des cotisations due à la suppression du subventionnement des hôpitaux par les cantons. Les répercussions concrètes varieront cependant d'une région à l'autre ainsi qu'en fonction de la structure actuelle des caisses. Pour obtenir des indications plus détaillées, il sera donc encore nécessaire de mener de vastes enquêtes dans des régions pilotes.

**MODELE EN VUE D'UNE REVISION GENERALE DE L'ASSURANCE-
MALADIE ET MATERNITE**

par Alberto Gianetta, directeur de la Section des assurances
sociales au Département de la sécurité sociale, Bellinzone

Le modèle a été préparé sur la base des constatations et observations suivantes:

- Le système suisse de la santé publique est très performant et d'une haute qualité en ce qui concerne les traitements tant ambulatoires qu'en milieu hospitalier;
- une grande liberté de choix est garantie aux citoyens quant à la demande, et au personnel soignant quant à l'application et à l'offre de traitements;
- l'espérance de vie est la plus élevée du monde et l'état de santé l'un des meilleurs;
- l'assurance-maladie est confiée en majeure partie aux caisses-maladie reconnues par la Confédération; elles se fondent sur le principe de la mutualité et jouissent d'une grande liberté en ce qui concerne leur organisation;
- la densité d'assurance est proche de 100 pour cent de la population, bien que la Confédération se soit limitée à encourager cette forme de prévoyance individuelle par des subventions généralisées et que les cantons et les communes aient rarement usé de leur droit d'instituer l'assurance obligatoire;
- en comparaison avec les autres pays, le nombre de lits d'hôpital est extrêmement élevé et celui des médecins, déjà important aujourd'hui, connaît un taux de croissance considérable et pourrait doubler d'ici à l'an 2000;
- sur les 20 milliards de francs investis chaque année dans la santé publique (soit 8 pour cent du produit national brut), environ 7 milliards proviennent des primes prélevées par les caisses-maladie pour l'assurance de base (soins ambulatoires et en milieu hospitalier, salle commune);
- le taux de croissance annuelle des coûts est le plus élevé sur l'échelle de comparaison internationale; il est, en fait, explosif. Rien de surprenant, donc, que le coût par habitant soit l'un des plus élevés du monde et qu'il y ait peu de citoyens en état de supporter les frais d'une maladie grave et longue sans l'appui d'une assurance;
- cette croissance est imputable pour une petite partie seulement à l'augmentation des prix à la consommation; elle est très certainement due à l'extension des prestations (en nombre et en complexité);

- la Suisse, comme d'autres pays, fait l'expérience des premiers problèmes consécutifs à un vieillissement de la population qui a de graves répercussions, comme chacun sait, en matière de soins gériatriques. Le phénomène ira croissant au cours des décennies à venir, et sera renforcé encore par une forte baisse de la natalité;
- dans le secteur des caisses-maladie, on observe des signes inquiétants d'un renversement de tendance, avec l'abandon progressif des principes de solidarité et de vocation sociale, au profit de la constitution de communautés de "bons risques" (assurés jeunes); on cherche à créer de la sorte les conditions d'une concurrence impitoyable au détriment des caisses ayant une structure de risque identique ou semblable (âge et sexe) à celle de la population totale de notre pays;

Le modèle propose une solution tendant à corriger les déformations les plus crasses du régime en vigueur et à récupérer les valeurs de mutualité et de solidarité. Voici les principales caractéristiques du modèle:

1. Introduction du principe de l'obligation générale de l'assurance-maladie et maternité

Cette mesure n'est pas une fin en soi, de nature idéologique; elle constitue un instrument sans lequel une solidarité authentique et solide ne pourra être réalisée sur un plan général. Le régime obligatoire s'étend à toute la population domiciliée en Suisse, ainsi qu'aux travailleurs saisonniers. En sont cependant exclus les frontaliers et leurs familles, dont l'assistance en matière de santé doit être assurée par leur pays de résidence.

2. Etablissements d'assurance

La gestion de l'assurance obligatoire est confiée aux caisses-maladie reconnues par la Confédération qui devraient conserver leur forme et leur structure d'organisation autonome, tout en assurant à leurs membres un droit de consultation et, dans certains domaines, de décision plus étendu qu'auparavant.

3. Libre choix

Dans les limites maximales compatibles avec les exigences du système, sont sauvegardés:

- a. le droit de l'assuré au libre choix de la caisse, du personnel soignant et de l'établissement de soins;
- b. le droit du personnel soignant d'exercer librement son art, tout en respectant le principe de l'économie du traitement.

Conformément aux directives du Conseil fédéral, le modèle permet l'introduction de nouvelles formes d'assurance de

l'assistance sanitaire, connues déjà dans d'autres pays, qui limitent le choix autonome par l'assuré du personnel soignant et des établissements de soins. Des expériences de ce genre pourraient être utiles pour notre pays également afin de déterminer leur effet sur les coûts et l'accueil que le citoyen suisse réserve à de telles innovations. Il est indispensable par conséquent de garantir à l'assuré qui s'est prêté à cette expérience qu'il peut s'il le veut réintégrer le régime d'assurance ordinaire.

4. Catalogue des prestations obligatoires

Le catalogue des prestations de l'assurance obligatoire est fixé de manière impérative et contraignante. Une grande importance est attachée aux mesures préventives (de fait assumées en partie aujourd'hui déjà en partie par les caisses-maladie, selon la pratique médicale), aux mesures de réadaptation visant à faire recouvrer l'aptitude à gagner sa vie (par une coordination avec l'assurance-invalidité que l'on souhaite plus étroite) ou destinées à conserver l'autonomie personnelle des assurés souffrant de maladies chroniques invalidantes, notamment les personnes âgées.

Pour atteindre cet objectif, il est nécessaire toutefois de développer les services d'aide à domicile, tant du point de vue des prestations sanitaires que de celles de l'assistance générale, en donnant l'avantage à cette forme d'intervention sur les séjours dans les établissements spécialisés, et ce pour des raisons non seulement économiques, mais surtout d'ordre humain et social.

5. Maternité et accidents

La protection de l'assurance s'étend à la maternité et aux accidents non couverts par d'autres secteurs d'assurance, aux mêmes conditions que l'assurance obligatoire contre les maladies au sens strict.

La mère qui a droit aux contributions des pouvoirs publics - prévues exclusivement pour les assurées de condition modeste - recevra une allocation de naissance de 2000 francs, entièrement à charge de la Confédération.

6. Mesures en vue de la limitation des coûts

Pratiquement toutes les mesures proposées par les Chambres fédérales ont été reprises, en particulier celles concernant la planification des structures sanitaires dans les cantons. Il incombera aux autorités fédérales et surtout aux cantons de se prévaloir des compétences qui leur sont déléguées pour appliquer les restrictions et les limitations destinées à prévenir une explosion des coûts - sans porter le moindre préjudice à la qualité des prestations - et à permettre un emploi plus rationnel des fonds publics, qui ne sont pas illimités. A ce sujet, la proposition est faite une nouvelle fois de demander aux assurés une participation plus substantielle aux frais ("un frein", selon la tradition tessinoise du médecin de district ou de commune(s)). Pour les assurés de condition modeste, des li-

mites adéquates sont prévues afin d'éviter que des maladies chroniques ou d'une particulière gravité ne représentent une charge trop lourde.

7. La solidarité

Parallèlement à l'appui financier des cantons en faveur de toute la population, moyennant la prise en charge d'une part substantielle des frais d'exploitation des hôpitaux, trois mesures de solidarité sont proposées en faveur des personnes vivant seules et des familles de condition modeste, soit:

a. la solidarité au sein de chaque caisse

Prime unique sans distinction de sexe ni d'âge, avec pour correctif une réduction de 50 pour cent en faveur des assurés mineurs, autrement dit, des familles;

b. la solidarité entre les caisses

L'ensemble des assurés d'un canton est considéré, à titre de simulation, comme une communauté unique de risque. Cela permet de définir le coût moyen pondéré cantonal pour adultes et mineurs. La péréquation des coûts se fait au moyen du prélèvement ou de la bonification d'une contribution à titre de "compensation", ramené au niveau du coût moyen pour chaque groupe de risque, établi séparément pour l'âge et le sexe. La gestion administrative et les opérations d'ajustement seront assurées par les cantons. L'adoption d'une telle norme pourra encourager encore une saine concurrence entre les caisses qui se manifestera par un octroi prudent des prestations et une gestion parcimonieuse dont les effets positifs trouveront une expression concrète dans le calcul de la prime destinée au financement des prestations qui relèvent de la compétence de la caisse.

c. la solidarité en faveur des économiquement faibles

Même les deux formes de solidarité susmentionnées (lettres a. et b.) constitueraient une charge encore trop lourde pour les personnes seules et pour les familles de condition modeste. Sur le plan politique, un correctif semble ne pouvoir être proposé que moyennant des appuis financés par les pouvoirs publics. Le modèle prévoit par conséquent une limitation de la charge des cotisations exprimée par un pourcentage (6%) du revenu net de la personne seule ou de la famille.

Cependant, l'effet économique de la qualité d'assuré ne s'épuise pas dans le paiement des primes: en cas de maladie, l'assuré est invité à assumer une participation aux frais. La logique veut alors qu'il y ait un correctif pour éviter que ce cumul ne provoque, dans le cas de traitements particulièrement coûteux, ambulatoires ou à domicile, de sérieuses difficultés dans le budget de la famille ou de la personne vivant seule.

Le modèle définit les cas d'intervention des pouvoirs publics qui fixent le montant maximum (respectivement 7 et

9%) pouvant être imputé à l'assuré, selon le bordereau de salaire, sous forme de primes et de participation aux frais. Les critères et les paramètres pour la péréquation des charges financières entre les établissements publics seront fixés dans le cadre de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons.

8. Prévention et éducation sanitaire

Depuis de nombreuses années, des études et des recherches ont montré l'importance que revêtent les mesures de prévention et d'éducation en matière de santé, et la nécessité d'accroître la part de responsabilité personnelle dans la sauvegarde de la santé individuelle et collective. Il est donc important que le Conseil fédéral reçoive d'amples compétences afin de promouvoir et de coordonner des programmes, des interventions et des campagnes en la matière, avec tous les milieux intéressés.

Révision de l'assurance-maladie sociale (AMS)

Résumé du rapport de Pierre Gilliard
Professeur à l'Université et à l'IDHEAP, Lausanne

SANTÉ PUBLIQUE: PROPOSITION D'UN FINANCEMENT PAR FONCTIONS ET PAR OBJECTIFS

Ce rapport répond au "concours d'idées" concernant l'assurance-maladie sociale. Le contenu déborde volontairement le cadre du mandat.

Situation et finalité. L'AMS est dans l'impasse: disparités des cotisations et des tarifs; "chasse aux jeunes"; pénalisation de la famille et des vieillards; complexité du financement; dysfonctions. La logique commerciale des caisses-maladie l'emporte sur l'esprit social. La contribution des pouvoirs publics au financement total des prestations a passé de 45% en 1975 à 38% actuellement. Le transfert de charge sur les assurés — celui de la Confédération en particulier — est de l'ordre de 10 milliards de 1976 à 1987. D'où les augmentations successives des cotisations de l'AMS.

L'enchevêtrement des financements du système de santé conduit à une dilution des responsabilités et à un manque de rigueur de la gestion. *L'AMS représente, par le montant de ses cotisations, un quart seulement du financement total.* Une réforme de l'AMS implique donc une vue d'ensemble, des objectifs et une vision prospective de la santé publique, aux fins d'une économie (ordre dans la maison) sanitaire compatible avec une éthique de soins aux malades de haute qualité.

De quelques perspectives. *Le vieillissement de la population* est inéluctable; il accroît les besoins de santé publique. A cet égard, la mise en oeuvre de *mesures favorisant le maintien de malades à domicile*, complémentaires du réseau des institutions hospitalières et de placement médico-social, est à "portée de réflexion". Elle correspond aux souhaits de nombreux malades; elle est nettement moins onéreuse que l'institutionnalisation. *La densité de médecins* est déjà élevée et doublera encore d'ici 2015. Un faisceau de facteurs contribue à accroître *la densité des personnels de santé: exigences des malades et des professionnels, progrès techniques, diminution du temps de travail* dans un domaine où les relations soignants/soignés importent et où la "composante salaire" est forte. En raison de la *pénurie de l'effectif des soignants*, une attention particulière doit être accordée à la formation et à la durée d'activité des personnels.

Ces perspectives constituent des *tendances lourdes*, qui pour une part conditionnent l'évolution du système de santé. Elles conduisent toutes à un *accroissement de la part des dépenses* médico-pharmaceutiques et hospitalières, relativement au produit national brut (PNB).

Stratégie de santé publique. La perspective d'une croissance économique future est la plus plausible. Une part plus ample des montants affectés à la santé permettra de mieux satisfaire les aspirations. Cependant, les risques d'une spirale montante des coûts sont réels. Pour maîtriser leur évolution ascendante (et non la subir), il importe d'adopter une *stratégie* et de se doter des moyens aptes à piloter le système de santé, au sein d'une économie mixte et dans un domaine où la concurrence n'exerce pas spontanément des effets régulateurs. Planifier désormais, en Suisse, signifie essentiellement restructurer. *Gérer plus efficacement et améliorer la qualité des services à la population et aux malades sont des objectifs compatibles.* Mais il n'existe aucune solution passe-partout. Il s'agit de recourir à un ensemble de mesures volontaristes et coordonnées. A cet effet, la création d'un "*observatoire de la santé*" est nécessaire (information préventive et épidémiologie, analyse et comparaison de la formation des prix, évaluation du fonctionnement). On ne peut à la fois se plaindre de la montée des frais et refuser les "outils" visant à éviter les gaspillages et à mieux allouer les ressources disponibles, afin de les utiliser "*au mieux et aux moindres frais*". Exemple: le système de budget global et d'enveloppe par établissement, pratiqué avec succès dans le canton de Vaud. Reconnaître et vouloir satisfaire de façon équitable les besoins de santé suppose, en corollaire, d'en mesurer et maîtriser strictement les incidences financières.

Objectifs: un scénario. La satisfaction des besoins de santé dépasse le cadre médico-hospitalier; elle s'étend à la protection de l'environnement, à l'habitat, au monde du travail, etc. C'est intervenir pour limiter la survenance de risques. Dans le domaine de "réparation" quand se dégrade la santé, en cas de maladie ou d'accident, on ne peut investir convenablement sans fixer au préalable des objectifs. Ceux-ci peuvent se résumer en un *scénario*:

- promotion de la prévention primaire et de l'information (petite enfance, maladies dégénératives)
- extension des services de soins et soutiens à domicile
- renforcement de la capacité technique de l'hôpital, mais conversion adéquate des lits pour malades en long séjour
- complémentarité des institutions et services, coordination et continuité des soins
- logements spécifiquement adaptés aux handicaps (infirmité, grand âge)
- solidarités de voisinage et incitations économiques (même si celles-ci sont limitées, la guérison ou l'apaisement étant l'aspiration première)
- aide à ceux qui aident
- réorientation des modalités de fonctionnement et de financement, etc.

Financement par fonctions et par objectifs. Ce modèle dissocie les financements des secteurs hospitaliers et médico-sociaux et le financement du *secteur ambulatoire*, qui relève de l'AMS. Cette proposition de modèle vise l'atteinte des objectifs du scénario, le désenchevêtrement des tâches, la rigueur de la gestion, la clarification des responsabilités

des cantons, des "payeurs", des "fournisseurs" et des "consommateurs" de soins. Elle tend à éviter des conflits d'objectifs entre organismes de financement (préciser qui fait quoi, où, quand et comment, pourquoi et pour qui). C'est à la LPC AVS/AI, à des dégrèvements fiscaux, etc. qu'il revient de corriger les inégalités économiques des ménages (postulat d'amélioration de ces objectifs hors cadre médico-hospitalier).

Un principe fondamental guide le chiffrage des dépenses à charge des pouvoirs publics d'une part, à charge des autres sources de financement d'autre part: la répartition demeure pratiquement semblable. Cependant les subventions fédérales diminuent sensiblement. En contrepartie, les cantons ne contribuent plus au financement de l'AVS. Ils disposent ainsi de sommes supplémentaires qu'ils affectent à l'hospitalisation et au placement médico-social en chambre commune.

Cinq fonctions de financement. Chaque fonction correspond à un secteur de santé publique:

1. tâches spécifiques des pouvoirs publics (facultés de médecine, subventions...)
2. hospitalisation en chambre commune, pour malades aigus des établissements reconnus d'intérêt public, prise en charge par les cantons (chambre privée; voir 4)
3. placement en établissements médico-sociaux reconnus d'intérêt public; la part des soins relève des cantons, la part hôtelière des pensionnaires, qui ainsi sont traités sur pied d'égalité financière avec les malades chroniques restant à domicile
4. établissements à but lucratif, non reconnus d'intérêt public; paiement par des assurances complémentaires ou les patients (idem en chambre privée des hôpitaux, afin d'éviter des distorsions de concurrence); conventions, s'il y a conformité à la planification cantonale
5. domaine ambulatoire, dont le financement est le propre de l'AMS.

Principes de l'AMS. Une réforme de l'assurance-maladie doit s'inscrire dans une perspective de rationalisation, de simplification et d'humanisation (*conception fonctionnelle de la sécurité sociale*). Les principes essentiels de ce modèle sont:

- l'obligation de l'assurance de base, supprimant les réserves et les limites iniques de durée de prestations
- l'obligation de l'assurance indemnités journalières pour les travailleurs (par le CO)
- la couverture des grands risques
- un financement social et solidaire envers la famille et les personnes âgées
- l'inclusion des soins à domicile
- le libre passage (avec des conditions limitant le "tourisme"), afin de vivifier une concurrence enfin favorable aux assurés
- les moyens de responsabilisation des "consommateurs" et des "fournisseurs" de soins
- une maîtrise des coûts dans une perspective fédéraliste
- une transparence de fonctionnement en vue de son évaluation.

Organisation de l'AMS. Les caisses-maladie pratiquent l'assurance de base dans le secteur ambulatoire. Elles peuvent proposer d'autres assurances (compléments d'hospitalisation, indemnités journalières, etc.). Sauf exceptions (toxicomanes, etc.), le remboursement est en tiers garant (en cohérence avec une franchise annuelle importante). Les barèmes tarifaires sont harmonisés; la rémunération des actes techniques ne doit pas encourager le suréquipement. Les traitements doivent être prouvés scientifiquement et être appropriés au but économique. Les moyens d'intervention en cas de surmédication et de surconsommation sont renforcés.

Financement des caisses-maladie. Il provient essentiellement des cotisations. Les subventions fédérales traditionnelles par "arrosage" sont supprimées. Une subvention fédérale remplit, par une mesure positive, le mandat constitutionnel de l'égalité des droits et des situations entre hommes et femmes (cotisations identiques, le subside correspondant aux frais de la maternité et à la longévité féminine). Les cantons prennent en charge les cotisations et tout ou partie des franchises et participations des ménages et personnes à faibles ressources. Si l'Europe sociale qui se construit prévoyait l'introduction de taxes sur les produits "grands pourvoyeurs" des hôpitaux (tabac, alcool, voiture), la Suisse devrait saisir cette occasion de ressources nouvelles.

Cotisations et franchises. Les enfants et adolescents à charge de leurs parents sont exonérés des cotisations. Les cotisations des adultes sont semblables, quel que soit le sexe et l'âge des assurés. Les franchises annuelles sont importantes: 500.— francs par adulte. 250.— francs par enfant. Cette franchise abaisse au moins de un quart la cotisation de référence. La franchise annuelle d'une unité de contribution fiscale ne dépasse pas le montant de deux franchises d'adultes, quel que soit le nombre d'enfants (une franchise d'adulte et une franchise d'enfant pour une famille monoparentale), à condition que tous les membres soient affiliés à une même caisse-maladie. Une participation de 10% est ensuite requise, jusqu'à un "plafond raisonnable". La composante familiale est notable. Pour de nombreuses personnes âgées, la diminution de leur contribution est importante (cotisations, franchises annuelles et participation), car l'échelonnement des cotisations est supprimé (rendu caduc). En conséquence, avec le même montant, les cantons et communes peuvent aider un nombre plus élevé de ménages modestes. A terme, cette prise en charge devrait perdre de l'importance, les autres formes de ressources s'améliorant. Le montant moyen des cotisations se situe dans ce modèle (assurance de base, sans complément) à environ 900 francs par an.

Caisses de compensation AMS. Pour atteindre une concurrence réelle et favorable aux assurés, des caisses de compensation AMS sont indispensables. Les cantons sont autonomes en matière de santé publique; leurs coûts de prestations maladie sont disparates. Aussi ces caisses doivent-elles fonctionner sur un plan cantonal (ou regroupement de cantons). Elles jouent également un rôle de réassurance. Il ne s'agit pas d'aider les caisses-maladie, mais les assurés (placés actuellement dans des conditions socialement inacceptables). Le but est d'équilibrer les comptes en fonction des structures de sexe et d'âge. Le principe est que, à actions égales, il faut des ressources égales.

Maîtrise des coûts. Plusieurs des aménagements proposés concourent à maîtriser les coûts par des restructurations et actions positives. Il est favorable que s'accroisse la part affectée à la santé publique, relativement au PNB. Mais des "freins" à l'accroissement disproportionné

des dépenses sont également nécessaires, au plan des infrastructures et des équipements, de l'exploitation hospitalière, des tarifs, de l'évaluation des notes et factures à établir clairement, en n'autorisant plus la dispensation de médicaments par les médecins (sauf exceptions), par un remboursement de produits pharmaceutiques selon des taux différents, etc.

Chiffrage de trois modèles. De manière indicative, le modèle financement par fonctions et par objectifs est chiffré. Chiffrage indicatif, en effet, vu *l'état déplorable de l'appareil statistique en matière de santé publique*. Pour information et par comparaison sont également présentés et chiffrés un modèle de participation annuelle modulée par unité de contribution fiscale, et un autre avec subventions orientées et franchises annuelles. Des questions sont posées sur la pratique de la branche "soins médico-pharmaceutiques" par d'autres assurances sociales (on peut envisager une intégration à l'AMS).

Validité du modèle financement par fonctions et par objectifs. Il désenchevêtre les tâches des pouvoirs publics, clarifie les responsabilités des cantons et des financeurs, introduit la planification et les moyens d'évaluation et d'information. Il permet une réallocation judicieuse des ressources et une maîtrise des coûts. Les réserves de productivité sont grandes encore et les possibilités sont nombreuses d'améliorer l'organisation du réseau d'établissements et la qualité des prestations aux malades. Ce modèle propose des changements notables, qui cependant s'inscrivent dans les structures présentes, en cherchant à les dynamiser et à les rendre vraiment efficaces. La concurrence entre les caisses est portée sur leurs performances et leurs services aux assurés. L'AMS ainsi révisée a une forte composante familiale et sociale. Elle favorise le maintien des malades dans leur milieu de vie habituel. Elle met en oeuvre la solidarité entre contribuables aisés et modestes, entre hommes et femmes, personnes seules et familles, jeunes adultes et vieillards. Elle vise l'autonomie de la personne.

Aucun modèle n'est parfait. Il y a toujours des effets inattendus et des distorsions, qu'il faut assumer. La stratégie proposée et les explications du rapport — qui est un instrument de travail — offrent une base à un débat qui permettra — c'est un espoir — de sortir de ses impasses la présente assurance-maladie, qui devient de moins en moins sociale. Puisse l'AMS révisée tendre à un avenir de mieux vivre et de mieux être.

30 septembre 1988

Résumé
de la proposition du
Professeur Peter Zweifel
pour une Loi fédérale sur l'assurance-maladie

Ce rapport se fonde sur l'observation que, depuis 1964 -année de la dernière révision de la LAMA - il n'a plus été possible dans le domaine de l'assurance-maladie sociale de trouver une réglementation - complémentaire - qui puisse être acceptée par la majorité. On peut interpréter ce blocage comme l'expression d'une diversification croissante des besoins au niveau de l'assurance, due à l'augmentation des revenus et à l'amélioration de la formation. Aujourd'hui, il s'agirait donc de permettre aux caisses-maladie de développer de nouvelles formes de contrat, telles que: choix d'une variante avec bonus, Health Maintenance Organizations (HMO), franchises annuelles pour toute la famille etc. Pour atteindre ce but, il convient d'effectuer un retour en arrière en limitant l'assurance, au sens de la loi, à un minimum qui permette aussi d'assurer les personnes défavorisées sur le plan social, conformément à leurs besoins.

Envisager une telle stratégie de "démantèlement" signifie aussi ne pas perdre de vue la liberté des prestations de service que connaîtra la Communauté européenne (CE) dès 1992. Certes, cette libéralisation ne concerne pour l'heure que l'assurance-maladie privée. Toutefois, il est possible que - dans un avenir plutôt proche - un assureur de la CE demande à être autorisé à pratiquer l'assurance-maladie sociale en Suisse. Ce faisant, il pourrait exercer une certaine pression en allant jusqu'à impliquer l'activité - très fructueuse - des compagnies suisses d'assurance sur le marché des assurances privées de plusieurs pays de la CE.

Ce scénario qui prévoit une telle ouverture du marché peut sembler, pour le moment, irréaliste, en plus de n'être pas souhaitable; il n'en demeure pas moins que, le cas échéant, il élargirait l'éventail des contrats à la disposition des assurés sociaux. Si l'on souhaite tenir compte de cette éventualité, il convient d'adapter la loi sur l'assurance-maladie (LAM, anciennement LAMA) en conséquence, par exemple: choix de la succursale permanente, en lieu et place du siège social, en tant que condition préliminaire à l'exercice de l'activité commerciale et introduction de l'égalité de traitement sur le plan fiscal, indépendamment de la forme de l'entreprise.

Un point central du rapport réside dans la garantie d'une péréquation, fondée sur la solidarité, en cas de concurrence accrue entre les caisses. Actuellement, cette même péréquation se fait, dans la mesure du possible, au niveau des caisses, en ce sens par exemple que des assurés jeunes et moins jeunes paient la même prime alors que les frais de traitement qu'ils occasionnent ne sont pas les mêmes. Toutefois, la "chasse" aux bons risques (adolescents et hommes jeunes) permet de trouver une échappatoire, du moins partiellement. La solution que propose le rapport réside dans la recherche d'une péréquation "solidaire" mais pour l'ensemble du système. Un fonds de compensation et de réassurance, regroupant obligatoirement toutes les caisses-maladie, encaisse les subsides fédéraux et alloue ceux-ci en avantageant les caisses qui ont - dans leur effectif d'assurés - un nombre important de personnes "à risques spéciaux".

Les assurés "à risques spéciaux" sont formés pour l'essentiel de cinq groupes: les femmes, les enfants, les "économiquement faibles", les personnes âgées de plus de 60 ans et les malades chroniques. La Motion du Parlement sur le "financement de l'assurance-maladie" demande que ce soient les "économiquement fai-

bles" qui bénéficient de subventions, alors que le rapport prévoit, en tout et au plus, huit critères pour le droit aux subventions. Trois d'entre eux demeurent "libres" pour le moment et peuvent être périodiquement réattribués, par exemple afin de garantir une couverture d'assurance aux personnes souffrant de nouvelles maladies infectieuses (SIDA). Simultanément, les subsides de la Confédération ne suivraient qu'en partie la progression des coûts de la santé, en ce sens qu'ils seraient calculés sur la base des frais supplémentaires exprimés en pourcentage, et non sur celle des frais absolus exprimés en francs.

Au niveau de la concurrence, le succès d'un assureur de l'assurance-maladie sociale ne doit donc pas résulter d'une habile sélection des risques, mais d'un rapport "prix-prestations" qui soit avantageux. A cet effet, il convient cependant de le placer dans la situation qui lui permette d'"acheter" à un prix particulièrement avantageux les prestations qu'il fournit à ses assurés. Cela signifie que la LAM ne doit pas comporter de clauses, donnant indistinctement le droit aux médecins, aux hôpitaux et aux pharmacies de passer un contrat avec toutes les caisses-maladie, pour autant qu'ils se trouvent dans le rayon d'activité de celles-ci. Il faudrait plutôt autoriser les caisses à n'engager des relations "commerciales" qu'avec des fournisseurs de prestations choisis, comme c'est par exemple le cas dans une HMO.

De même, il s'agit de laisser les partenaires contractuels libres de choisir la forme des "honoraires", et cela contrairement aux propositions du Message sur la révision partielle de la LAMA de 1981. Sinon, on courrait le risque d'empêcher toute innovation dans ce domaine (par ex. fixation de forfaits par cas, sur la base d'un diagnostic). Par ailleurs, il conviendra de supprimer de la LAM l'obligation, pour les caisses-maladie,

de faire approuver les tarifs conventionnels par les gouvernements cantonaux. L'"achat" plus avantageux de prestations "hospitalières" peut par exemple signifier qu'une caisse-maladie obtient, de la part d'un hôpital, un rabais sur la quantité pour une commande ferme de journées d'hospitalisation. Le gouvernement cantonal sera d'autant plus disposé à accorder cette marge de manoeuvre à un hôpital qu'il est lui-même dégagé de toute responsabilité directe en matière tarifaire.

Il faut aussi permettre aux caisses-maladie d'aménager la participation aux frais avec plus de liberté. Il n'est ainsi pas nécessaire de faire participer le patient aux frais, si l'assureur dispose contractuellement du droit de limiter le choix (par l'assuré) du médecin ou de l'hôpital aux fournisseurs les plus avantageux, par exemple dans une HMO. En revanche, une participation aux frais s'impose en cas de libre choix du fournisseur de prestations; cependant, cette participation ne doit pas forcément revêtir la forme habituelle d'une franchise associée avec une quote-part en pour-cent. Le rapport propose donc de nouvelles réglementations, qui autorisent la conclusion de contrats avec une restitution de primes ou encore avec l'octroi d'un bonus échelonné en cas de "non-survenance" du dommage, mais qui empêchent simultanément qu'il y ait sous-assurance en cas de maladie. Contrairement aux propositions faites jusqu'à présent, la limite supérieure de la participation aux frais n'est pas fixée en pour-cent du revenu (taux), mais en fonction du montant total de la prime annuelle, prévue dans le contrat. Cette prime annuelle - qui comprend aussi les assurances complémentaires - donnera les indications nécessaires non seulement sur la grandeur de la famille concernée, mais encore sur la capacité financière de l'assuré. Une caisse-maladie n'aura dès lors pas à évaluer le revenu d'un assuré, comme devrait le faire une autorité fiscale.

En économie mais aussi en politique on applique la règle "Qui paie commande". Depuis le début des années septante, les efforts de la Confédération tendent clairement à reconsidérer les promesses de subventions fixées dans la LAM et à se "distancer" de la progression de coûts de la santé. C'est la raison pour laquelle le présent rapport est régi par la devise inverse "Qui ne veut pas payer plus, doit aussi moins commander" ou encore "Moins de subventions, donc plus de liberté d'organisation". Dans la perspective de la vague novatrice qui déferlera sur les assurances dès 1992, il pourrait valoir la peine d'envisager l'avenir de l'assurance-maladie sociale, pour une fois sur la base de cette autre devise.

in: les coûts et l'assurance, travaux réunis par P. Gilliard,
éd. Réalités Sociales, 1986, Lausanne

Initiative populaire des caisses-maladie

Concordat des caisses-maladie suisses, Soleure

L'initiative populaire « pour une assurance-maladie financièrement supportable » (initiative des caisses-maladie), décidée à l'assemblée des délégués du Concordat des caisses-maladie suisses, le 22 juin 1984, réclame une répartition socialement plus juste des charges dans l'assurance-maladie et des mesures efficaces contre la hausse excessive des coûts.

Elle n'est nullement « révolutionnaire »; elle ne vise ni une assurance obligatoire, ni un financement en pour-cent de salaire. Elle n'entend pas toucher à l'article de la Constitution fédérale, à savoir:

- 1) La Confédération introduira, par voie législative, l'assurance en cas d'accident et de maladie, en tenant compte des caisses de secours existantes.
- 2) Elle peut déclarer la participation à ces assurances obligatoire en général ou pour certaines catégories déterminées de citoyens.

L'initiative complète ces deux dispositifs afin de montrer clairement la voie au législateur.

La nouvelle assurance-maladie recherche les objectifs suivants:

Limitation au strict nécessaire et à des coûts économiques

Il s'agit d'empêcher que l'assurance-maladie fournisse des prestations qui résultent moins de la maladie de l'assuré que d'une suroffre des services médicaux. Par ailleurs, il faut davantage contrôler les prix des prestations nécessaires; comme jusqu'à présent, ces prix peuvent faire l'objet d'un accord contractuel.

La souveraineté des cantons en matière de santé publique est sauvegardée, mais la Confédération ne doit plus se contenter du rôle de spectateur. D'où le nouvel alinéa 3 de l'article 34 bis de la Constitution fédérale:

- 3) La Confédération et les cantons garantissent à la population, dans le cadre de l'assurance-maladie et de l'assurance-accidents, la fourniture des soins médicaux dont elle a besoin tout en veillant à ce que ces assurances soient pratiquées de manière économique. Pour garantir ce caractère économique, ils édictent en particulier des normes concernant les tarifs et les décomptes.

Assez d'espace vital pour les caisses-maladie

La concurrence sert aussi les intérêts des personnes concernées dans l'assurance-maladie. Les caisses-maladie, profondément ancrées dans le peuple suisse, ne doivent pas se voir refouler par des institutions orientées sur le profit. Des assurances complémentaires conclues auprès des caisses-maladie contribuent à leur équilibre social interne. Autant que la couverture d'assurance en cas d'accident n'est pas accordée ailleurs, la caisse-maladie doit l'assurer sans ambages, surtout aux enfants, femmes au foyer et salariés retraités.

D'où le nouvel alinéa 4 de l'article 34bis de la Constitution fédérale:

- 4) L'assurance-maladie est pratiquée par les caisses de secours recon- nues par la Confédération. Elle comprend en particulier les prestations pour soins et les prestations en espèces en cas de maladie et de maternité ainsi que, lorsqu'il n'existe pas d'autre assurance, en cas d'accident et d'infirmité congénitale. Les caisses ont le droit de pratiquer des assurances complémentaires en rapport avec l'assu- rance-maladie et avec l'assurance-accidents.

Reconnaissance par la Confédération en tant qu'œuvre sociale

L'assurance sociale est soumise à d'autres conditions que l'assurance privée; le financement des obligations sociales que lui prescrit le législa- teur ne peut être supporté qu'en partie par les assurés. Le principe constitutionnel de l'égalité des droits entre hommes et femmes, notam- ment, n'est réalisable dans la composition des primes de l'assurance- maladie qu'avec l'aide de la Confédération; il ne peut être envisagé un système de subventions qui ignore cette réalité.

D'où le nouvel alinéa 5 de l'article 34bis de la Constitution fédérale:

- 5) La Confédération verse aux caisses des subsides destinés à compenser les charges résultant des obligations sociales et politico-sociales qu'elle leur impose par voie constitutionnelle ou législative dans le but de sauvegarder la solidarité entre les sexes et entre les générations.

Décharge des assurés à ressources modestes

Ce point concerne le principe de la subsidiarité, c'est-à-dire: au lieu que les cantons versent la moitié des cotisations fédérales à l'assurance-maladie, il s'agit de les laisser maîtres de la politique sociale « sur le terrain », où ils connaissent parfaitement les coordonnées. Mais afin d'éviter toute négligence de la part des cantons, la Confédération devra donner des directives. Si besoin est, elle doit également prévoir une péréquation financière intercantonale.

D'où le nouvel alinéa 6 de l'article 34bis de la Constitution fédérale:

- 6) Les cantons allègent, par des subsides appropriés, les cotisations à l'assurance-maladie et la participation aux frais des assurés à ressources modestes. La Confédération édicte à cet effet des dispositions générales. Lorsque les cantons imposent aux caisses des obligations allant au-delà de celles prévues par la législation fédérale, ils doivent bonifier aux caisses les frais supplémentaires qui en résultent.

Pas de surindemnisation

Si un risque survient, très souvent plusieurs assurances sont tenues à prestations. Mais l'assurance sociale n'est pas conçue pour profiter davantage aux personnes concernées que si l'événement dommageable n'était pas survenu. Pensons, par exemple, aux rentiers invalides en hospitalisation permanente. Dans des cas tels ou semblables, il faut prendre des mesures contre les dédommagements excessifs et injustifiés de la part de l'assurance-maladie.

D'où le nouvel alinéa 7 de l'article 34bis de la Constitution fédérale:

- 7) La Confédération règle les rapports avec les autres branches des assurances sociales ainsi qu'avec les autres tiers tenus à prestations.

Réalisation rapide – pas de manœuvre dilatoire!

Les meilleures dispositions constitutionnelles ne servent à rien si, après leur acceptation par le peuple et les cantons, la législation se fait attendre. C'est pourquoi les autorités fédérales doivent, par le biais d'une légère pression financière, trouver intérêt à répondre sans retard à la volonté du peuple. En effet, si, juste après l'acceptation de l'initiative constitutionnelle, la Confédération doit, sur la base même de cette initiative, verser deux fois plus de cotisations par an aux caisses-maladie, il devrait en résulter une nette accélération de la procédure législative.

D'où la disposition transitoire de l'article 34bis complété de la Constitution fédérale:

Dès l'année civile qui suit l'acceptation de l'article 34 bis, 3^e à 7^e alinéas de la Constitution et jusqu'à l'entrée en vigueur de la législation d'exécution, les subsides fédéraux aux caisses sont déterminés d'après les dispositions qui étaient valables en 1974.

Les commentaires de la presse ont qualifié cette initiative de « pauvre en idées ». Elle veillera néanmoins à ce que les politiciens n'entreprennent la réforme de l'assurance-maladie qu'avec le concours des caisses-maladie. Une journaliste compara les objectifs des auteurs de l'initiative aux « modèles » étrangers qui permettraient de réduire les coûts jusqu'à 40%. Nous connaissons ces « modèles ». Ils se limitent la plupart du temps à quelques groupes précis de risques favorables. Mais dans la vie quotidienne des caisses suisses, nous avons besoin de solutions solides à

l'échelle 1:1 pour « assurer la solidarité entre les sexes et entre les générations ».

L'initiative des caisses-maladie a officiellement abouti, 5 mois seulement après son lancement. La Chancellerie fédérale a reconnu 390 273 signatures valables. Le nombre élevé de signatures ainsi que le peu de temps consacré à la collecte représentent un record dans l'histoire de la Confédération et prouvent que les objectifs de l'initiative répondent à un réel besoin de la population de notre pays.

Art. 34 bis, 3° à 7° alinéas (nouveaux)

- 3 La Confédération et les cantons garantissent à la population, dans le cadre de l'assurance-maladie et de l'assurance-accidents, la fourniture des soins médicaux dont elle a besoin tout en veillant à ce que ces assurances soient pratiquées de manière économique. Pour garantir ce caractère économique, ils édictent en particulier des normes concernant les tarifs et les comptes.
- 4 L'assurance-maladie est pratiquée par les caisses reconnues par la Confédération. Elle comprend en particulier les prestations pour soins et les prestations en espèces en cas de maladie et de maternité ainsi que, lorsqu'il n'existe pas d'autre assurance, en cas d'accident et d'infirmité congénitale. Les caisses ont le droit de pratiquer des assurances complémentaires en rapport avec l'assurance-maladie et avec l'assurance-accidents.
- 5 La Confédération verse aux caisses des subsides destinés à compenser les charges résultant des obligations sociales et politico-sociales qu'elle leur impose par voie constitutionnelle ou législative, notamment dans le but de sauvegarder la solidarité entre les sexes et entre les générations.
- 6 Les cantons allègent, par des subsides appropriés, les cotisations à l'assurance-maladie et la participation aux frais des assurés à ressources modestes. La Confédération édicte à cet effet des dispositions générales. Lorsque les cantons imposent aux caisses des obligations allant au-delà de celles prévues par la législation fédérale, ils doivent bonifier aux caisses les frais supplémentaires qui en résultent.
- 7 La Confédération règle les rapports avec les autres branches des assurances sociales ainsi qu'avec les autres tiers tenus à prestations.

Dispositions transitoires, art. 19 (nouveau)

Dès l'année civile qui suit l'acceptation de l'article 34 bis, 3° à 7° alinéas, de la Constitution, et jusqu'à l'entrée en vigueur de la législation d'exécution, les subsides fédéraux aux caisses sont déterminés d'après les dispositions qui étaient valables en 1974.

L'initiative populaire fédérale « Pour une saine assurance-maladie »

RAYMOND SPIRA

Membre de la commission de politique sociale
du Parti socialiste suisse

Lancée au mois de septembre 1984, l'initiative populaire « Pour une saine assurance-maladie » émane du Parti socialiste suisse (PSS) et de l'Union syndicale suisse (USS). Elle a pour objet de remplacer le texte actuel de l'article 34bis de la Constitution fédérale, qui date de 1890, par deux alinéas beaucoup plus détaillés qui obligeront le législateur à refondre entièrement la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMA) du 13 juin 1911, révisée notamment le 13 mars 1964.

Le premier alinéa du nouvel article 34bis, qui contient également la base constitutionnelle de l'assurance-accidents obligatoire pour tous les travailleurs, telle qu'elle est organisée par la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA), institue l'assurance **obligatoire** des soins médico-pharmaceutiques, **sans limite de durée** — y compris les soins à domicile et des **mesures de prévention** à définir par la loi — pour **l'ensemble de la population** en cas de maladie et, à titre subsidiaire, en cas d'accident.

D'autre part, il définit le **mode de financement** de l'assurance obligatoire en instituant — c'est la nouveauté majeure de l'initiative — des contributions individuelles des assurés fixées non plus en fonction du risque qu'ils présentent — lequel est défini principalement par l'âge et par le sexe — mais selon leur **capacité économique**. Ces contributions individuelles, auxquelles pourra s'ajouter une participation des assurés aux frais qu'ils occasionnent, jusqu'à concurrence d'un cinquième au plus du montant annuel de leurs cotisations d'assurance, devront couvrir 75 % des dépenses de l'assurance obligatoire. Le solde sera à la charge de la Confédération et des cantons.

Enfin, le premier alinéa du nouvel article constitutionnel rend obligatoire pour tous les travailleurs l'assurance d'une **indemnité journalière** en cas de maladie (on rappelle qu'elle l'est déjà en cas d'accident). L'indemnité, destinée à compenser la perte de gain, devra être d'au moins 80 % du salaire assuré. Cette assurance-là sera financée par des cotisations paritaires — réparties par moitié entre travailleurs et employeurs — calculées en pour-cent du salaire assuré. Par ailleurs, une possibilité

d'assurance d'une indemnité journalière en cas de maladie et d'accident devra être prévue en faveur des personnes qui ne sont pas assurées obligatoirement en vertu de la loi, ce qui vise en particulier les ménagères et les retraités.

Le second alinéa de cet article 34bis nouveau garantit la **liberté thérapeutique** — qui comprend le libre choix du médecin — dans les limites d'un **traitement économique** (à conditions et à efficacité égales, il faut appliquer la méthode thérapeutique la plus avantageuse financièrement). De leur côté, la Confédération et les cantons qui supporteront, comme on l'a vu, un quart des dépenses, auront l'obligation de veiller à l'**utilisation rationnelle des ressources** de l'assurance obligatoire et ils devront, à cette fin, édicter des prescriptions en matière de tarifs et de décomptes, et établir des **planifications hospitalières contraignantes**, cela en vue d'empêcher, notamment, un suréquipement en matière d'établissements hospitaliers, particulièrement onéreux pour les collectivités publiques et pour l'assurance-maladie.

Trois éléments contenus dans l'initiative méritent qu'on s'y arrête plus particulièrement: l'obligation d'assurance, le financement solidaire et le contrôle des dépenses de l'assurance obligatoire.

L'obligation d'assurance

Le système actuel, on le sait, cumule les inconvénients d'une assurance-maladie qui est à la fois **facultative** et **généralisée**. D'une part, les caisses-maladie doivent se prémunir contre les « mauvais risques » en introduisant des réserves (limitées à cinq ans) pour les maladies existantes ou susceptibles de récidiver lors de la conclusion de l'assurance, et en étagant le montant des cotisations selon l'âge d'entrée dans la caisse. De plus, les femmes paient des cotisations plus élevées que les hommes car, selon cette conception de l'assurance-maladie, elles occasionnent des dépenses supérieures, ne serait-ce qu'en raison du « risque » de maternité qui, en Suisse, est inclus dans l'assurance-maladie. Enfin, au-delà d'un certain âge il n'est tout simplement plus possible de s'assurer. La réglementation légale et les subventions des pouvoirs publics atténuent en partie ces inconvénients du système mais dans une mesure tout à fait insuffisante pour répondre aux critères d'une assurance **sociale** telle qu'on la conçoit aujourd'hui.

Mais d'autre part, les 97 % environ de la population sont assurés contre la maladie auprès des caisses reconnues. Dès lors, le bassin de recrutement des nouveaux assurés est pratiquement tari, ce qui aggrave les défauts de l'assurance facultative car, on le sait, la natalité baisse tandis que l'espérance de vie augmente, de sorte que les possibilités d'équilibrer les risques n'existent presque plus, les assureurs (caisses-maladie et compagnies privées) en étant réduits à se disputer les « bons risques » par des procédés qui frisent parfois la concurrence déloyale.

Dès lors, estiment les promoteurs de l'initiative, il faut rendre l'assurance des soins médico-pharmaceutiques obligatoire pour tout le monde ce qui, entre autres avantages, permettra d'équilibrer les risques à long terme et de mieux contrôler l'évolution des coûts, tout en simplifiant considérablement l'organisation et la gestion de l'assurance dite de base. Quant aux assurances complémentaires, il va de soi qu'elles ne seront pas touchées par cette réforme du système. Enfin, on observera que l'initiative n'institue aucun monopole en faveur des caisses-maladie. Toute institution disposée à pratiquer l'assurance-maladie et accidents selon le principe de la mutualité, sans rechercher de bénéfice, sera admise à participer à la gestion de l'assurance. On sait qu'un système analogue existe déjà dans l'assurance-accidents obligatoire qui est gérée conjointement par la CNA, les caisses-maladie et les compagnies privées, selon des principes de répartition des assurés fixés par la LAA. Il en ira de même pour l'assurance-maladie, même s'il est probable qu'en raison de leur longue expérience, les caisses-maladie resteront les principaux assureurs.

Le financement solidaire

Le mode de financement proposé par les auteurs de l'initiative est calqué sur celui de l'AVS/AI. Aux contributions individuelles des assurés, fixées selon la capacité économique de ces derniers, s'ajoutent les subsides des pouvoirs publics, financés par les impôts fédéraux et cantonaux. C'est en effet le seul moyen de réaliser une solidarité effective entre hommes et femmes, célibataires et personnes ayant charge de famille, jeunes et vieux, riches et pauvres. Or, on ne conçoit guère qu'une assurance puisse être qualifiée de « sociale » si elle ne se fonde pas sur de telles solidarités.

Le texte de l'initiative est rédigé de telle manière qu'il n'impose pas, pour l'assurance des soins médico-pharmaceutiques, le prélèvement de cotisations en pour-cent du revenu, ce qui laisse ouvertes d'autres possibilités telle qu'une contribution proportionnelle au montant de l'impôt direct. Cependant, dans l'hypothèse d'une cotisation proportionnelle au revenu, les auteurs de l'initiative ont calculé, en se fondant sur les chiffres qui ressortent des statistiques fédérales les plus récentes, qu'elle s'élèverait à 2,6% du revenu de l'activité lucrative. Pour les salariés, il s'agira, selon l'initiative, d'une cotisation paritaire dont la moitié sera supportée par l'employeur, ce qui s'explique par le fait que l'activité professionnelle est à l'origine de très nombreuses atteintes à la santé et que, par conséquent, il est légitime qu'une part des charges salariales serve à financer l'assurance individuelle des frais de soins. Il n'est, au surplus, pas possible de plafonner le revenu soumis à cotisation — contrairement à l'assurance d'une indemnité journalière pour perte de gain — car, par définition, les frais provoqués par une maladie sont indépendants de la situation économique de l'assuré.

Tout adulte, y compris celui qui n'exerce pas d'activité lucrative, devra payer une cotisation fixée selon le même principe. En revanche, les enfants

n'en payeront pas, étant couverts par l'assurance de leurs parents, ce qui constitue un avantage non négligeable pour les personnes ayant charge de famille et correspond, par exemple, aux principes de l'assurance-invalidité.

Enfin, en fixant à 25 % des dépenses la part des subsides à la charge de la Confédération et des cantons, le nouveau texte constitutionnel rétablit la situation qui existait jusqu'en 1970. La « fiscalisation » d'un quart des dépenses de l'assurance obligatoire est également un moyen de réaliser une véritable solidarité entre les habitants du pays. De plus, elle présente l'avantage d'obliger les pouvoirs publics à contrôler l'évolution des coûts et à décider, le cas échéant, des mesures d'économie, au lieu de se contenter, comme aujourd'hui, de réduire la part des subsides publics, tout en adressant de vaines objurgations aux « milieux intéressés » pour les inciter à réduire les dépenses dites de santé.

Le contrôle des dépenses

Cela ne suffit pourtant pas et c'est pourquoi le second alinéa de l'article constitutionnel rédigé par les promoteurs de l'initiative prescrit au législateur de prendre des mesures réellement efficaces, en vue de contenir l'évolution des dépenses de l'assurance-maladie dans des limites supportables pour l'économie nationale. Il faudra, ici, savoir faire preuve d'imagination et de courage politique. L'initiative trace le chemin: l'utilisation des ressources de l'assurance devra être **rationnelle**, ce qui imposera nécessairement certaines contraintes tant aux assureurs qu'aux assurés et aux fournisseurs de soins. En particulier, des normes obligatoires régiront les **tarifs** fixés généralement par conventions, ainsi que les **décomptes**, ce qui vise notamment la facturation des frais médicaux et hospitaliers dont la clarté n'est pas toujours la qualité dominante. Il faudra aussi **planifier** à l'échelle du pays — et non seulement des cantons — les équipements hospitaliers trop souvent en surnombre et mal répartis entre les diverses régions. Il ne devra plus être possible, dans ce contexte, de laisser se créer des cliniques privées exploitées selon des critères purement commerciaux, qui provoquent un surcroît de dépenses et déséquilibrent les budgets des hôpitaux publics.

Conclusion

L'initiative populaire lancée par le PSS et l'USS est-elle « révolutionnaire » comme on l'a dit parfois? L'objectivité commande de reconnaître qu'il n'en est rien et que l'initiative se situe au contraire dans le droit-fil de la tradition réformatrice de la gauche démocratique suisse. Il ne s'agit donc nullement, pour ses auteurs, de bouleverser les structures actuelles de l'assurance-maladie sociale, par exemple en supprimant les caisses-maladie autonomes ou en étatisant les soins de santé, mais seulement de les adapter à la fantastique évolution qui s'est produite depuis un siècle dans les domaines de la médecine et de toutes les sciences et techniques qui

permettent aujourd'hui de soigner et souvent de guérir des maladies naguère incurables.

A l'approche du XXI^e siècle, le peuple suisse doit pouvoir se doter d'un régime d'assurance-maladie digne de ce qu'il a été capable de réaliser dans les autres domaines de la sécurité sociale. L'initiative populaire « Pour une saine assurance-maladie » lui en fournit les moyens.

Annexe: texte de l'initiative populaire « Pour une saine assurance-maladie » publié dans la Feuille fédérale du 18 septembre 1984.

**Initiative populaire
« Pour une saine assurance-maladie »**

L'initiative a la teneur suivante:

La Constitution fédérale est modifiée comme il suit:

Art. 34 bis

¹ La Confédération institue, par voie législative, l'assurance en cas de maladie et d'accident. Elle en confie la mise en œuvre à des institutions qui pratiquent l'assurance selon le principe de la mutualité.

1. L'assurance-accidents est obligatoire pour tous les travailleurs. La Confédération peut la déclarer obligatoire pour d'autres catégories de la population.
2. L'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques est obligatoire pour toute la population. Elle couvre sans limite de durée les frais de traitement en cas de maladie et, dans la mesure où ils ne sont pas déjà couverts en vertu de la loi, en cas d'accident; les soins à domicile et des mesures de prévention sont également couverts par l'assurance.

L'assurance est financée par:

- a. Les cotisations des assurés fixées selon leur capacité économique; pour les personnes qui exercent une activité lucrative, les cotisations sont fixées compte tenu du revenu intégral de cette activité; la moitié au moins des cotisations des travailleurs est à la charge des employeurs. Les enfants ne paient pas de cotisations;
- b. Une contribution de la Confédération qui s'élève à un quart au moins des dépenses. La loi règle la participation des cantons à cette contribution.

La loi peut prévoir que les assurés participent à la couverture des frais qu'ils occasionnent, à raison d'un cinquième au plus du montant annuel de leurs cotisations; aucune participation ne pourra être exigée pour les mesures de prévention.

3. L'assurance d'une indemnité journalière en cas de maladie est obligatoire pour tous les travailleurs. Elle verse, pour la perte de gain résultant de la maladie, une indemnité d'au moins 80 pour-cent du salaire assuré.

L'assurance est financée par des cotisations en pour-cent du salaire assuré, dont la moitié au moins est à la charge des employeurs.

La Confédération veille à ce que les personnes qui ne sont pas assurées de par la loi puissent adhérer à l'assurance d'une indemnité journalière en cas de maladie ou d'accident.

² La liberté thérapeutique est garantie dans les limites d'un traitement économique. La Confédération et les cantons veillent à l'utilisation rationnelle des ressources de l'assurance. A cette fin, ils édictent des prescriptions en matière de tarifs et de décomptes et établissent des planifications hospitalières contraignantes.

Assurance-maladie – en mouvement

PAR HANS JÖRG HUBER*

* Conseiller aux Etats, président de la commission de la sécurité sociale et de la santé publique, Zurzach (AG)

Il n'existe, à vrai dire, pas d'Etat social moderne dans lequel les intérêts de l'assurance-maladie sociale ne soient pas constamment ébranlés, que cette branche de la sécurité sociale ne s'adresse qu'à une seule couche de la population ou qu'elle touche obligatoirement ou non l'ensemble des habitants d'un pays. Avec un article constitutionnel ac-

cepté en 1890 et une loi datant de 1911 mais en vigueur depuis 1914, c'est aussi le cas de la Suisse. Dans son message, le Conseil fédéral relève à juste titre que toutes les tentatives de réforme possibles ont toujours été traitées, modifiées, écartées. Un seul projet n'a pas abouti jusqu'ici: procéder à une révision totale de l'assurance-maladie en mo-

difiant complètement la teneur de celle-ci, notion qui trouve un accueil largement favorable.

Pourtant, la qualité de nos services de santé publique, médecine, soins, pharmacie, assurance, est reconnue; ils sont devenus plus proches des citoyens, plus accessibles au plan social. Mais on ne peut nier l'existence de l'autre face: les bouleversements démographiques au sein de la population, l'évolution des coûts et l'absence de solidarité typiques de notre époque, compriment massivement le système. Et parce que les frais doivent finalement être couverts en grande partie non pas grâce à des impôts anonymes, comme c'est le cas de la politique de formation, mais par le truchement de lourdes prestations personnelles des citoyens, il n'y a pas d'inquiétude sociale et politique, de divergences d'intérêts et de luttes fatales pour le partage. En politique, essais et projets de réforme se suivent – sans succès au Parlement déjà et encore moins en votation populaire.

Si l'on regarde en arrière, on peut dire que de cette césure résulte l'orientation stratégique du Conseil fédéral après le nouvel échec d'un bon projet le 6 décembre 1987: il fallait tenter une révision complète dans une procédure radicale.

La nouvelle offensive

Le Conseiller fédéral Flavio Cotti ordonna une révision totale sur la forme et sur le fond d'abord de l'assurance des soins, avec un programme et une contrainte légère mais persistante quant à la réalisation. Il ne faut cependant pas oublier que cette révision totale ne fut pas du tout l'unique objet de politique sociale, pas seulement dans l'assurance-maladie, où il fallut réagir à deux reprises par la voie de mesures urgentes à des développements pressants de la situation. Restait la révision de l'AVS avec ses erreurs et ses méandres, la remise en question du «principe des trois piliers»; l'initiative sur le libre passage dans la LPP

Réforme de l'assurance-maladie

Encadré résumant les principales décisions du Conseil des Etats du 17 décembre 1992

1. Solidarité

Le Conseil des Etats a suivi les propositions du Conseil fédéral. Pas de modification qui toucherait le projet quant au fond.

2. Maîtrise des coûts

L'idée du Conseil fédéral, qui consiste à renforcer les instruments concernant l'économie de marché pour maîtriser les coûts et à compléter ceux-ci par des réglementations et des interventions de l'Etat, est reprise sans modifications fondamentales. Il convient de relever les modifications suivantes:

- La remise de médicaments par les médecins (propharmacie) doit continuer à être exclusivement réglée par les cantons. Selon le projet du Conseil fédéral, il incomberait à ceux-ci d'en préciser les conditions.
- Les assureurs ne pourront engager leurs médecins-conseils qu'avec l'assentiment des sociétés médicales cantonales. Le Conseil fédéral demande seulement que ces dernières soient consultées.
- Le droit de recours de l'assuré contre l'approbation de conventions tarifaires par les gouvernements cantonaux est exclu, contrairement aux principes généraux de la légitimation pour recourir et contrairement à la proposition du Conseil fédéral.
- Les prescriptions du Conseil fédéral visant à maîtriser les coûts sont complétées par l'obligation imposée aux partenaires tarifaires de prévoir dans leurs conventions des mesures destinées à lutter contre une réitération inutile d'actes diagnostiques (art. 48 al. 5). En ce qui concerne la garantie de la qualité, des exigences particulières seront imposées aux fournisseurs de prestations chargés de l'exécution de traitements très coûteux (art. 50 al. 3 let. b).
- Les enfants jusqu'à l'âge de 6 ans sont exemptés de la participation aux frais.

La modification la plus importante concerne les mesures extraordinaires destinées à maîtriser les coûts (art. 46 et 47). Les budgétisations globales ne sont désormais prévues que pour le secteur hospitalier. De plus, elles pourront être introduites par le canton et non pas par le Conseil fédéral. La limitation de l'admission à pratiquer est supprimée. Elle est remplacée par la possibilité d'instaurer un blocage des tarifs. La compétence en incomberait à l'autorité qui a approuvé la convention tarifaire, donc en règle générale au gouvernement cantonal ou, si la validité du tarif s'étend à toute la Suisse au Conseil fédéral ou au Département fédéral de l'intérieur en ce qui concerne les tarifs fixés par lui ou par l'Office fédéral des assurances sociales (médicaments, analyses, moyens et appareils).

3. Prestations

Le principe est repris (description exhaustive des prestations obligatoires dans la loi, assurances complémentaires selon le droit contractuel), de même que le catalogue des prestations. Les deux seules modifications qui ont été faites en ce qui concerne les frais de transports et les soins dentaires auront peu de répercussions au plan pratique.

était à l'ordre du jour et à cela s'ajouta entre-temps l'Eurolex qu'il fallut traiter rapidement et en bonne et due forme.

Toujours est-il que la nouvelle LAMal prit un excellent départ. Quatre experts représentant «toutes les écoles» associées à l'assurance-maladie remirent un rapport qui devint une mine d'or pour toutes celles et tous ceux qui plus tard donnèrent leur avis. Puis en une année, le Conseiller aux Etats Otto Schoch «mena à bon port» la commission d'experts composée de 26 membres qu'il présida: un projet fut adopté qui – gardons cette image – malgré le handicap imposé par le Conseil fédéral exploita avantageusement les voies navigables.

L'acceptation, au cours de la session de novembre 1991, de l'objet 91.071 «Message concernant la révision de l'assurance-maladie» du 6 novembre 1991 fit grand bruit – notes de flûte ou imprécations.

L'écho n'était pas à l'unisson: les uns jaugèrent le projet d'après ses divergences avec la commission Schoch, alors que les autres laissaient percer leur acquiescement sous de discrètes plaisanteries. Mais tous évoquèrent le fait qu'il pouvait encore se passer beaucoup de choses, qu'il fallait compter en années le temps qui nous sépare de l'entrée en vigueur d'une révision totale. Je crois que tout cela se révélera exact.

Dans les rouages d'une commission

Le projet fut en premier lieu soumis au Conseil des Etats; la nouvelle «Commission de la sécurité sociale et de la santé publique» créée peu auparavant fut donc chargée de se pencher sur cet objet. Cela impliquait un lourd travail à accomplir dans un laps de temps relativement bref car, après le rejet massif de l'initiative des caisses-maladie, les milieux intéressés au plan politique entendaient que le Conseil des Etats traitât le dossier à l'occasion de sa séance plénière de l'hiver 1992.

C'est ainsi que Mesdames Beerli, Josi Meier, Simmen, Monika Weber et Messieurs Onken, Couteau, Loré-tan, Roth, Schiesser, Schoch, Schüle et Bernhard Seiler se mirent à l'œuvre sous ma présidence. Durant plusieurs mois, les débats, – qui n'ont pu aboutir que grâce au nouveau système de commission, à l'assistance efficace du bureau spécial AI, des services du Parlement et à l'infatigable OFAS qui dut présenter de nombreux textes complétés –, furent un fardeau suffisant en plus de l'EEE, d'Eurolex et avec un budget misérable. La commission réunit tous les éléments d'un travail approprié sur le fond: audition approfondie des milieux intéressés, pour commencer, «brainstorming» avec deux professeurs spécialisés dans l'économie de la santé. Notre état-major rassemblait en même temps les innombrables renseignements se rapportant au sujet, les cataloguait, les classait par thèmes et paragraphes; cela finit par constituer un manuscrit de 50 pages. En fin de compte, il fallut à regret se résoudre à laisser à la maison un grand nombre de nouveaux documents à la veille des débats au Conseil des Etats: ils ne pouvaient plus influencer les résultats. L'entrée en matière fut décidée à une nette majorité et les délibérations de détail se déroulèrent au cours de séances qui duraient des journées entières; la deuxième lecture ne fut cependant pas plus brève que la première. N'oublions pas que les thèmes, CNA, indemnités journalières et pétitions faisaient l'objet des travaux de trois sous-commissions. Le vote final, l'examen de deux pétitions et trois postulats, la préparation de la liste des interventions parlementaires à classer complétèrent le travail.

Il est aisé de constater que la commission a modifié quelques points du projet émanant du Conseil fédéral. Le nombre des différences dues à la commission était faible et les partis manifestèrent une assez grande solidarité. Nous en fûmes surpris au même titre que le public,

mais il y a de bonnes raisons à cela. Les travaux préliminaires avaient été réalisés avec sérieux; en outre, le champ d'action était connu grâce à la commission Schoch et à la procédure de consultation menée par le Conseil fédéral. Se profile toujours à l'arrière-plan l'initiative du PS et des syndicats qui préconise des solutions tout à fait différentes, profondément tranchantes. Tous les membres de la commission étaient convaincus qu'il fallait – et que l'on pouvait – réformer la LAMal.

La bonne voie est ouverte

Je pense malgré tout qu'il serait faux de prétendre que la commission a tranquillement suivi le Conseil fédéral. Elle a enrichi les «jalons» – l'énoncé parlementaire de la procédure d'élaboration de la loi – de plus de 50 projets particuliers pour un volume de 99 paragraphes. La nature de ceux-ci est variée mais porte l'empreinte de la volonté créatrice de la commission.

Les points centraux du projet n'ont pas subi de changements fondamentaux. Assujettissement obligatoire et libre passage comme l'égalité entre homme et femme ont été acceptés avec la devise «renfor-

Toujours est-il que la nouvelle LAMal prit un excellent départ.

cement de la solidarité». La maîtrise des coûts, soit le «coup de ciseau» entre les coûts de la santé et les salaires, doit être obtenue au prix d'une somme énorme de mesures précises et par le biais du marché. Caisses-maladie et assureurs privés travaillent désormais sur le marché réglé par le droit public d'une assurance de base obligatoire clairement définie comme c'est le cas des assurances complémentaires soumises au droit civil. Des adaptations du catalogue des prestations encore en

souffrance ont été acceptées dans des limites que le Conseil fédéral peut restreindre: prévention, SPI-TEX, amélioration des prestations de maternité dans l'assurance facultative d'indemnités journalières également. Les fournisseurs de prestations ne s'en tirent certainement pas sans dommage: seulement, à mon avis, on est disposé cette fois-ci à distinguer et à suivre les signes des temps. Ils le pourront puisque la commission a adopté le nouveau système de financement proposé par les assurances privées en 1982, système qui relègue au musée l'«arrosoir» tant critiqué et prévoit des subventions liées aux revenus. Confédération et cantons devront, à cet effet, verser environ 1,2 milliards de francs de subventions supplémentaires la première année. La tâche ne sera certainement pas simple en l'état actuel des finances publiques. Mais il ne faut pas oublier que les assurés paient des cotisations et des montants de participation toujours élevés par rapport à ce qui se passe dans d'autres pays. On l'admettra – somme toute –: la santé coûte relativement peu aux particuliers, mais beaucoup aux collectivités. C'est avant tout exact si l'on considère ce que nos 26 budgets cantonaux – et ils sont spécialement proches du Conseil des Etats – dépensent dans le domaine de la santé.

Enfin, en ce qui concerne l'assurance facultative d'indemnités journalières, c'est-à-dire l'assurance pour perte de gain, nous avons gardé le juste milieu propre à notre Etat: pas de suppression ni de régime obligatoire, mais un caractère facultatif. A la fin d'un débat qui tout en étant parfois âpre fut toujours empreint de loyauté, la commission adopta son rapport par 9 suffrages à 0 et une abstention. 8 propositions nominales de la minorité et un paquet d'interventions de notre collègue Morniroli, médecin et Conseiller aux Etats firent prévoir que les délibérations du Conseil seraient longues et soutenues.

La troisième semaine de la session d'hiver

Il apparut bientôt que le Conseil des Etats avait l'intention de s'engager en faveur de la version de la commission. Il était clair d'autre part que les quatre séances, dont une réunion spéciale supplémentaires, ne seraient pas une partie de plaisir pour les membres et le président de la commission. Mais reprenons les termes d'un observateur attentif et compétent qui écrivit à la fin des débats en séance plénière: «La Chambre suivit avec une impressionnante unanimité presque sans acception les propositions de la commission ad hoc.» (WF-Dok. Gygi)

Cela n'est pas dû au fait que le Conseil des Etats aurait mis de côté ses dons de critique juridique et matérielle. Mais il est clair que la lutte au sein de la commission portait ses fruits: là où majorité et minorité de la commission s'étaient opposées, les résultats du scrutin étaient serrés et là où la commission à l'unanimité combattait des propositions du plénum, elle s'imposait à une nette majorité. Au vote d'ensemble, les rangs s'étaient il est vrai éclaircis, le travail commun obtint un résultat très clair: 27 voix à 0. Le président Piller indiqua le chemin que prenait le dossier: «Le projet va au Conseil national.»

Appréciation de la situation à la suite du travail accompli

Il est encore trop tôt pour juger fondamentalement de la situation. D'une part, la pression du travail fourni n'est pas encore tombée et, d'autre part, l'on n'a pas encore pris assez de distance. Il faut, avant toute chose, bien se rendre compte qu'au cours de ce débat le Conseil des Etats a traité l'objet en première lecture avant le Conseil national. Celui-ci épluchera l'éventail de propositions qui ne s'en portera pas plus mal. Mais il pourrait aussi trouver la force de revenir sur les points centraux, sur l'équilibre que manifeste

maintenant le projet. Je peux imaginer que des sujets tels que la psychothérapie, les médecines douces ou complémentaires, la participation, l'automédication, la répartition des coûts dans la communauté, la situation des médecins-conseils, l'organisation judiciaire entre l'assurance de base et l'assurance complémentaire, le droit applicable dans des situations extraordinaires, voire même l'assujettissement obligatoire, soient soumis à la discussion. En fin de compte, je ne peux que répéter la ci-

«La couche de glace sur laquelle nous progressons est mince!»

tation de M. Otto Schoch que j'ai soumise avec succès au Conseil des Etats: «La personne qui adhère à une assurance-maladie moderne et solidaire tout en refusant l'assujettissement obligatoire est un imposteur.»

La commission et le Conseil des Etats avaient conscience d'une parole dont la première s'est toujours souvenue lorsque la situation était critique: «La couche de glace sur laquelle nous progressons est mince!» Grâce à cette attitude fondamentale, à la volonté d'une nécessaire réussite et une préparation scrupuleuse, nous avons adopté un projet qui, depuis 1964 – année de la dernière révision partielle qui ait abouti –, a véritablement une chance de devenir le nouveau droit de l'assurance-maladie sociale en Suisse. —

Gesundheitsreform am Scheideweg

Zukunftsperspektiven des schweizerischen Gesundheitswesens

TdM



Prof. Dr. Robert E. Leu,
Volkswirtschaftliches Institut,
Universität Bern

Wie in vielen andern westlichen Industrieländern besteht auch in der Schweiz im Gesundheitswesen ein beträchtlicher Reformdruck. Bemängelt am heutigen System werden Steuerungsdefizite in allen Bereichen und auf allen Ebenen, die regressive Finanzierung sowie die massive Einkommensumverteilung nach dem Giesskannenprinzip, die gängigen Gerechtigkeitsvorstellungen teilweise zuwiderläuft. Die bestehenden Reformvorschläge zielen entweder in Richtung auf eine stärker wettbewerbsorientierte (marktwirtschaftliche) oder eine stärker planwirtschaftliche (administrierte) Organisation des Gesundheitswesens. In der Regel beinhalten sie auch eine modifizierte Verteilung der Finanzierungslasten. In diesem Beitrag werden die Mängel des heutigen Gesundheitswesens, die beiden grundsätzlichen Reformstrategien sowie der bundesrätliche Vorschlag zur Revision der Krankenversicherung diskutiert.

Dass auch in der Schweiz der Reformdruck im Gesundheitswesen sehr stark geworden ist, zeigt sich u.a. an den Volksabstimmungen 1987 (Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes) und 1992 (Initiative des Konkordats der Schweizerischen Krankenkassen «für eine finanziell tragbare Krankenversicherung»), den dringlichen Massnahmen des Bundes gegen die Kostensteigerung im Gesundheitswesen sowie den laufenden Bemühungen zur Revision der Krankenversicherung. Im folgenden gehen wir als erstes auf die Rolle des Staates in der medizinischen Versorgung sowie die Ziele der Gesundheitspolitik kurz ein. Anschliessend werden anhand dieser Ziele die wichtigsten Mängel des heutigen Systems aufgezeigt. Zur Therapie stehen grundsätzlich zwei Reformstrategien zur Verfügung: Entwicklung des Gesundheitswesens in Richtung auf ein stärker wettbewerbsorientiertes (marktwirtschaftliches) oder ein stärker planwirtschaftliches (administriertes) System. Beide Ansätze werden in dieser Reihenfolge mit ihren Stärken und Schwächen vorgestellt. Abschliessend werden die Reformvorschläge des Bundesrates im Lichte dieser beiden Ansätze kritisch beleuchtet.

Rolle des Staates

Dass in einem eher nach planwirtschaftlichen Prinzipien organisierten Gesundheitswesen politische Entscheidungsmechanismen eine zentrale Rolle spielen, ist offensichtlich. Aber auch in einem wettbewerbsorientierten System kommt dem Staat eine wichtige Rolle zu. Grundsätzlich gilt, dass man Märkte nie völlig sich selbst überlassen kann. In allen Bereichen der Volkswirtschaft braucht es eine staatliche Wettbewerbsordnung, welche die Spielregeln des Wettbewerbs festlegt (Rahmenbedingungen). Im Gesundheitswesen ist der Bedarf nach einer gut durchdachten und sozial abgestützten staatlichen Wettbewerbsordnung überdurchschnittlich gross. Dies aus zwei Gründen: Erstens treten auf Versicherungsmärkten gewisse Probleme auf, die deren Funktionsfähigkeit beeinträchtigen. So verändert der Abschluss eines Versicherungsvertrages das Verhalten der Versicherten (moral hazard). Im Gesundheitswesen fragen die Versicherten mehr Gesundheitsleistungen nach, als sie das ohne Versicherung tun würden. Ausserdem besteht auf Versicherungsmärkten eine Tendenz zur Risikoent-

mischung. Die guten Risiken können sich zusammenschliessen (adverse Selektion, Rosinenpicken durch die Versicherer) oder auf eine Versicherung ganz verzichten. Die schlechten Risiken sind dann nur noch zu extrem hohen Prämien oder überhaupt nicht mehr zu versichern. Neben diesen Effizienzproblemen werden im Gesundheitswesen zweitens auch *spezielle Verteilungs-(Gerechtigkeits-) Ziele* verfolgt. Der Markt wird solche Verteilungszielsetzungen, soweit sie überhaupt realisierbar sind, von selbst nicht erfüllen. Folglich bedarf es einer geeigneten, sozial abgestützten staatlichen Wettbewerbsordnung.

Ziele der Gesundheitspolitik

Als allgemeine Normen scheinen vor allem die folgenden fünf Ziele auf *breiten Konsens* zu stossen:

1. qualitativ hochstehende medizinische Versorgung
2. kostengünstige Leistungserbringung (gutes Preis-Leistungs-Verhältnis)
3. Berücksichtigung der Konsumentenpräferenzen (Wahlmöglichkeiten)
4. ausreichende Versorgung für alle Bevölkerungsgruppen
5. keine unzumutbaren finanziellen Belastungen (Solidarität zwischen Reich und Arm sowie zwischen Gesunden und Kranken).

Die Ziele 1 bis 3 sind *Effizienzkriterien*, die Ziele 4 und 5 *Verteilungs-(Gerechtigkeits-)Normen*. Dabei bezieht sich Ziel 4 auf die Leistungserbringung und Ziel 5 auf die Finanzierung des Gesundheitswesens. Natürlich werden diese Ziele von den einzelnen Bürgern und politischen Gruppierungen unterschiedlich gewichtet; auch über die konkrete Ausformulierung

– speziell in bezug auf die Gerechtigkeitsziele – bestehen stark divergierende Vorstellungen. Beim Ziel einer ausreichenden Versorgung für alle Bevölkerungsgruppen reichen diese z. B. von «gleicher Versorgung für alle» über «gleiche Versorgung bei gleichem Bedarf» bis zu «gleiche Gesundheit für alle» (Güteregalitarismus).

Steuerungsdefizite des heutigen Systems

Die *Mängel des heutigen Systems* – gemessen an den aufgeführten Zielen – sind bekannt (vgl. z. B. Sommer 1992a). Um die beschriebenen Effizienzziele zu erfüllen, müssen alle

„Im Gesundheitswesen fragen die Versicherten mehr Gesundheitsleistungen nach, als sie das ohne Versicherung tun würden.“

Beteiligten sowohl Anreize als auch die Möglichkeit haben, sich nicht nur einzelwirtschaftlich, sondern auch gesamtwirtschaftlich optimal zu verhalten. Wie die folgenden Beispiele zeigen, ist dies in der Regel aber nicht der Fall:

- Für die einzelnen *Versicherten* bestehen ungenügende Anreize, das Gesundheitswesen sparsam zu beanspruchen. Einmal tragen sie nur einen geringen Teil der effektiven Kosten (Franchise und Selbstbehalt) selbst. Zum andern müssen sie auch bei zurückhaltendem eigenem Nachfrageverhalten die steigende Inanspruchnahme der übrigen Versicherten über höhere Prämien und Steuern mitfinanzieren. Es ist daher einzelwirtschaftlich rational, auch die eigene Nachfrage nach medizinischen Leistungen auszudehnen, um so einen gewissen Gegenwert für die eigenen Beiträge zu erhalten.
- Die *freipraktizierenden Ärzte* verdienen bei der in der Schweiz üblichen Einzelleistungshonorierung um so mehr, je mehr und je komplexere Leistungen sie erbringen. Sie haben daher keine Anreize, kostengünstig zu behandeln. Sie sehen sich im Gegenteil der ständigen Versuchung ausgesetzt, Leistungen zu erbringen, die medizinisch nicht unbedingt indiziert sind.

Patienten und Versicherer haben in der Regel die erforderlichen Informationen nicht, um die Notwendigkeit und Angemessenheit der erbrachten Leistungen zu beurteilen. Auch unter den Medizinern selbst gibt es in vielen Fällen sehr unterschiedliche Ansichten und entsprechend grosse Unterschiede in der Art des Praktizierens. Aufgrund dieser Unsicherheiten sind Ärzte in der Lage, sich ihre Nachfrage teilweise selbst zu schaffen. Das quantitative Ausmass dieser angebotsinduzierten Nachfrage ist allerdings umstritten.

- Auch für die *Spitäler* bestehen bei den heutigen Entschädigungssystemen (Tagespauschalen und Einzelleistungshonorierung bei den halbprivat und privat versicherten Patienten) keine Anreize, die Patienten schneller und kostengünstiger (effizienter) zu behandeln. Dadurch würden sich ihre Einnahmen reduzieren, die Defizite würden steigen, und die Einnahmen der Chefärzte gingen zurück.
- Bis heute haben sich die *Krankenkassen* zum überwiegenden Teil mit der Rolle einer blossen Zahlstelle begnügt. Da kein Preiswettbewerb um die Versicherten besteht, fehlt der Druck, mit den Anbietern medizinischer Leistungen möglichst kostengünstige und qualitativ hochstehende Leistungen auszuhandeln. Die Tarife (Preise) für medizinische Leistungen werden auf kantonaler Ebene von den zuständigen Krankenkassen- und

„Für die einzelnen Versicherten bestehen ungenügende Anreize, das Gesundheitswesen sparsam zu beanspruchen.“

Ärzteverbänden verbindlich festgelegt. Der einzelne Kassenvertreter hat daher keine Veranlassung, sich besonders einzusetzen, da die Tarife ja dann doch für alle Geltung haben.

- Durch die zersplitterte Finanzierung trägt kein *politischer Entscheidungsträger* (Bund, Kantone, Gemeinden) eine umfassende Verantwortung für das Gesundheitswesen. Dies hat zur Folge, dass auf jeder Ebene in erster Linie versucht wird, Kosten an andere weiterzuwälzen.
- Damit die Versicherten ihre *Präferenzen* zum Ausdruck bringen können, brauchen sie Handlungs- und

Wahlmöglichkeiten. Diese Wahlfreiheit ist heute jedoch stark eingeschränkt. So können vor allem ältere Versicherte nicht einfach aus Kostenüberlegungen die Krankenkasse wechseln. Darüber hinaus bieten die Krankenkassen bis heute ein weitgehend identisches Produkt an, nämlich eine Versicherung, die alle Anbieter medizinischer Leistungen in einem Kanton zu den für alle Kassen geltenden Einheitstarifen einschliesst. Der einzelne Versicherte kann also nicht aus einer Palette von Vertragsoptionen mit unterschiedlich hohen Prämien wählen.

- Obschon die *Qualität* der medizinischen Versorgung in der Schweiz im internationalen Vergleich unbestritten gut ist, wird kein Insider bezweifeln, dass hier ein beträchtliches Potential für Verbesserungen besteht. Problematisch ist insbesondere, dass nur ungenügende systemimmanente Mechanismen zur Qualitätssicherung existieren.
- *Spitaltarife* sind in der Schweiz mit Ausnahme der Privatspitäler nicht kostendeckend. Dadurch wird der Ressourceneinsatz im Gesundheitswesen verzerrt. Beispielsweise werden Spitalleistungen zu Lasten einer gesamtwirtschaftlich unter Umständen billigeren ambulanten Versorgung in zu grossem Mass beansprucht.

Mangelnde Verteilungsgerechtigkeit des heutigen Systems

Unter Verteilungs-(Gerechtigkeits-) Gesichtspunkten schneidet das schweizerische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich unterschiedlich ab, je nachdem, ob man die Leistungs- oder die Finanzierungsseite betrachtet (vgl. Leu und Gerfin 1993).

- Misst man die medizinische *Leistungserbringung* über die physische Inanspruchnahme (Anzahl Spitaltage und Konsultationen, standardisiert nach Alter, Geschlecht und ausgewählten Morbiditätsindikatoren), lässt sich in der Schweiz kein signifikanter Zusammenhang zwischen medizinischer Versorgung und Einkommen feststellen. Von den zehn untersuchten Ländern (Dänemark, Frankreich, Irland, Italien, Niederlande, Portugal, Spanien, Schweiz, Grossbritannien und USA) schneidet die Schweiz damit bezüglich dem Ziel einer ausreichenden Versorgung

der gesamten Bevölkerung am besten ab (vgl. Van Doorslaer et al. 1992).

- Die *Finanzierung* der Gesundheitsausgaben in der Schweiz ist regressiv (vgl. Leu und Gerfin 1993); von den zehn untersuchten Ländern ist sie nur in den USA noch stärker regressiv (vgl. Wagstaff et al. 1992). Dies liegt daran, dass das Gesundheitswesen 1988 zu 32% über Prämien, zu 35% über Selbstzahler/Privatversicherte und nur zu 33% über Steuern finanziert wurde. In welchem Ausmass dies zu unzumutbaren finanziellen Belastungen einkommensschwacher Haushalte führt, hängt von den in den einzelnen Kantonen unterschiedlich grosszügigen Regelungen der Prämienbeiträge für Niedrigeinkommensbezügler ab.
- Die *Solidarität* zwischen *Gesunden und Kranken* ist dadurch relativ gut

"Bis heute haben sich die Krankenkassen zum überwiegenden Teil mit der Rolle einer blossen Zahlstelle begnügt."

verwirklicht, dass über 99% der Bevölkerung bei einer Krankenkasse versichert sind. Durch das Wachstum der Kollektivverträge sowie die Jagd der Billigkassen auf gute Risiken ist diese Solidarität in der jüngeren Vergangenheit jedoch zunehmend gefährdet worden.

Zusammenfassend ergibt sich damit, dass das schweizerische Gesundheitswesen unter den vorgegebenen Zielen beträchtliche Mängel aufweist, die durch geeignete Reformen zumindest teilweise behoben werden könnten.

Wettbewerbsorientierte Reformansätze

Aufbauend auf Enthovens «Consumer-Choice Health Plan» (1978, 1988), fordert eine überwiegende Mehrheit von Ökonomen seit Jahren mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen. Ein wettbewerbsorientiertes Modell des Gesundheitswesens, das sowohl die postulierten Effizienz- als auch die Verteilungsziele erfüllen kann, setzt sich notwendigerweise aus zwei Elementen zusammen: ei-



nem Allokationssystem (Markt) für medizinische Leistungen und einem Transfermechanismus zur Einkommensumverteilung. Das zentrale Anliegen eines solchen Modells besteht darin, Allokations- und Umverteilungsfunktion zu trennen. Der strikt auf Wettbewerb ausgerichtete Gesundheitsmarkt soll dafür sorgen, dass medizinische Leistungen qualitativ hochstehend, kostengünstig (Preis-Leistungs-Verhältnis) und patientengerecht bereitgestellt werden. Über den Transfermechanismus wird sichergestellt, dass alle Bevölkerungsgruppen von diesen Leistungen profitieren können, ohne finanziell überfordert zu werden.

Um echten Leistungswettbewerb im Gesundheitswesen zu initiieren, müsste als erstes sichergestellt werden, dass im *Versicherungsbereich* Wettbewerb herrscht. Dazu müssten alle staatlichen Bestimmungen (Prämienfestsetzung nach Eintrittsalter

"Spitaltarife sind in der Schweiz mit Ausnahme der Privatspitäler nicht kostendeckend."

usw.) aufgehoben werden, die heute den Wettbewerb behindern bzw. verhindern. Der Markt müsste für alle geöffnet werden, die willens und in der Lage sind, Versicherungsleistungen anzubieten, insbesondere also für private gewinnorientierte Versicherer. Vorgeschrieben würde den Versicherern ein Mindestleistungspaket in der Grundversorgung sowie die Pflicht, alle Personen aufzunehmen, die sich versichern lassen wollen. Die Prämienabstufung könnte dabei nur im Rahmen der gesetzlich vorgegebenen Risikoklassen variieren (z. B. Alter, Geschlecht und Region). Auch gewisse andere Para-

approximativ risikogerecht sein können, braucht man ein Instrument, um zu verhindern, dass sich die guten Risiken nicht versichern. Dies kann einmal über eine altersabhängige Eintrittsgebühr bei Versicherungsbeginn erreicht werden. Die Eintrittsgebühr wäre dabei so zu bemessen, dass sich Versicherungsabstinenz für die guten Risiken nicht lohnt. Das gleiche Ziel kann natürlich auch über ein Versicherungsobligatorium erreicht werden. In ihrer Wirkung sind die beiden Alternativen äquivalent. Staatspolitisch (politisch-ökonomisch) kann man sie aber durchaus unterschiedlich beurteilen.

4. *Einkommensabhängige Selbstbeteiligung*: Der Zweck besteht darin, den versicherungsbedingten Überkonsum (moral hazard) zu reduzieren. Im Vordergrund steht dabei eine

„Die Solidarität zwischen Gesunden und Kranken ist dadurch relativ gut verwirklicht, dass über 99 % der Bevölkerung bei einer Krankenkasse versichert sind.“

nicht marginale Jahresfranchise. Diese würde die Verwaltungskosten der Krankenkassen und damit die Prämien substanziell senken. Um Härtefälle bei wirtschaftlich Schwachen zu vermeiden, wäre die Jahresfranchise einkommensabhängig auszugestalten. Auch Selbstbehalte könnten in gleicher Weise variabel an die Merkmale der Versicherten angepasst werden.

5. *Freier Marktzutritt für Versicherer*, und zwar sowohl für gewinnorientierte als auch für gemeinnützige. Die heutige Asymmetrie zwischen dem Versicherungsmarkt und demjenigen für medizinische Leistungen – sie bleibt auch im Modell des Bundesrates erhalten – ist nicht zu rechtfertigen. Auf dem Versicherungsmarkt ist Gewinnstreben nach geltender Regelung untersagt. Ärzte, pharmazeutische Unternehmen und Privatspitäler dürfen dagegen nicht nur gewinnorientiert arbeiten, sondern können sich ausserdem zu Kartellen zusammenschliessen.

6. *Rückversicherungspflicht, Grossrisikoausgleich*: Die Notwendigkeit einer Rückversicherungspflicht ist offensichtlich. Ein Grossrisikoausgleich drängt sich auf, weil ein sehr kleiner Prozentsatz der Patienten für einen sehr grossen Teil der Kosten verant-

wortlich ist. Alternativ könnte dieser Fonds auch über zweckgebundene Steuermittel finanziert werden.

7. *Mindestleistungspaket (Grundversorgung)*: Analog zum heutigen Zustand müsste den Versicherern ein Mindestleistungspaket vorgeschrieben werden. Eine abschliessende Definition des Leistungspaketes in der Grundversicherung, wie sie der bundesrätliche Vorschlag vorsieht, scheint angesichts des rasanten Tempos der medizintechnologischen Entwicklung wenig sinnvoll und behindert den echten Leistungswettbewerb. Natürlich steht es den Versicherern auch im Wettbewerbsmodell frei, Zusatzversicherungen anzubieten.

8. *Volle Freizügigkeit (Aufnahmewang)*: Eine solche Bestimmung ist Voraussetzung für die Induzierung

‘Die Solidarität zwischen Gesunden und Kranken wird im Wettbewerbsmodell innerhalb der einzelnen Risikoklassen verwirklicht.’

von Wettbewerb auf dem Versicherungsmarkt. Um Wildwuchs zu vermeiden, könnte eine zweijährige Mindestvertragsdauer vorgesehen werden.

9. *Freier Marktzutritt qualifizierter medizinischer Anbieter*: In einem wettbewerblich organisierten System gibt es keinen Grund, bestimmte (qualifizierte) Anbieter auszuschliessen (z. B. Privatspitäler). Die adäquate Angebotskapazität und -struktur würde sich durch den Wettbewerbsdruck ganz automatisch einstellen.

10. *Eigenwirtschaftlichkeit*: Allen im Gesundheitswesen tätigen Anbietern wird zwingend Eigenwirtschaftlichkeit vorgeschrieben. Dies gilt insbesondere auch für staatliche Spitäler. Die vollständige Streichung aller

Subventionen (mit Ausnahme der Abgeltung gemeinwirtschaftlicher Leistungen für Ausbildung, Notfalldienst usw.) hätte zur Folge, dass alle Spitäler Preise erheben müssten, die ihre Kosten (inkl. Kapitalkosten) voll decken. Dadurch ergäbe sich nach einer Übergangsfrist die heute fehlende Kostentransparenz. Die Versicherer könnten dann mit den einzelnen Spitalern Verträge unter Berücksichtigung von Preis und Leistung aushandeln.

11. *Tariffreiheit für alle Anbieter (Verbot von Absprachen und Kartellen)*: Analog zu der für den wirtschaftlichen Bereich im allgemeinen in den meisten Industrieländern (EG, USA, Kanada) geltenden Regelung wäre ein Verbot von Preisabsprachen und Kartellen vorzusehen. Das heisst insbesondere, dass Ärztesellschaften und Krankenkassenverbände nicht mehr kollektiv Tarifstruktur und Taxpunktweite für alle Mitglieder aushandeln könnten. In gleicher Weise wären auch kartellistische Absprachen der Versicherer untersagt.

12. *Präventive Fusionskontrolle*: Ebenfalls analog zum allgemeinen Wettbewerbsrecht in fast allen Industrieländern wäre eine präventive Fusionskontrolle vorzusehen: Zusammenschlüsse sowohl auf dem Versicherungsmarkt als auch auf dem Markt für medizinische Leistungen wären in den Fällen bewilligungspflichtig, in denen das neu entstehende Unternehmen eine kritische Marktanteilsschwelle überschreitet.

Wettbewerb und Solidarität

Oft wird befürchtet, wettbewerbsorientierte Reformansätze könnten zu einer Entsolidarisierung im Gesundheitswesen führen. Dieser Einwand trifft jedoch bei dem hier skizzierten Modell nicht zu. Die Lage der wirtschaftlich Schwachen könnte im Ge-

genteil gegenüber heute sogar ohne zusätzliche Mittel verbessert werden. Allerdings wird Solidarität dabei auf die Ebenen und Personengruppen beschränkt, für welche das im Rahmen des Gesundheitswesens sinnvoll ist. In der Krankenversicherung steht die Solidarität zwischen Gesunden und Kranken im Vordergrund. Diese wird im Wettbewerbsmodell innerhalb der einzelnen Risikoklassen verwirklicht. Innerhalb der gleichen Risikoklasse bezahlen alle beim gleichen Versicherer versicherten Personen für das gleiche Leistungspaket die gleichen Prämien – unabhängig von ihrer effektiven Inanspruchnahme. Da die Prämienbeiträge einer Periode bei den Gesunden höher, bei den Kranken dagegen tiefer sind als die von ihnen verursachten Kosten, ergibt sich automatisch eine *Solidarität zwischen Gesunden und Kranken*.

Eliminiert würde dagegen die Umverteilung von den Jungen zu den Betagten ohne Rücksicht auf deren wirtschaftliche Lage (ähnliche Vorstellungen finden sich auch bei Buschor 1992, Tschopp 1992 und Baumberger 1992). *Unterstützt* über Prämienbeiträge würden gezielt nur noch die *wirtschaftlich schwachen Betagten*.

"Sowohl unter Effizienz- als auch unter Gerechtigkeitsgesichtspunkten ist die Wettbewerbslösung der planwirtschaftlich orientierten Reformalternative eindeutig vorzuziehen."

Die Gleichung «alt = arm» stimmt in der Schweiz heute ohnehin nur noch bedingt (vgl. Leu et al. 1988). Wie die neuere Armutforschung zeigt, ist Armut zunehmend ein Problem der jüngeren Altersgruppen. Diese Entwicklung wird sich noch akzentuieren, je

stärker die zweite Säule zum Tragen kommt. Die zahlenmässig grösste Armutsgruppe sind heute weltweit wie in der Schweiz die Kinder.

Dass die Umverteilung zwischen Jung und Alt – die ohnehin nicht über

'Ein wettbewerbsorientiertes Modell des Gesundheitswesens setzt sich notwendigerweise aus zwei Elementen zusammen: einem Allokationssystem (Markt) für medizinische Leistungen und einem Transfermechanismus zur Einkommensumverteilung.'

das Gesundheitswesen und schon gar nicht nach dem Giesskannenprinzip erfolgen sollte – an ihre Grenzen stösst, zeigt auch die demographische Entwicklung. Die Belastung der zahlenmässig abnehmenden Erwerbstätigen durch die wachsende Zahl der Betagten wird zu Beginn des nächsten Jahrhunderts massiv ansteigen, und dies nur schon, um die heutigen Sozialleistungen aufrechtzuerhalten. Ergo macht es wenig Sinn, die erwerbstätigen Jungen im Gesundheitswesen zusätzlich derart stark zu belasten, um die als Gruppe zunehmend wohlhabenderen Betagten unabhängig von ihrer finanziellen Lage zu unterstützen.

Solidarität zwischen Reich und Arm ist auch im Gesundheitswesen durchaus sinnvoll – aber nur in bezug auf die Personen, die wirtschaftlich effektiv schwach sind. Diese wird in unserem Modell durch den bereits angesprochenen *Umverteilungsmechanismus* gewährleistet. Die heute an die Leistungserbringer ausgerichteten Subventionen, welche auch den Reichsten zugute kommen, würden zu

einem grossen Teil umgelenkt und gezielt als Prämienbeiträge an wirtschaftlich Schwache eingesetzt.

Planwirtschaftlich orientierte Reformansätze

Grundsätzlich zeichnet sich diese Reformstrategie dadurch aus, dass im Vergleich zu wettbewerbsorientierten Ansätzen wesentliche Wahl- und Entscheidungskompetenzen vom einzelnen Versicherten weggenommen und dem politischen Entscheidungsprozess überantwortet werden. Insbesondere wird bei dieser Strategie über die Festlegung von *Globalbudgets* politisch darüber entschieden, wieviel die Gesellschaft insgesamt für das Gesundheitswesen ausgeben will. In der Schweiz denkt man dabei vor allem an Globalbudgets auf kantonaler Ebene, da das Gesundheitswesen zu weiten Teilen in den Zuständigkeitsbereich der Kantone fällt und diese bereits heute den grössten Anteil der steuerfinanzierten Gesundheitsausgaben tragen.

Die Vorgabe eines geschlossenen Gesamtbudgets setzt nicht notwendigerweise voraus, dass der Staat alle Gesundheitsleistungen (wie z. B. in Grossbritannien) im Rahmen eines nationalen Gesundheitsdienstes auch selbst erbringt. Es genügt, wenn er (wie z. B. in Kanada) die alleinige Finanzierung übernimmt und Private mit der medizinischen Versorgung beauftragt (vgl. Sommer 1983). Die Finanzierung muss dabei auch nicht notwendigerweise über Steuern erfolgen. Entscheidend ist, dass die finanzielle Verantwortung an einer Stelle konzentriert ist. Die Ausgaben für die medizinische Versorgung stehen somit in unmittelbarer Konkurrenz zu andern Staatsaufgaben, und blosser Kostenverlagerungen werden zumindest erschwert (vgl. Sommer 1992a).

Globalbudgets werden in erster Linie eingesetzt, um die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen unter Kontrolle zu bekommen. Wie die Erfahrung lehrt (vgl. Leu 1986, Schieber und Poullier 1990) können staatlich zentralisierte Finanzierungssysteme kostengünstig sein, wenn der politische Wille vorhanden ist, das medizinische Angebot ausreichend zu rationieren. Dies belegen die Beispiele Grossbritanniens und – vor der Gesundheitsreform – Neuseelands. Fehlt dieser politische Wille, ist Globalbudgetierung dagegen auch mit hohen Gesundheitsausgaben kompatibel, wie die Beispiele des Kantons Waadt und Kanadas zeigen.

Globalbudgetierung ist nur sinnvoll, wenn die *Budgetvorgabe* eine *bindende Restriktion* darstellt und auch tatsächlich eingehalten wird. Gerade hier liegt aber die eigentliche Crux dieses Ansatzes. Will z.B. ein Kanton restriktive Budgetvorgaben wirklich einhalten, ist er längerfristig gezwungen, das medizinische Angebot weitgehend zu planen und zu regulieren (rationieren). So muss die Zahl der Spitalbetten nach Bettenkategorie verbindlich und abschliessend festgelegt werden. Neue, eventuell effizientere Anbieter werden damit vom Markt ausgeschlossen. Jedem Spital muss sodann ein Budget vorgegeben werden, innerhalb dessen es sich bewegen kann. Auch die Investitionen und damit der technologische Fortschritt werden innerhalb dieser spitalspezifischen Budgets (politisch) bestimmt (vgl. Zweifel/Pedroni 1987). In ähnlicher Weise würde man nicht darum herumkommen (wenn der Kostenanstieg tatsächlich gebremst werden soll), die Zahl der freipraktizierenden Ärzte zu begrenzen. Um regionale Ungleichgewichte zu vermeiden, würde man längerfristig auch die Standortwahl junger Ärzte planen und regulieren müssen. Da Einzelleistungshonorierung immer die Gefahr einer unerwünschten Mengenausweitung in sich trägt, ergäbe sich vermutlich bald auch die

“Der automatische Finanzierungsmechanismus und die mangelnde Ausrichtung auf mehr Wettbewerb werden die Gesundheitskosten auch weiterhin rasch ansteigen lassen.”

Notwendigkeit, auf ein anderes Entschädigungssystem, z. B. die Kopfpauschale, umzusteigen usw.

Schon diese wenigen Überlegungen machen deutlich, dass Globalbudgetierung nur im Rahmen einer sehr weitgehenden staatlichen Planung und Regulierung erfolgreich eingesetzt werden kann. Die Nachteile solcher planwirtschaftlicher Systeme sind heute hinlänglich bekannt: Rationierung wichtiger medizinischer Leistungen, Warteschlangen, geringer Hotelkomfort der Spitäler, keine Berücksichtigung von Konsumentenpräferenzen, Qualitätseinbusse der medizinischen Versorgung, Gefahr einer Zweiklassenmedizin usw. Steuerfinanzierte staatliche Systeme dieser Art verunmöglichen, den Versi-

cherten nach Präferenzen differenzierte Leistungspakete anzubieten. Oft bestehen zudem in derartigen Systemen auf individueller Basis weder für die Anbieter noch für die Nachfrager von medizinischen Leistungen Anreize zu kostenbewusstem Verhalten.

Vorlage des Bundesrates

Basierend auf dem Modell der Kommission Schoch (vgl. Expertenkommission 1990), hat der Bundesrat in seiner *Botschaft vom 9. November 1991* seine Vorschläge zur Revision der Krankenversicherung unterbreitet. Im *Vergleich zum Status quo* weist die Vorlage des Bundesrates folgende *Verbesserungen* auf:

- *Verbesserte Solidarität*: Der weiteren Risikoentmischung wird durch verschiedene Massnahmen Einhalt geboten (Verbot der Kollektivversicherungen, Versicherungsobligatorium, Risikoausgleich zwischen den Kassen). Den gleichen Effekt könnte man im Wettbewerbsmodell allerdings mit andern Instrumenten zu wesentlich geringeren volkswirtschaftlichen Kosten erreichen.
- *Verbesserte finanzielle Tragbarkeit für wirtschaftlich Schwache*: Diese wird vor allem über einen Ausbau der Prämienbeiträge aus Bundes- und Kantonsmitteln erreicht. Allerdings hat das vorgesehene Finanzierungsmodell erhebliche Nachteile. Insbesondere enthält es eine offene Finanzierungsverpflichtung für den Bund. Prämienbeiträge sollen alle Versicherten erhalten, deren Prämie 8% des relevanten Einkommens übersteigt. Im vorgesehenen Einführungszeitpunkt würden dadurch über die Hälfte der Versicherten subventioniert. Nach oben offene Prämienbeiträge machen nur Sinn, wenn sichergestellt ist (z. B. durch Wettbewerb), dass die Kosten nicht aus dem Ruder laufen. Dies ist aber im Modell des Bundesrates nicht der Fall. Es ist im Gegenteil zu befürchten, dass diese Bundesbeiträge das Kostenbewusstsein von Krankenkassen und Kantonen reduzieren, «da die finanziellen Konsequenzen für einen Teil der Versicherten über Bundessubventionen aufgefangen werden» (Minderheitsantrag Hauser, Expertenkommission 1990, S. 159).

Im *Vergleich zum Wettbewerbsmodell* weist die Vorlage des Bundesrates dagegen erhebliche *Mängel* auf:



- *Subventionen*: Die kantonalen Subventionen an die Spitäler bleiben bestehen. Der Kostendekungsgrad der Spitaltarife darf gemäss Botschaft maximal 50% der Kosten in der allgemeinen Abteilung betragen. Aus wettbewerbstheoretischer Sicht wäre aus den beschriebenen Gründen eine weitgehende Umlenkung dieser Mittel zu den Versicherten von zentraler Bedeutung.
- *Einheitsprämie*: Einheitsprämien führen leicht zu Risikoselektion. Um dies zu vermeiden, hat die Kommission die Grundversorgung umfassend festgelegt und einen sehr ausgeprägten Risikoausgleich zwischen den Kassen vorgesehen. Wie gross die verbleibenden Anreize für Risikoselektion sind, hängt davon ab, wie dieser Risikoausgleich konkret technisch abgewickelt wird. So oder so steht aber

“Risikogerechte Prämien stellen eine wesentliche Voraussetzung für intensiven Wettbewerb im Versicherungsmarkt dar.”

fest, dass die Kassen damit noch geringere Anreize haben werden, auf die Preise der medizinischen Anbieter zu drücken als heute (in der Grundversorgung). Das Kasensterben wird, wenn auch verlangsamt, weitergehen. Übrig bleiben werden am Schluss dieser Strukturbereinigung einige wenige grosse Versicherer mit ähnlicher Risikostruktur, identischem Leistungspaket und weitgehend gleichen Prämien. Unter diesen Umständen könnte man die Grundversicherung genau so gut, vielleicht sogar mit geringeren Verwaltungskosten, einer staatlichen Einheitskasse übertragen.

TdM

- **Risikoausgleichsfonds:** Der Risikoausgleichsfonds in der vorgeschlagenen Form hat – zusammen mit der Einheitsprämie und dem abschliessend definierten Leistungspaket – zur Folge, dass die Anreize für echten Leistungswettbewerb sehr gering wären. Was im Bericht des Bundesrates als «fairer Wettbewerb» bezeichnet wird, ist nichts anderes als Strukturhaltung auf Kosten des Wettbewerbs mit den bekannten negativen Folgen. Da die Strukturereinigung unter den Krankenkassen sowieso nicht aufzuhalten ist, erhöht dieser Mechanismus lediglich die volkswirtschaftlichen

“Das Modell des Bundesrates bringt gegenüber dem Status quo vor allem Fortschritte bezüglich Verteilungszielsetzungen (Solidarität). Es erkaufte diese aber im Vergleich zum Wettbewerbsmodell mit zu hohen volkswirtschaftlichen Kosten.”

schafflichen Kosten der Strukturereinigung. Immerhin ist er nach dem Vernehmlassungsverfahren auf zehn Jahre beschränkt worden.

- **Mindestleistungen:** Durch das abschliessend definierte Mindestleistungspaket im Bereich der Grundversicherung wird ein wichtiger Wettbewerbsparameter eliminiert und jeglicher Spielraum für innovatives Denken und Handeln unterbunden. Jede Veränderung der Pflichtleistungen würde damit eine Gesetzes- oder Verordnungsveränderung erheischen. Dabei besteht einmal die Gefahr, dass irgendein Gremium aus Politikern und Experten Grundversorgung als

Maximalversorgung interpretiert, und zwar ohne Rücksicht auf die Vorstellungen der Versicherten. Umgekehrt ist zu befürchten, dass eine Schliessung von Versicherungslücken ungebührlich viel Zeit in Anspruch nähme. Angesichts des rasanten technischen Fortschritts würde diese bürokratische Regelung mit Sicherheit zu Wohlfahrtsverlusten im Vergleich mit dem Status quo führen.

Schlussfolgerungen

1. Sowohl unter Effizienz- als auch unter Gerechtigkeitsgesichtspunkten ist die dargestellte *Wettbewerbslösung* der planwirtschaftlich orientierten Reformalternative eindeutig vorzuziehen.
2. Das skizzierte *Wettbewerbsmodell* würde sowohl im Vergleich zur heutigen Situation als auch zu den Vorstellungen des Bundesrates eine *qualitativ bessere und kostengünstigere medizinische Versorgung* ermöglichen und die wirtschaftlich schwächsten Bevölkerungsgruppen finanziell stärker entlasten.
3. Das *Modell des Bundesrates* bringt gegenüber dem Status quo vor allem *Fortschritte bezüglich Verteilungszielsetzungen* (Solidarität). Es erkaufte diese aber im Vergleich zum Wettbewerbsmodell mit zu *hohen volkswirtschaftlichen Kosten*.
4. Gesamthaff bietet das Konzept des Bundesrates *wenig Anreize zu mehr Wettbewerb und kostengünstigem Verhalten* bei hoher Qualität. Statt dessen werden neue Regulierungsinstrumente (Globalbudget, Zugangsbeschränkungen) vorgesehen.
5. Der *automatische Finanzierungsmechanismus* und die *mangelnde Ausrichtung auf mehr Wettbewerb* werden die *Gesundheitskosten* auch weiterhin *rasch ansteigen lassen*. Damit besteht die Gefahr, dass man in Zukunft im Gesundheitswesen noch ausgedehnter auf dirigistische Massnahmen zurückgreifen muss und damit immer weiter in ein planwirtschaftliches System gerät, welches sich in der Vergangenheit als Organisationsprinzip regelmässig als untauglich erwiesen hat. ♦

Literaturverzeichnis

- Baumberger, J. (1992): «Im Gesundheitswesen sind die alten Menschen ökonomisch interessant», *Neue Zürcher Zeitung*, 12. 11. 1992, 23.
- Botschaft des Schweizerischen Bundesrates über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991, Bern.
- Buschor, E. (1992): «Risikogerechte Krankenversicherungsprämien. Lastenausgleich für Betagte als ein Hauptgrund des Prämienanstiegs», *Neue Zürcher Zeitung*, 16. 10. 1992, 241.
- Enthoven, A. C. (1978): Consumer-Choice Health Plan, *New England Journal of Medicine* 198, 650–658 und 709–720.
- Enthoven, A. C. (1988): *Theory and Practice of Managed Competition in Health Care Finance*, North Holland, Amsterdam.
- Enthoven, A. C. and R. Kronick (1989): A Consumer-Choice Health Plan for the 1990's, *New England Journal of Medicine* 320, 29–37 und 94–101.
- Expertenkommission «Revision der Krankenversicherung», Bericht und Entwurf vom 2. 11. 1990, Bern: EDMZ 1990.
- Kartellkommission (1993): *Krankenkassen und Tarifverträge*, Veröffentlichungen der Schweizerischen Kartellkommission und des Preisüberwachers, Bern: EDMZ.
- Leu, R. E. (1986): «The Public-Private Mix and International Health Care Costs», in: A. J. Culyer and B. Jönsson (eds.), *Public and Private Health Services*, Oxford: Basil Blackwell, 41–66.
- Leu, R. E., Buhmann, B. und R. L. Frey (1988): «Einkommens- und Vermögensverteilung: Die Begüterten und die weniger Begüterten», in: R. L. Frey und R. E. Leu (Hrsg.), *Der Sozialstaat unter der Lupe, Wohlstandsverteilung und Wohlstandsumverteilung in der Schweiz*, Basel: Helbing & Lichtenhahn, 33–74.
- Leu, R. E. und M. Gerfin (1993): «Equity in the Finance and Delivery of Health Care: Switzerland», in: E. v. Doorslaer, A. Wagstaff and F. Rutten (eds.), *Equity in the Finance and Delivery of Health Care. An International Perspective*, Oxford usw.: Oxford University Press, 219–235.
- Schieber, G. J. and O.-P. Poullier (1990): «Overview of International Comparisons of Health Care Expenditures», in: *Health Care Systems in Transition*, OECD Social Policy Studies No. 7, Paris.
- Sommer, J. H. (1983): *Kostenkontrolle im Gesundheitswesen. Die nordamerikanischen Erfahrungen mit staatlich regulierten und wettbewerblich orientierten Ansätzen*. Diessenhofen: Rüegger.
- Sommer, J. H. (1992a): «Reformprobleme der sozialen Krankenversicherung in der Schweiz», in: G. Gäfgen (Hrsg.): *Systeme der Gesundheitssicherung im Wandel, Gesundheitsökonomische Beiträge* 13, Baden-Baden: Nomos, 159–185.
- Sommer, J. H. (1992b): *Health Maintenance Organizations. Erwartungen und Erfahrungen in den USA*, Chur/Zürich: Rüegger.
- Tschopp, P. (1992): «AHV plus – ein Vorschlag zur Lösung des Sanierungsfalls Krankenkassen», *Neue Zürcher Zeitung*, 12. 11. 1992, 23.
- Van Doorslaer, E., Wagstaff, A. and others (1992): «Equity in the Delivery of Health Care: Some International Comparisons», *Journal of Health Economics* 11, 361–387.
- Wagstaff, A., Van Doorslaer, E. and others (1992): «Equity in the Finance of Health Care: Some International Comparisons», *Journal of Health Economics* 11, 389–411.
- Zweifel, P. und Pedroni, G. (1987): *Die Spitalfinanzierung in der Schweiz*, Studien zur Gesundheitsökonomie 10, Basel: Pharmainformation.

**Zusammenfassung
des Vorschlages von Prof. Dr. Heinz Hauser
für ein Bundesgesetz über die Krankenversicherung**

Der Vorschlag lässt sich von folgenden Zielsetzungen leiten: Hauptziel ist die Sicherung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung. Jedem Bürger muss deshalb eine entsprechende Versicherung zu tragbaren Bedingungen ermöglicht werden. Da das Gesundheitswesen an Finanzierungsgrenzen stösst, müssen die Kosten wirksam überwacht werden. Dazu ist die Vertragsfreiheit zu verstärken und zwar sowohl im Verhältnis zwischen den Versicherten und den Versicherern (Kassen), wie auch im Verhältnis zwischen den Kassen und den Erbringern medizinischer Leistungen. Staatliche Regelungen sind auf das für den Schutz des Systems notwendige Mass zu reduzieren. Dabei muss innerhalb der Krankenversicherung ein sozialer Ausgleich stattfinden. Der Vorschlag zeigt, dass sozialer Ausgleich und wettbewerbliche Kostenkontrolle vereinbar sind.

Diese Zielsetzungen sollen durch ein Krankenversicherungsgesetz erreicht werden, welches sich an folgenden Grundsätzen ausrichtet:

Um der heute feststellbaren Entsolidarisierung zwischen und innerhalb den einzelnen Krankenkassen entgegenzuwirken, aber auch um bei den Kosteneindämmungsbemühungen den Wettbewerb zwischen den Kassen zu verstärken, soll für die Versicherten volle Freizügigkeit herrschen. Volle und unbeschränkte Freizügigkeit ist in einer freiwilligen Krankenversicherung nicht realisierbar. Die Krankenversicherung soll deshalb für alle in der Schweiz wohnhaften Einwohner obligatorisch erklärt werden.

Die Krankenversicherung bleibt weiterhin eine Individualversicherung, die in erster Linie aus individuellen Versicherungsprämien finanziert wird. Die Prämien können nach Lebensalter, Geschlecht und örtlichen Kostenunterschieden abgestuft werden.

mx/mn7881
28.9.1988
88.905

Zwischen der tiefsten und der höchsten Altersstufe der Erwachsenenprämie darf dabei höchstens ein Unterschied von 100 Prozent liegen. Die Prämien der Frauen dürfen höchstens 10 Prozent über den Prämien der Männer liegen. In der Krankenpflegeversicherung werden keine Kollektivverträge mehr zugelassen, weil diese zu einer Entsolidarisierung führen. Aus dem gleichen Grund soll es künftig auch keine Betriebskrankenkassen mehr geben.

Krankenkassen und private Versicherungsgesellschaften sollen einander gleichgestellt sein und zwar sowohl in der Grundversicherung wie in den Zusatzversicherungen. Private Versicherungsgesellschaften sollen sich deshalb an der Durchführung der sozialen Krankenversicherung (Grundversicherung) beteiligen können. Im Gegenzug sollen für die Zusatzversicherungen für sämtliche Versicherer die Grundsätze des Privatversicherungsrechts gelten.

Der Versicherte soll zwischen verschiedenen Formen der Grundversicherung wählen können. Im Normalvertrag gilt eine Selbstbeteiligung von 20 Prozent mit einer jährlichen Höchstgrenze. Daneben können Jahresfranchisen angeboten werden und schliesslich sollen auch alternative Versicherungsangebote möglich sein, in welchen die Auswahl unter den Leistungsanbietern beschränkt ist.

Im Sinne privater Kostendämpfungsmaßnahmen soll den Verträgen über Kostenvergütungen zwischen den Kassen und den Leistungserbringern eine zentrale Bedeutung zukommen. Die Vertragsfreiheit wird daher vergrössert. Landesweit einheitliche Tarife sind nur noch für Arzneimittel vorgesehen. Dieser Ansatz zur Kostenkontrolle im Vertragsrecht verdient den Vorzug gegenüber kostendämpfenden Massnahmen durch Regulierungs- und Planungskompetenzen des Bundes und der Kantone wie sie in der abgelehnten KMSG-Vorlage vorgesehen waren. In die gleiche Richtung geht der Vor-

schlag, dass die Vergütungen an Heilanstalten grundsätzlich kostendeckend sein müssen, dass also die Spitäler nicht mehr durch Subventionen der Kantone mitfinanziert werden. Das heutige System führt nämlich zu einer Verzerrung zugunsten der Heilanstaltsbehandlung und geht damit zulasten der spitalexternen Pflege. Die Vertragswahl durch die Kassen soll den tatsächlichen Kostenverhältnissen zwischen den Spitälern folgen. Der Wettbewerb zwischen privaten und öffentlichen Spitälern soll verschärft werden.

Obwohl in einem System mit voller Freizügigkeit auf einen Lastenausgleich über Subventionen verzichtet werden könnte, soll dieser Lastenausgleich weiterhin auch über Bundesbeiträge erfolgen. Der Lastenausgleich erfolgt für Frauen, für Personen über 65 Jahre und für Invalidenrentner. Beitragsberechtigt sollen aber lediglich Kassen mit einem überdurchschnittlichen Anteil an solchen Versicherten sein. Eine grösse Anzahl von Kassen wird also keine Bundessubventionen zum Lastenausgleich erhalten. Daneben sind ähnlich wie im geltenden Recht einige Spezialsubventionen für bestimmte Leistungen, hauptsächlich bei Mutterschaft, vorgesehen. Der soziale Ausgleich ist über einkommensabhängige Prämienbeiträge der Kantone vorgesehen. Aus der Aufhebung der Spitalfinanzierung durch die Kantone werden dazu genügend Mittel frei (3158 Mio.) Der Bund hat finanzschwache Kantone zu unterstützen. Im einzelnen sind folgende Bundesbeiträge vorgesehen.

Mutterschaft	180 Mio.
Frauen 21-65 Jahre	20 Mio.
Frauen über 65 Jahre	215 Mio.
Männer über 65 Jahre	120 Mio.
Invalide	50 Mio.
Subventionen an finanzschwache Kantone	200 Mio.
Total	<u>785 Mio.</u>

Der gezieltere Einsatz der öffentlichen Mittel (Bund 785 Mio., Kantone 3158 Mio.) gestattet es, den Sozialausgleich trotz deutlicher Prämienerrhöhung wegen des Wegfalls der kantonalen Spitalsubventionen auf dem heutigen Niveau zu halten. Die konkreten Auswirkungen differieren indessen regional sowie entsprechend der bisherigen Kassenstruktur. Für detaillierte Angaben sind deshalb noch umfangreiche Erhebungen für Testregionen erforderlich.

MODELL FUER EINE ALLGEMEINE REFORM DER KRANKEN- UND MUTTERSCHAFTSVERSICHERUNG

von Alberto Gianetta, Leiter der Abteilung Sozialversicherungen
des Departementes für Sozialwerke, Bellinzona

Das Modell stützt sich auf folgende Feststellungen und Betrachtungen:

- Das Gesundheitswesen der Schweiz ist gekennzeichnet durch hohe Qualität und Leistungsfähigkeit, sowohl für ambulante als auch für stationäre Behandlungen;
- es garantiert dem Bürger inbezug auf die Nachfrage und dem Pflegepersonal bei der Anwendung und dem Angebot der Behandlung grosse Wahlfreiheit;
- die Lebenserwartung erreicht im internationalen Vergleich einen sehr hohen Stand und der Gesundheitsstand ist einer der besten;
- die Krankenversicherung ist vorwiegend den vom Bund anerkannten Kassen übertragen, die auf dem Prinzip der Gegenseitigkeit beruhen und weitgehende Organisationsfreiheit geniessen;
- die Versicherungsdichte beträgt annähernd 100 Prozent, obwohl sich der Bund darauf beschränkt hat, diese Form von individueller Vorsorge durch allgemeine Beiträge zu unterstützen und die Kantone nur selten von der Möglichkeit Gebrauch gemacht haben, ein Versicherungsobligatorium einzuführen;
- im Vergleich zu anderen Staaten ist die Zahl der Spitalbetten ausserordentlich hoch und diejenige der Aerzte weist eine beeindruckende Zuwachsrate auf; sie könnte sich bis zum Jahr 2000 verdoppeln;
- von den zwanzig Milliarden Franken, die jährlich für das Gesundheitswesen ausgegeben werden (etwa 8% des Bruttosozialproduktes) stammen rund 7 Milliarden aus den Prämien, die von den Krankenkassen für die Grundversicherung erhoben werden (ambulante Behandlung und stationäre Pflege in der allgemeinen Abteilung);
- die jährliche Zuwachsrate der Kosten liegt im internationalen Vergleich an der Spitze und hat explosiven Charakter. Es erstaunt daher nicht, dass die Kosten pro Kopf zu den höchsten der Welt zählen. Nur wenige Bürger wären in der Lage, Kosten einer langen und schweren Krankheit ohne Unterstützung durch ein Versicherungsinstitut zu tragen;
- dieser Zuwachs ist nur sehr bedingt auf das Ansteigen der Konsumentenpreise zurückzuführen; er erklärt sich vielmehr durch die mengenmässige Ausweitung der Leistungen (Anzahl und Komplexität);

- wie andere Länder erfährt die Schweiz gegenwärtig im Bereich der geriatrischen Versorgung die ersten Probleme, die sich aus der Ueberalterung der Bevölkerung ergeben. In den kommenden Jahrzehnten werden sie sich noch verschärfen und bei einem Rückgang der Geburtenzahlen umso stärker in Erscheinung treten;
- Bei den Krankenkassen machen sich beängstigende Zeichen eines Trendwechsels bemerkbar, im Sinne eines allmählichen Abbaus der Solidarität und ihres sozialen Charakters zugunsten der Bildung von Gemeinschaften mit "guten Risiken" (junge Versicherte). Somit sind die Bedingungen eines unerbittlichen Konkurrenzkampfes zu Lasten von Kassen, die eine ähnliche Risiko-Struktur aufweisen (Alter und Geschlecht) wie die Gesamtbevölkerung unseres Landes gegeben.

Das vorgestellte Modell bezweckt, die schlimmsten Verzerrungen des bestehenden Systems zu korrigieren und die Werte der Gegenseitigkeit und der Solidarität wiederherzustellen.

1. Einführung des Kranken- und Mutterschaftsversicherungsobligatoriums.

Die Massnahme ist nicht ideologisch fundierter Selbstzweck; sie ist vielmehr ein Mittel, um eine allgemeine und gefestigte Solidarität zu verwirklichen. Das Versicherungsobligatorium erstreckt sich auf die ganze Wohnbevölkerung der Schweiz, einschliesslich der Saisonarbeiter. Die Grenzgänger sowie ihre Familien hingegen sind davon ausgeschlossen; deren gesundheitliche Versorgung soll durch den Wohnsitzstaat gewährleistet werden.

2. Versicherungsanstalten

Die Durchführung des Versicherungsobligatoriums wird den vom Bund anerkannten Krankenkassen übertragen, die ihre autonome Organisationsform und -struktur beibehalten sollen. Das Mitsprache- und, in gewissen Fällen das Entscheidungsrecht der Mitglieder soll ausgeweitet werden.

3. Freie Wahl

Bei grösstmöglicher Beachtung der Bedingungen des Systems sind dabei gewährleistet:

- a. das Recht des Versicherten zur freien Wahl der Kasse, des Pflegepersonals und der Heilanstalt;
- b. das Recht des Pflegepersonals zur freien Berufsausübung unter Beachtung der Wirtschaftlichkeit der Behandlung.

Das Modell ermöglicht die Einführung neuer, in anderen Ländern schon bekannter Versicherungsformen im Gesundheitswesen, die die freie Wahl des Pflegepersonals und der Behandlungsstätten durch den Versicherten einschränken. Experimente dieser Art könnten sich auch für unser Land nützlich erweisen, um deren Wirkung auf die Kosten zu erproben und um festzustellen, ob der Schweizer Bürger für solche Neuerungen empfänglich ist. Es muss

aber dem Versicherten die Gewähr geboten werden, dass er wieder in die allgemeine Versicherung zurückkehren kann.

4. Liste der obligatorischen Leistungen

Der Leistungskatalog der obligatorischen Versicherung ist zwingend festgelegt. Besondere Bedeutung wird Präventivmassnahmen beigemessen, die bereits heute teilweise von den Kassen entsprechend der medizinischen Praxis übernommen werden. Gewicht gelegt wird sodann auf Eingliederungsmassnahmen im Hinblick auf die Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit (mittels einer engeren Zusammenarbeit mit der Invalidenversicherung) und auf Massnahmen, die geeignet sind, die persönliche Eigenständigkeit von insbesondere älteren Personen, die unter chronischen Krankheiten leiden, zu erhalten.

Um dieses Ziel zu erreichen ist es notwendig, die Dienstleistungen der Hauspflege zu entwickeln, sowohl in bezug auf medizinische Leistungen als auch auf allgemeine Hilfe. Die Pflege zu Hause ist der stationären Behandlung vorzuziehen, und zwar nicht nur aus wirtschaftlichen, sondern auch aus menschlichen und sozialen Gründen.

5. Mutterschaft und Unfälle

Der Schutz der Versicherung erstreckt sich auf die Mutterschaft und auf Unfälle, die nicht durch andere Versicherungszweige gedeckt sind, unter den gleichen Bedingungen wie die obligatorische Krankenversicherung im engeren Sinne.

Die Mutter, die Anrecht auf Prämienverbilligungsbeiträge der öffentlichen Hand hat - d.h. ausschliesslich wirtschaftlich schwache Versicherte - erhält eine gänzlich zulasten des Bundes fallende Geburtszulage von 2000 Franken.

6. Massnahmen zur Kosteneindämmung

Es sind praktisch alle bereits von den eidgenössischen Räten vorgeschlagenen Massnahmen übernommen worden, besonders diejenigen, die die Planung der Strukturen des kantonalen Gesundheitswesens betreffen. Es wird Sache der Bundesbehörden und besonders der Kantone sein, sich auf die ihnen übertragenen Kompetenzen zu berufen um die Einschränkungen, die eine Kostenexplosion verhindern können, anzuwenden - und dadurch einen rationelleren Einsatz der nicht unbegrenzten Mittel zu ermöglichen. Diesbezüglich wird erneut vorgeschlagen, von den Versicherten eine höhere Kostenbeteiligung zu verlangen (ein Kostenbeitrag nach der Tessiner Tradition des Bezirks- oder Gemeindefarztes). Für wirtschaftlich schwache Versicherte sind angemessene Grenzen vorgesehen, um für den Fall chronischer oder besonders schwerer Krankheiten eine allzu hohe Belastung zu vermeiden.

7. Die Solidarität

Durch die Uebernahme eines beträchtlichen Teils der betrieblichen Spitalkosten leisten die Kantone einen Beitrag zugunsten der gesamten Bevölkerung. Zusätzlich werden zugunsten der schwachen Alleinstehenden und Familien drei Solidaritätsmassnahmen vorgeschlagen:

a. Solidarität innerhalb jeder Kasse

Gleiche Prämien ohne Unterscheidung des Geschlechts oder des Alters, mit dem Korrektiv einer Reduktion von 50 Prozent zugunsten der minderjährigen Versicherten, d.h. letzten Endes der Familie;

b. Solidarität unter den Kassen

Als Grundlage der Berechnung bildet die Gesamtheit der Versicherten eines Kantons eine einzige Risikogemeinschaft. Damit können die mittleren, gewichteten Kosten für Erwachsene und Minderjährige je Kanton berechnet werden. Der Lastenausgleich erfolgt durch Entnahme oder Gutschrift eines "Kompensationsbeitrages", der für jede Risikogruppe den Lastenausgleich nach Alter und Geschlecht ergibt. Die Durchführung und die notwendigen Anpassungen werden von den Kantonen vorgenommen. Bei Annahme einer solchen Regelung besteht ein Anreiz zu gesunder Konkurrenz unter den Kassen, indem sie weiterhin zu einer umsichtigen Auszahlung der Leistungen und einer sparsamen Geschäftsführung angehalten werden. Dies hat positive Auswirkungen auf die Festlegung von Prämien zur Finanzierung von Leistungen im Kompetenzbereich der Kasse.

c. Solidarität zugunsten der wirtschaftlich Schwachen

Die beiden unter a. und b. erwähnten Solidaritätsformen würden für wirtschaftlich schwache Alleinstehende und Familien eine immer noch zu hohe Belastung bedeuten. Politisch gesehen könnte ein Korrektiv nur mittels einer durch die öffentliche Hand finanzierten Unterstützung in Betracht kommen. Das Modell schlägt daher eine Begrenzung der Beitragslast ausgedrückt in Prozenten (6%) des Nettoeinkommens vor.

Die wirtschaftliche Auswirkung der Versicherteneigenschaft erschöpft sich aber nicht in der Prämienzahlung: im Krankheitsfall wird der Versicherte aufgefordert, einen Beitrag an die Kosten zu leisten. Logischerweise muss also ein Korrektiv angewendet werden um zu vermeiden, dass dadurch bei besonders kostspieligen ambulanten Behandlungen schwerwiegende wirtschaftliche Folgen für den Alleinstehenden oder die Familie entstehen.

Das Modell umschreibt den Höchstbetrag, der dem Versicherten aufgrund seines Einkommens in Form von Prämien und Kostenbeteiligung auferlegt werden kann (7 resp. 9%). Die Kriterien und Berechnungskoeffizienten für den Lastenausgleich unter den öffentlichen Gemeinwesen sollen im Rahmen der Verteilung der Aufgaben zwischen Bund und Kantonen festgelegt werden.

8. Vorbeugung und Gesundheitserziehung

Seit vielen Jahren haben Studien und Untersuchungen die Bedeutung von Vorbeugung und Gesundheitserziehung aufgezeigt, ebenso die Notwendigkeit des persönlichen Verantwortungsbewusstseins zur Erhaltung der individuellen und kollektiven Gesundheit. Der Bundesrat soll daher mit weitgehenden Kompetenzen zur Förderung und Koordination von Programmen und Aktionen auf diesem Gebiet ausgestattet werden.

1966
1967
1968
1969
1970
1971
1972
1973
1974
1975
1976
1977
1978
1979
1980
1981
1982
1983
1984
1985
1986
1987
1988
1989
1990
1991
1992
1993
1994
1995
1996
1997
1998
1999
2000
2001
2002
2003
2004
2005
2006
2007
2008
2009
2010
2011
2012
2013
2014
2015
2016
2017
2018
2019
2020
2021
2022
2023
2024
2025

**Zusammenfassung
des Vorschlages von Prof. Pierre Gilliard, Lausanne
für eine Revision der sozialen Krankenversicherung (SKV)**

**Gesundheitswesen: Vorschlag für eine Finanzierung nach Funktion
und nach Zielen.**

Der vorliegende Bericht ist ein Beitrag zum "Ideenwettbewerb" im Zusammenhang mit der sozialen Krankenversicherung. Sein Inhalt sprengt bewusst den Rahmen des Auftrags.

Lagerbeurteilung und Zielsetzung.

Das System der sozialen Krankenversicherung befindet sich in einer Sackgasse: Beitrags- und Tarifunterschiede; "Jagd auf die Jungen"; Bestrafung der Familie und der Alten; komplexes Finanzierungssystem; Funktionsstörungen. Dies sind nur einige Stichworte dazu. Das Kommerzdenken der Krankenkassen setzt sich gegenüber dem sozialen Denken durch. Der Beitrag der öffentlichen Hand zur Finanzierung der gesamten Leistungen ist zwischen 1975 und heute von 45 % auf 38 % zurückgegangen. Die Ueberwälzung der Lasten - insbesondere jenes des Bundes - auf die Versicherten machte 1976 bis 1987 einen Betrag von rund 10 Milliarden Franken aus. Darin liegt eine Erklärung für die laufenden Erhöhungen der Mitgliederbeiträge an die SKV.

Die finanzielle Verflechtung des Gesundheitswesens führt zu einer Verwässerung der Verantwortlichkeiten und zu einer Aufweichung der Verwaltung. Beitragsmässig stellt die SKV nur einen Viertel der Finanzierungssumme dar. Eine Reform der SKV setzt aber eine Gesamtsicht, klare Zielsetzungen und zukunftsgerichtete Vorstellungen vom Gesundheitswesen voraus, mit dem Ziel einer Gesundheits-Oekonomie (Ordnung im Haus) die in Einklang steht mit einer qualitativ hochstehenden und ethisch einwandfreien Krankenpflege.

Aussichten.

Die Ueberalterung der Bevölkerung ist unabwendbar; dies hat zur Folge, dass das Gesundheitswesen vermehrt in Anspruch genommen wird. Diesbezüglich muss man die Einführung von Massnahmen zur Förderung der Hauskrankenpflege (SPITEX) als Ergänzung der bestehenden Einrichtungen (Spitäler, Kranken- und Pflegeheime) erwägen. Solche Massnahmen entsprächen nämlich einem Wunsch zahlreicher Kranker; zudem wären sie weniger aufwendiger als die Institutionalisierung. Die Anzahl Aerzte ist bereits heute hoch und wird sich bis im Jahr 2015 noch verdoppeln. Verschiedene Faktoren sind für die Zunahme des Gesundheitspersonals verantwortlich; Ansprüche der Kranken und der Berufsleute, technischer Fortschritt, Verkürzung der Arbeitszeit in einem Bereich, wo es auf die Beziehungen zwischen Pflegern und Gepflegten ankommt und wo die Lohnkomponente ins Gewicht fällt. Angesichts des Mangels an Pflegepersonal muss der Ausbildung und der Tätigkeitsdauer des Personals besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden.

Diese Aussichten entsprechen eindeutigen Tendenzen, welche die Entwicklung des Gesundheitswesens mitbestimmen. Gesamthaft betrachtet bewirken sie eine Zunahme des Anteils der Krankenpflege- und Spitalausgaben am Bruttosozialprodukt (BSP).

Gesundheitsstrategie.

Die Perspektive eines wirtschaftlichen Wachstums ist die wahrscheinlichste. Mit einem gesteigerten Anteil der für die Gesundheit eingesetzten Mittel wird man den Ansprüchen besser gerecht werden können. Trotzdem ist das Risiko einer steigenden Kostenspirale vorhanden. Um diese Entwicklung in den Griff zu bekommen (und nicht von ihr überrollt zu werden), bedarf es einer Führungstrategie und der entsprechenden Mittel in einem gemischten Wirtschaftssystem und einem Sektor, wo der Wettbewerb nicht automatisch regulierende Wirkung hat. Fortan wird

bei uns planen gleichbedeutend sein mit umstrukturieren. Effizientere Verwaltung und qualitativer Ausbau des Dienstleistungsangebots für die gesunde und kranke Bevölkerung sind nämlich durchaus miteinander vereinbare Ziele. Dabei gibt es kein Patentrezept. Es geht vielmehr darum, eine Reihe von koordinierten Massnahmen zu ergreifen, die von politischem Willen getragen werden. Zu diesem Zweck bedarf es der Schaffung einer "Beobachtungsstelle für Gesundheit" (Information zur Vorbeugung und Epidemiologie, Analyse und Vergleich bezüglich Preisbildung, Auswertung der Funktionsfähigkeit). Man kann sich nicht über die steigenden Kosten beklagen und gleichzeitig die Instrumente ablehnen, mit denen die Verschwendung verhindert werden kann und die verfügbaren Mittel "am besten und zu den geringsten Kosten" eingesetzt werden können. Beispiel: das System des umfassenden Budgets pro Einrichtung, wie es im Kanton Waadt mit Erfolg praktiziert wird. Will man die Bedürfnisse im Gesundheitsbereich erkennen und angemessen befriedigen, so müssen die entsprechenden finanziellen Auswirkungen unbedingt beurteilt und gemeistert werden.

Zielsetzungen: Denkbarer Handlungsablauf.

Die Befriedigung der gesundheitlichen Bedürfnisse geht über den medizinischen und Spitalbereich hinaus und betrifft ebenfalls den Umweltschutz, das Wohnwesen, die Arbeitswelt usw. Es geht um einen Eingriff zur Einschränkung der Risiken. Im Bereich der "Reparaturen" nach einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes, bei Krankheit oder Unfall können keine geeigneten Investitionen getätigt werden, ohne dass vorher Ziele gesteckt werden. Diese können in folgendem Handlungsablauf zusammengefasst werden:

- Förderung der primären Vorbeugung und der Information (frühe Kindheit, altersbedingte Krankheiten)
- Ausbau der Pflegedienste und der SPITEX

- Steigerung der technischen Kapazität der Spitäler, aber angemessene Anpassung der Betten für Langzeitkranke
- Abstimmung von Einrichtungen und Dienstleistungen, Koordination und Kontinuität der Pflegeleistungen
- behindertenfreundliche Wohnungen (Invalide, Betagte)
- Solidarität unter Nachbarn und wirtschaftliche Anreize (auch wenn diese beschränkt sind, da das Hauptziel die Heilung und Linderung ist)
- Hilfe den Helfenden
- Umdenken bei der Funktions- und Finanzierungsweise, usw.

Finanzierung nach Funktionen und Zielen.

Das vorliegende Modell beruht auf der Trennung des Spital- und sozialmedizinischen Bereichs von Sektor der ambulanten Behandlungen, welcher der SKV unterliegt. Damit sollen die obenerwähnten Ziele erreicht, die Aufgaben entflochten, die Verwaltung gestrafft, die Verantwortlichkeiten der Kantone, der "Zahlenden", der Leistungserbringer und -empfänger abgegrenzt werden. Der Vorschlag zielt auch darauf ab, Zielkonflikte zwischen Finanzierungsträgern (wer macht was, wo, wann und wie, warum und für wen?) zu vermeiden. Wirtschaftliche Ungleichheiten der Haushalte sollen über das Gesetz über die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV, über Steuerermässigungen, usw. behoben werden (Verbesserung der Zielsetzungen ausserhalb des medizinischen Bereichs).

Die Bezifferung des Aufwandes zulasten der öffentlichen Hand und desjenigen zulasten der anderen Finanzierungsquellen erfolgen beide nach demselben Grundprinzip, so dass die Aufteilung praktisch gleich ist. Doch nehmen die Bundesbeiträge in starkem Masse ab. Demgegenüber tragen die Kantone nicht mehr zur Finanzierung der AHV bei. Somit verfügen sie über zusätzliche Mittel für das Spitalwesen und die Unterbringung von Pflegebedürftigen in Allgemeinabteilungen von Spitälern.

Fünf Finanzierungsfunktionen.

Jede davon entspricht einem Teilbereich des Gesundheitswesens:

1. Spezifische Aufgaben der öffentlichen Hand (Medizinische Fakultäten, Subventionen ...);
2. Spitalaufenthalt in der allgemeinen Abteilung für Akutkranke in Einrichtungen von öffentlichem Interesse, Kostenübernahme durch die Kantone (private Abteilung, siehe Ziffer 4 nachstehend);
3. Einweisung in Pflegeheime von anerkanntem öffentlichem Interesse; die Pflegekosten werden von den Kantonen, die Aufenthalts- und Pflegekosten von den Heimbewohnern selber getragen, die somit den chronisch kranken, zu Hause wohnenden Personen gleichgestellt sind;
4. Gewinnorientierte Einrichtungen, die nicht von anerkanntem öffentlichem Interesse sind; Kostenübernahme durch Zusatzversicherungen oder durch die Patienten (idem in den Privatabteilung der Spitäler, um wettbewerbsbedingte Verzerrungen zu vermeiden), Tarifverträge, sofern sie der kantonalen Planung entsprechen;
5. Bereich der ambulanten Behandlung, dessen Finanzierung der SKV übertragen wird.

Grundsätze der SKV.

Eine Reform der Krankenversicherung muss im Sinne einer Rationalisierung, Vereinfachung und Humanisierung erfolgen (funktionelles Konzept der Sozialen Sicherheit). Die wesentlichen Grundsätze dieses Modells lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Grundversicherungspflicht mit der Aufhebung der Vorbehalte und der ungerechten Begrenzungen der Leistungsdauer;
- obligatorische Taggeldversicherung für die Arbeitnehmer (über das OR);
- die Deckung der "grossen Risiken";

- eine soziale Finanzierung, die auf der Solidarität gegenüber Familien und Betagten beruht;
- Berücksichtigung der Hauskrankenpflege;
- die Freizügigkeit (unter Bedingungen, welche allzu häufigen Kassenwechsel verhindern) zwecks Belebung der Konkurrenz zugunsten der Versicherten;
- die Mittel für eine stärkere Verantwortung durch Leistungserbringer und -bezüger;
- eine Kostenüberwachung auf föderalistischer Ebene;
- eine durchschaubare Funktionsweise, die Auswertungen erlaubt.

Organisation der SKV.

Die Krankenkassen gewährleisten die Grundversicherung im Bereich der ambulanten Pflege. Sie können indessen andere Versicherungen anbieten (Spitalzusatzversicherungen, Taggeldversicherungen, usw.). Ausser in Ausnahmefällen (z.B. bei Süchtigen) erfolgt die Kostenrückerstattung nach dem System des "tiers garant" (in Verbindung mit einer hohen Jahresfranchise). Die Tarife werden harmonisiert; die Bezahlung für technische Leistungen darf nicht zu einer Förderung der Ueberausrüstung führen. Die Behandlungen müssen wissenschaftlich anerkannt und wirtschaftlich angemessen sein. Die Mittel zur Intervention bei Ueberarztung und bei Ueberkonsum werden verstärkt.

Finanzierung der Krankenkassen.

Diese erfolgt im wesentlichen über die Beitragszahlungen. Die herkömmlichen Bundesbeiträge nach dem Giesskannensystem werden aufgehoben. Die Bundesbeiträge dienen als positive Massnahme zur Erfüllung des Verfassungsauftrags der Gleichberechtigung von Mann und Frau (gleich hohe Beiträge, wobei sich die Subvention nach der Mutterschaftskosten und der Lebenserwartung der Frauen richtet). Die Kantone übernehmen die Beiträge sowie einen Teil oder die Gesamtheit der Franchise und Selbstbehalte für die Haushalte und Personen mit schwachem Einkommen. Falls

das gegenwärtig im Aufbau befindliche soziale Europa die Besteuerung der zu Spitalaufenthalten führenden Produkte (Tabak, Alkohol, Auto) einführen sollte, wäre die Schweiz gut beraten, diese Gelegenheit für die Erschliessung neuer Einnahmequellen ebenfalls zu nutzen.

Beiträge und Franchisen.

Kinder und Jugendliche, für welche die Eltern aufzukommen haben, sind von der Beitragspflicht befreit. Die Beiträge für Erwachsene sind gleich hoch, unabhängig von Geschlecht und Alter der Versicherten. Die Jahresfranchisen sind hoch angesetzt: 500.- Franken pro Erwachsenen und 250.- Franken pro Kind. Diese Franchise vermindert die entsprechende Prämie um mindestens ein Viertel. Die Jahresfranchise pro steuerliche Beitragseinheit darf den Betrag von zwei Erwachsenenfranchisen nicht übersteigen, ungeachtet der Anzahl Kinder (eine Erwachsenenfranchise und eine Kinderfranchise für eine Familie mit nur einem Elternteil), aber unter der Voraussetzung, dass alle Mitglieder der gleichen Krankenkasse angehören. Anschliessend wird ein Selbstbehalt von 10 % bis zu einer "vernünftigen Höchstgrenze" gefordert. Die Bedeutung der Familienkomponente ist erheblich. Zahlreiche Betagte profitieren von einer beträchtlichen Kürzung ihres Beitrags (Prämien, Jahresfranchisen und Selbstbehalt), da die Abstufung der Beiträge hinfällig wird bzw. abgeschafft wird. Deshalb können die Kantone und Gemeinden mit demselben Betrag eine grössere Anzahl bescheidener Haushalte unterstützen. Mit der Zeit sollte diese Form der Kostenübernahme an Bedeutung verlieren und anderen Finanzierungsarten weichen. Der durchschnittliche Beitrag beläuft sich in diesem Modell (Grundversicherung ohne Zusatzversicherung) auf etwa 900 Franken pro Jahr.

Ausgleichskassen der SKV.

Um eine echte und versichertenfreundliche Konkurrenz zu ermöglichen, sind SKV-Ausgleichskassen unerlässlich. Die Kantone sind in Gesundheitsfragen autonom, die Kosten für ihre Krankenpflegeleistungen unterschiedlich. Daher sind diese Kassen auf kantonaler (oder interkantonaler) Ebene einzurichten. Daneben sind sie auch im Bereich der Rückversicherung tätig. Nicht den Krankenkassen, sondern den Versicherten, die gegenwärtig in sozial untragbaren Verhältnissen leben, muss geholfen werden. Das Ziel ist ein Kostenausgleich aufgrund der Geschlechts- und Altersstrukturen nach dem Grundsatz "Gleiche Mittel für gleiche Taten".

Kostenbewältigung.

Mehrere der vorgeschlagenen Lösungen zielen auf eine Bewältigung der Kosten durch positive Umstrukturierungen und Aktionen ab. Eine Zunahme des Anteils der Gesundheitsausgaben am Brutto-sozialprodukt ist begrüssenswert. Dennoch sind Massnahmen zur Eindämmung der übermässigen Ausgabensteigerung nötig, sei es hinsichtlich der Infrastrukturen und Einrichtungen, des Spitalbetriebes, der Tarife oder der Beurteilung der klar zu erstellenden Rechnungen. Im weiteren ist die Abgabe der Medikamente durch die Aerzte zu verbieten (ausser in Sonderfällen) und eine Rückerstattung von Arzneimittelkosten nach unterschiedlichen Tarifen zu ermöglichen.

Bezifferung der drei Modelle.

Das Finanzierungsmodell nach Funktionen und Zielen ist im Sinne von Richtwerten beziffert. Das Fehlen von genauen Zahlen ist auf den jämmerlichen Zustand des statistischen Apparates im Bereich des Gesundheitswesens zurückzuführen. Zur Information und zum Vergleich werden ebenfalls ein Modell mit unterschiedlicher Jahresfranchise pro steuerliche Beitragseinheit sowie ein anderes mit gezielten Subventionen und Jahresfranchisen vorge-

stellt. Zusätzliche Fragen über die Praxis der Krankenpflegeversicherung stellen sich durch andere Sozialversicherungen (diesbezüglich kann man einen Zusammenschluss innerhalb der SKV ins Auge fassen).

Gültigkeit des Finanzierungsmodells nach Funktionen und Zielen.

Das Modell beinhaltet die Entflechtung bzw. Abgrenzung der Aufgaben der öffentlichen Hand und klärt die Verantwortlichkeiten der Kantone der übrigen Träger der Finanzierung. Es führt die Planung sowie Beurteilungs- und Informationsmittel ein. Es ermöglicht eine sinnvolle Neuverteilung der Geldmittel und eine Bewältigung der Kosten. Die Leistungsfähigkeit ist noch stark ausbaubar. Die Möglichkeiten für eine Verbesserung der Organisation innerhalb der Einrichtungen und der Qualität der Krankenpflegeleistungen sind noch lange nicht ausgeschöpft. Mit diesem Modell werden bedeutende Änderungen vorgeschlagen, die sich jedoch in die bestehenden Strukturen einfügen und versuchen, diese dynamischer und wirksamer zu gestalten. Die Konkurrenz zwischen den Kassen beruht auf der Stärke ihrer Dienstleistungen für die Versicherten. Die so revidierte SKV ist familienfreundlich und sozial. Sie begünstigt die Betreuung der Kranken in ihrer gewohnten Umgebung. Sie gründet auf der Solidarität zwischen gutsituierten und kleinen Steuerzahlern, zwischen Männern und Frauen, zwischen Alleinstehenden und Familien, zwischen Jungen und Alten. Mit ihr wird die Eigenständigkeit des einzelnen angestrebt.

Kein Modell ist vollkommen. Man muss jederzeit mit unerwarteten Auswirkungen und Verzerrungen rechnen. Die im vorliegenden Bericht vorgeschlagene und erläuterte Strategie dient als Grundlage für eine Diskussion, welche die heutige immer unsozialere Krankenversicherung hoffentlich aus der Sackgasse herausholen wird. Damit sei auch der Wunsch verbunden, dass die revidierte SKV uns eine Zukunft beschere wird, wo es sich besser leben lässt.

*Zusammenfassung des Vorschlags
über die*

Neuordnung der Krankenversicherung

von Prof. Dr. Peter Zweifel, Universität Zürich

Kurzfassung des Berichts

Dieser Bericht geht von der Beobachtung aus, dass es seit 1964, dem Jahr der letzten KUVG-Revision, nicht mehr möglich war, Mehrheiten zugunsten zusätzlicher einheitlicher Regelungen im Bereich der sozialen Krankenversicherung zu finden. Diese Blockierung lässt sich als Ausdruck einer wachsenden Diversifizierung der Versicherungsbedürfnisse im Zuge steigender Einkommen und verbesserter Ausbildung interpretieren. Demnach würde es heute darum gehen, den Krankenkassen den Spielraum zur Entwicklung neuer Vertragsvarianten wie Bonusoptionen, Health Maintenance Organizations (HMO), Jahresfranchisen für die ganze Familie usw. zu geben. Dies bedingt eine Rückführung der gesetzlichen Auflagen auf ein unverzichtbares Minimum, das Versicherungsschutz auch für sozial benachteiligte Gruppen gewährleisten soll.

Eine solche Deregulierungsstrategie ist vor dem Hintergrund der Dienstleistungsfreiheit innerhalb der Europäischen Gemeinschaft (EG) ab 1992 zu sehen. Diese Liberalisierung betrifft zwar z.Z. nur die private Krankenversicherung. In nicht zu ferner Zukunft wird aber denkbar, dass ein EG-Versicherer die Zulassung als Träger der sozialen Krankenversicherung in der Schweiz beantragt. Er könnte seinem Begehren mit der Drohung Nachdruck verleihen, dass die sehr erfolgreiche Tätigkeit schweizerischer Versicherungsgesellschaften auf den Märkten für private Krankenversicherung mehrerer EG-Länder auf dem Spiel steht.

Dieses Szenario einer Marktöffnung mag im Moment unrealistisch und unerwünscht erscheinen; immerhin würde aber die Palette der zur Verfügung stehenden Verträge für die Sozialversicherten erweitert. Will man sich darauf einrichten, sind Anpassungen im Krankenversicherungsgesetz (KVG, früher KUVG) nötig, so z.B. die ständige Niederlassung statt des Geschäftssitzes als Vorbedingung für die Geschäftsaufnahme sowie die steuerliche Gleichbehandlung unabhängig von der Unternehmungsform.

Ein zentrales Anliegen des Berichts ist die Sicherung des Solidarausgleichs bei verschärftem Wettbewerb zwischen den Kassen. Heute wird dieser Solidarausgleich auf der Stufe der einzelnen Kasse angestrebt, indem beispielsweise ältere und jüngere Mitglieder trotz unterschiedlicher Behandlungskosten die gleiche Prämie bezahlen. Er wird teilweise durch die Jagd auf die guten Risiken (Jugendliche und jüngere Männer) unterlaufen. Die im Bericht vorgeschlagene Lösung besteht darin, den Solidarausgleich auf der Ebene des Gesamtsystems zu suchen. Ein Rückversicherungs-Ausgleichsfonds, dem alle Kassen angehören müssten, nimmt die Bundesbeiträge entgegen und begünstigt bei der Verteilung jene Kassen, die besonders viele Träger von besonderen Risikomerkmale in ihrem Bestand haben.

Als Träger besonderer Risikomerkmale gelten vorab fünf Gruppen: Frauen, Kinder, wirtschaftlich Schwache, über 60-Jährige und Chronischkranke. Die Motion des Parlaments "Finanzierung der Krankenversicherung" greift die wirtschaftlich Schwachen als subventionswürdige Gruppe heraus, während im Bericht insgesamt maximal acht besondere Merkmale zugelassen werden. Drei davon bleiben im Moment offen und können periodisch neu besetzt werden, um beispielsweise Trägern von neuen Infektionskrankheiten (Aids) Versicherungsschutz zu vermitteln. Gleichzeitig werden die Bundesbeiträge teilweise von der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen abgekoppelt, indem grundsätzlich prozentuale Mehrkosten und nicht absolute Kosten in Franken als Bemessungsgrundlage der Bundesbeiträge dienen.

Ein sozialer Krankenversicherer soll also im Wettbewerb nicht dank einer geschickten Risikoauswahl, sondern durch ein günstiges Preis-Leistungs-Verhältnis Erfolg haben. Zu diesem Zweck muss er aber in die Lage versetzt werden, Leistungen zugunsten seiner Mitglieder besonders günstig einzukaufen. Dies bedeutet, dass das KVG keine Klauseln mehr enthalten darf, die jedem Arzt, jedem Spital und jeder Apotheke das Recht geben, einen Vertrag mit allen Krankenkassen in ihrem Tätigkeitsgebiet abzuschliessen. Vielmehr müssten die Kassen das Recht erhalten, nur mit ausgewählten Leistungsanbietern Geschäftsbeziehungen aufzunehmen, wie dies beispielsweise im Rahmen einer sog. Health Maintenance Organization der Fall ist.

Ebenso muss – im Gegensatz zu den Bestrebungen der Botschaft zur Revision des KUVG von 1981 – den Vertragspartnern die Wahl der Honorierungsform freigestellt werden. Andernfalls läuft man Gefahr, Neuerungen auf diesem Gebiet (z.B. diagnosebezogene Fallpauschalen) zu verunmöglichen. Darüber hinaus muss die Pflicht der Krankenkasse, die vereinbarten Tarife den Kantonsregierungen zur Genehmigung vorzulegen, aus dem KVG gestrichen werden. Günstiger Einkauf von stationären Leistungen kann beispielsweise bedeuten, dass eine Krankenkasse von einem bestimmten Spital einen Mengenrabatt für fest bestellte Pflage tage erhält. Die eine oder andere Kantonsregierung wird eher geneigt sein,

einem Spital diesen Spielraum zu geben, wenn sie aus der unmittelbaren Verantwortung für die Tarife entlassen ist.

Den Krankenkassen ist auch mehr Gestaltungsfreiheit bei der Kostenbeteiligung einzuräumen. Grundsätzlich ist eine Kostenbeteiligung des Patienten dann nicht nötig, wenn der Versicherer kraft Vertrag das Recht hat, die Wahl von Arzt und Heilanstalt auf die kostengünstigeren Anbieter zu beschränken, wie beispielsweise im Falle einer HMO. Bei freier Wahl des Leistungsanbieters hingegen braucht es eine Kostenbeteiligung, die allerdings nicht notwendig die herkömmliche Form von Franchise und prozentualem Selbstbehalt annehmen muss. Der Bericht schlägt zu diesem Punkt neue Regelungen vor, die auch Verträge mit Prämienrückerstattung bis hin zu Optionen mit abgestuftem Bonus bei Schadenfreiheit zulassen, gleichzeitig aber eine Unterversicherung im Krankheitsfall vermeiden. Nur wird im Gegensatz zu bisherigen Vorschlägen die Obergrenze der Kostenbeteiligung nicht als Prozentsatz des Einkommens festgelegt, sondern auf den Betrag der insgesamt vereinbarten Jahresprämie beschränkt. Diese Jahresprämie spiegelt aufgrund der abgeschlossenen Zusatzversicherungen nicht nur die Familiengrösse, sondern auch die finanziellen Möglichkeiten des Versicherten. So wird es der Krankenkasse erspart, wie eine Steuerbehörde das Einkommen eines Mitglieds zu ermitteln.

In der Wirtschaft, aber auch in der Politik gilt die Regel: "Wer zahlt, befiehlt". Die Bestrebungen des Bundes gehen seit Mitte der siebziger Jahre ganz eindeutig dahin, auf die im KVG festgelegten Subventionsversprechen zurückzukommen und von der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen abzukoppeln. Deshalb steht dieser Bericht unter dem umgekehrten Motto: "Wer nicht mehr bezahlen will, soll auch weniger befehlen" oder auch "Weniger Subventionen, dafür mehr Gestaltungsfreiheit". Gerade mit Blick auf den Innovationsschub, der ab 1992 auf die Versicherungen zukommen wird, könnte es sich lohnen, die Zukunft der sozialen Krankenversicherung in der Schweiz einmal unter diesem umgekehrten Motto zu betrachten.

François-Xavier Deschenaux, FMH-Generalsekretär, Bern

Schutz der Privatsphäre des Patienten und Regelung der Tätigkeit des Vertrauensarztes

Entwurf für ein neues Krankenversicherungsgesetz

Die soziale Krankenversicherung ist ein wesentlicher Pfeiler unseres Systems, der Verteilung und Übernahme der Gesundheitskosten. Von den im Jahre 1988 insgesamt im Gesundheitswesen angefallenen Kosten von 20,874 Milliarden Franken entfielen 7,673 Milliarden Franken, also 36,75%, auf die Arzt- und die Medikamentenkosten.* Der konstante Anstieg der Gesundheitskosten im Laufe der letzten Jahre führte zu dringenden Kosteneindämmungsapellen. Die Expertenkommission konnte und wollte diese nicht ignorieren. Es erschien ihr aber sinnvoller, ein System vorzusehen, das mit einem ganzen Massnahmenkatalog, der alle Partner im Gesundheitswesen betrifft, kostendämpfend wirksam werden soll, anstatt einseitige und undifferenzierte Massnahmen zu verhängen. Eine der Hauptideen ist dabei, ein besonderes Schwergewicht auf die optimale Verwendung der zur Verfügung gestellten Mittel zu legen – entsprechend dem bereits in der heutigen Gesetzgebung enthaltenen Postulat der Wirtschaftlichkeit der Behandlungen.

Die öffentlichen Gemeinwesen, die die soziale Krankenversicherung mit Hunderten von Millionen Franken subventionieren, die Versicherungen, die diese Mittel verwalten und gegenüber Staat und Ver-

sicherten über die Verwendung der Mittel Rechenschaft ablegen müssen, und vor allem die prämienzahlenden Patienten, die am Ende die Last tragen, dürfen mit Recht verlangen, dass die zur Verfügung gestellten Gelder mit Bedacht und überlegt ausgegeben werden. Der gesunde Menschenverstand gebietet eine Überwachung des Funktionierens dieses Systems, und sei es auch nur, um aufzuzeigen, dass das in die Ärzte gesetzte Vertrauen berechtigt ist. Auch die Leistungserbringer haben ein Interesse daran, dass sich die Prämienzahler darauf verlassen können, dass unser Gesundheitswesen sich zuverlässig selbst reguliert und dass allfällige Missbräuche gezielt und effizient bekämpft werden können.

In diesen Kontext gehören die Bestimmungen über den Vertrauensarzt und die Bestimmungen, welche die Intimsphäre der Patienten schützen. Die Ärzte haben gute Gründe, diesem Kapitel ihre besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Die besondere Sensibilität gilt wohl nicht dem Prinzip der Kontrollen – dagegen könnte man wohl kaum überzeugende Gründe anführen –, sondern dem Patientengeheimnis, für dessen Einhaltung sich die Ärzte den Patienten gegenüber besonders verantwortlich fühlen. Sowohl die Art und Weise der Einsetzung der Vertrauensärzte wie auch deren Funktion und Kompetenzen waren oft ein Stein des Anstosses. Was sieht nun der neue Gesetzesentwurf in dieser Beziehung vor?

* Vgl. Andreas Frei/Stephan Hill: «Das Schweizerische Gesundheitswesen», Ausgabe 1990

Die zu vergleichenden Bestimmungen

Geltendes KVG

Art. 18

Die Kassen sind befugt, Vertrauensärzte, insbesondere zur Kontrolle des ärztlichen Dienstes, zu bestellen.

Expertenkommissionsentwurf

Art. 42

¹ Die Versicherer oder ihre Verbände bestellen nach Rücksprache mit den kantonalen Ärztesellschaften Vertrauensärzte. Ein im Einvernehmen mit der kantonalen Ärztesellschaft bestellter Vertrauensarzt ist befugt, in der ganzen Schweiz tätig zu sein.

² Bestreitet eine kantonale Ärztesellschaft das Recht eines Arztes, als Vertrauensarzt tätig zu sein, entscheidet das Schiedsgericht nach Art. 65.

- ³ Der Vertrauensarzt berät den Versicherer in medizinischen Fachfragen sowie in Fragen der Vergütung und der Tarifierung. Er überprüft insbesondere die Voraussetzungen der Leistungspflicht des Versicherers.
- ⁴ Der Vertrauensarzt ist in seinem Urteil unabhängig und darf weder vom Versicherer noch von den Berufsorganisationen der Leistungserbringer Weisungen entgegennehmen.
- ⁵ Die Leistungserbringer müssen den Vertrauensärzten die für die Erfüllung ihrer Aufgaben nach Absatz 3 notwendigen Angaben liefern. Bei Vorliegen besonderer Gründe kann der Vertrauensarzt einen Versicherten auch persönlich untersuchen; er muss den behandelnden Arzt vorher benachrichtigen und ihm das Ergebnis mitteilen.
- ⁶ Die Vertrauensärzte geben den zuständigen Stellen der Versicherer nur diejenigen Angaben weiter, die notwendig sind, um über die Leistungspflicht zu entscheiden, die Vergütung festzusetzen oder eine Verfügung zu begründen. Dabei wahren sie die Persönlichkeitsrechte der Versicherten.
- ⁷ Die eidgenössischen Dachverbände der Ärzte und der Versicherer regeln die Bekanntgabe der Angaben nach Absatz 6 sowie die Stellung der Vertrauensärzte. Können sie sich nicht einig, erlässt der Bundesrat die nötigen Vorschriften.

Art. 22^{bis}, Ziff. 7

Sofern durch Vertrag nichts anderes vereinbart wird, ist der Versicherte Honorarschuldner. Der Arzt hat in der Krankenpflege- und Krankengeldversicherung dem Honorarschuldner alle Angaben zu machen, die für die Festsetzung des Anspruchs auf Leistungen der Kasse notwendig sind. Der Arzt ist berechtigt, die medizinischen Angaben nur dem Vertrauensarzt der Kasse bekanntzugeben.

Art. 29

- ¹ Haben Versicherer und Leistungserbringer nichts anderes vereinbart, schuldet der Versicherte dem Leistungserbringer die Vergütung der Leistung. Der Versicherte hat in diesem Fall gegenüber dem Versicherer einen Anspruch auf Rückerstattung (System des Tiers garant).
- ...
- ⁴ Der Leistungserbringer muss dem Schuldner alle Angaben machen, die für die Festsetzung der Vergütung und für die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Leistung notwendig sind.
- ⁵ Der Leistungserbringer ist bei der Auskunfterteilung an den Versicherer in begründeten Fällen berechtigt und auf Verlangen des Versicherten verpflichtet, medizinische Angaben nur dem Vertrauensarzt des Versicherers nach Art. 42 bekanntzugeben.

In ihren im August 1988 veröffentlichten «Thesen zur Krankenversicherung» postulierte die FMH in These 10 das folgende:

Der Honorarschuldner hat Anspruch auf eine verständliche, nachkontrollierbare Rechnungsstellung für die erbrachten Leistungen. Die erforderlichen Angaben sind vertraglich zu vereinbaren. Der Persönlichkeitsschutz des Versicherten ist durch den Vertrauensarzt sicherzustellen. Er ist von jeder Kasse im Einvernehmen mit der zuständigen kantonalen Ärztesellschaft zu bestimmen. Seine Rechte und

Pflichten sind durch die beidseitigen Dachverbände gemeinsam festzulegen.

Es ist offensichtlich, dass die Bestimmungen im Expertenkommissionsentwurf viel eher dem Postulat der FMH entsprechen als der heutige Gesetzestext. In der Tat wird im Kommissionstext die heutige Kann-Formel fallengelassen und die Versicherer (Krankenkassen und private Versicherer) werden verpflichtet, Vertrauensärzte mit den im Gesetz vorgesehenen Kompetenzen gegenüber Ärzten und Versicherern einzusetzen.

Wie wird der Vertrauensarzt eingesetzt? Es ist zu bedauern, dass es nicht möglich war, die Einsetzung des Vertrauensarztes in jedem Fall von der Zustimmung der kantonalen Ärztesgesellschaften abhängig zu machen. Diese Zustimmung wurde in den FMH-Thesen postuliert, um jedem Vertrauensarzt zu ermöglichen, seine Tätigkeit auf das uneingeschränkte Vertrauen beider Parteien stützen zu können, was die wirksamste Garantie für eine Tätigkeit ohne Hemmschuhe darstellt. Der Gesetzesentwurf begnügt sich mit einer zwingend vorgeschriebenen vorgängigen Konsultation der kantonalen Ärztesgesellschaften. Man kann nur hoffen, dass die Vernunft siegen wird und dass die Versicherer das Einverständnis der kantonalen Ärztesgesellschaften suchen werden. Sollten sie einen Vertrauensarzt ohne Einverständnis der Gegenseite einsetzen, kann die kantonale Ärztesgesellschaft das Recht dieses Arztes, als Vertrauensarzt tätig zu sein, bestreiten, das kantonale Schiedsgericht anrufen und nötigenfalls den Streit bis vor die höchsten schweizerischen Gerichte tragen.

Die Einsetzung eines Vertrauensarztes im Einverständnis zwischen den Parteien entspricht jedoch der klaren Wunschvorstellung des Gesetzesentwurfes: Nur ein solcherart eingesetzter Vertrauensarzt ist befugt, in der ganzen Schweiz tätig zu sein. Das von der betreffenden kantonalen Ärztesgesellschaft erteilte Einverständnis ist auf diese Weise durch die Schwestergesellschaften zu honorieren. In einer Zeit, in der man daran geht, die Arzt diplome unter europäischen Staaten anzuerkennen, dürfte diese bescheidene interkantonale Anerkennung wohl keine unüberwindbaren Schwierigkeiten bereiten.

Aufgabe des Vertrauensarztes: Es wäre falsch zu glauben, dass die Einführung einer obligatorischen Krankenversicherung mit entsprechendem Wegfall der Versicherungsvorbehalte den Vertrauensarzt seiner Hauptaufgabe entledigen würde. Jeder Versicherer ist immer wieder darauf angewiesen, den Sachverstand eines Arztes beanspruchen zu können, um Fragen der Gesetzesanwendung abzuklären; sei dies, um die Leistungspflicht der Krankenversicherung in einem konkreten Fall zu prüfen, um abzuklären, welche Versicherung leistungspflichtig ist (Grundversicherung, allfällige Zusatzversicherung oder eine andere Sozialversicherung?), um die Wirtschaftlichkeit einer Behandlung abzuklären oder die korrekte Verrechnung der erbrachten Leistungen zu prüfen.

Damit der Vertrauensarzt diese Aufgaben erfüllen kann, räumt ihm der Gesetzesentwurf eine Unabhängigkeit im Urteil ein und sieht vor, dass der Ver-

trauensarzt weder vom Versicherer noch von den Berufsorganisationen der Leistungserbringer Weisungen entgegennehmen darf. Diese Unabhängigkeit ist ebenso wichtig für die Effizienz seiner Tätigkeit wie auch für das Vertrauen beider Partner, auf das er gleichermaßen angewiesen ist. Gestützt und im Vertrauen auf die Unabhängigkeit seiner Stellung soll er von allen Leistungserbringern, die zur Tätigkeit der sozialen Krankenversicherung zugelassen sind (Ärzte, Apotheker, Chiropraktoren, Personen, die Leistungen auf ärztliche Anweisung hin ausführen usw.) alle notwendigen Angaben erhalten, die im dritten Absatz des Art. 42 definiert sind. Alle aufgeführten Angaben sind bereits im heutigen Krankenversicherungsgesetz vorgesehen. Die in Art. 29 Abs. 4 vorgenommene Präzisierung, die vorsieht, dass die Angaben auch zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Leistung dienen können, ist so nicht ausdrücklich im heutigen Gesetz enthalten; damit wird aber nur festgeschrieben, was schon unter dem heutigen KVG möglich ist und im Einzelfall praktiziert wird.

Verbesserter Schutz der Privatsphäre des Versicherten

Der Gesetzesentwurf ist wesentlich deutlicher als das geltende Gesetz bezüglich Weitergabe von Informationen durch den Vertrauensarzt an die zuständigen Organe der Versicherer. Die eingeschlagene Richtung ist im Sinne oft geäußelter Postulate der Ärzteschaft, d. h. der Vertrauensarzt hat den zuständigen Stellen der Versicherung nur diejenigen Angaben weiterzugeben, die notwendig sind, um über die Leistungspflicht zu entscheiden, die Vergütung festzusetzen oder eine Verfügung zu begründen. Dabei hat er die Persönlichkeitsrechte des Versicherten zu wahren. Dies heisst, dass sich der Vertrauensarzt darauf beschränken kann, seine Schlussfolgerungen mitzuteilen und Informationen für sich zu behalten, die die Privatsphäre des Versicherten betreffen. Der Gesetzestext spricht nicht ausdrücklich vom Patienten- (beziehungsweise Arzt-)geheimnis, aber es ist in Lehre und Praxis unbestritten, dass dieses im weitergehenden Ausdruck «Persönlichkeitsrechte» enthalten ist. Der Schutz der Intimsphäre des Versicherten ist zusätzlich verstärkt durch Art. 29 Abs. 5 des Gesetzesentwurfs, indem der Leistungserbringer bei der Auskunftserteilung an den Versicherer in begründeten Fällen berechtigt und auf Verlangen des Versicherten verpflichtet ist, medizinische Angaben nur dem Vertrauensarzt des Versicherers nach Art. 42 bekannt zu geben. Dieses Recht – das zum ersten Mal dem Versicherten zuerkannt wird – verstärkt auf besondere Art und Weise die eminente Rolle des Vertrauensarztes als Bewahrer des Patientengeheimnisses.

Dazu kommt, dass die Verletzung von Geheimnissen, die die Intimsphäre des Patienten betreffen, durch die mit der Durchführung des Krankenversicherungsgesetzes betrauten Organe (beispielsweise Angestellte der Krankenkassen oder der Privatversicherer) mit Gefängnis bis zu sechs Monaten oder mit Busse zu bestrafen ist. Es ist allerdings darauf hinzuweisen, dass die Strafandrohung geringer ist als diejenige im heutigen Krankenversicherungsgesetz, das durch Verweis auf den Art. 321 des Strafgesetzbuches einen Strafraum von theoretisch bis zu drei Jahren Gefängnis eröffnet.

Die persönliche Untersuchung des Versicherten durch den Vertrauensarzt ist vom Vorliegen besonderer Gründe abhängig (Art. 42 Abs. 5). Der ausserordentliche Charakter dieser Massnahme ist deutlich unterstrichen, wie auch das dabei zu beachtende Verfahren: Vorgängige Benachrichtigung des Arztes und Mitteilung des Ergebnisses. Damit ist in keiner Art und Weise die Möglichkeit geschaffen, dass der Vertrauensarzt in die Behandlung eingreifen kann. Es ist im übrigen daran zu erinnern, dass die 1981 von der Ärztekammer erlassenen Grundsätze für Vertrauensärzte gleichermassen vorgesehen haben, dass der Vertrauensarzt in Ausnahmefällen den Versicherten selbst untersuchen kann.

Primäre Zuständigkeit der Berufsorganisationen zur Regelung der Tätigkeit des Vertrauensarztes: Die Expertenkommission hat anerkannt, dass primär die Organisationen der Ärzte und Versicherer die detaillierten Regelungen betreffend Weitergabe von Informationen von Vertrauensarzt zum Versicherer einerseits und bezüglich des Status des Vertrauensarztes andererseits gemeinsam vereinbaren müssen. Man kann diesen Grundsatz der lediglich subsidiären staatlichen Intervention nur begrüssen. Damit sollten die direktbetroffenen Partner motiviert werden können, die Schwierigkeiten auszuräumen, die bisher dem Erlass gemeinsamer Richtlinien im Wege standen. Die auf eidgenössischer Ebene auszuarbeitenden Richtlinien könnten sich darauf beschränken, einen allgemeinen Rahmen festzulegen, in dem kantonale Sonderregelungen Platz finden.

Im Ergebnis kann man nach unserer Auffassung feststellen, dass die Rolle des Vertrauensarztes im Gesetzesentwurf der Expertenkommission im Vergleich zur heutigen Gesetzgebung deutlich an Klarheit gewonnen hat. Seine Bedeutung wurde gestärkt und seine Befugnisse (ohne zwingend neu zu sein) sind auf Gesetzesstufe präzisiert, so dass man nicht mehr wie heute auf die Interpretation vager Gesetzesbestimmungen angewiesen ist. Das Recht des Versicherten auf Schutz seiner Intimsphäre hat eine ein-

deutige Bestätigung erfahren, die man im heutigen Gesetz vergeblich sucht. Die Berufsorganisationen der Ärzte und Versicherer haben volle Freiheit, in gemeinsamen Richtlinien die konkreten Ausführungsvorschriften in der gewünschten Detailliertheit zu erlassen. Unbefriedigend bleibt, dass die Einsetzung des Vertrauensarztes lediglich nach vorgängiger Konsultation und nicht gestützt auf das Einverständnis der kantonalen Ärztesellschaften erfolgen soll. Man darf dabei aber nicht vergessen, dass der heutige Gesetzestext des KVG nicht einmal die Konsultation der kantonalen Ärztesellschaften vorsieht. □

Revision der Krankenversicherung

Die Orientierung über den Bericht der Kommission Schoch in der «SAZ» ist angelaufen. In der Zwischenzeit hat der Zentralvorstand auch das Datum für die **ausserordentliche Sitzung der Ärztekammer** festgelegt: sie findet statt am **20. April 1991 im Kursaal Bern**.

Selbstverständlich werden die Delegierten die benötigten Unterlagen, darunter auch Bericht und Entwurf der Expertenkommission zur Revision der Krankenversicherung, rechtzeitig zugestellt erhalten.

Weitere Interessenten können den Bericht zum Preis von Fr. 11.– *schriftlich* bestellen bei der Eidgenössischen Drucksachen- und Materialzentrale (EDMZ), 3000 Bern.

Révision de l'assurance-maladie

La campagne d'information destinée à paraître dans le «BMS» au sujet du rapport de la Commission Schoch a débuté. Entre-temps, le Comité central a également fixé la date de la **séance extraordinaire de la Chambre médicale**: celle-ci aura lieu le **20 avril 1991 au Kursaal, à Berne**.

Les délégués recevront en temps opportun les documents dont ils ont besoin, y compris le rapport et projet de la Commission d'experts au sujet de la révision de l'assurance-maladie.

Toute autre personne intéressée peut se procurer ce rapport au prix de 11 francs en *écrivant* à l'Office central fédéral des imprimés et du matériel (OCFIM), 3000 Berne.

in: SKZ, Nr 6, 16.03.1987

HMO Schweiz: Die Stunde der Wahrheit

Von Jürg Baumberger, Präsident der IGAK

Jürg Baumberger, der Präsident der Interessengemeinschaft für alternative Krankenversicherungsmodelle / IGAK (der voraussichtlichen Trägerin einer HMO in der Schweiz, gewissermassen der praktische Teil des »HMO-Trusts«!) berichtet nachfolgend über den Stand der Entwicklung hin zur Realisierung einer HMO in der Schweiz.

An der Pressekonferenz vom Oktober 1986 hat die IGAK bekanntgegeben, dass sie plant, in Basel, Bern und Zürich HMOs zu errichten. Der Start der ersten HMO in der Schweiz soll 1988 erfolgen. Dieses Ziel haben wir immer noch.

An einem wichtigen Punkt der Entwicklung

Eine wichtige Voraussetzung für die weiteren Arbeiten ist unser *Verhältnis zu den kantonalen Ärzteverbänden* in diesen Kantonen. Wir beabsichtigen, mit ihnen Verhandlungen zu führen: In den Verträgen zwischen den Ärzteverbänden und den kantonalen Kasserverbänden gibt es eine Meistbegünstigungsklausel. Für eine 10jährige Versuchsphase möchten wir in einem Vertragsanhang diese Klausel für die HMO ausser Kraft setzen. Wir wollen damit die Verträge *nicht abändern, sondern ergänzen*. Dafür lassen wir uns von den kantonalen Krankenkassenverbänden, die ja die Vertragspartner der Ärzteschaft sind, ein Mandat geben. Dieses Verhandlungsmandat haben wir in Zürich bereits erhalten, in Basel und Bern wollen die Kassenvorstände demnächst formell Beschluss fassen.

Erste informelle Gespräche mit Ärztevertretern hatten wir bereits. Dabei sollen Informationen vermittelt und Vorurteile abgebaut werden. Auch mit den Spitalträgern haben wir bereits erste Kontakte geknüpft. Es geht darum, *Lösungen zu suchen, die dem schweizerischen Krankenhauswesen entsprechen und dem Grundgedanken der HMO Rechnung tragen*.

Wir befinden uns zurzeit an einem wichtigen Punkt der Entwicklung. Die beteiligten Kassen sind bereit, einen Schritt vorwärts zu gehen. Mit der Anstellung eines hauptamtlichen Koordinators, die zurzeit läuft, stellen sie das unter Beweis. (Den materiellen Entscheid, einer HMO in einer der drei erwähnten Städte beizutreten, müssen dann die verantwortlichen Kassengremien selbstverständlich von Fall zu Fall fällen.)



Die noch nicht beteiligten Kassen sind weiterhin eingeladen, in der IGAK und am Projekt HMO mitzumachen.

Unsere Partner im Gesundheitswesen müssen Farbe bekennen. Sie müssen von der allgemeinen Zusage, dass man solche Modellversuche als förderungswürdig betrachtet, einen Schritt weitergehen. Sie müssen sich einen Ruck geben und diese Modelle auch wirklich unterstützen.

Den Hintergrund, vor dem diese Entscheidungen ablaufen, möchte ich durch einige grundsätzliche Überlegungen ausleuchten.

Die leitenden grundsätzlichen Überlegungen

Das Modell HMO wird immer als eine der Möglichkeiten dargestellt, die Kosten im schweizerischen Gesundheitswesen in den Griff zu bekommen. Dies ist sicher ein wichtiger Aspekt. Er wird aber der Sache nicht im vollen Umfang gerecht. Hierzu vier Überlegungen:

① *Wir wollen zunächst in ein bis drei Städten mit 5000 bis 20000 Versicherten aufbauen.* Damit ist klar, dass sicher nicht die Rede davon sein kann, dass wir das

schweizerische Gesundheitswesen kurzfristig materiell massgeblich beeinflussen. Wer diesen Massstab anlegt, überfordert das Modell von vorneherein und verurteilt es zum Scheitern.

② Das Modell HMO hat verschiedene Vorteile. *Zunächst integriert es die Sparbemühungen sowohl für den ambulanten als auch für den stationären Bereich.* Ein Ausweichen der Leistungsanbieter von, der einen auf die andere Seite ist unmöglich.

Das HMO-Modell bietet finanzielle Vorteile für die Versicherten: Die Prämien sind niedriger als in der übrigen Krankenpflege-Grundversicherung, und ausserdem werden die Raten der Prämiensteigerung niedriger sein. Dadurch sollte sich relativ schnell eine Schere zwischen normalen Krankenkassenprämien und HMO-Prämien öffnen. Das Modell HMO ist einfach eine Umverteilung von mehr und mehr drückenden Lasten. Damit dient es auch keiner vorübergehenden Stabilisierung eines mit Problemen überhäuft Systems.

Ebensowenig ist das Modell HMO die Perfektionierung eines Zustandes, über den niemand glücklich sein kann: die eher unmögliche bürokratische Organisation der Beziehungen zwischen Versicherern und Leistungsanbietern. Diese bürokratischen Beziehungen sind u. a. innovationshemmend. Darüber hinaus reizen sie aber auch noch zu Missbrauch an.

Wir finden uns immer wieder in Situationen, die uns vor moralische Probleme stellen, wo Geschäftsgebaren und ideelle, sittliche Absicht in Konflikt geraten.

Ein Beispiel ist die Haltung der Krankenkassen gegenüber therapeutischen Neuerungen, sei das im ambulanten oder stationären Sektor. Die erste Reaktion ist tendenziell immer Abwehr. Dies ist zu verstehen, denn jede Neuerung kommt, von den Kosten aus betrachtet, additiv dazu, während die alten Methoden weiter praktiziert werden. Die Abwehr erfolgt also aus einer Kostenüberlegung heraus, der therapeutische Nutzen wird erst in zweiter Linie in Betracht gezogen. Den Krankenkassen geht es wie weiland Ueli Rotach, dem Appenzeller Freiheitshelden: Wir stehen mit dem Rücken zur Wand, hinter uns brennt der Stall – und nach vorn wehren wir alles ab, was auf uns zukommt. Dies ist zwar nicht schön, zur Selbstverteidigung im heutigen System aber oft nötig!

Die ethischen Anforderungen, die das heute praktizierte System sowohl an Ärzte und Spitäler als aber auch an Versicherer stellt, erweisen sich so in vielen Fällen für *alle* Beteiligten als zu hoch. Und hier könnte die HMO wegweisend sein und wirklich etwas Neues bringen.

③ Bisher besteht ein Interessengegensatz zwischen Leistungserbringern und Versicherern: Die Leistungserbringer profitieren dann, wenn sie viele Leistungen abrechnen können und dadurch einen grossen Erlös (sei das beim Arzt oder im Spital) erzielen. (Auch hier also eine ethische Falle.) Die

Versicherer sind dagegen darauf aus, wenig Leistungen zu zahlen, da sie dadurch niedrigere Kosten haben. (Das Kassen-Mitglied kommt oft erst in zweiter Linie.)

Die viel zitierte Anreizumkehr in der HMO ist damit beiderseitig: Versorgt der Leistungserbringer die Versicherten fachlich gut und mit möglichst wirtschaftlichen Methoden, wird er am finanziellen Erfolg beteiligt; erhält der Versicherte genügend Versorgung, gibt es für den Versicherer weniger Folgekosten.

Aus der Interessenkollision wird damit Interessenkongruenz. Der gesunde Versicherte tritt vermehrt in den Blickpunkt, nicht der kranke. Aus einer erzwungenen »Zusammenarbeit« wird wirkliche Kooperation. (Das schliesst selbstverständlich unterschiedliche Standpunkte in Einzelfragen nicht aus!)

Diese Interessenkongruenz und neuartige Form der Kooperation zeigt sich auch ganz praktisch: Es ist durchaus vorstellbar, dass ein Arzt die Direktion einer HMO – einer Versicherung also – übernimmt, ohne dabei seine Rolle als Therapeut aufgeben zu müssen. (Die organisatorischen Formen sind bisher nicht fixiert, zementiert. Sie werden mit den Beteiligten gemeinsam entwickelt.) Weiter gibt diese neue Form der Zusammenarbeit in der HMO dem Arzt die Möglichkeit, sich auf jene Form der therapeutischen Arbeit zu konzentrieren, die ihm zusagt. Dabei muss er nicht ständig auf Tarife, Vorschriften und den Falldurchschnitt schießen. *Wirtschaftlichkeit muss sein Handeln insgesamt leiten.*

④ *Damit wird die HMO wirklich zu einem Modell im wahrsten Sinne des Wortes: Sie kann zukunftsweisend sein und dieser Faktor ist gesamtwirtschaftlich mittel- und langfristig wesentlich wichtiger, als die für den Bereich der HMO erzielten Einsparungen.* Die HMO kann Elemente herausarbeiten, die für die Erhaltung unseres doch recht frei organisierten Gesundheitswesens von Bedeutung sind.

Wie dann diese Organisation des Gesundheitswesens en détail aussehen wird, ist dabei weniger wichtig. Entscheidend ist, dass in der HMO sowohl Leistungserbringer als auch Versicherer gemeinsam an dieser Zukunft arbeiten können. Denn dass es in den nächsten Jahrzehnten die organisatorische Phantasie aller Beteiligten braucht, dürfte sich mittlerweile herumgesprochen haben. Die HMO-Versuche könnten damit einen Beitrag leisten, aus der allseitig festzustellenden unproduktiven Defensive herauszukommen, zielgerichteter aktiv zu werden.

Das derzeitige gesundheitspolitische Umfeld

Gesundheitspolitisch fühlt sich die IGAK – zusammen mit den anderen Promotoren der HMO – von einer breiten Öffentlichkeit getragen.

– Das *Bundesamt für Sozialversicherung*, die Aufsichtsbehörde der Krankenkassen

also, hat uns seine Unterstützung zugesagt und ist uns in der Ausarbeitung von Details auf Anfrage behilflich.

– *Informierte Kreise in der Politik* und vorab im Eidgenössischen Parlament fördern den Gedanken der HMO. Das zeigen die Vorbereitungsarbeiten zur Revision des KUVG. Einzelne Kantone wollen den HMO-Gedanken fördern.

– Die *Forscher des NFP 8* (Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit im schweizerischen Gesundheitswesen) haben in ihrem Schlussbericht die HMO ausdrücklich als wichtigen Beitrag für die weitere Entwicklung des Gesundheitswesens in der Schweiz gewürdigt.

– Die *Versicherten* der beteiligten Kassen erkundigen sich bei den Direktionen nach deren gesundheitspolitischen Aktivitäten, sie werden also in diesem Bereich bewusster. Auf unsere Bestrebungen reagieren sie sehr positiv. Das bestätigt das Resultat der Umfrage vom vergangenen Jahr.

– *Ärzte* (sowohl jüngere als auch ältere) melden sich spontan bei den beteiligten Kassen. Sie erkundigen sich nach der Möglichkeit, an einer HMO mitzumachen. Der Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärzte wünscht sich Versuche in diesem Bereich.

– *Spitalträger* (vertreten z. B. durch den zürcherischen Gesundheitsdirektor Wiederkehr) haben uns ihre Unterstützung zugesagt. Mit einzelnen Spitaldirektoren haben wir Gespräche geführt, in denen sie uns ihr Fachwissen zur Verfügung stellen.

Dass wir die Türe für weitere Interessenten aus Kassenkreisen zurzeit noch offen halten, ist bereits angesprochen.

Wichtig ist im jetzigen Zeitpunkt die Haltung der Vertreter der organisierten Ärzteschaft. Auf sie kommt es im wesentlichen an, ob wir eine HMO in Kooperation oder Konfrontation zu den Ärzteverbänden durchführen können. Ersteres ist selbstverständlich unserer Wunsch.

Wir werden in den Verhandlungen Informationen geben und Missverständnisse ausräumen müssen. Wir sind aber sicher, dass die Ärzteverbände sich ihrer gesundheitspolitischen Verantwortung bewusst sind und einen Versuch nicht blockieren werden. Wir sind im Gegenteil überzeugt, dass sie uns unterstützen. Denn sie wissen selbst, dass sie sich nicht gegen *alle* Neuerungen im Gesundheitswesen sträuben können.

Ausserdem gehen die *Ärzteverbände* ein Risiko ein, wenn sie sich querzulegen versuchen. Die HMO müsste dann ohne ihre Mitwirkung und damit ohne die Möglichkeit, Einfluss zu nehmen, durchgeführt werden. Es ist für die Ärzte langfristig sicher nur von Vorteil, wenn dieser Versuch von Partnern getragen wird, mit denen sie auch auf ande-

rem Gebiet vertraglich zusammenarbeiten. Bei den Spitalträgern wird die IGAK zuerst mit den öffentlichen Spitalern nach Lösungen suchen. Das wird nicht einfach sein und den guten Willen aller Seiten voraussetzen. Dies insbesondere auf der Seite der in den öffentlichen Spitalern vertretenen Chefärzte. Das Belegarztsystem, das eigentlich der Grundidee der HMO entspricht, ist den Chefarztspitälern an sich fremd. Vielleicht werden wir aber andere Formen der Kooperation finden.

Auf dem Gebiet der Krankenhäuser haben wir jedoch durchaus Spielraum. Privatspitäler haben bereits Interesse bekundet, mit einer HMO zusammenzuarbeiten.

Perspektiven

● Mit den kantonalen Ärztesellschaften in Basel, Bern und Zürich wird eine Übereinkunft gesucht, die Meistbegünstigungsklausel für eine Versuchsphase ausser Kraft

zu setzen. Mit den Spitalträgern bestehen Kontakte. Das Ziel ist, für den Spitalbereich praktikable Lösungen zu finden.

● Organisatorisch verstärkt sich die IGAK durch die Anstellung eines hauptamtlichen Koordinators. Bisher haben wir so gearbeitet, dass die beteiligten Kassen einzelne Leute hierfür frei abgestellt haben. Diese erledigen dann die Arbeiten nebenher und zum Teil in der Freizeit. Für die kommende Phase ist das ungenügend. Eine Aufgabe des Koordinators wird sein, das Rohmodell, das wir erarbeitet haben, zur praktischen Reife zu bringen. Dabei kann er sich auf das Wissen und die Mitarbeit der IGAK-Kassen stützen.

● Der Versuch einer HMO muss wissenschaftlich bewertet werden. Dies ist einmal nötig, weil wir nicht wissen, ob die Zusammensetzung der Versicherten in einer HMO gleich sein wird, wie in der übrigen Krankenversicherung. Ausserdem wollen wir selbst

nicht nur die quantitativen, frankenmässigen Resultate unserer Arbeit kennen, sondern auch die qualitativen: Gesundheitszustand und Wohlbefinden der Versicherten usw. Die IGAK wird ein Evaluationskonzept auf die Beine stellen. Für die Finanzierung dieser wissenschaftlichen Arbeit werden wir versuchen, Geldquellen ausserhalb des Kreises der Beteiligten zu erschliessen.

● Sobald wir uns mit einzelnen Ärzteverbänden über die erwähnten Zusätze zu den Verträgen geeinigt haben, nehmen wir die Gründung einer HMO konkret an die Hand: Wir richten eine Trägerschaft ein, in die wir nach Möglichkeit die beteiligten Ärzte einbeziehen, wir schliessen Verträge mit den Partnern, wir nehmen die nötigen organisatorischen Schritte an die Hand und, das ist sehr wichtig, leiten im Kreis unserer Versicherten und darüber hinaus das Marketing ein.

Unser Ziel ist weiterhin, 1988 mit der ersten HMO zu starten.

Krankenversicherung – immer unterwegs

VON STÄNDERAT HANS JÖRG HUBER*

* Präsident der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit, Zuzach (AG)

Es gibt wohl keinen modernen Wohlfahrtsstaat, bei dem die Belange der sozialen Krankenversicherung nicht ständig in Bewegung sind, sei sie nun für die Gesamtheit der Einwohner, obligatorisch oder freiwillig, oder auch nur für einzelne soziale Schichten eingerichtet. Mit einem Verfassungsartikel aus dem Jahre 1890, mit einem Gesetz von

1911, in Kraft getreten 1914, gilt das uneingeschränkt auch für die Schweiz. Der Bundesrat macht in seiner Botschaft zu Recht darauf aufmerksam, dass alle nur möglichen Reformansätze zu allen möglichen Zeiten behandelt, geändert, verworfen wurden. Nur eines ist bis heute nicht gelungen: eine mit neuem Inhalt ausgestattete Totalrevisi-

sion der Krankenversicherung zu schaffen, die eine breite Akzeptanz findet.

Dabei ist die Qualität unserer Gesundheitsversorgung anerkannt: Medizin, Pflege, Pharmazie, Versicherung, ihre Nähe zum Bürger, die soziale Zugänglichkeit haben sich gut entwickelt. Aber es ist zuzugeben auf der anderen Seite: die demographischen Umschichtungen in der Bevölkerung, die Kostenentwicklung und die für unsere Zeit typische Desolidarisierung bedrängen das System intensiv. Und weil die Kosten letztlich zum grossen Teil nicht über anonyme Steuern, wie etwa bei der Bildungspolitik, sondern über handfeste Eigenleistung der Bürger gedeckt werden müssen, bleiben die politische und soziale Unrast, die Interessengegensätze und die fatalen Verteilungskämpfe nicht aus. Im politischen Bereich folgen sich die Reformvorstösse, die Reformprojekte – ohne Erfolg schon im Parlament, geschweige denn in der Volksabstimmung.

Im Rückblick kann gesagt werden, dass die entsprechende Zäsur, die strategische Weichenstellung des Bundesrates nach dem erneuten Scheitern einer guten Vorlage am 6. Dezember 1987 erfolgte: in einem gründlichen Verfahren sollte eine Totalrevision versucht werden.

Der neue Anlauf

Bundesrat Flavio Cotti verordnete eine formelle und materielle Totalrevision vor allem der Krankenpflegeversicherung, mit Zeitplan und einem sanften, aber beharrlichen Realisierungsdruck. Dabei muss gesehen werden, dass diese Totalrevision beileibe nicht das einzige Geschäft der Sozialpolitik war, nicht einmal in der Krankenversicherung, wo zweimal mit Notrecht auf dringende Lageentwicklungen reagiert werden musste. Da war ja auch noch die AHV-Revision mit ihren Irrungen und Windungen. Das «Dreisäulenprinzip» wird in Frage gestellt. Die Freizügigkeitsinitiative beim BVG

Reform der Krankenversicherung

Die wichtigsten Beschlüsse des Ständerates vom 17. Dezember 1992

1. Solidarität

Hier ist der Ständerat den Anträgen des Bundesrates gefolgt. Keine Änderungen, die den Grundgehalt der Vorlage berühren würden.

2. Kosteneindämmung

Das Konzept des Bundesrates, die marktwirtschaftlichen Elemente zur Kosteneindämmung zu verstärken und diese durch staatliche Vorschriften und Eingriffe zu ergänzen, wird ohne grundlegende Änderungen übernommen. Zu erwähnen sind folgende Änderungen:

- Die Abgabe von Medikamenten durch die Ärzte (Selbstdispensation) soll weiterhin ausschliesslich durch die Kantone geregelt werden. Nach dem Entwurf des Bundesrates könnte dieser die Voraussetzungen näher umschreiben.

- Die Versicherten sollen ihre Vertrauensärzte nur nach Zustimmung der kantonalen Ärztesellschaften einstellen dürfen. Der Bundesrat verlangt lediglich eine Anhörung der kantonalen Ärztesellschaften.

- Das Beschwerderecht der Versicherten gegen die Genehmigung von Tarifverträgen durch die Kantonsregierung wird entgegen den allgemeinen Grundsätzen der Beschwerdelegitimation und entgegen dem Antrag des Bundesrates ausgeschlossen.

- Die staatlichen Vorschriften zur Kosteneindämmung werden ergänzt durch eine Verpflichtung der Tarifpartner, in den Tarifverträgen Massnahmen gegen eine unnötige Wiederholung von diagnostischen Massnahmen vorzusehen (Art. 48 Abs. 5). Im Rahmen der Qualitätssicherung sollen besondere Auflagen an die Leistungserbringer für die Durchführung von sehr aufwendigen Behandlungen gemacht werden können (Art. 50 Abs. 3 Bst. b).

- Kinder bis zum 6. Altersjahr werden von der Kostenbeteiligung ausgenommen.

Die bedeutendste Änderung betrifft die ausserordentlichen Massnahmen zur Kosteneindämmung (Art. 46 und 47). Das Instrument der Globalbudgetierung wird nur noch für den stationären Bereich vorgesehen. Diese soll zudem durch die Kantone und nicht durch den Bundesrat eingeführt werden können. Das Instrument der Zulassungsbeschränkung wird gestrichen. An seine Stelle tritt die Möglichkeit der Einführung eines Tarifstopps. Zuständig wäre jene Behörde, die den Tarifvertrag genehmigt hat, in der Regel also die Kantonsregierung und bei gesamtschweizerischen Tarifen der Bundesrat, oder das Eidgenössische Departement des Innern bei den von ihm oder vom Bundesamt für Sozialversicherung festgelegten Tarifen (Arzneimittel, Analysen, Mittel und Gegenstände).

3. Leistungen

Der Grundsatz (abschliessende Umschreibung der Leistungspflicht im Gesetz, Zusatzversicherungen nach Vertragsrecht) wird übernommen, ebenso die Umschreibung des Leistungskatalogs. Die beiden einzigen Änderungen bei den Transportkosten und den zahnärztlichen Behandlungen werden geringe praktische Auswirkungen haben.

stand auf der Traktandenliste. Und dazwischen kam noch Eurolex, das gut und schnell behandelt sein wollte.

Immerhin: der Start zum neuen KVG gelang vorzüglich. Vier Experten aus «allen Schulen» der Krankenversicherung unterbreiteten ihre Stellungnahmen: Steinbrüche für die, die später kamen. Dann lotste Ständerat Otto Schoch als Präsident eine 26köpfige Expertenkommission in einem Jahr in den sicheren Hafen: ein Expertenentwurf stand, der – um im Bild zu bleiben – den Kursvorgaben des Bundesrates folgte, aber den navigatorischen Freiraum kräftig nutzte.

Mit publizistischem Getöse – Schalmeklänge oder Schlachtgeheul – wurde in den Novembertagen 1991 das Geschäft 91.071 «Botschaft über die Revision der Krankenversicherung» vom 6. November 1991 entgegengenommen.

Das Echo war gemischt: die einen massen den Entwurf an den Abweichungen zur Kommission Schoch, andere wiederum liessen durch leises Schnurren Zustimmung erahnen. Alle aber sprachen sie davon, dass noch viel passieren könne, dass die Zeit bis zum Wirksamwerden einer Totalrevision in Jahren gerechnet werden müsse. Was sich alles als zutreffend erweisen wird, meine ich.

In den Mühlen einer Kommission

Erstrat für die Behandlung der Vorlage wurde der Ständerat, mithin wurde die nicht allzulange vorher neu auf die Beine gestellte «Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit» mit dem Geschäft befasst. Das bedeutete Schwerarbeit in relativ kurzer Zeit, denn nach der wuchtigen Verwerfung der «Krankenkasseninitiative» hatten die politisch mit dem Geschäft Befassten in Aussicht gestellt, dass der Ständerat im Winter 1992 im Plenum das Geschäft behandeln werde. So machten sich die Damen Beerli, Meier Josi,

Simmen, Weber Monika und die Herren Onken, Coutau, Loretan, Roth, Schiesser, Schoch, Schüle, Seiler Bernhard unter meiner Leitung auf den Weg.

Die monatelangen Verhandlungen, die nur dank dem neuen Kommissionssystem, der tatkräftigen Mithilfe des Fachdienstes IV der Parlamentsdienste und dem unermüdlichen BSV, das zahllose ergänzende Texte vorlegen musste, gelingen konnten, waren neben dem EWR, Eurolex und einem miserablen Budget Last genug.

Wir haben in der Kommission alle Elemente einer gründlichen Kommissionsarbeit durchgeführt: zuerst eine umfangreiche Anhörung von Interessierten, ein Brainstorming mit zwei Professoren der Gesundheitsökonomie. Unsere Stabsstelle sammelte dieweil die zahllosen Eingaben zum Thema, katalogisierte sie, ordnete sie den Themen und Paragraphen zu; am Schluss war es ein Manuskript von an die 50 Seiten. Rührend war es nachgerade, wie noch Tage vor der Verhandlung neue Papiere auf den Tisch des Hauses gelangten: sie konnten die Ergebnisse nicht mehr beeinflussen.

Eintreten wurde mit eindeutiger Mehrheit beschlossen, die Detailberatung in tagelangen Sitzungen durchgeführt, die zweite Lesung war dabei nicht kürzer als die erste. Nicht übersehen werden soll, dass in drei Subkommissionen die Themen SUVA, Taggeld und Petitionen behandelt wurden. Die Schlussabstimmung, die Behandlung von zwei Petitionen und zwei Postulaten, die Bearbeitung der Abschreibungsliste von parlamentarischen Vorstössen rundeten die Arbeit ab.

Man kann leicht feststellen, dass die Kommission an einigen Orten den bundesrätlichen Antrag modifiziert hat, dass die Zahl der Differenzen aus der Kommission klein war, die Geschlossenheit der Reihen relativ gross. Das war für uns und die Öffentlichkeit eine Überraschung, aber sie hat gute Gründe. Die Vorar-

beiten waren seriös betrieben worden, die Kommission Schoch und das bundesrätliche Vernehmlassungsverfahren hatten den Handlungsspielraum erkennen lassen. Im Hintergrund lauert immer noch die Initiative der SP und der Gewerkschaften mit ganz anderen, tief einschneidenden Lösungen. Alle Kommissionsmitglieder waren von der Reformbedürftigkeit, aber auch von der Reformfähigkeit des KVG überzeugt.

Eigene Wege gegangen

Trotz allem wäre es meines Erachtens falsch, wollte man behaupten, die Kommission wäre dem Bundesrat gemächlich hinterher getrottet. Sie hat die «Fahne» – die parlamentarische Darstellung des Gesetzgebungsverfahrens – mit über 50 eigenen Anträgen bereichert bei einem Umfang von 99 Paragraphen. Sie sind unterschiedlicher Natur, geben aber einen Eindruck des Gestaltungswillens der Kommission.

In den Hauptpunkten der Vorlage gab es keine Änderungen grundsätzlicher Art. Obligatorium und Freizügigkeit wurden unter dem Stichwort «Stärkung der Solidarität»

Der Start zum neuen KVG gelang vorzüglich.

ebenso akzeptiert wie die Gleichstellung von Mann und Frau. Die Kosteneindämmung, das heisst das Schliessen der «Schere» zwischen den Gesundheitskosten und den Löhnen, soll mit einer Unsumme von gezielten Massnahmen und durch den Markt erfolgen. Krankenkassen und Privatversicherer agieren zukünftig auf dem öffentlich-rechtlich geregelten Markt der obligatorischen, klar definierten Grundversicherung ebenso wie bei den dem Zivilrecht unterstellten Zusatzversicherungen.

Überfällige Anpassungen des Leistungskatalogs wurden in Grenzen, die der Bundesrat noch enger ziehen kann, akzeptiert: Prävention, Spitex, verbesserte Mutterschaftsleistungen auch bei der freiwilligen Taggeldversicherung. Die Leistungserbringer kommen gewiss nicht ungeschoren davon: nur ist meines Erachtens die Bereitschaft da, diesmal die Zeichen der Zeit zu erkennen und mitzuziehen. Sie dürfen das auch, hat doch die Kommission das 1982 von der Privatassekuranz vorgeschlagene neue Finanzierungssystem übernommen, das die vielgescholtene «Giesskanne» ins Museum verbannen und einkommensbezogene Subventionen will. Bund und Kantone werden dafür im Einführungsjahr rund 1,2 Milliarden mehr an Subventionen zahlen müssen. Gewiss nicht eine leichte Aufgabe bei der Finanzlage der öffentlichen Hände. Es darf aber nicht übersehen werden, dass die Leistungen der Versicherten über Prämien und Selbstbehalte immer noch hoch sind im Vergleich zu ähnlichen Staaten. Es wird – alles in allem – bei der Erkenntnis bleiben: für den Einzelnen hat die Gesundheit einen relativ kleinen Preis, für die Gemeinschaften aber einen grossen. Das ist vor allem richtig, wenn man beachtet, was aus unseren 26 kantonalen Haushalten – und sie sind ja besonders dem Ständerat nahe – ins Gesundheitswesen fliesst.

Schliesslich bei der freiwilligen Taggeldversicherung, der Erwerbsausfallversicherung, sind wir von Staates wegen beim wohl indizierten Mittelweg geblieben: weder Abschaffung noch Obligatorium, aber Freiwilligkeit.

Am Schluss einer immer von Fairness getragenen, wenn auch zeitweise harten Beratung stimmte die Kommission mit 9:0 bei einer Enthaltung ihrem Werke zu. 8 namentliche Minderheitsanträge und ein Paket von Vorstössen des Kollegen Morniroli, Arzt und Ständerat, liessen eine intensive und längere Beratung im Rat erwarten.

Die dritte Woche in der Wintersession

Es zeigte sich bald, dass der Ständerat sich für die Fassung der Kommission engagieren wollte. Andererseits wurde klar, dass die vier Sitzungen, wovon eine eingeschobene Sondersitzung, für die Kommissionsmitglieder und den Präsidenten der Kommission nicht zu einem Honiglecken würden. Es darf aber einem aufmerksamen und kompetenten Beobachter gefolgt werden, der nach der Beratung im Plenum schrieb:

«Der Rat folgte in eindrucklicher Geschlossenheit nahezu ausnahmslos den Anträgen der vorberatenden Kommission.» (Wf-Dok. Gygi)

Das hängt nicht damit zusammen, dass der Ständerat seine juristische und sachliche Kritikfähigkeit nicht zum Tragen gebracht hätte. Es war aber deutlich, dass das Ringen in der Kommission Früchte trug: wo Kommissionsmehrheit und -minderheit einander gegenüberstanden, waren die Abstimmungsergebnisse knapp, wo die geschlossene Kommission Anträge aus dem Plenum bekämpfte, setzte sie sich mit klaren Mehrheiten durch. In der Gesamtabstimmung, allerdings bei gelichteten Reihen, erzielte die gemeinsame Arbeit ein überaus deutliches Resultat: 27:0 Stimmen. Präsident Piller wies dem Dossier den Weg: «Die Vorlage geht an den Nationalrat.»

Lagebeurteilung nach getaner Arbeit

Für eine gründliche Lagebeurteilung ist es noch zu früh. Einerseits steht man unter dem Eindruck der geleisteten Arbeit, andererseits hat man den Abstand vom Werk noch nicht geschafft. Zuerst und vor allem muss man sich im klaren darüber sein, dass mit dieser Beratung der Ständerat als Erstrat in erster Lesung das Geschäft behandelt hat. Der Nationalrat wird den Fächer der Vorlage öffnen, was ihr nicht schadet. Er sollte aber auch die Kraft finden, sich dann wieder zurückzufin-

den zu den zentralen Punkten, zur Ausgewogenheit, die die Vorlage jetzt prägt. Ich kann mir vorstellen, dass Themen wie Psychotherapie, Alternativ- oder Komplementärmedizin, Selbstbehalt, Selbstdispensation, Kostenverteilung unter den Gemeinwesen, Stellung der Vertrauensärzte, Organisation der Rechtspflege zwischen Grundversicherung und Zusatzversicherung, das Recht

«Wir bewegen uns auf dünnem Eis!»

bei ausserordentlichen Lagen und vielleicht sogar das Obligatorium zur Debatte stehen. Zum letzteren Punkt kann ich nur das Zitat von Otto Schoch wiederholen, das ich dem Ständerat mit Erfolg unterbreitet habe: «Es ist Etikettenschwindel, wenn jemand für eine zeitgemässe, solidarische Krankenversicherung eintritt, gleichzeitig aber das Obligatorium ablehnt.»

Kommission und Ständerat waren sich eines Wortes bewusst, das wir in der Kommission in kritischen Lagen uns immer wieder in Erinnerung gerufen haben: «Wir bewegen uns auf dünnem Eis!» Mit dieser Grundhaltung, mit dem Willen zu einem notwendigen Erfolg und mit einer sorgfältigen Vorbereitung haben wir eine Vorlage verabschiedet, die seit 1964 – der letzten geglückten Teilrevision – eine echte Chance hat, zum neuen Recht der sozialen Krankenversicherung in der Schweiz zu werden. —

**VI. ARTICLES DE PRESSE /
PRESSEARTIKEL**

- "Risikogerechte Krankenversicherungsprämien" von Ernst Buschor, in *NZZ*,
16.10.1992 177
- "Cliniques privées - Les caisses maladie perdent de l'argent avec les assurances
complémentaires en privé. La fièvre est montée. Plus question de tolérer les
tarifs excessifs des cliniques, qui se trouvent placées désormais sous haute
surveillance" par Danielle Hennard, in *Bilan*, 12/1992 180
- "Widersprüchliche Ziele der KVG-Revision" von Dr. med. Werner
Hegetschweiler, in *NZZ*, 15.12.1992 185
- "Revision der Krankenversicherung. Die Hoffnung wächst" in *SKZ*, Nr. 1/2,
16.1.1993 187
- "Wenn Versicherte zu kritischen Konsumenten werden", *NZZ*, 18.1.1993 188
- "Vous reprendrez bien une petite radiographie", *L'Hebdo*, 11.2.1993 190
- "Ist eine Revision des Krankenversicherungsgesetzes überhaupt nötig ?" *SKZ*,
Nr. 6, 16.3.1993 196
- "Für ein neues Verhältnis von Krankenkassen und Ärzten", *NZZ*, 24.3.1993 197
- "Krankenkassen im Vergleich", *Bilanz*, 4/93 200
- "Ärzte kassieren 500 Millionen zuviel", *CASH*, 8.1.1993 205
- "La loi du marché n'est pas le bon remède à l'explosion des coûts de la santé",
Le Nouveau Quotidien, 7.5.1993 208

Risikogerechte Krankenversicherungsprämien Lastenausgleich für Betagte als ein Hauptgrund des Prämienanstiegs

Von Ernst Buschor, Institut für Finanzwirtschaft und Finanzrecht der Hochschule St. Gallen

Erfüllt die bevorstehende Krankenversicherungsrevision die hochgesteckten Erwartungen, insbesondere hinsichtlich einer wirksamen Kostendämpfung? Die Stimmen mehren sich, die dies in Zweifel ziehen und eine radikale Reform für unumgänglich halten. Zu ihnen gehört der Autor des nachfolgenden Beitrags, der eine Trennung in eine deregulierte, private Versicherung für die Nichtrentner und in eine kantonale Gesundheitsversorgung für Rentner vorschlägt.

Ursachen der Kostenexplosion in den Industriestaaten

Die Ursachen und Probleme der Kostensteigerung im Gesundheitswesen sind in den Industriestaaten recht ähnlich. Das Gesundheitswesen beansprucht einen teilweise stark steigenden Anteil des Inlandprodukts. Er ist in den USA am höchsten. Die Schweiz liegt im oberen Mittelfeld. Grossbritannien weist mit Abstand den niedrigsten Anteil aus. Pro Kopf in Dollar umgerechnet, hat die Schweiz allerdings die weltweit höchsten Gesundheitsausgaben. Die Gründe für die Kostensteigerung variieren in den einzelnen Ländern bezüglich ihrer Bedeutung. Es sind aber im allgemeinen die gleichen: starkes Wachstum der älteren Bevölkerung mit exponentiell ansteigenden Gesundheitsausgaben pro Kopf, Ärzteüberschuss, fehlende Kostentransparenz bei den Leistungen und der Finanzierung und fehlende oder gar inverse Anreizsysteme und Kontrollen (z. B. Pflegetagemaximierung statt Kostenminimierung, Kassenzulässigkeit von Mehrfachbehandlungen für die gleiche Krankheit). Erhebliche Unterschiede bestehen aber in den Formen der staatlichen Interventionen. In praktisch allen Systemen finden sich durch Traditionen geprägte Kombinationen von (staatlicher) Regulierung und Wettbewerb.

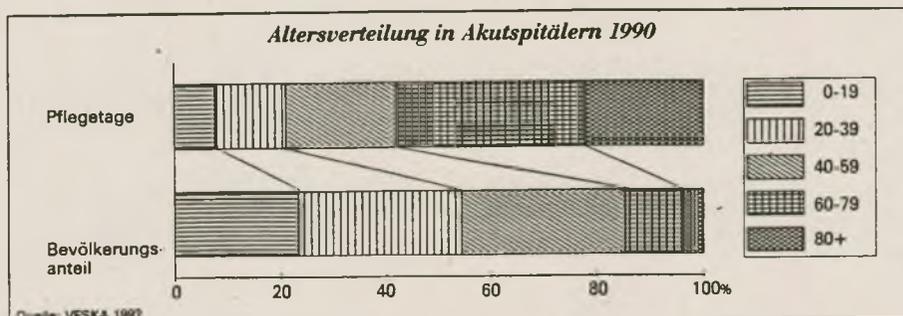
Betrachtet man die Kostenstruktur in der Schweiz, so betragen die Gesundheitsausgaben zurzeit rund 25 Milliarden Franken oder gut 8% des Inlandprodukts; vor 30 Jahren waren es noch gut 3%, vor 20 Jahren gut 5% und vor 10 Jahren knapp 7%. Bezüglich der Struktur der Ausgaben entfällt je rund die Hälfte auf den stationären und den ambulanten Bereich. Das Gesundheitswesen ist zu einer der grössten Branchen geworden. Heute ist praktisch die ganze Bevölkerung bei den anerkannten Krankenkassen versichert. Die Kantone und Gemeinden tragen knapp 1/3, der Bund lediglich 1/5, je einen weiteren Drittel zahlen die Krankenkassen und die Selbstzahler. Zu den «heiligen Kühen» der Schweizer Krankenkassenfinanzierung zählt die auch in der Botschaft über die Revision der Krankenversicherung gesetzlich verankerte Pflicht zum – von den Jugendlichen bis zu 18 Jahren abgesehen – weitgehend altersunabhängigen Tarif. Solche Prämien sind insofern nicht risikogerecht, als die Kosten sehr stark altersabhängig sind.

Während die jährlichen Durchschnittskosten bis zum Alter von 50 Jahren teilweise erheblich unter 1000 Franken liegen, nehmen sie nachher exponentiell zu und übersteigen 6000 Franken bei den über 90jährigen. Eine Prämie, welche einen Lastenausgleich unter den Altersklassen anstrebt, erfordert daher eine massive Umlage von den jüngeren auf die älteren Mitglieder. Dazu kommt noch die Umlage von den Männern auf die Frauen, deren Ausgaben (Frauenprämien ohne Mutterschaft) durchschnittlich gut einen Drittel höher sind. Die Altersstruktur der Kassenmitglieder wird zu einer entscheidenden Determinante, was den Bundesrat unter anderem veranlasst hat, hierfür im Gesetzesentwurf zum KVG einen Risikoausgleichspool (Art. 97) vorzusehen.

Massive Prämien erhöhungen infolge des Lastenausgleichs unter den Generationen

Die Schweiz ist ein Land mit einer zunehmend älteren Bevölkerung. Diese Tendenz ist zwar auch bei den anderen Industriestaaten festzustellen. Nach den Untersuchungen der OECD weisen wir in den nächsten 40 Jahren den höchsten Rentneranteil aller OECD-Staaten auf. Auf Grund der neusten Bevölkerungsentwicklungsszenarien des Bundesamtes für Statistik ist die Zahl der Erwerbstätigen stark vom Integrationszenario abhängig: Ohne EG-Mitgliedschaft nimmt deren Zahl in den nächsten 40 Jahren ab, mit Integration steigt sie an. Die Folge ist, dass die Alterslastquote (über 65jährige in Prozent der 20- bis 64jährigen) zwischen 1970 und 1990 nur leicht von 20 auf 23% zunahm, bei Szenario Integration wird sie bis 2030 auf 41% und bei Szenario Abgrenzung sogar auf 47% ansteigen und sich somit knapp bzw. gut verdoppeln!

Während in den USA für die Nichtrentner ein weitgehend unregulierter freier Wettbewerb besteht, sind die Rentner in einer obligatorischen staatlichen Versicherung (Medicare) versichert.



Dies erleichtert insofern vieles, als die altersspezifische Kostenentwicklung bis zum Rentenalter relativ homogen und in diesem Bereich der Wettbewerb leichter realisierbar ist; die Probleme der Kostenentwicklung werden entscheidend durch die wesentlich höheren Durchschnittskosten für Hochbetagte beeinflusst.

Um diese Problematik auszuleuchten, sind die *Pro-Kopf-Ausgaben nach Altersdezipen der Krankenkasse des Kantons Bern* (vgl. Graphik) für das Jahr 1990 mit den jeweiligen effektiven Bevölkerungszahlen 1970 und 1990 und den Szenarien 2010 und 2030 multipliziert. Damit kann eine gewichtete Durchschnittsprämie sowie die Differenz zwischen der risikogerechten Prämie und der Prämie nach dem Lastenausgleich unter den Generationen berechnet werden. Die folgende Graphik zeigt – für die Altersverteilungen der Jahre 1970 und 1990 (Ist-Werte) sowie 2010 und 2030 (Szenarien) für eine Familie mit zwei Kindern näherungsweise die kostengerechte Prämie und die Solidaritätsleistung als Folge einer Einheitsprämie, wie sie der Gesetzgeber im KVG weitgehend vorsieht. Zwar sind heute vielfältige Tarifverläufe bei den Prämien erlaubt und üblich, die alle relativ geringe, von den kostengerechten Prämien nach Altersstufen weit entfernte Verläufe aufweisen. Unsere Untersuchungen haben aber gezeigt, dass sich diese nicht auf eine einheitliche Formel bringen lassen. Der KVG-Entwurf erlaubt in Art. 53 Abs. 3 tiefere Prämien für Jugendliche bis 18 Jahre. In Ausbildung befindliche Jugendliche über 18 Jahre und das höhere Alter der Eltern können dazu führen, dass die Prämienbelastung über dem Durchschnitt liegt. Die Bundesbeiträge sind nicht berücksichtigt; da sie für Personen vorgesehen werden, welche nicht in der Lage sind, die Prämienleistungen zu erbringen. Deren Verteilung auf die Altersklassen ist heute nicht verlässlich abschätzbar.

Überforderung des Generationenvertrags

Der Solidaritätsbeitrag liegt 1990 knapp an der 40%-Grenze der kostenorientierten Durchschnittsprämie für Nichtrentner und übersteigt diese in den nächsten 20 Jahren. Wegen der dargestellten Überalterung der Bevölkerung resultieren die Probleme der Krankenversicherungsprämienfinanzierung nicht in erster Linie aus den Mehrkosten für die aktive Generation, sondern aus den *stark steigenden Solidaritätsleistungen für die Betagten*. Betragen diese 1970 noch gut die Hälfte der Prämie, werden es in zwanzig Jahren etwa gleich viel und hernach sogar mehr als die risikogerechte Prämie für Nichtrentner sein.

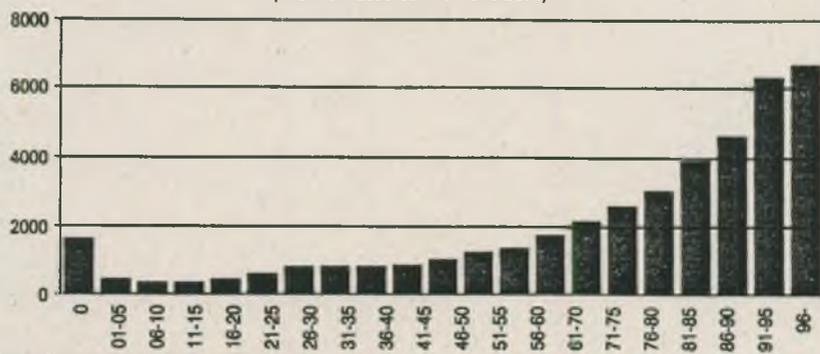
Vergleicht man die obige Solidaritätskomponente mit der Einkommenssteuerbelastung der *Stadt Zürich* – so entspricht dies der Gesamtsteuerlast eines Einkommens von knapp 50 000 Franken im Jahre 1990. Ein grosser Teil der Steuerzahler leistet damit annähernd gleich viel zweckgebundene «Prämiensteuer» zugunsten der Betagten wie in der «offiziellen Steuerrechnung». Dazu kommen erhebliche Solidaritätsleistungen bei den AHV-Beiträgen und der zweiten Säule, was die Freizügigkeitsregelung erschwert.

Diese Tatbestände der Modellberechnungen sind noch etwas näher aus gesamtwirtschaftlicher Perspektive zu erläutern. Zwischen 1970 und 1990 haben die Erwerbstätigen um 18%, die Gesundheitsausgaben der Krankenkassen um 23% und die Rentner um 38 Prozent zugenommen. Bis 2030 werden – je nach Szenarium – die Erwerbstätigen leicht abnehmen bzw. zunehmen und die Gesundheitsausgaben um gut 50 sowie die Rentner um gut 100% zunehmen! Dazu kommen die Probleme der AHV und – zumindest indirekt – der zweiten Säule. Die *Überforderung des Generationenvertrags* (Bereitschaft der zwangsweisen Leistungserbringung für die Rentnergeneration) ist daher ohnehin eine ernst zu nehmende Problematik. Ein Abseitsstehen gegenüber der EG wird diese Probleme noch verschärfen. Diese Probleme werden im übrigen bestätigt durch die Entwicklung der Bettenbelegung in den Akutspitä-

lern. Schon heute beanspruchen die über 60 Jährigen mit einem Bevölkerungsanteil von rund einem Siebtel knapp zwei Drittel der Spitalpflegelage der Akutmedizin.

Daraus geht hervor, dass die Überforderung bei den Krankenversicherungsprämien vor allem aus

Pro-Kopf-Ausgaben nach Altersstufen 1990
(Krankenkasse des Kantons Bern)



der «Überstrapazierung des Generationenausgleichs» resultiert. Zumindest beim heutigen Kostenniveau ergäben sich beim Verzicht auf den Ausgleich für Betagte – mit einem Männer-Frauen-Prämienausgleich – *substantielle Prämienenkungen!* Durch kostenorientierte altersspezifische Prämien würde gleichzeitig Raum geschaffen für einen gering regulierten, nicht subventionierten Wettbewerb unter den Versicherern und den Abbau immer komplexerer Regulierungen der Krankenversicherung. Ich bin mir bewusst, dass das Rütteln am nahezu allseits hingenommenen Dogma der Generationensolidarität über die Prämienumlage in der Krankenversicherung ein historisches, kaum diskutiertes Prinzip in Frage stellt und damit den KVG-Entwurf hinterfragt. Es kann kaum zweckmässig sein, zuerst alle Versicherten mit einer teilweise massiven (Umlage-)Steuer zu belasten, welche vorab Familien stark belastet und hernach für viele über Subventionen zurückerstattet werden muss. Risikogerechte Prämien sind vor allem für Nichtrentner, aber dank der zweiten Säule auch für viele Rentner tragbar.

Für eine Trennung der Krankenversicherung

Mit einem Verzicht auf die historische, aber zunehmend untragbare Generationensolidarität der schweizerischen Krankenversicherung entsteht eine unmittelbare finanzielle Entlastung der übrigen Generationen. Das Problem der Betagten-gesundheitsversorgung muss ebenfalls einer tragfähigen Lösung entgegengeführt werden. In finanzieller Hinsicht würde dies bedeuten, dass das *Beitrittsobligatorium zur allgemeinen Krankenversicherung* realisiert wird (etwa im Unterschied zum amerikanischen Modell) und damit der Bundesgesetzgeber auch die allgemeine Aufnahme-pflicht und Mindestleistungspflicht der Krankenversicherung für Nichtrentner festlegen würde. Die *Krankenkassen* würden echte Autonomie gewinnen, indem sie eine Prämien-differenzierung durch geschickte Vertragsabschlüsse mit Ärzten und Spitalern für die einzelnen Patientenkategorien (allgemein, halbprivat und privat) ausnützen könnten. Eine Gleichstellung aller Versicherer und Anbieter wäre damit erreicht, was wesentlich für einen wirklichen Wettbewerb ist.

Für die *Kantone* würde dies bedeuten, dass der Bundesgesetzgeber ihnen die umfassende Kompetenz für die gesundheitspolitische Betreuung der Rentner übertragen müsste, die innovativ genutzt werden könnte. Vor allem im Bereich der

Betagtenbetreuung wirkt sich unser Gesundheitsversorgungssystem besonders effizienzhemmend aus. So wurde die Stabilisierung der Gesundheitsausgaben in England vor allem durch den Umstand ermöglicht, dass die Gesundheitsdistrikte über einen weitgehenden Freiheitsgrad bei der Gestaltung der individuell adäquaten Dienstleistungen verfügen. In der Schweiz muss hier aber stets Rücksicht genommen werden auf das hierfür kaum differenzierte Krankenversicherungsrecht, wie die bereits jahrelange Spitex-Diskussion zeigt. Die Bereitstellung der Dienstleistungen für die ältere Bevölkerung ist zersplittert in Kompetenzen des Bundes, der Kantone, der Krankenversicherer und übriger Organisationen, die – oft je für sich – bestimmte Dienstleistungen bereitstellen, ohne dass ein Partner die Kompetenz und Verantwortung hat, diese optimal zu koordinieren. Dem steht im englischen Modell die integrale Zuständigkeit des Gesundheitsdistrikts gegenüber. Ihnen obliegt es, eine den regionalen Bedürfnissen angepasste Dienstleistungsstruktur – vorwiegend über private Träger mit Leistungsaufträgen – bereitzustellen.

Die Ergebnisse sind beachtlich. Während in der Schweiz die mittlere Aufenthaltsdauer der *Chronischkranken* 326 Tage beträgt (vgl. das «Schweizerische Krankenhauswesen 1990 in Zahlen», Aarau 1992, S. 10), konnte die mittlere Aufenthaltsdauer in *Grossbritannien* von 80 auf 40 Tage gesenkt werden. Zwar sind die beiden Kategorien nicht ganz vergleichbar. Es bewährt sich, dass die Verantwortung für die Rentnerbetreuung und Gesundheitsvorsorge integral den Gesundheitsregionen obliegt, womit eine demokratisch legitimierte, integrale und innovative Versorgung sichergestellt wird. Sie ist in der Schweiz durch die Kompetenzzersplitterung erschwert. Die Kantone sollten daher vom Bund möglichst unreguliert und integral für die Gesundheitsversorgung der Rentner zuständig sein.

In *finanzieller* Hinsicht ist festzuhalten, dass es in einem solchen Modell angezeigt wäre, für die Nichtrentner kostendeckende Spitaltarife in allen Spitalkategorien vorzusehen. Dadurch würde sich der Kostendeckungsgrad für einen Drittel der Patiententage massiv verbessern. Wie das Beispiel Englands zeigt, liesse sich durch eine optimale

Kombination der Dienstleistungen für Betagte – angepasst den unterschiedlichen regionalen Bedingungen – die Versorgung wesentlich wirtschaftlicher erbringen. In diesem Rahmen wäre auch der Status der öffentlichen Spitäler zu überprüfen. Den Kantonen wäre es überlassen, eine obligatorische Form für die Alterskrankenversicherung festzulegen. Die Leistungen der Ergänzungsleistungen zur AHV und der diese kantonal ergänzenden individuellen Hilfen wie die Beihilfen im Kanton Zürich müssten solchen Finanzierungsformen der Krankenversicherung angepasst werden.

KVG-Vorlage zu wenig konsequent

Betrachtet man die *Vorlage des Bundesrates* für die Revision der *Krankenversicherung* vom 6. November 1991, sind diese gesundheitsökonomischen Forderungen nur partiell erfüllt. Die Vorlage steht primär im Zeichen der institutionellen Sicherung der Generationensolidarität über die Krankenversicherungsprämien. Erfüllt sind: das Prinzip eines bedingt wettbewerbsorientierten Krankenversicherungsobligatoriums für die Grundversicherung, die allzu vage Orientierung an Fallpauschalen und die Qualitätskontrolle der medizinischen Leistungen. Nicht erfüllt sind das Prinzip der nach Altersstufen risikogerechten Prämie oder zumindest der Einheitsprämie für Nichtrentner, die Aufgabe der Solidaritätsfinanzierung über Prämien zugunsten der älteren Bevölkerung, die Förderung des Wettbewerbs für kostengünstige Versorgungsformen, das Prinzip der vollen (Fall-)Kostendeckung in Spitälern bei Nichtrentnern und die Verankerung der integralen Zuständigkeit der Kantone für die Gesundheitsversorgung der Rentner.

Diese gesundheitsökonomischen Überlegungen laufen darauf hinaus, dass die Generationensolidarität bei den Prämien untragbar wird – was der bundesrätliche KVG-Vorschlag durch sein System der Prämienverbilligung für Bedürftige auch anerkennt. Wenn man aber schon diesen Grundsatz nicht durchhalten kann, ist einer deregulierten, wettbewerbsorientierten Ordnung mit flankierenden Instrumenten zur Wirksamkeitssteigerung der Versorgung (altersspezifische Prämien, Freizügigkeit und Aufnahmewang, gesetzliche Mindestleistungen, Sicherung des Wettbewerbs, Fallkostenabrechnungs- und Qualitätskontrolle) der Vorzug gegenüber einer umfassenderen Regulierung einzuräumen. Die dargestellte *Zweiteilung* in ein Beitrittsobligatorium zu einer schwach regulierten Nichtrentnerversicherung über bei effizienter und effektiver Versorgung kostendeckende Fallkostenpauschalen nach Behandlungskategorien gesteuertes Entschädigungssystem im ambulanten und stationären Bereich und eine umfassende Zuständigkeit der Kantone für die Rentnerversorgung gibt einem *wirksamen Wettbewerb* mehr Raum und erlaubt gleichzeitig im kostspieligsten Teil der Rentnerbetreuung integriertere, wirksamere Lösungen. Eine Umsetzung solcher Konzepte ist jedenfalls wirksamer als die interventionistischen, den «Kostenstau» fördernden und durch Mengenausweitungen teilweise umgeharen Symptomkuren mit dringlichen Bundesbeschlüssen, wie sie von der Bundesversammlung verabschiedet worden sind.

Solche Forderungen laufen teilweise auf ein *neues Modell der Krankenversicherung* hinaus. Die «Modellkonkurrenz» hat sich in der direktdemokratischen Auseinandersetzung – nicht nur auf diesem Gebiet – als stärkstes Argument für den Status quo erwiesen. Wir können es uns aber nicht leisten, Gesetze aus der Vorstellungs- und Rahmenbedingungswelt von gestern für morgen zu beschliessen. Leider weist Wesentliches der KVG-Revision in diese Richtung. Hier ist – auch zu später Stunde und wohlwissend um die Grenzen der Konkordanzdemokratie – eine grundlegende Überprüfung erforderlich.

Bilan, 12/92

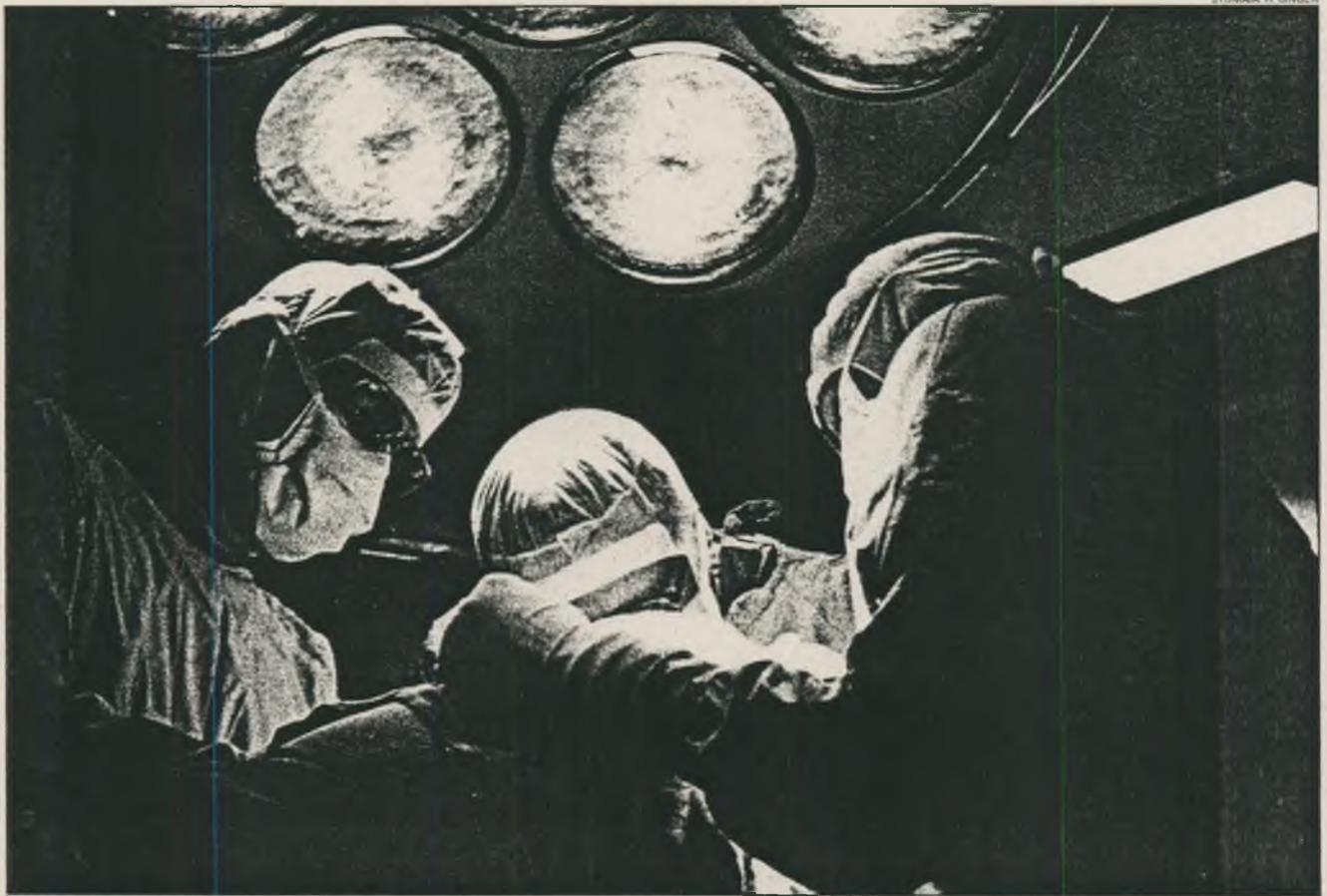
Cliniques privées – Les caisses maladie perdent de l'argent avec les assurances complémentaires en privé. La fièvre est montée. Plus question de tolérer les tarifs excessifs des cliniques, qui se trouvent placées désormais

Sous haute surveillance

PAR DANIELLE HENNARD

180

SYGMAIA H. BINGEN



«Lorsque l'économie était florissante, les excès profitaient à tout le monde.»

«**N**ous arrivons facilement à tourner en facturant l'accouchement 6000 francs. Il serait, d'ailleurs, difficile d'essayer de prouver le contraire.» Ces propos, tenus par le patron de la Clinique de Genolier, au-dessus de Nyon, surprennent. Car la facture hospitalière (sans frais médicaux) d'un accouchement en clinique privée avoisine généralement les 9000 francs.

Mais Jean-Claude Salamin n'a guère l'habitude de tourner autour du pot. Voilà presque une année, il signait avec la Confé-

rence romande des caisses maladie une convention fixant ce forfait hospitalier de 6000 francs pour les accouchements. D'un coup, Jean-Claude Salamin acceptait de réduire sa facture d'un tiers. Les cliniques privées ont-elles trop forcé sur l'addition? «Lorsque l'économie était florissante, les excès profitaient à tout le monde. Face à la baisse de la conjoncture, il faut savoir s'adapter», répond le Valaisan.

Les cliniques privées n'ont guère le choix. «Si l'on ne réduit pas drastiquement les coûts, le système va sauter. C'est mathé-

matique», affirme Jean-Paul Diserens, directeur de l'Assura à Lausanne. Longtemps juteuses, les assurances complémentaires sont dans les chiffres rouges. Auparavant, elles permettaient même de combler quelques trous de la classe commune. «Aujourd'hui, on a renversé la vapeur et on ne peut demander que l'assurance sociale vienne subventionner le système privé», ajoute Jean-Paul Diserens.

Voilà plusieurs années que les caisses augmentent régulièrement de 20 à 30% les cotisations du privé et du semi-privé. Jusqu'ici,

ces majorations n'ont jamais découragé les assurés. Les affiliés maintenaient leur couverture complémentaire, et de nouveaux membres venaient régulièrement grossir les effectifs. C'était en période d'euphorie. Mais le prix exorbitant des cotisations est devenu un luxe qu'on ne peut plus se payer en période de récession. Résultat: «Non seulement les caisses ne vendent quasiment plus d'assurances complémentaires, mais de nombreux assurés résilient leurs contrats privés pour revenir à la simple classe commune», souligne Robert Fuchs, directeur de la Caisse Vaudoise. Plusieurs assureurs évoquent un recul de l'ordre de 18% de leurs assurances privées et semi-privées. Une baisse jamais enregistrée auparavant. Les hausses de primes à venir ne feront qu'amplifier le mouvement.

On coupe les vivres

Le réveil des caisses maladie, empêtrées dans leurs déficits, a été brutal. Celles qui se sont longtemps contentées d'encaisser d'un côté et de payer de l'autre ont vivement réagi. Réalisant qu'elles n'avaient plus les moyens de tolérer les abus, elles ont décidé de couper les vivres. La mécanique s'est enclenchée il y a plus d'une année, avec la décision des caisses centralisées (qui ont leur siège en Suisse allemande) de ne rembourser qu'à 75% les factures du semi-privé. Depuis, une panoplie d'accords sont intervenus. Avec l'Association vaudoise des cliniques privées. Avec la Société vaudoise de médecine. Avec des cliniques isolées. Une série à rebondissements, (voir encadré) où l'on perd totalement le fil si l'on rate un épisode. D'autant que les tensions entre tous les partenaires — y compris au sein de la Fédération vaudoise des caisses maladie, où les rivalités entre romandes et «alémaniques» sont patentes — compliquent sérieusement le scénario.

Il n'empêche. Les caisses tiennent désormais le bistouri par le bon bout. Car la clientèle des cliniques a baissé. On

tombe moins facilement malade, par crainte de perdre son emploi, depuis le début de l'année. Les opérations de la vésicule biliaire ou de la prostate attendent des jours meilleurs. Les assurés vaudois, touchés par les mesures restrictives des caisses dites «alémaniques», ont repoussé la date de leurs interventions ou se sont tournés vers les hôpitaux publics. Les patients qui ont dénoncé leurs contrats privés ont pris le même chemin.

CHUTE
Durant les six premiers mois, le taux moyen d'occupation a diminué de 10% environ.

Sans oublier que les progrès de la médecine et de la chirurgie ont réduit les durées d'hospitalisation et que «les médecins prennent conscience de la nécessité de réduire les séjours», souligne Michel Walther, président de l'Association vaudoise des cliniques privées.

Enfin, le tourisme médical, dont avaient largement bénéficié les cliniques romandes, s'amenuise. Plus rares sont devenus les Séoudiens, qui venaient il y a dix ans séjourner trois semaines sur les bords du Léman. Et puis, des conventions avantageuses pour

les patients ont été passées entre la France, l'Allemagne et l'Italie, dans le cadre de la Communauté européenne. Depuis, les Italiens, de grands habitués des cliniques helvétiques, vont plutôt à Marseille pour les opérations cardiaques ou à Villejuif pour les traitements du cancer. «Une opération esthétique coûte trois fois moins cher à Paris», relève Christian Deslarzes, patron du Centre Médico-chirurgical à Lausanne et de la Clinique La Rosiaz à

Pully. Pourquoi les étrangers viendraient-ils se faire soigner en Suisse, alors qu'ils bénéficient de conditions plus favorables dans des établissements tout aussi compétents que les nôtres? Durant les six premiers mois de l'année, le taux moyen d'occupation des cliniques privées aurait diminué de 10%, avec des chutes allant jusqu'à 40% pour certaines cliniques lausannoises. Selon Robert Bertsch, vice-président de l'Association suisse

des cliniques privées, les établissements lausannois disposent d'une occupation moyenne de quelque 65%.

Finalement, les cliniques cherchent des créneaux pour survivre. «Si elles avaient été plus raisonnables on n'en serait pas là», regrette Marcel Egger, directeur lausannois de l'Helvetia et porte-parole des caisses centralisées. Voilà sept ans environ, la Fédération vaudoise des caisses maladie (regroupant l'ensemble des assureurs du canton) a dénoncé la convention qui la liait à l'Association vaudoise des cliniques privées, en raison de l'explosion des tarifs. «Les cliniques ont profité de l'absence de convention pour facturer à tout va; auparavant, elles pratiquaient des tarifs très raisonnables.» Marcel Egger se souvient: «J'ai été traité en ambulance dans un hôpital public pour l'extraction d'un lipome (une petite tumeur). Facture: 270 francs. Un de mes collègues a passé une semaine dans une clinique pour la même affection. Facture: 10 000 francs.»

Les progrès technologiques et le vieillissement de la population ont fortement contribué à la hausse des coûts. Ils ne peuvent expliquer à eux seuls les différences de prix existant entre les établissements d'outre-Sarine et les cliniques vaudoises et genevoises. Les écarts vont parfois du simple au double. En réalité, l'infrastructure démesurée de l'offre hospitalière, notamment dans le canton de Vaud, joue un rôle important dans la spirale des coûts. Sur les seize cliniques du canton, une dizaine peuvent soigner des patients en division aiguë (les autres sont des établissements de repos, de revitalisation, de soins esthétiques, etc.). ▶

Le poids des établissements

Principales cliniques médico-chirurgicales vaudoises	Nombre de lits*	Intérêts financiers
Clinique Bois-Cerf, Lausanne	85	La Suisse Assurances (Rentenanstalt) et la SBS
Clinique Cecil, Lausanne (maternité)	100	Groupe zurichois Hirslanden (cinq cliniques en Suisse) à 90,5% propriété de l'UBS
Clinique de Genolier, Genolier (maternité)	100	Cinq investisseurs privés et les cadres principaux de la clinique, dont J.-C. Salamin
Clinique de Montchoisi, Lausanne (maternité)	62	Caisse d'Epargne du Canton de Genève
Clinique La Prairie, Clarens/Montreux	63	Armin Mattli
Hôpital de la Providence, Vevey (maternité)	80	Fondation à but non lucratif
Clinique La Rosiaz, Pully	28	D ^r Christian Deslarzes
Clinique de La Source, Lausanne (maternité)	120	Fondation à but non lucratif
Clinique Valmont, Glion/Montreux	72	Jean-Pierre Magnin et Gesplan

* Chiffres communiqués par l'Association vaudoise des cliniques privées.

► CLINIQUES PRIVÉES

La prolifération de ces cliniques est un phénomène historique. «*La renommée du lac Léman attirait de nombreux étrangers, déjà au siècle passé. C'est ainsi que se sont développés l'hôtellerie, les écoles privées et les soins de qualité*», explique Michel Walther, directeur de la Clinique de La Source à Lausanne. Fondation de droit privé, cet établissement, dont le taux d'occupation avoisine 70%, a été créé en 1891. Ses bénéficiaires vont à l'école d'infirmières du même nom.

Nouveau venu

En raison de la conjoncture actuelle, le nouveau Centre médical de Vidy, à Lausanne, a renoncé à créer une clinique. Le projet initial prévoyait la constitution d'une trentaine de lits, destinés à des séjours de courte durée. Edouard Argi, lui, a une vision différente de la situation. Les plans de construction de la future Clinique du Grey, à la Blécherette, sont sous toit. Le financement et l'obtention du droit de superficie avec la Ville de Lausanne sont encore en négociation. Si tout va bien, le nouvel établissement, équipé d'une centaine de lits, d'un hôpital de jour et d'un bloc opératoire ultramoderne, verra le jour début 1995. Edouard Argi, diplômé de HEC Lausanne, est confiant. «*Il y a de la place pour un établissement de conception nouvelle*», dit ce financier de 32 ans qui dirige la société lausannoise Unitrac, spécialisée dans les affaires textiles et les opérations financières.

Si Edouard Argi mène à chef son projet, la concurrence entre cliniques lausannoises sera «*dramatique*», dit-on en coulisse. Pour



Christian Deslarzes, médecin.



Jean-Paul Diserens, de l'Assura.

son projet, le jeune promoteur est conseillé par Elsie Steiner, qui dirigeait la Clinique de Montchoisi avant de prendre sa retraite au début de l'année. Jeanne-Louise Bieler lui a succédé. Une lourde charge pour l'ancienne directrice de l'Office du tourisme de Genève.

L'Etat de Vaud innove. Pour réduire de façon drastique les dépenses de la santé, il veut introduire les régies de marché. Une tâche ardue dans un système où règnent les cartels. «*L'environnement sanitaire doit redevenir concurrentiel*», affirme le conseiller d'Etat Philippe Pidoux, chef du Département de la santé publique. Il a commencé à mettre en place des mécanismes de type marchand. Ainsi dans le domaine de la chirurgie cardiaque. Face à une liste d'attente de quatre mois pour une opération au CHUV, le Département de la santé s'est adressé aux cliniques privées de la région et à deux hôpitaux d'intérêt public: «*Qu'avez-vous à offrir? A quel prix?*» La sélection des établissements qui réaliseront ces opérations cardiaques, en collaboration avec le CHUV, se fera en fonction du coût et de la qualité. Une démarche sans précédent. Fixés dans des conventions entre les médecins, les caisses maladie et l'Etat, les prix n'ont jamais été déterminés par le marché.

«*Pour que les mécanismes concurrentiels puissent se développer, il faut rendre l'environnement plus transparent*», affirme en outre Charles Kleiber, chef du service des hospices. Il s'attache à développer l'information aussi bien des consommateurs que des producteurs de soins. «*Il suffit d'attirer l'attention sur les*

La Clinique de Montchoisi, traditionnellement renommée pour sa maternité, aurait, dit-on, fortement souffert de la pause estivale. «*Seule la disparition de certains établissements permettra de faire tourner le système en améliorant les taux d'occupation*», estime Jean-Paul Diserens, représentant des caisses romandes.

La concurrence effrénée que se livrent les établissements privés de la place a entraîné une prolifération des équipements de haute technologie, équipements destinés davantage à satisfaire le prestige de l'établissement que la santé des patients. «*Dès qu'une clinique achète un appareil, toutes les autres l'acquiescent aussi*», atteste Christian Deslarzes. Le Valaisan se bat de longue date pour que cessent les luttes intestines ternissant la profession. Il cite un exemple. L'OCDE préconise une RM (résonance magnétique) pour un mil-

En concurrence

dysfonctionnements internes d'un établissement pour modifier les comportements. Lorsque l'on fait remarquer qu'il existe des différences énormes dans le volume d'antibiotiques utilisé pour la même pathologie, dans les jours qui suivent la consommation de ces produits baisse», explique le responsable. La culture des soignants fonctionne sur des rituels. Il faut aujourd'hui changer ces habitudes, rendre visibles les responsabilités, les compétences et le pouvoir. Et éliminer «*les rentes de situation*». Les revues d'hospitalisation permettent de faire la chasse aux journées inopportunes. «*Comment se fait-il que, dans un hôpital de la région, la durée des accouchements soit en moyenne de deux jours plus élevée qu'ailleurs?*» s'interrogent les responsables du Département de la santé.

La réduction des séjours permet de diminuer le nombre de lits existants. Des fermetures d'établissements à venir? «*Si nous repartions de zéro, on ne construirait pas vingt-deux hôpitaux dans le canton. C'est évident. Ces établissements ont, aujourd'hui, une légitimité et je veux être l'auteur de leur collaboration*», répond Philippe Pidoux, qui s'attache à rationaliser le réseau. Et à mettre en œuvre une série de mesures contraignant les hôpitaux «*à la performance et à l'excellence*». Vaste programme.

lion d'habitants. D'ici à la fin de l'année, on en comptera neuf pour le seul canton de Vaud (550 000 habitants)! «*Il faut arrêter de faire de la surenchère*». Le praticien préconise la création d'un seul centre de haute technologie qui serait géré par l'ensemble des établissements.

Fabrique de malades

Aux investissements coûteux, qu'on amortit souvent en multipliant les examens inutiles, est venue s'ajouter l'augmentation incohérente du nombre de praticiens. Genève et Vaud détiennent la palme helvétique en la matière. Face au même gâteau à partager et à l'ignorance des patients, la tentation est grande de «*fabriquer des malades*», reconnaît un praticien. La Société vaudoise de médecine en est consciente. Elle a décidé de mettre de l'ordre dans la profession. Elle s'est dotée de nouveaux statuts permettant une surveillance plus étroite des investigations abusives, des recontrôles outranciers, des prestations exagérées.

«*Parmi les 1600 confrères installés à titre indépendant dans le canton, il y a un certain nombre de médecins dont la pratique est critiquable, souvent de façon répétée*», ►

► CLINIQUES PRIVÉES

lit-on dans le «*Courrier du Médecin vaudois*», l'organe de l'association. De concert avec les caisses maladie, la SVM a planché sur une centaine de dossiers litigieux. Résultats: 39 médecins ont reçu un avertissement. Au chapitre des records figurent un chirurgien vaudois dont les prix sont près de cinq fois plus élevés que la moyenne de ses confrères et un cardiologue qui est près de trois fois plus cher. Le champion toutes catégories est un généraliste qui a effectué 11 965 consultations en 1989 et 13 880 en 1990!

Enchères élevées

Mais le pain blanc a été mangé, estiment les assureurs. Les cliniques étaient-elles très rentables? «*Je crois que les bénéficiaires des cliniques vaudoises et genevoises étaient substantiels*», répond Robert Bertschi. A Vevey, l'Hôpital de la Providence qu'il dirige est une fondation privée à vocation sociale. En mains des deux paroisses catholiques de la commune, l'établissement, contraint par les statuts à accepter tous les patients, héberge 65% de clients en classe générale et 35% en privé. «*Le bénéfice que nous réalisons sur le privé et le mi-privé couvre la perte que nous enregistrons en classe commune*», précise le responsable. L'hôpital, qui ne perçoit pas de deniers publics, tourne avec un taux d'occupation de 80%.

Les spécialistes considèrent que la rentabilité d'une clinique est bonne lorsque le

Depuis plus d'une année, les accords entre les différentes caisses maladie, les cliniques privées et les médecins se suivent. Voici quelques repères.

Juillet 1991: Les caisses maladie centralisées, celles dont le siège se trouve en Suisse alémanique (Concordia, CPT, Chrétienne-Sociale, Evidenzia, Grütli, Helvetia, etc.) décident de ne rembourser qu'à 75% les frais d'hospitalisation et les honoraires médicaux de leurs assurés en semi-privé.

Décembre 1991: Les caisses romandes (Intras, Assura, Avenir, Futura, Fama/Supra...) signent avec la Clinique de Genolier une convention fixant un forfait hospitalier pour les accouchements.

Mai 1992: Les caisses romandes signent une convention avec la Clinique de Genolier et l'hôpital genevois de la Tour fixant une tarification forfaitaire pour la chirurgie cardiaque (le forfait inclut jusqu'aux honoraires des chirurgiens).

Mai 1992: Les caisses romandes et les médecins vaudois travaillant en clinique privée signent un gentleman's agree-

ment. Ces derniers s'engagent à ne plus indexer le tarif d'usage fixant la fourchette de leurs honoraires; à prendre des mesures pour réduire au moins d'un jour la durée moyenne des hospitalisations; à fournir une statistique des opérations chirurgicales; les gynécologues acceptent de limiter le séjour en clinique à six jours pour un accouchement sans complications et à huit pour une césarienne.

Août 1992: Protocole d'accord tarifaire entre l'Association vaudoise des cliniques privées et les caisses «alémaniques». Celles-ci renoncent à leurs mesures restrictives (paiement à 75% des factures) et reprennent le remboursement intégral des factures des patients assurés en privé et semi-privé. En contrepartie, les cliniques font des concessions sur les tarifs.

En cours: La Fédération vaudoise des caisses maladie (ralliant romandes et alémaniques) planche sur un projet de convention qui sera soumis à l'Association vaudoise des cliniques privées avant la fin de l'année.

Dans la cité du bout du lac, toutes les cliniques ne tournent pas à plein rendement. Mais elles semblent moins affectées que leurs consœurs vaudoises, dont plusieurs ont changé de mains ces dernières années à des prix «*extraordinairement élevés*». En outre, l'arrivée en force sur le marché de

réalisation d'un nouveau bloc opératoire, d'une unité de soins intensifs, d'une salle de réveil et d'un parking. L'opération serait suicidaire si l'établissement, qui fait état d'une baisse d'activité de l'ordre de 10% depuis le début de l'année, ne bénéficiait pas du soutien de l'UBS, disent des spécialistes de la place. Le groupe Hirslanden se porte plutôt bien; il a réalisé dans ses cinq cliniques de Zurich (2), d'Aarau, de Saint-Gall et de Lausanne un chiffre d'affaires de 224,3 millions et un bénéfice net de 10,9 millions.

La situation géographique joue un rôle important dans la situation financière des cliniques. Jean-Claude Salamin, administrateur-délégué de la Clinique de Genolier depuis plus de cinq ans et ancien responsable de Cecil, a su en tirer parti.

«*Le bassin de population drainé de Versoix à Morges dépasse 150 000 habitants, alors que les six grandes cliniques lausannoises se partagent 250 000 habitants.*» Il est parvenu, semble-t-il, à remettre Genolier sur rails. Après une réorganisation totale de l'activité (le cardiaque, spécialité de la clinique, ne représente plus que 14%) et de la clientèle



La concurrence a entraîné une prolifération d'équipements.



Michel Walther, La Source.

taux d'occupation dépasse 70%. On peut donc se demander si des établissements se trouvent en mauvaise santé financière. «*La bonne santé d'une clinique dépend étroitement du montant de ses dettes. Les plus mal loties sont celles qui ont réalisé de gros investissements durant ces dernières années*», souligne un praticien genevois.

grands groupes américains (AMI et Pesch) qui se sont ensuite retirés a fait monter les enchères. Le marasme actuel ne freine pourtant pas les investissements. Ainsi, l'on se demande comment la Clinique Cecil, rachetée il y a deux ans par le groupe Hirslanden (en mains de l'UBS), peut engager un montant de près de 20 millions de francs dans la

(95% suisse contre 10% auparavant), Genolier enregistre un taux d'occupation de 82%, selon son dirigeant.

Valmont a, semble-t-il, été moins heureuse dans l'évaluation du marché. La clinique de cure, récemment rachetée par des Genevois (Jean-Pierre Magnin et le groupe Gesplan), s'est orientée vers le médical et la chirurgie. En oubliant peut-être que la clientèle et les médecins concernés par ce type de pathologies étaient difficiles à attirer à Gliion sur Montreux. La clinique, qui a rouvert récemment ses portes après avoir effectué des travaux pour plus de 10 millions de francs, est encore dans les chiffres rouges.

Conflits internes

Les difficultés conjoncturelles se conjuguent parfois avec des divergences internes. Les problèmes rencontrés par la Clinique Bois-Cerf, à Lausanne, vendue par une congrégation catholique à la Suisse Assurances et à la SBS, seraient dus à un désaccord stratégique entre les deux actionnaires principaux. Depuis le départ du directeur, aucun successeur n'a été désigné.

«Nous sommes tous d'accord sur la nécessité de réduire nos coûts afin que les caisses maladie puissent diminuer leurs tarifs», affirme Michel Walther. Un projet de convention est en préparation, sous la bannière de la Fédération vaudoise des caisses maladie. Il sera présenté d'ici à la fin de l'année aux cliniques vaudoises. Côté genevois, les caisses romandes souhaitent aller au-delà de la convention existant entre la Fédération genevoise et les cliniques du canton. Elles vont tenter de décrocher un accord avec les médecins travaillant en cliniques privées pour qu'ils modèrent leurs tarifs.

Une chose est sûre. Les caisses maladie ne s'en laisseront plus conter. *«Si nous estimons qu'un établissement est trop cher, nous pouvons le boycotter. Nos statuts nous autorisent à dire à nos assurés qu'ils ne seront pas remboursés s'ils vont dans cet établissement»,* prévient Jean-Paul Diserens. Les assureurs peuvent aussi inciter leurs membres à fréquenter les cliniques les plus raisonnables. Comme ces caisses qui recommandent désormais à leurs futures accouchées d'aller à la Clinique de Genolier. En prime, l'Assura — et bientôt la Caisse Vaudoise — verse 500 francs au nouveau-né. Un joli coup de pub pour la-clinique, dont la maternité est assez récente. *«Je fais des efforts, on me renvoie l'ascenseur»,* commente Jean-Claude Salamin, connu pour son sens des affaires. Ce franc-tireur ajoute: *«Si les assurances complémentaires disparaissent, ma clinique disparaît aussi.»* ☐

Widersprüchliche Ziele der KVG-Revision

Von Dr. med. Werner Hegetschweiler, Langnau am Albis

In diesen Tagen wird die Revision des *Krankenversicherungsgesetzes* im *Ständerat* behandelt. Die Zielvorgaben des Bundesrates waren: Verstärkung der Solidarität, Schliessen von Versicherungslücken und Kosteneindämmung. Das Studium der bundesrätlichen Vorlage zeigt, dass diese Ziele nicht gleichzeitig erreichbar sind, weil sie sich widersprechen.

Es versteht sich von selbst, dass das *Schliessen von Lücken* mit dem Wegfall der Vorbehalte in der Krankenpflegeversicherung und mit der Ausweitung des Leistungskatalogs eine *Kostensteigerung* bringt. Ebenso klar ist, dass der unnötige Ausbau der «Solidarität» die Prämien erhöht. Diesen vorauszusehenden massiven Mehrkosten steht der schüchterne Versuch zur Kosteneindämmung, vor allem im administrativen Bereich, gegenüber.

Mit Notmassnahmen zur Staatsmedizin?

Es ist zwar unerwünscht, aber konsequent, dass sich der *Bundesrat* die Möglichkeit wahr, eine allfällige, aber zu erwartende Kostensteigerung mit *ausserordentlichen Notmassnahmen* zu bekämpfen. Es handelt sich dabei um die sogenannte *Globalbudgetierung* im ambulanten Bereich, um Bedürfnisnachweis und Zulassungsbeschränkungen für Leistungserbringer, z. B. für Ärzte. Die Globalbudgetierung bedeutet, dass jährlich ein bestimmter Pauschalbetrag festgelegt wird, der unter die Leistungserbringer – nach welchen Kriterien eigentlich? – zu verteilen ist. Beides, Globalbudgetierung im ambulanten Bereich und Zulassungsbeschränkung für Ärzte, bedeutet Dirigismus, Interventionismus und staatliche Planwirtschaft. Eine solche Staatsmedizin bringt einen schwerwiegenden Qualitätsverlust für den Patienten mit Übergang zu einer Zweiklassenmedizin, in welcher der Begüterte weiterhin Zugang zur modernen Spitzenmedizin hat, der weniger Begüterte sich aber mit dem Angebot einer unpersönlichen Funktionsärzmedizin von Staats Gnaden zufriedengeben muss. Wer will das?

Pflichtleistungskatalog beschränken

Wer – im Gegensatz zur bundesrätlichen Vorlage – die Kostenfolgen in den Vordergrund stellt, und das ist, so meine ich, die grosse Mehrheit der Steuer- und Prämienzahler, der fragt sich, warum man nicht den Mut hat, die *Leistungspflicht der sozialen Krankenversicherung* auf ein Grundangebot zu beschränken und die Solidarität auf das natürliche und allseits akzeptierte Mass zurückzuführen. Dazu einige Gedanken.

Im *Pflichtleistungskatalog* der sozialen Krankenversicherung sind unter anderem die ärztlich angeordneten Massnahmen der *medizinischen Prävention* aufgeführt. Prävention umfasst nicht nur Impfungen und Beratung über gesunde Lebensweise bezüglich Ernährung, Abstinenz, legaler und illegaler Suchtmittel usw. Medizinische Prävention bedeutet auch, dass bei Verdacht oder auch nur bei Möglichkeit auf Vorliegen einer Krankheit die Frühdiagnose gesucht wird, um ein eventuell erfolgreiches therapeutisches Eingreifen zu ermöglichen. Dieses Vorgehen ist in der Hand des Arztes im Einzelfall durchaus sinnvoll. Als generelles Angebot wird dies unausweichlich zu

einem Recht auf Prävention und damit zu unübersehbaren Kostenfolgen führen. Dem Missbrauch sind damit Tür und Tor geöffnet. Ähnliches ist zu sagen zu den Beiträgen an Bädereuren, zu unbeschränkten Kontrolluntersuchungen während und nach der Schwangerschaft, zu den Rehabilitationsmassnahmen, die schwer einzugrenzen sind, usw.

Eine soziale, solidarisch getragene Krankenversicherung müsste sich meiner Ansicht nach beschränken auf *Leistungen, die der Einzelne nicht selber tragen kann*: langdauernde Pflege, Spitalaufenthalt, besonders aufwendige Abklärung oder Behandlung. Es stünde jedermann frei, weitergehende Leistungen durch eine selbsttragende, subventionsfreie *Zusatzversicherung* zu decken. Wir können es uns einfach nicht mehr leisten, jeden Schnupfen, jeden Durchfall – womöglich nach einem teuren Ferienaufenthalt im Ausland –, physikalische Therapie bei jeder Muskelverspannung, Bädereuren und Erholungsaufenthalte als verbilligte Ferien und psychologische Hilfen in jeder Lebenssituation mit der sozialen Krankenversicherung zu finanzieren. Die Solidarität dafür besteht nicht.

Strapazierte Solidarität

Die *Solidarität* ist auch heute durchaus vorhanden, wenn jemand ernsthaft in Not gerät. Sie spielt *zwischen Gesunden und Kranken*. Das ist die echte und eigentliche Solidarität in der sozialen Krankenversicherung. Nicht in die soziale Krankenversicherung gehört die Solidarität zwischen *Reich* und *Arm*. Sie wird durch die Steuerprogression erreicht. Das ist in der Revisionsvorlage der Krankenversicherung insofern berücksichtigt, als die Staatsbeiträge – und das sind ja Steuergelder – für die Prämienverbilligung wirtschaftlich Schwächerer verwendet werden. Die Solidarität zwischen *Jung* und *Alt* – Einheitsprämien trotz unterschiedlichem Risiko – ist aus zwei Gründen falsch: erstens, weil jeder Alte einmal jung war, und zweitens, weil nicht jeder alte Mensch bedürftig ist. Ebenso fragwürdig, aber politisch wohl unvermeidlich ist die Solidarität zwischen *Mann* und *Frau*. Hier wird fälschlicherweise unter den Titeln «gleiche Rechte für Mann und Frau» und «Chancengleichheit» das unterschiedliche, geschlechtsgebundene Krankheitsrisiko durch gleiche Prämien ausgeglichen.

Die günstigeren *Kollektivversicherungen* zu verbieten, weil sie unsolidarisch seien, ist falsch. Im Gegenteil, hier spielt ja gerade die Solidarität im betreffenden Kollektiv. Man müsste nur die Weiterführung der Versicherung im Ruhestand zur Pflicht machen. Auch das *Versicherungsobligatorium* ist fragwürdig, besonders wenn man denjenigen, der die Eigenverantwortung für seine Gesundheitskosten wahrnimmt, als unsolidarisch verunglimpft. Zu begrüssen ist die neu eingeführte Solidarität unter den *Krankenkassen* durch einen als «gemeinsame Einrichtung» bezeichneten Ausgleichsfonds, der für Versicherer mit einem hohen Anteil an alten Leuten, die ein grösseres Erkrankungsrisiko bedeuten, Ausgleichszahlungen vorsieht. Damit könnte auch der unwürdige Werbekampf der Krankenkassen um junge Leute gestoppt werden.

Kosteneindämmung

Es sei nicht verschwiegen, dass die Revisionsvorlage der Krankenversicherung viele *positive Punkte* enthält. Meine kritischen Bemerkungen betreffen die voraussehbare Kostensteigerung, welche durch Ausdehnung der Leistungspflicht und Überstrapazierung des Begriffes Solidarität verursacht wird und darüber hinaus dirigistische Eingriffe zur Folge haben wird, die zur Staatsmedizin führen können. Das ist meine Sorge. Es ist zu hoffen, dass in der parlamentarischen Beratung, in Anbetracht der bedenklichen Finanzlage, noch Korrekturen im Sinne der *Kosteneindämmung* Eingang finden.

ORGAN DES KONKORDATES DER SCHWEIZERISCHEN KRANKENKASSEN

Revision der Krankenversicherung

Die Hoffnung wächst

Der Ständerat hat in der Dezembersession die Hoffnung weiter genährt, dass die Revision der Krankenversicherung nach zahlreichen vergeblichen Anläufen endlich gelingen wird. Angesichts der grossen Probleme, vor die sich die Krankenkassen heute gestellt sehen, ist diese Gesetzesrevision, die erste seit bald dreissig Jahren, überfällig.

Zügige Beratung

Die Arbeit des Ständerates hat sich durch drei Merkmale ausgezeichnet:

- Erstens wurde die Vorlage rasch und zügig behandelt. Nur ein Jahr nach der Veröffentlichung der bundesrätlichen Botschaft lag sie dem Plenum behandlungsreif vor, um nach zwei Tagen Beratungsdauer einstimmig bei nur einer Enthaltung verabschiedet zu werden. Diese Leistung verdient um so mehr Anerkennung, als sich Kommission und Rat in der Zwischenzeit noch mit den dringlichen Bundesbeschlüssen gegen die Kostensteigerung in der Krankenversicherung zu befassen hatten.
- Zweitens stimmte der Ständerat in den wesentlichen Punkten der bundesrätlichen Vorlage zu. Das Obligatorium in der Grundversicherung, die volle Freizügigkeit beim Kassenwechsel, die Einheitsprämie pro Kasse, der Einbezug der Privatassekuranz, die Durchführung der Zusatzversicherungen nach Privatversicherungsrecht, die Einführung eines verbindlichen und abschliessenden Leistungskatalogs sowie der gezielte Einsatz von Bundes- und Kantonssubventionen für einkommensschwache Versicherte wurden mit überwältigenden Mehrheiten oder sogar oppositionslos gutgeheissen.
- Drittens ist das Ratsplenum den Anträgen seiner vorberatenden Kommission fast durchwegs gefolgt. Die einzig wesentliche Abweichung entstand bei der Frage des Selbstbehalts. Hier ging dem Ratsplenum der Antrag seiner Kommission zu weit, den neu auch für Spitalpa-

tienten geltenden Selbstbehalt auf 15 Prozent zu erhöhen. Eine deutliche Mehrheit stimmte dem bundesrätlichen Vorschlag von 10 Prozent zu.

Noch zahlreiche Hindernisse

Obwohl der Ständerat den Gesetzesentwurf in der Schlussabstimmung einstimmig zuhanden des Zweitrates verabschiedet hat, sind noch längst nicht alle Stolpersteine aus dem Weg geräumt. (Der Thurgauer Ständerat Thomas Onken sprach gar von einem »Minenfeld«, das vor uns liege.) Es ist anzunehmen, dass die Hindernisse im Nationalrat und vor allem vor einer allfälligen Volksabstimmung wieder deutlich sichtbar werden.

Dabei ist es kaum das in der Expertenkommission umstrittene Obligatorium der Pflegeversicherung, das die Vorlage am meisten gefährden könnte. Denn dieser von einzelnen Interessenverbänden hochgespielte Punkt dürfte weder bei den Beratungen im Nationalrat noch in einer allfälligen Volksabstimmung eine entscheidende Rolle spielen.

Prämienanstieg

Viel entscheidender wird sein, wie es gelingt, den Versicherten den Anstieg des Prämienniveaus in der Grundversicherung, der durch den Wegfall der Subventionen an die Krankenkassen und den Ausbau des Leistungskatalogs bedingt ist, schmackhaft zu machen. Ein Mittel dazu ist eine deutlich spürbare Prämienverbilligung für wirtschaftlich schwache Kreise, was nur durch die vorgesehene Aufstockung der Bundes- und Kantonssubventionen auf insgesamt 3 Milliarden Franken möglich ist. Ein anderes Mittel ist das Aufzeigen klarer Perspektiven im Bereich der Kostendämpfung. Es liegt am Nationalrat, dafür zu sorgen, dass hier noch etwas mehr Fleisch an den Knochen kommt.

Das Problem der Zusatzversicherungen

Eine weitere Gefahr könnte der Vorlage aus der Tatsache erwachsen, dass die Zusatz-

versicherungen dem Privatversicherungsrecht unterstellt werden sollen. Das hat zur Folge, dass in diesem Versicherungszweig risikogerechte Prämien Einzug halten werden. Für viele ältere Versicherte dürften damit vor allem die Spitalzusatzversicherungen unerschwinglich werden. Dieser Nachteil wird allerdings dadurch ausgeglichen, dass die Grundversicherung geprägt ist durch eine sehr starke Solidarität zwischen jung und alt, und dass sie ein gegenüber heute stark erweitertes Leistungsangebot enthält.

Die Zeit drängt

Es bleibt zu hoffen, dass auch der Nationalrat den Weg zwischen den Stolpersteinen rasch und ohne umzufallen findet. Der Zeitfaktor wird dabei immer wichtiger, denn die Probleme in der Krankenversicherung (vor allem die weitere Entsolidarisierung und die rasche Kostensteigerung) verschärfen sich zusehends. Mit den Mitteln des Notrechts, das zeigt sich immer deutlicher, ist ihnen nicht beizukommen. Es besteht im Gegenteil die Gefahr, dass die daraus resultierenden Nebenwirkungen dem Patienten Krankenversicherung weiteren Schaden zufügen.

Tragfähiger Kompromiss

Die vom Ständerat verabschiedete Revisionsvorlage bildet beileibe keine Ideallösung für die Krankenversicherung, und sie weicht auch in vielen Punkten von den Vorstellungen der Krankenkassen ab. Sie bildet jedoch einen tragfähigen Kompromiss, der in einzelnen Punkten noch zu verbessern ist, dessen Vorteile die Nachteile aber deutlich überwiegen. Das scheint offensichtlich auch die Meinung der vorberatenden Kommission des Nationalrats zu sein, die an ihrer ersten Sitzung einen Antrag, die Vorlage an den Bundesrat zurückzuweisen, mit 16 gegen 3 Stimmen abgelehnt hat und damit auf das Konzept von Bundesrat und Ständerat eingeschwenkt ist. Die Hoffnung auf ein Gelingen der Revision hat sich somit weiter verstärkt.

W. Frei

NZZ, 18.1.93

Wenn Versicherte zu kritischen Konsumenten werden

Absetzbewegung von grossen zu billigen Krankenkassen

Die erneuten und bisweilen happigen Prämienaufschläge bringen einen rauheren Wind ins eher starre Krankenkassengefüge und veranlassen die Versicherten zu preisbewussterem Verhalten. Die einen können sich bisherige Zusatzversicherungen nicht mehr leisten, andere wechseln zur billigeren Konkurrenz. Doch auch dort werden sie künftig mit weiteren Aufschlägen rechnen müssen.

rom. Bern, 15. Januar

Dass ein Versicherungswechsel trotz der notorischen Treue der Schweizer zu ihrer angestammten Krankenkasse ein Thema geworden ist, spüren dieser Tage das *Konsumentinnenforum (KF)* und die *Schweizerische Patienten-Organisation (SPO)* in Zürich: Zu Tausenden werden Merkblätter und Checklisten für einen Kassenwechsel verschickt. Auch beim *Bundesamt für Sozialversicherung (BSV)* ist die Post dicker als gewöhnlich. Viele Versicherte können einfach nicht glauben, dass bei Prämienaufschlägen von 30, 50 oder in Einzelfällen gar 100 Prozent alles mit rechten Dingen zugeht, notabene, nachdem das Parlament zu Sofortmassnahmen gegen die Kostensteigerung gegriffen hat.

Im *Merkblatt* von KF und SPO werden die auf Anheb kaum plausiblen kurzfristigen Konsequenzen politischen Handelns wie folgt umschrieben: «Steigende Prämien, sinkende Versicherungsleistungen sind vorab Folge der befristeten Massnahmen gegen die Kostensteigerung in der Krankenversicherung.» Besonders betroffen von überdurchschnittlichen Prämienhöhungen sind Versicherte in bisher eher günstigen Kassen mit «guten Risiken» (viele junge Versicherte, wenig Frauen), Versicherte in ländlichen Gebieten, Versicherte in Kollektivversicherungen sowie versicherte Männer in allen Kantonen, in denen die Prämienungleichheit zwischen Mann und Frau noch nicht eingeführt ist.

Prämienvergleich im Trend

Wer seiner bisherigen Kasse noch die Treue hält, verzichtet vielleicht auf gewisse Zusatzversicherungen, um Prämien zu sparen. Im Trend scheint aber vor allem der Prämienvergleich, der von KF und SPO mittels einer Checkliste zur Auswahl einer möglichst preiswerten Krankenversicherung erleichtert wird. Tausende haben bereits ein billigeres Angebot geprüft und für gut befunden. Dabei handelt es sich vorwiegend um *jüngere Familien*. KF und SPO warnen, dass bei höherem Alter, bei Krankheit und früheren schweren Erkrankungen (Vorbehalte) der Kassenwechsel problematisch ist.

Die Absetzbewegung geht von den traditionellen grossen Kassen hin zu den nicht nur historisch, sondern auch bezüglich Mitgliederstruktur jüngeren «Billigkassen». Bei den «Verlierern» werden die Abgänge zwar nicht an die grosse Glocke gehängt, doch schätzte *Helvetia*-Direktionspräsident *Felix Egloff* gegenüber der Schweizerischen Depeschagentur die *Austritte* seit Jahresbeginn immerhin auf 3000 – bei 1,5 Millionen Versicherten noch kein Drama. Der Sprecher der zweitgrössten Kasse, der *Christlich-Sozialen der Schweiz (CSS)*, will nach dem Verlust von 15 000 Mitgliedern im Vorjahr keine neue spektakuläre Kündigungswelle festgestellt haben. Bei

der *Grütli* werden die Abgänge zum Teil mit neuen Kollektivabschlüssen relativiert.

Fest steht aber, dass die in den fünfziger Jahren von den Berner Baumeistern gegründete «*Artisana*»-Versicherung, von den Konkurrenten als Discounter verschrien, zurzeit täglich zwischen 500 bis 750 Neueintritte vermelden kann. Nach Auskunft des Stellvertretenden Direktors Erhard Burri nahm die Zahl der *Artisana*-Versicherten allein im letzten Jahr um 100 000 auf nun rund 300 000 zu. Im November waren 15 000, im Dezember 13 000 Neueintritte zu verzeichnen.

Ein 45jähriger Familienvater aus Berg mochte beispielsweise den neuen Versicherungsausweis gar nicht erst abwarten. Noch bevor ihm die Krankenkasse KKB die neuen Prämien bekanntgegeben hatte – dies geschieht ab Mitte Januar –, bereitete er einen Wechsel zur günstigeren *Artisana* vor. Im vergangenen Jahr bezahlte er für sich, seine Frau und seine beiden Kinder insgesamt Fr. 6666.40 an die Krankenkasse. Hinzu käme für das laufende Jahr ein Prämienaufschlag zwischen 20 und 30 Prozent. Die gleiche Versicherung – Eltern halbprivat, Kinder privat versichert – kostet ihn nun bei der *Artisana*, Prämienaufschlag von 23 Prozent bereits eingerechnet, Fr. 5276.40.

Unvollkommener Risikoausgleich

Die zum Teil grossen Prämienunterschieden zwischen den Kassen sind nicht nur den Versicherten, sondern auch dem *Konkordat der schweizerischen Krankenkassen (KSK)* ein Dorn im Auge. Pauschal werden die billigeren Prämien auf die günstigeren Risiken der entsprechenden Kassen – jüngere, gesunde Versicherte – zurückgeführt. Auf Grund der gesetzlichen Sofortmassnahmen müssen neuerdings Billigkassen dafür einen Beitrag zum Risikoausgleich an Kassen mit überalterter Mitgliederstruktur leisten. Nach Auskunft von Konkordatspräsident *Ueli Müller* wird dieser Risikoausgleich allerdings erst ab 1994 greifen, weil die Abgaben der Billigkassen auf Grund der Zahlen aus dem Jahr 1991 berechnet worden waren. Der grosse Mitgliederzuwachs bei der *Artisana* beispielsweise erfolgte jedoch erst 1992.

Auf Grund dieser Entwicklung hat das Konkordat beim BSV eine *Nachkalkulation* auf Grund der letztjährigen Zahlen und eine entsprechende Änderung der Verordnung beantragt, was *Artisana*-Sprecher Burri als Verstoß gegen Treu und Glauben qualifiziert. Laut BSV-Vizedirektor *Markus Moser* wird das Gesuch des Konkordats zurzeit geprüft, doch verhehlt er nicht gewisse juristische Bedenken angesichts einer Änderung der Verordnung, die immerhin als Grundlage für die Prämienberechnung 1993 diene. Eher wäre eine *Revision* im Hinblick auf die Prämienberechnung 1994 denkbar, indem die Tür für eine *Nachkalkulation*, dannzumal auf Grund der Zahlen aus dem laufenden Jahr, geöffnet würde.

Längerfristiger Konkurrenzvorsprung?

Nach Meinung von Konkordatspräsident Müller sollten die grössten Prämienunterschiede ab 1994 geglättet werden, «sonst ist der Risikoausgleich gescheitert, und ich verstehe die Welt nicht mehr». Auch BSV-Vizedirektor Moser glaubt an eine *Annäherung der Prämien*, denn die heutigen gewaltigen Unterschiede seien zum allergrössten Teil auf die Altersstruktur und nur in geringerem Masse auf eine bessere Kostenkontrolle zurückzuführen. Letztere könne aber durchaus zum Wettbewerbsvorteil werden.

Mit diesem Konkurrenzvorsprung rechnet Artisansa-Sprecher Burri auch längerfristig. Obwohl die Altersstruktur der Artisansa-Mitglieder mit durchschnittlich 33/34 Jahren etwa vier Jahre unter dem gesamtschweizerischen Mittel liegt, räumt er dieser Tatsache nur etwa einen hälftigen Anteil am Prämienvorsprung ein. Ebenso entscheidend sei die rigorose, EDV-gestützte *Leistungskontrolle*, die bis zur Korrektur überhöhter Spital- und Arztrechnungen führen kann. Den Risikoausgleich disqualifiziert er hingegen als strukturerhaltende Massnahme für die betriebswirtschaftlich ungenügende Konkurrenz.

Diese wiederum wirft der Artisansa eine *positive Risikoanalyse* und die *Abwerbung* vorwiegend junger, vor allem aber gesunder Versicherter und damit eine Förderung der Entsolidarisierung vor. Burri kontert mit grundsätzlichen Vorbehalten gegenüber der Strapazierung der Solidarität zwischen Jung und Alt, stünden doch gerade junge Familien unter dem grössten wirtschaftlichen Druck. Andere Kassen lockten, etwa mit viel zu günstigen *Kollektivversicherungen*, ebenfalls gute Risiken an. Das Alter der Neueintritte liege überdies nur noch geringfügig unter dem Durchschnitt, und es würden zunehmend Dreigenerationenverträge abgeschlossen, wobei «normale altersbedingte Krankheiten» kein Aufnahmehindernis darstellten. Die Artisansa rechnet zurzeit die früheren Versicherungsjahre an und wird die 1992 lancierte Aktion voraussichtlich auch 1994 weiterführen. Die *Ablehnungsquote* (oder Aufnahme unter Vorbehalt) auf Grund der Gesundheitsklärung beträgt zwei Prozent. Durch dieses Netz ist offenbar auch ein engagierter Gesund-

heitspolitiker gefallen, der die Versicherung «testen» wollte.

Immerhin ist festzustellen, dass der Krankenkassen-Discounter bei den Konsumenten selber, und als solche verhalten sich die Versicherten zunehmend, wesentlich besser wegkommt als bei der Konkurrenz. Eine bei der Patienten-Organisation seit zweieinhalb Jahren tätige Beraterin hatte beispielsweise noch keine einzige Klage der Artisansa wegen und empfiehlt jeweils auch älteren Leuten, einen Kostenvergleich einzuholen. Die «Billigkasse» wird jedenfalls auch in den nächsten Jahren die Kreise der Grossen stören: Das erklärte Ziel der Artisansa ist ein Marktanteil von zehn Prozent Ende Jahrzehnt, also rund 700 000 Mitglieder. Dies sei eine ökonomisch sinnvolle Grösse, um die Stärken voll auszuspielen.

Nie mehr billigere Prämien

Zur Entschärfung des Prämienproblems setzt man beim Konkordat kurzfristig auf den Risikoausgleich, mittelfristig auf die *Revision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG)*, wobei diese nach Meinung von Konkordatspräsident Müller vorerst einen *weiteren Prämien Schub* in der Grössenordnung von 25 Prozent auslösen wird. Immerhin kämen dann aber ein Drittel bis 40 Prozent der Bevölkerung in den Genuss *staatlicher Prämienzuschüsse* oder vollumfänglicher Rückerstattungen. Die übrigen 60 Prozent müssten sich aber darauf einstellen, künftig einen *wesentlich grösseren Teil des Einkommens* für die Gesundheitskosten aufzuwenden. Zum einen der anhaltenden Überalterung wegen, zum andern weil der zwar erwünschte, aber kostspielige medizinische Fortschritt eher am Anfang denn am Ende steht.



COÛTS DE LA SANTÉ

Vous reprendrez bien une petite radiographie

Salaires exorbitants, tarifs fixés, soins complaisants, factures gonflées, caisses laxistes et patients métamorphosés en consommateurs: depuis vingt ans, médecins, assurances et assurés ont usé et abusé du système de santé. Autopsie d'un gaspillage organisé.

Elisabeth Eckert

Entendu récemment dans un bistrot genevois: «*Tu veux faire quoi, comme spécialité? — Oh! Moi, je crois que je vais choisir radiologie. Ça paie d'enfer.*»

Les médecins suisses viennent pourtant de recevoir un terrible coup de semonce de la Commission fédérale des cartels: «*Trop cher. Vous coûtez trop cher.*» Mais qu'importe: en 1993, les étudiants en médecine marchendent encore comme au bon vieux temps.

En 1992, la santé a coûté plus de 25 milliards de francs à la collectivité. Cinq milliards ont directement filé dans le portefeuille des médecins et, annuellement, il s'ouvre quelque 500 nouveaux cabinets aux quatre coins de l'Helvétie. Avec 29 docteurs pour 10 000 habitants, notre pays détient le pompon des pays de l'OCDE. «*Ce genre de raisonnement des étudiants en médecine est suicidaire. Notre profession est pratiquement condamnée à mort, si nous ne réagissons pas*», accuse le remuant Dr Christian Deslarzes, patron d'un groupe médical lausannois qui pèse 22 millions de chiffre d'affaires et emploie 150 personnes...

Oui, vraiment. La publication récente du rapport de la Commission des cartels sur le marché de la santé a sonné pour beaucoup comme une déclaration de guerre ou pire: le glas d'une ère dorée. Verdict net, tranchant: «*Au niveau des prix médicaux,*



Le Dr Christian Deslarzes

il n'y a pas de concurrence efficace», affirme le président Pierre Tercier. Et pour cause. Les tarifs ne sont pas, ne peuvent pas être le reflet des lois de l'offre et de la demande, puisqu'ils sont déterminés, sans la participation des patients d'ailleurs, entre les sociétés cantonales de médecine et les caisses maladie. Nul ne peut, en outre, exiger d'un praticien qui s'installe qu'il fasse la preuve du besoin. Bien au contraire. C'est lui qui va créer une demande accrue auprès des patients, contraint qu'il est, pour amortir son cabinet médical, de faire du chiffre d'affaires.

Pour Pierre Tercier, c'est tout le système qui est malade. Obligées légalement de rembourser indistinctement les quelque 10 000 praticiens libres de Suisse, les caisses maladie ne peuvent choisir ceux d'entre eux qui se déclareraient prêts à soigner à plus bas prix. Urte aberration que le rapport fédéral propose de corriger en permettant aux assurances de passer directement des contrats avec ces médecins économes, sans plus être soumises aux conventions tarifaires. En favorisant la libre concurrence, on pourrait dès lors épargner 15 à 20% des coûts médicaux actuels et dissuader par la même occasion l'arrivée sur le marché de jeunes praticiens (Genève et Lausanne, à elles seules, «fabriquent» annuellement 2000 nouveaux docteurs). Si une telle interdiction de contrat individuel est levée, «*je ferai tout pour que les grandes caisses, dont la mienne, ne travaillent plus avec les médecins de luxe*», affirme ce directeur général. «*On pourrait même se permettre de ne plus rembourser toute la technologie dont se dotent les médecins pour entretenir le prestige et surtout rentabiliser leur cabinet*», imagine Rudolf Gilli, président de la Concordia et vice-président du Concordat des caisses maladie.

Nous y voilà! La consultation en tant que telle (contact entre le médecin et son patient) ne paie pas. Seuls les actes techniques permettent de faire bouillir la



Montière Studio F

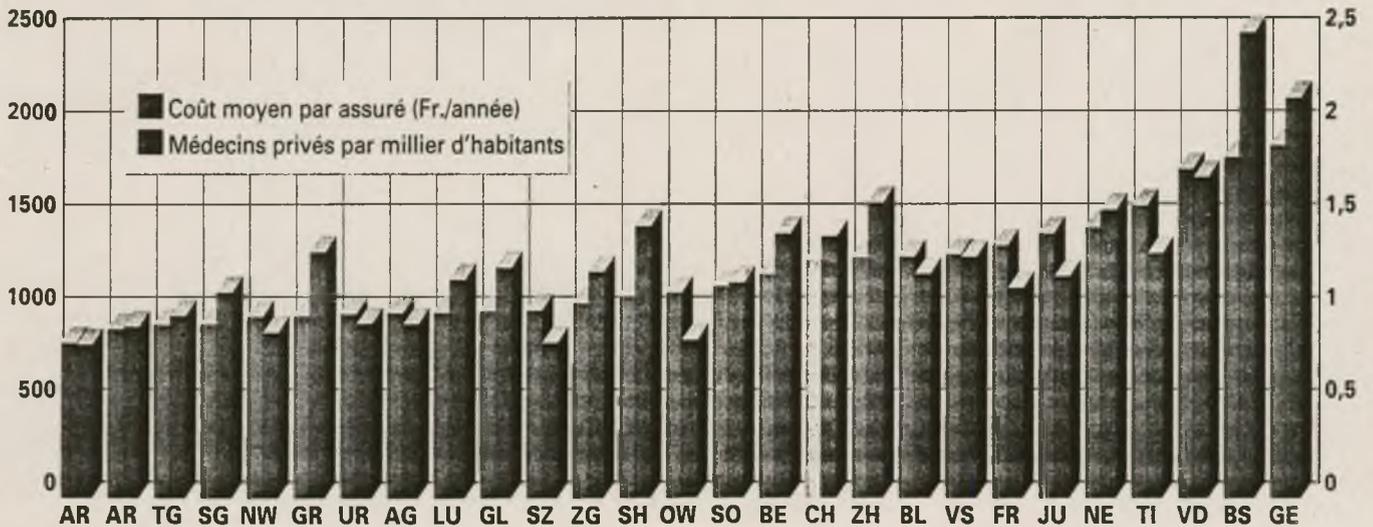
Marc Raetz a donné des cours de «gestion» à quelques étudiants en médecine. Sur le modèle suivant: «Si vous voulez amortir un cabinet qui vous coûtera au bas mot 140 000 francs par année en loyer, investissements techniques, nettoyage et charges sociales, vous devrez recevoir un minimum de sept patients par jour, fixer le prix global de la consultation à 94 francs, réaliser tant de pourcentage du chiffre d'affaires en analyses de laboratoire et attendre quatre ans et demi avant de toucher un kopeck.» Le scénario est évidemment proportionnel au luxe investi. Or, les patients faisant peu à peu défaut, c'est donc sur l'«annexe» qu'il faut se rattraper. Voire sur une facture à laquelle on donnerait un léger coup de pouce vers le haut.

Comment toucher le jackpot

«Des exemples d'abus? Nous en constatons tous les jours», affirme Rudolf Gilli, du Concordat des caisses maladie. Mais attention! Selon lui, ce sont moins les cas les plus patents, les plus scandaleux — tel ce gynécologue de l'Hôpital cantonal de Sion qui gonflait ses factures jusqu'à obtenir un salaire d'un million de francs par an — qui grevent véritablement les assurances. Mais bien plutôt tous ces petits «riens» qu'un médecin rajoute, ces petites analyses de complaisance ou ces radios superflues. Réalisé auprès du président de la Fédération genevoise des caisses maladie, ►

marmite. Ainsi, un Vaudois ou un Genevois touchera 24 francs le quart d'heure ou les 20 minutes; un Neuchâtelois, 25 francs la demi-heure. «L'acte intellectuel n'est absolument pas valorisé», dénonce Jean-Frédéric de Montmollin, généraliste à Cressier (NE) et président de l'Association neuchâteloise des médecins omnipraticiens. Résultat des courses: «Ce généraliste est condamné

à multiplier les petites analyses de laboratoire, les prises de pouls ou les radios qu'il réalisera dans son cabinet», explique Pierre Froidevaux, fondateur à Genève de SOS Médecins. Il n'y a plus de miracle. Ainsi, un jeune toubib est désormais obligé d'établir un véritable plan de rentabilisation de son cabinet, le plus cyniquement possible. Dans la cité de Calvin, le Dr Jean-



Edmond Kohler, petit florilège des entourloupes plus ou moins légales:

— Une patiente se rend en urgence dans une permanence, souffrant d'une infection urinaire. Traitement. Puis facture. En détaillant cette dernière, le mari de la malade, qui se trouve être chimiste, constate que les analyses réalisées n'ont strictement rien à voir avec la pathologie susmentionnée. Sur intervention de la caisse maladie, la permanence reconnaît immédiatement ses torts et passe l'éponge. — Pour l'ablation d'un kyste, une permanence (encore une) a facturé le recours à une assistante médicale. Vérification faite: cette dame en blouse blanche n'était absolument pas présente...

«Dans certains de ces cas, il s'agit ni plus, ni moins d'usure ou d'escroquerie, punissables par le Code pénal», dénonce Edmond Kohler. Mais comble de bonheur pour ces toubibs, «moutons noirs de la profession», l'affaire se règle généralement à l'amiable. Et les risques de se faire prendre, minimes. «Les factures que nous recevons ne se comptent pas; elles se pèsent. Nous manquons dès lors du personnel suffisant pour les contrôler une à une.» Certes. Mais — coïncidence! — il aura fallu que Berne impose à tous les partenaires de santé ses arrêtés fédéraux urgents (gel des tarifs médicaux et des frais généraux des caisses maladie) pour que ces dernières se réveillent d'une douce torpeur et redécouvrent leur rôle de gendarme... Ainsi, tous les honoraires d'un praticien sont désormais passés dans le crible statistique d'un ordinateur: présente-t-il une moyenne annuelle de 30% plus élevée que celle de ses confrères de la même spécialité, et il est courtoisement rappelé à l'ordre.

Pas égaux devant l'argent

«Nous vivons dans un système parfaitement hypocrite, au sein duquel les médecins n'ont qu'une envie: maintenir leurs privilèges, et ce, au détriment du patient», assène le patron de cliniques lausannoises Christian Deslarzes. D'autant plus hypocrite que le «corps médical», cette entité mythique, n'en est pas une. La preuve? On y retrouve le plus riche comme le plus pauvre, le plus jeune généraliste, contraint aujourd'hui à prendre un deuxième emploi (gardes à l'hôpital ou médecine d'urgence) pour sauver son cabinet de la faillite, et le spécialiste qui avoisine les 100 000 francs de revenus mensuels. Selon des statistiques réalisées par la Fédération des mé-

decins suisses (FMH), un urologue, un chirurgien, un radiologue ou un gynécologue gagnent deux, voire trois fois plus qu'un généraliste, un pédiatre ou un psychiatre. Sur l'ensemble de la Suisse, on découvre avec stupeur qu'un petit 10% des praticiens en cabinet récoltent (ou engendrent) à eux seuls 20% des coûts médicaux.

Exemple: que vous soyez opéré par un «simple» urologue hospitalier pour assurés de troisième classe ou par un grand ponte en privé, votre ablation de la pros-



Dr P. Froidevaux

tate ne vaut pas le même prix: 495 francs d'honoraires en classe commune (donc couverts par la prime de base), 1980 francs en semi-privé et carrément 2722 francs en privé. «C'est à n'y rien comprendre, s'exclame Jürg Sommer, professeur à l'Université de Bâle et spécialiste de la santé. Est-ce à dire que le médecin utilise dans un cas un scalpel en fer et dans l'autre un scalpel en platine?»

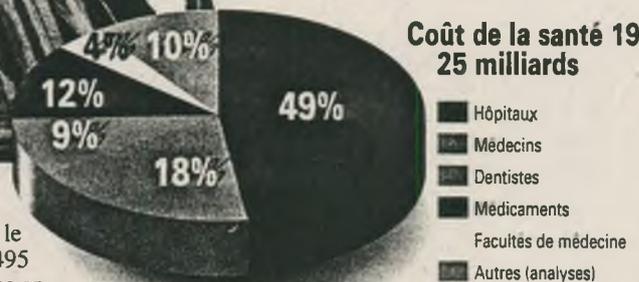
En médecine, même si l'on déteste parler d'argent, on met donc un point d'honneur à être plus égal que son voisin. Au sens propre et figuré. Ainsi, le chiffre d'affaires moyen par canton varie lui aussi du simple au double (275 000 francs pour un Zougois, 229 000 pour un Fribourgeois et 152 000 pour un Neuchâtelois!). Tout est question d'accords tarifaires cantonaux. Et de médecine de luxe. Genève concentre

à elle seule plus de technologie médicale (public et privé confondus) que le quart de la France. Un appareil à résonance magnétique nucléaire, et c'est le jackpot garanti.

Contrôler avant tout la quantité

Pour la Commission des cartels, l'addition de ces privilèges est aujourd'hui intolérable. On la comprend. Décartellisons, libérons et nous obtiendrons rapidement 500 millions de francs d'économie, affirme-t-elle. Mais la médecine n'est-elle vraiment qu'une question d'argent? «Le meilleur médecin est toujours celui que le patient a choisi», estime le Dr Pierre Froidevaux, de SOS Médecins. Dès lors, être contraint de se rendre chez le Dr X, agréé par la caisse Y parce que meilleur marché, ne garantit en aucune façon la qualité des soins, la relation de confiance nécessaire au patient. Bien au contraire. «C'est la porte ouverte à une médecine à deux vitesses», clame la FMH, où l'on verra les plus riches s'offrir encore et toujours les professeurs les plus réputés, les spécialistes les meilleurs, le médecin de leur choix. «Pire», déclare le vice-président du

Coût de la santé 1992: 25 milliards



Concordat des caisses maladie, Rudolf Gilli, pourtant favorable à une suppression des tarifs. Ce que les médecins ne gagneront plus en rétribution automatique, ils le rattraperont par la multiplication des consultations, la prolifération des actes médicaux inutiles. Face à cela, la décartellisation prend presque des allures de coup d'épée dans l'eau. De l'avis de tous (médecins et assureurs confondus), c'est bien plutôt sur la quantité de consommation qu'il faut agir. Quitte, pour les premiers, à y laisser une partie de leur revenu. «Or, cette pression-là ne sera possible que si désormais les médecins sont obligés de pratiquer dans un budget, une enveloppe globale, où par exemple ils ne pourraient plus accroître

leur chiffre d'affaires au-delà du taux d'inflation», conclut Rudolf Gilli. Enveloppe, budget global? Tiens, tiens! A Genève, sur l'initiative du Dr Philippe Schaller, vient de s'ouvrir le troisième centre HMO de Suisse, ces drôles de cabinets privés qui reçoivent des caisses maladie une somme fixe de rembourse-

ment des soins qu'ils n'ont pas le droit de dépasser. Le praticien, salarié ou participant au bénéfice, a ici tout intérêt à ne pas multiplier les radios, les analyses ou les consultations inutiles. Mieux: moins il fait d'actes, plus il est payé... Le patient, quant à lui, qui accepte de se faire soigner dans ce cabinet exclusivement, voit

en récompense ses primes fortement baisser. Les chiffres sont spectaculaires: les patients du HMO de Genève âgés de 26 à 35 ans ne paient que 120 francs par mois; les 36 ans et plus, 132 francs... On est loin, très loin des 207 francs de primes de base exigés dans ce canton.

E. E.



LES COÛTS ONT DÉCUPLÉ EN 25 ANS

Tout le monde se sucre

Grâce à un système généreux, l'assuré suisse a cru qu'il pouvait se servir comme bon lui semblait. Aujourd'hui, il doit passer à la caisse. Dououreux.

Philippe Barraud

La tragédie du coût de la santé n'a aucun intérêt dramatique, car elle repose sur un médiocre scénario: il n'y a pas, contrairement à ce qu'on croit souvent, des victimes innocentes d'un côté — les assurés — et de cyniques profiteurs de l'autre — les médecins, les hôpitaux. Le problème de fond, c'est l'extraordinaire consensus qui existe entre ces différents acteurs, pour organiser un immense gaspillage de soins et de médicaments.

Toutes les caisses maladie l'admettent: les assurés ont très mal vécu la hausse spectaculaire des cotisations intervenue voici un mois, et qui n'est pas la dernière: les coûts de santé augmentent en moyenne de 9,8% par an, les primes grimperont donc au plus tard en 1994. Pourtant, quelque 70% des assurés ont déjà payé leurs primes, même si c'est «moins scrupuleusement que la RC-voiture, prioritaire entre toutes», ironise un assureur. Ce qui permet à Yann Etter, de l'Association suisse des assureurs privés maladie et accidents à Zurich, de dire qu'*«on exagère la difficulté de ceux qui ne peuvent plus payer, ils ne constituent pas la majorité de la population»*. Sans doute. Mais certains assurés n'en ont pas moins démissionné de leur caisse, et beaucoup ont, de manière précipitée souvent, taillé à la serpe dans leurs contrats d'assurance. *«Les guichets ne désespèrent pas, il y a des queues sans arrêt»*, confirme Charles Cherwey, administrateur de la section lausannoise de la Chrétienne-Sociale (110 000 assurés entre

Vaud et Genève). Les assurés râlent un bon coup, puis cherchent le moyen de payer moins. Les uns adhèrent à des caisses réputées bon marché, mais le répit sera de courte durée: obligées de verser de gros montants aux caisses à clientèle âgée au titre de la solidarité, elles ont dû creuser dans leur trésor de guerre. A l'avenir, elles devront donc augmenter leurs cotisations, d'autant que leurs assurés vieillissent. Les caisses collectives devront aussi, à terme, aligner leurs cotisations sur les individuelles (à Genève, en 1994 déjà).

La réaction la plus fréquente consiste à faire sauter tous les compléments à l'as-

ser ce qui est expressément prévu dans la loi: c'est le cas des nombreuses spécialités pharmaceutiques qui ne figurent pas sur les listes fédérales, des lunettes, des extractions dentaires, des cures, des médecines naturelles, etc. Aujourd'hui, un complément d'une dizaine de francs permet de combler cette lacune.

De plus, alors qu'on supprime des lits dans le secteur hospitalier public pour raison d'économies, les listes d'attente vont encore s'allonger pour toute une série d'opérations, de la chirurgie cardiaque aux banales hernies. Pour beaucoup de salariés et d'entreprises, cela représente des semaines d'arrêt de travail. Directeur d'Assura — une compagnie volontiers décriée par les autres pour avoir des assurés jeunes — Jean-Paul Disserens met en garde contre les conséquences économiques de ce mouvement de désassurance: *«Des cliniques vont déposer leur bilan, et on verra des chirurgiens et des gynécologues timbrer au chômage!»*

Plus que jamais, il faut compter avec l'effet pervers des hausses: plus la cotisation est élevée, plus on croit avoir «droit» au maximum en matière de soins et de médicaments: on en veut pour son argent, et tout le monde est complice car tout le monde (médecins pléthoriques, industrie pharmaceutique, hôpitaux et cliniques suréquipés, caisses laxistes) y trouve son compte, comme le montrent quelques exemples d'abus courants (*voir encadré*). A cet égard, on peut s'interroger sur le manque flagrant de vigilance des caisses, qui se posent peu de questions face à des factures suspectes. ►

«Des cliniques vont déposer leur bilan et des chirurgiens timbrer au chômage»

surance de base — et le mouvement est massif: c'est l'effet «A bon entendeur», les assurés ayant suivi scrupuleusement les conseils de Catherine Wahli, qui leur recommandait de renoncer aux contrats complémentaires. Peut-être trop. *«Ils vont se trouver ennuyés»*, avertit Charles Cherwey: certains compléments sont utiles car ils permettent de couvrir des prestations, autrefois couvertes à bien plaisir, et qui ne le sont plus désormais, les caisses devant se borner à rembour-

Ces tricheurs qui cassent la machine

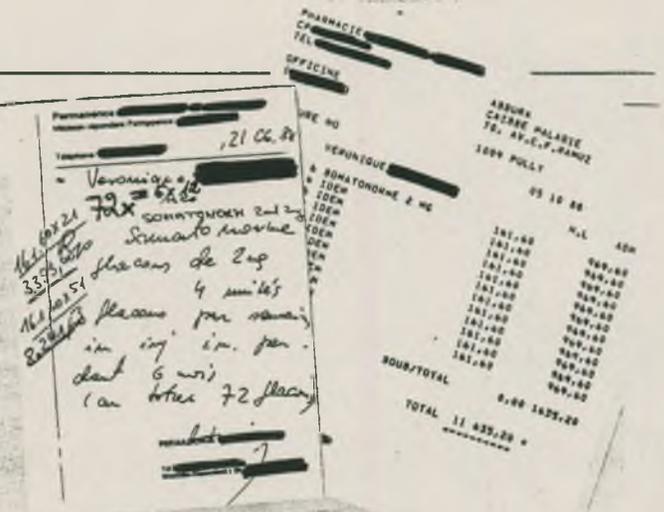
Si l'assurance maladie crève d'apoplexie, c'est largement à cause des abus dont elle est victime. Mais qu'est-ce qu'un abus? Petit florilège de cas authentiques.

Des trucs un peu gros:

- Le patient surcharge la facture du médecin, en rajoutant un chiffre devant ou derrière le montant réel.
- Le patient surcharge l'ordonnance, et s'offre un panier de calmants aux frais de la princesse.

Des tricheries plus subtiles:

- Pour faire payer une amniocentèse à la caisse, le médecin déclare une malformation dans la famille. La caisse vérifie et découvre un frère avec des... pieds plats!
- Un médecin avait donné de fausses dates de traitement, pour mettre tous les frais sur une seule année et dépasser ainsi la franchise.
- Pour faire payer une stérilisation par la caisse sous couvert de traitement contre la stérilité, un médecin avait caché que la patiente avait été stérilisée quelques années plus tôt.
- Pour l'ablation d'un kyste sous une dent, une clinique privée de Genève a établi une facture de 4804 francs.
- Une malade péruvienne, ne parlant pas français, s'est fait passer pour une Genevoise de ses proches. Médecin et hôpital n'ont pas bronché. C'est la victime (consentante au début) qui s'est fâchée, car elle se retrouvait avec une maladie vénérienne incurable dans son dossier médical...
- L'hystérectomie (ablation de l'utérus) est un plat de choix en chirurgie. Pourtant, l'opération est souvent injustifiée. Dernièrement à Lausanne, un gynécologue avait préconisé l'ablation; un contre-examen a conclu à un simple curetage. Encore plus fort: au Tessin, lorsque les médecins des hôpitaux ont été mensualisés, les hystérectomies ont diminué de 50%...



L'ordonnance et le total de l'assurance pour des médicaments contre le nanisme

- Dans un hôpital neuchâtelois, une patiente privée a été logée pendant 6 jours en chambre commune, faute de place. L'hôpital a néanmoins facturé 7 jours en privé. Interpellée par l'assurée, la caisse maladie a répondu: «Aucune importance, on paie!»
- Un médecin de la permanence d'un hôpital public genevois prescrit, pour un nouveau-né, une hormone contre le nanisme. Il prescrit... 72 emballages! Le pharmacien délivre sans poser de questions, après commande à l'usine car même Galenica n'a pas de tels stocks. La cliente sort de la pharmacie avec des sacs de la Migros pleins de médicaments. Montant total: 11 635,20 francs. La facture tombe entre les mains d'une employée d'Assura, ancienne aide en pharmacie, qui, intriguée, se souvient que ce médicament ne doit pas être donné aux enfants en bas âge. Après enquête, on découvre le pot aux roses: ce médicament étant interdit en France, la mère du nourrisson s'appretait à faire de bonnes affaires de l'autre côté de la frontière. Sur plainte de la caisse, la mère a été condamnée. Pour le médecin complaisant: non-lieu. Pour le pharmacien léger: non-lieu.

L'Assura, qui se targue d'une vigilance particulière, emploie à cet effet 90% de personnel venant du secteur médical et para-médical, afin de traquer systématiquement les abus.

Mais comment responsabiliser l'assuré? Plutôt que de tailler dans leurs compléments, «certains choisissent d'augmenter leurs franchises», remarque Georges Dumonthay, chef régional de l'Helvetia à Genève. C'est là peut-être qu'est la clé de cette nouvelle mentalité que Jean-Paul Diserens appelle de ses vœux: «Changez de mentalité, pas de budget.» Avec les franchises, on reparle d'argent, on sort des billets de son porte-monnaie, l'assuré assume donc à nouveau une petite part de sa responsabilité à l'égard de sa propre santé.

L'expérience tentée par Assura à Genève est formidablement éclairante: Genève est le champion toutes catégories de la consommation de médicaments. En 1984, Assura décide de supprimer la «feuille de pharmacie», qui permet au patient de retirer des médicaments sans bourse délier, telle une carte de crédit magique puisqu'il n'y a pas de décompte à la fin du mois (c'est le système du

tiers-payant). Avec la nouvelle pratique, dite du tiers-garant, le patient paie ses médicaments comptant, puis envoie la facture à la caisse qui le rembourse. Aussitôt, la consommation de médicaments baisse de manière spectaculaire (-27%). Trois ans plus tard, l'Etat de Genève déclare cette mesure illégale; Assura revient au système du tiers-payant et, sans surprise, s'aperçoit que la courbe de la consommation s'envole à nouveau! CQFD.

Avec une franchise de 350, 600 ou 1200 francs (les seules que permet la loi, au-delà de la franchise obligatoire de 150 francs), les assurés sont toujours gagnants, affirme Jean-Paul Diserens: «Les cas bénins sont toujours inférieurs à 600 francs, donc, avec une franchise de 600 ou de 1200 francs le risque est le même.» Mais pas la prime! Or, dit-il encore, «l'économie faite sur la prime est une certitude, la dépense résultant d'une franchise n'est qu'une hypothèse». Sans bobo dans l'année, l'assuré réalise une économie appréciable. Ses assurés l'ont bien compris, dont la grande majorité a une franchise de 350 francs; dans les autres caisses, les contrats avec franchise restent une petite minorité.

Baucoup d'assurés renâclent à envisager d'assumer eux-mêmes une partie minime d'une éventuelle dépense de santé. C'est décidément bien une question de mentalité. A l'origine, l'assurance était là pour couvrir les coups durs, les grosses opérations et les hospitalisations de longue durée. Le reste était, tout naturellement, à la charge du patient, qui sagement y regardait à deux fois avant de consulter trois spécialistes pour une égratignure, et rechignait à voir l'ordonnance se couvrir de prescriptions abusives. La couverture absolue et intégrale de tout, jusques et y compris les médecines parallèles, nous a tout naturellement amenés à croire qu'il n'y avait qu'à se servir, dans une offre variée et abondante. Aujourd'hui, c'est l'impasse.

Pour en sortir, il faudrait que les assurés se montrent plus responsables, les caisses moins laxistes, les médecins moins gourmands, les pharmaciens plus vigilants et les politiciens plus clairvoyants. Tout un programme. Si ambitieux qu'un assureur n'hésite pas à dire: «Je ne suis pas sûr qu'on arrive à sauver le système...»

Ph. B.



La réformite

L'assurance maladie est devenue une jungle où se déploient toutes les formes législatives. Quel que soit leur sort, les primes baisseront peu.

Plus les idées pleuvent, moins on s'y retrouve. Depuis 1911, l'assurance maladie patine sur une révision, slalome entre les arrêtés, et surfe sur les initiatives, mais rien n'y fait: elle a à peine bougé. Les derniers essais de réforme se sont tous écrasés contre le mur des votations, qu'il s'agisse de 1974, de 1987, ou de 1992. Le 16 février de l'an passé, le peuple rejetait, à 60,7%, l'initiative des caisses maladie «pour une assurance maladie financièrement supportable». Motif: la peur que la hausse des subventions aux caisses (de 1,3 à 2,8 milliards pour 1993) ne s'accompagne d'augmentation d'impôts.

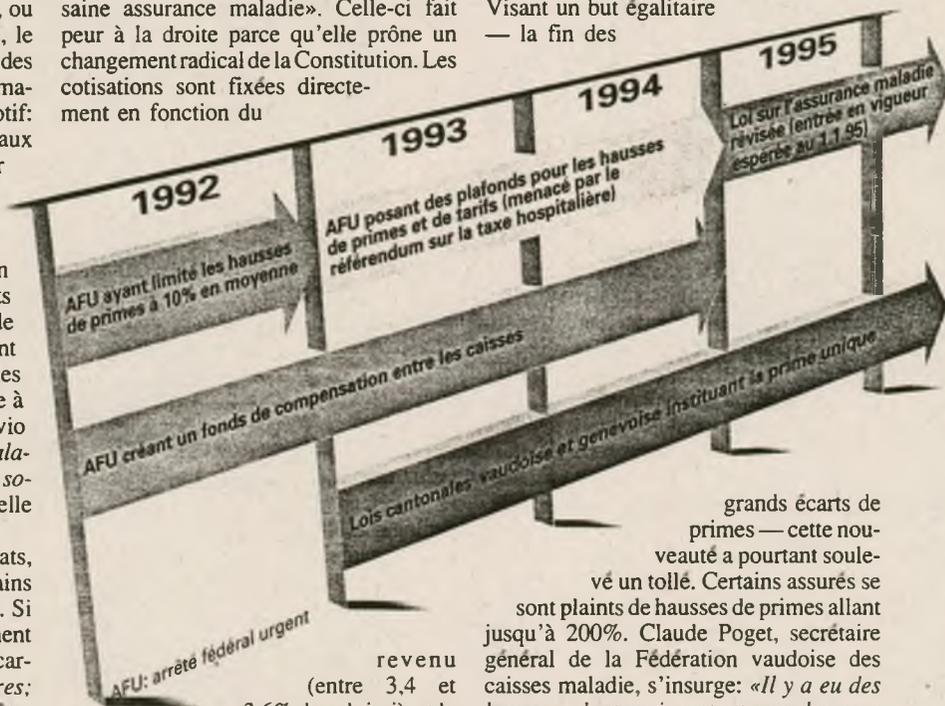
Si la loi ne change pas, la facture totale, elle, prend l'ascenseur. Un exemple: entre 1980 et 1989, les coûts de l'assurance maladie ont augmenté de 89%! Pour y faire face, les caisses parent au plus pressé: elles augmentent les primes. L'Etat, lui, relance la machine à réformes. Le chef de l'Intérieur, Flavio Cotti, convaincu que «l'assurance maladie est la moins sociale des assurances sociales», présente, en 1991, une nouvelle révision de la loi.

Après avoir passé au Conseil des Etats, la révision est aujourd'hui dans les mains de la commission du Conseil national. Si celle-ci réussit à y adjoindre rapidement les suggestions de la Commission des cartels (*suppression d'ententes cartellaires; voir page 10*), la nouvelle loi pourrait être à l'ordre du jour de la session de décembre. Elle introduit des réformes fondamentales: l'assurance maladie obligatoire, le libre passage intégral, et l'égalité des primes pour tous les adultes. Cette dernière rééquilibrera les charges de manière plus solidaire. Aux extrêmes, des femmes âgées pourraient voir leur prime baisser de 43%, tandis que les cotisations de certains hommes jeunes augmenteraient de 24%.

La facette la plus sociale de la révision réside dans les subventions: une aide est attribuée à tous ceux dont la prime dépasse 8% du revenu. Claude Voegeli, chef de la division assurance maladie à l'Office fédéral des assurances sociales, précise:

«Avec ce système, 60% de la population seront subventionnés!»

Paradoxalement, Flavio Cotti peut s'appuyer sur un autre texte pour faire passer sa révision: l'initiative du Parti socialiste et de l'Union syndicale suisse «pour une saine assurance maladie». Celle-ci fait peur à la droite parce qu'elle prône un changement radical de la Constitution. Les cotisations sont fixées directement en fonction du



revenu (entre 3,4 et 3,6% de celui-ci), et la moitié de la prime est à la charge de l'employeur, un système proche de l'AVS. Suivant l'avis du Conseil des Etats, le National a donné un préavis négatif à l'initiative. Mais le Conseil fédéral ne semble pas pressé: sans date de votation précise, l'initiative constitue une menace plus obscure — donc plus efficace — pouvant amener des gens à appuyer la révision.

Reste que, si cette révision passe la barre, elle n'entrera pas en vigueur avant le 1^{er} janvier 1995. Il fallait donc agir face aux menaces de hausses de primes de 20 à 30%, brandies par les caisses au début

de chaque année. Le Conseil fédéral a choisi la voie des arrêtés fédéraux urgents (AFU). Le premier a limité les hausses de primes de 1992 à un plafond moyen de 10%. Il a été assorti d'un autre texte qui crée, jusqu'à fin 1994, un fonds de compensation où les caisses à «bons risques» (avec beaucoup de jeunes) versent des fonds en faveur des caisses à «mauvais risques» (plus de personnes âgées). Encore fallait-il brider les primes pour 1993 et 1994: c'est le rôle d'un troisième AFU qui pose un plafond aux tarifs médicaux et fixe une cotisation de référence par canton. Contenant aussi une taxe hospitalière (10 francs par jour), il est menacé par un référendum lancé par la Parti du travail.

Deux cantons romands, Vaud et Genève, sont allés plus loin, introduisant, au début de l'année, la prime unique pour les adultes d'une même caisse.

Visant un but égalitaire — la fin des

grands écarts de primes — cette nouveauté a pourtant soulevé un tollé. Certains assurés se sont plaints de hausses de primes allant jusqu'à 200%. Claude Poget, secrétaire général de la Fédération vaudoise des caisses maladie, s'insurge: «Il y a eu des hausses, c'est vrai, surtout pour les gens entrés tôt dans une assurance. Mais il y a eu aussi des baisses. Je connais des personnes qui ont vu leur prime passer de 600 à 294 francs!» Il ajoute: «Chacun voudrait faire la loi pour lui seul, mais il faut voir l'intérêt général.»

Ce prix de l'égalité, il faudra le payer aussi au niveau fédéral. Les projets de loi ont beau être nombreux, ils n'engendreront pas de miracle. Claude Voegeli confirme: «Il ne faut pas espérer de gain financier, mais plutôt un acquies social: les primes seront plus proches des revenus de chacun. C'est déjà un progrès énorme!» ■

Ariane Dayer

Ist eine Revision des Krankenversicherungsgesetzes überhaupt nötig?

Von Ueli Müller, Präsident des Konkordats der Schweizerischen Krankenkassen, Solothurn

Es gibt in unserem Land immer wieder und immer noch Leute, welche die Meinung vertreten, das aus dem Jahre 1911 stammende und 1964 teilrevidierte und damit antiquierte Krankenversicherungsgesetz vermöge den Anforderungen unserer Zeit zu genügen. Wer dieser Meinung ist, hat entweder die Zeichen der Zeit noch nicht verstanden oder aber er hegt böse Absichten.

Revisionen scheitern – Revisionsbedarf wächst

Leider hatten die Reformversuche mit guten Ansätzen der letzten Jahre keinen Erfolg. Auch das NEIN des Volkes in den Jahren 1974, 1987 und 1992 – das gelegentlich als Garantieerklärung für das bestehende System ausgelegt wurde – hat kein einziges der bestehenden Strukturprobleme gelöst. Sie wurden durch die Entwicklung an der Kostenfront in den letzten Jahren noch verschärft. Es ist deshalb nicht verwunderlich, dass das Parlament nicht auf das Ergebnis der laufenden Revision des Krankenversicherungsgesetzes warten mochte und im Jahre 1991 für die Periode 1992–1994 dringliche Bundesbeschlüsse verabschiedet hat, die teilweise tief ins System eingreifen und damit in aller Klarheit deutlich machen, dass ein grosser Revisionsbedarf vorhanden ist. Und es soll ja niemand glauben, dass nach Auslaufen des Notrechts Ruhe einkehrt und wieder weitergewurstelt werden kann wie früher. Die Krankenversicherung ist ein bedeutendes Sozialwerk und muss deshalb ständig der gesellschaftlichen Entwicklung angepasst werden. Sie ist und bleibt ein Politikum ersten Ranges.

Notrecht ohne Ende oder rasche Revision

Sofern per 1.1.1995 die Revision des Krankenversicherungsgesetzes – momentan in Diskussion in der Kommission für soziale Sicherheit des Nationalrates – nicht über die Bühne ist und zum Einsatz gelangen kann,



wird das Parlament für die folgenden Jahre dringliche Massnahmen beschliessen müssen, die an die Substanz aller Teilnehmer im Gesundheitswesen gehen werden. Eine grundlegende Reform des KUVG ist deshalb dringend, wenn wir nicht unabwägbar politische Gefahren laufen wollen. Aus diesem Grunde ist es für alle liberal Denkenden ratsam, die laufenden Revisionsarbeiten der eidgenössischen Räte zu unterstützen und nicht mit allen möglichen Störmanövern zu unterminieren.

Akzeptable Revisionsvorlage

Die Vorlage der Expertenkommission Schoch, vom Bundesrat noch verbessert und vom Ständerat verschlimmbessert, ist akzeptabel, konsensfähig und könnte die grössten anstehenden Probleme lösen, wenn auch auf mittlere Frist. Es handelt sich nicht um einen Deregulierungsvorschlag – ein solcher ist in der Sozialversicherung illusorisch –, sondern um eine erträgliche Ordnung für alle, welche folgende dringliche Probleme angeht und sie auch mittelfristig löst:

- Sicherung einer umfassenden, klar definierten medizinischen Grundversorgung für die gesamte Bevölkerung
- Freie Wahl des Versicherers ohne Nachteile für den Versicherten.
- Sicherung der notwendigen Solidarität unter den Versicherten im Grundbereich; insbesondere Ausgleich der Solidaritäten zwischen den Geschlechtern und den Generationen.
- Faire Konkurrenz und Wettbewerb unter den Versicherungsträgern unter gleichen Rahmenbedingungen.
- Ansätze zur Eindämmung der Kostenwachsraten.
- Tragbare Finanzierung der Prämien auch für die wirtschaftlich schwache Bevölkerung.

Die Tür zur Staatsmedizin nicht öffnen

Wer sich heute den auf dem Tisch liegenden Problemlösungsvorschlägen von Expertenkommission, Bundesrat und Parlament widersetzt, öffnet den Weg zur Staatsmedizin. Denn wenn es uns nicht gelingt, das Bestehende zu reformieren, wird der Tag der Gründung der Schweizerischen Krankenversicherungsanstalt nicht mehr fern sein; eine Institution, die mit der Realisierung der in Diskussion stehenden Reformbestrebungen verhindert werden kann und muss.

Die erforderliche Opferbereitschaft und die Eingeständnisse aller an eine bessere Zukunft sind die Grundlage dafür, dass das, was wir jahrzehntelang gemeinsam erarbeitet haben, zum Wohle und Nutzen aller erhalten und verbessert werden kann. Der eingeschlagene Reformweg, der nicht ohne Fehl und Tadel ist, muss jedoch rasch zum anvisierten Ziel, das heisst zum neuen Krankenversicherungsgesetz, führen. Rasch heisst: innert Jahresfrist!

UZZ, 24. 3. 93

Für ein neues Verhältnis von Krankenkassen und Ärzten

Von Guido Geser, Zürich*

Jeder von uns hat wahrscheinlich schon einmal die unangenehme Erfahrung gemacht, dass der Versuch, heisse Eisen zu tabuisieren, Probleme zu verharmlosen oder unangenehme Entwicklungen unter den Tisch zu wischen, gerade ins Gegenteil umschlägt. Genau zu einem ungelegenen Zeitpunkt werden solche verdrängte Tatsachen schonungs- und rücksichtslos ans Licht gebracht. Ärztesgesellschaft wie Krankenkassen befinden sich wahrscheinlich gleichermassen in einer solchen heiklen Situation. Knall auf Fall sind sie in das Kreuzfeuer der Kritik gerückt. Vom Strudel der Ereignisse werden sie buchstäblich überrollt. Unantastbare Werte werden plötzlich in Frage gestellt, heilige Kühe geschlachtet, liebgewonnene Klischees und Haltegriffe demontiert. Beide Seiten spüren die kalte, steife Brise.

Im Kreuzfeuer der Kritik

Die Krankenkassen, die, abgesehen von kleinen Scharmützeln mit den Leistungserbringern, jahrzehntlang im ruhigen bürokratisch-verwaltensrischen Fahrwasser segelten, erhalten in der öffentlichen Meinung plötzlich das Prädikat «ungenügend» und werden in Sachen Kosten- und Prämienexplosion zu Sündenböcken der Nation gestempelt. Im Hurrikan der Marktkräfte sind plötzlich Überlebensstrategien und geschicktes Navigieren mit Produkten und Kunden angesagt. Im Schlepptau dieses Prozesses werden auch erste Ansätze für einen Wertewandel sichtbar, nämlich von einer sozialen Institution hin zu gewinnorientierten Unternehmen.

Aber auch die Ärzte kommen keineswegs ungeschoren davon: jahrhundertlang als Halbgötter in Weiss, in ihrer Würde, Ansehen und Autorität unangefochten, werden sie plötzlich vom hohen Ross gestossen und sehen sich ungewohnten Situationen gegenüber. So wird z. B. an den Grundfesten der ärztlichen Behandlungsfreiheit gerüttelt, gerät das streng gehütete Geheimnis des ärztlichen Einkommens ins Wanken, werden die «Herr im Haus»-Mentalität und das selbstherrliche Verhalten, speziell unter dem Stichwort «Chefärzte», nicht mehr akzeptiert und toleriert.

Selbstverständlich ist es beiden Partnern freigestellt, im alten Trott fortzufahren, Feindbilder liebevoll zu pflegen und die traditionellen, rituellen Stammeskämpfe auch weiterhin auszufechten. Die Strafe für diese nutzlosen «Schwarzpeterspiele» ist im Sinne des Gorbatschew-Sprichwortes «Wer zu spät kommt, den bestraft das Leben» bereits gefällt: Imageverlust auf beiden Seiten, Einbussen an Handlungs- und Gestaltungsspielräumen, immer enger werdende gesetzliche Stahlkorsette und Zunahme der staatlichen und höchstrichterlichen Bevormundung.

Selbstverständlich ist es beiden Partnern freigestellt, im alten Trott fortzufahren, Feindbilder liebevoll zu pflegen und die traditionellen, rituellen Stammeskämpfe auch weiterhin auszufechten. Die Strafe für diese nutzlosen «Schwarzpeterspiele» ist im Sinne des Gorbatschew-Sprichwortes «Wer zu spät kommt, den bestraft das Leben»

bereits gefällt: Imageverlust auf beiden Seiten, Einbussen an Handlungs- und Gestaltungsspielräumen, immer enger werdende gesetzliche Stahlkorsette und Zunahme der staatlichen und höchstrichterlichen Bevormundung.

Dieser Prozess, der Ärzten und Krankenkassen so Bauchweh verursacht, kann aber auch als eine Aufforderung in Richtung eines *Gesinnungs- oder Bewusstseinswandels* verstanden werden. Die zwei Institutionen bekämpfen sich nicht mehr gegenseitig, sondern sie kämpfen Seite an Seite für ein gemeinsames Ziel: einen möglichst hohen Standard in der medizinisch-ärztlichen Versorgung sicherzustellen, aber zu einem Preis, der noch bezahlbar ist.

Der Arzt, nicht die Technik entscheidet

Ärztlicherseits wie auch kassenseitig sind grundlegende System- und Verhaltensänderungen erforderlich. Der Hebel müsste an folgenden vier Punkten angesetzt werden:

Der *Arzt* und nicht etwa die Technik entscheidet und bestimmt. Nach Professor Dr. F. Nager ist aber heute genau das Gegenteil der Fall. Der

* Dr. oec. Guido Geser ist Direktionsmitglied der Krankenkasse Helvetia und Präsident des Verbandes der Krankenkassen im Kanton Zürich.

Verstärkter Wettbewerb zwischen Krankenkassen

Mitgliederwerbung erlaubt

Bern, 22. März. (sda) Das Konkordat der schweizerischen Krankenkassen (KSK) hebt die Werbebeschränkungen bei der Mitgliederwerbung ab sofort auf und unterstützt die *Vorschläge der Kartellkommission* zur Verstärkung des Wettbewerbs. Dies geht aus einer Pressemitteilung des Konkordatsvorstands hervor.

Insbesondere begrüsst der KSK-Vorstand, dass die Kartellkommission die Hindernisse für den *Abschluss von Sonderverträgen* zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern beseitigen will. Die Förderung des Wettbewerbs, wie ihn die Kartellkommission vorschlägt, stelle ein wichtiges Mittel im Kampf gegen die Kostensteigerung im Gesundheitswesen dar. Auf Zustimmung stossen beim Konkordat auch die Empfehlungen der Kartellkommission zur Totalrevision der *Krankenversicherung*, heisst es in der Mitteilung weiter.

Die Anregungen und Empfehlungen der Kartellkommission würden von den Krankenkassen nun so schnell wie möglich umgesetzt. Deshalb habe der Konkordatsvorstand beschlossen, die Beschränkungen bei der Mitgliederwerbung ab sofort aufzuheben. Wie der Vorstand schreibt, könne das KSK auf diese Beschränkungen, die der Entsolidarisierung entgegenwirken sollten, allerdings nur verzichten, wenn der *Risikoausgleich* vom Bundesrat verstärkt werde.

technische Wildwuchs treibt teilweise groteske Blüten: Sorgfältige Krankenbefragungen und gründliche Untersuchungen werden vernachlässigt. Vertrauen in rechnerische Werte und statistische Signifikanzen grenzt an Naivität und Aberglauben. Labor- und apparative Messwerte werden überschätzt und nicht mehr kritisch interpretiert. Sind den Ärzten die «technischen Besen», die sie quasi als «Zauberlehrlinge» riefen, vielleicht nicht doch *ausser Kontrolle* geraten? Ist es dann noch erstaunlich, wenn diese Wundergläubigkeit automatisch auf die Patienten abfärbt, die ihrerseits wiederum Ansprüche stellen, die der Arzt nicht mehr bremsen kann?

Die Rolle des Hausarztes ist aufzuwerten

Der *Patient* ist heute in seiner grenzenlosen medizinischen Wahlfreiheit nicht unbedingt glücklich, sondern eigentlich total überfordert. Schon die richtige Wahl aus Tausenden von Ärzten innerhalb eines Kantons zu treffen, bedeutet eine Qual. Die Medien berichten fast täglich, in häufig marktschreierischer Form, von neuen Diagnose- und Therapieverfahren, die dann auf seiten des Patienten übertriebene Erwartungen und Hoffnungen schüren. Vor lauter Bäumen sieht er den Wald nicht mehr. Wer steht ihm dann als fachkompetenter Betreuer und Vertrauensperson zur Seite, wenn es darum geht, in komplexen medizinischen Fragen Rat zu holen und sich im Dschungel der Spezialisten, Spitäler und «Medizinmänner» zurechtzufinden? Diese Rolle ist eigentlich idealerweise auf den Hausarzt zugeschnitten, der seinen Patienten ganzheitlich beurteilen und betreuen kann. Wenn die Ärzteseite hier nicht rasch und wirksam reagiert, werden in diese Bresche immer mehr Naturärzte, Geistheiler usw. springen. Die einseitige Förderung und Aufpolierung des Spezialistentums nimmt keinerlei Rücksicht auf den Gesinnungs- und Bewusstseinswandel, die neuen Marktbedürfnisse der Patienten. So böse es auch klingen mag: nicht der einseitige, an den Symptomen seines Fachgebiets orientierte Spezialist, sondern der ganzheitlich ausgerichtete Generalist ist heute wieder mehr gefragt.

Mit dem *Image des Hausarztes* steht es aber nicht zum besten, mit der Aus- und Weiterbildung hapert es, und innerhalb der ärztlichen Prestige- und Rangskala figuriert er im unteren, abgeschlagenen Drittel. Ein Paradigmenwechsel ist angesagt: das Gewicht und der Einfluss der Hausärzte innerhalb der Ärztesgesellschaft gegenüber den Spezialisten ist massiv aufzuwerten, die Aus- und Weiterbildung sollte die gründlichste und umfassendste aller Disziplinen sein. Die Klinikausbildung, wo nur die seltenen Fälle und Schwerkranken behandelt werden – der richtige Ort für die Spezialistenausbildung –, sollte nicht das Alleinseligmachende sein. Er muss vielmehr an den häufigen, alltäglichen Fällen, wie sie im ambulanten Bereich vorkommen, intensiv geschult werden. Wieso verlegt man die *Ausbildung* nicht von den Kliniken in speziell konzipierte Arztpraxen, mit fähigen ärztlichen Schulungskräften, die den Nachwuchs kompetent und ganzheitlich ausbilden können?

Selbstverständlich müsste das Hausarztmodell, in welcher Form auch konzipiert (Einzelpraxis, Gruppenpraxis, HMO usw.), in die *Versicherungssysteme der Krankenkassen* eingebaut werden. Das heisst, der Konsum von medizinisch-spezialärztlichen Leistungen wird von einer gewissen, vorgängigen Kontrolle durch den Hausarzt abhängig gemacht. Er übernimmt damit teilweise auch gewisse vertrauensärztliche Funktionen, die im heutigen Massengeschäft von den

wenigen Vertrauensärzten der Krankenkassen kaum mehr wahrgenommen werden können. Mit diesem Instrument in der Hand hat der Hausarzt die Möglichkeit, einen mässigenden Einfluss auf das heute überbordende Anspruchs- und Konsumverhalten der Patienten auszuüben. Die absolute, uneingeschränkte Wahlfreiheit bei medizinischen Leistungen sollten die Krankenkassen nur noch im Rahmen einer (kaum mehr bezahlbaren) *Luxusversicherung* anbieten.

Neue Tarif- und Entschädigungssysteme

Ein für alle einfaches, verständliches und kontrollierbares sowie die ärztliche Kunst und nicht die Technik bzw. Menge bevorzugendes Tarif- und Honorarentschädigungssystem muss den oben skizzierten Entwicklungsprozess unterstützen und fördern. Dazu gehört ganz klar eine *gerechtere Honorierung von Generalist und Spezialist*. Gibt es plausible Gründe dafür, dass ein operierender Arzt doppelt bis viermal mehr verdient als ein nichtoperierender Arzt? Vielleicht ist aus dieser Optik jetzt verständlicher, warum die Krankenkassen im Kanton Zürich dem Druck der Chirurgen und Gynäkologen nicht nachgeben wollen, ambulante, in der eigenen Praxis durchgeführte Operationen zum selben Ansatz wie in teilstationären oder stationären Bereichen, d. h. mit einem Zuschlag von 75% bis 100% auf dem Normalansatz, zu entschädigen. Die «Wertskala» für die verschiedenen medizinischen Leistungen, in Franken ausgedrückt, dürfte sich m. E. höchstens innerhalb einer *Bandbreite von $\pm 50\%$* , und nicht von 200% bis 400%, bewegen.

Dazu gehört die Konzeption eines *neuen Tarifierungssystems*. Das heutige, auf Einzelleistungen basierende Verrechnungssystem kommt einem riesigen, 10 000 und mehr «Tarifartikel» umfassenden, nicht mehr überschaubaren und kontrollierbaren Selbstbedienungsladen gleich. Eine praktikable Lösung, für die schon etliche Grundlagen zur Verfügung stehen, ist der *Zeittarif*. Der Unterschied zum heutigen System besteht im wesentlichen darin, dass nach dem effektiven und nicht mehr dem vermuteten Zeitaufwand entschädigt wird. Die Höhe der Entschädigung wäre nicht mehr durchs Band für alle Ärzte die gleiche, sondern variiert nach der Relation von ärztlich-intellektuellen Leistungen und Praxisunkosten. Wer also nur Hausbesuche macht oder mehrheitlich als Belegarzt in einem Spital tätig ist, erhält keine bzw. nur minimale Praxisunkosten. Weitere Kriterien sind die *Fachdisziplin*, d. h. unterschiedliche Ausbildungsdauer und Praxisinfrastruktur, «Qualität», d. h. Fort- und Weiterbildung, sowie der Nachweis, apparative Medizin zu beherrschen, sowie die *Wirtschaftlichkeit der Behandlung*, d. h. der diagnosebezogene Zeit- und Mittelaufwand inkl. veranlasster Folgekosten (Medikamente usw.) im Vergleich zu anderen Ärzten usw.

Die *Praxisunkosten* werden nach Fachdisziplin betriebswirtschaftlich errechnet und entsprechend fixiert. Teure Spezialapparate (MRI) könnten nach einem individuell errechneten Tarif entschädigt werden. Die Frage einer *Betriebsbewilligung* – analog der *Patentpflicht* für Gastwirtschaftsbetriebe im Kanton Zürich – müsste aber diskutiert werden. Ein Missbrauch bzw. optimale Ausnutzung des Zeittarifs kann, wie beim heutigen System auch, nicht ausgeschlossen werden. Einerseits kann aber mit einer *Kontrolle des diagnosebezogenen Zeit- und Mittelaufwandes* sichergestellt werden, dass für eine gewöhnliche Grippebehandlung nicht drei Stunden in Rechnung gestellt werden oder jede Konsultation zu einer Psychoanalyse ausgeweitet wird. Andererseits kann, wenn auch dirigistisch, mit *globalen Behand-*

lungszeitvorgaben auf Grund der Patientenzahl pro Kanton der Mengenausweitung ein Riegel vorgeschoben werden.

**«Schwarze Schafe»
härter als bisher anpacken**

«Schwarze Schafe» unter den Ärzten gibt es und wird es immer geben. Allerdings sind sie – im Unterschied zu heute – nicht mehr mit Samthandschuhen anzufassen, sondern in einem entsprechenden Verfahren (zuerst beraten und warnen, dann bestrafen) an den Pranger zu stellen. Eine Möglichkeit bestände darin, diese Ärzte in Form von «schwarzen Listen» in den Publikationsorganen von Krankenkassen und Ärztesgesellschaft aufzuführen. Notorischen Sündern wäre die Bewilligung als Kassenarzt zu entziehen. Denn bis heute sind viel zu viele Missetäter durch die Maschen von Krankenkassen und Ärztesgesellschaft, leider auch der Versicherungsgerichte, gerutscht. Damit ist auch gesagt, dass die Kontrolle und entsprechende Sanktionen gegenüber schwarzen Schafen ein *Teamwork zwischen Kassenverband und Ärztesgesellschaft*, aber auch eine *härtere Praxis der Gerichte* bedingen.

Rom wurde nicht an einem Tag erbaut. Dieser Grundsatz gilt zweifellos auch für den Prozess einer Neuorientierung einer Zusammenarbeit zwischen den Krankenkassen und der Ärztesgesellschaft. Jahrzehntlang gepflegte und gehegte Feindbilder brauchen Zeit, bis sie einer objektiven und sachlichen Betrachtungsweise weichen. Bestehende Interessenkonflikte lösen sich nicht einfach in Luft und Wohlgefallen auf. Realistisch und damit um so erfreulicher ist die Tatsache, dass auf Grund einer Anregung des Verbandes der Krankenkassen im Kanton Zürich ein zaghafter Annäherungsversuch in Sachen *Behandlung von Grundsatzfragen* mit der Ärztesgesellschaft des Kantons Zürich in Gang gekommen ist. Beiden Partnern ist dabei völlig klar, dass in einem ersten Anlauf keine spektakulären Durchbrüche und Ergebnisse zu erwarten sind. Aber der *Fortschritt* geht auch hier wie anderswo vorstatten: schrittweise.

Krankenkassen im Vergleich – Prämienvergleiche gab's schon. «Bilanz» bewertet erstmals, wie gut die grössten Schweizer Krankenkassen gemanagt werden. Die gesündeste Kasse ist die Sanitas. Helvetia, die grösste, zählt zu den Schlusslichtern. Allen gemeinsam ist: Sie haben

Gewicht gewinnt sie und damit auch Einfluss bei Tarifverhandlungen mit den Ärzten und Spitalern. Da ist ein vorübergehender Mitgliederverlust leichter zu verkraften.

Da die wichtigsten Leistungen der Kassen vom Gesetz vorgeschrieben sind, findet die Konkurrenz zwischen den Kassen auf der Prämienhöhe statt. Mitgliederwachstum, wie bei der Artisana und Sanitas, ist daher meist nur mit günstigen Prämien möglich. Die Prämienhöhe wiederum hängt vom Alter der Versicherten ab.

Junge Leute werden weniger krank und verursachen den Kassen weniger Kosten als ältere Menschen. Somit gehören

NULL BOCK AUFS SPAREN

VON LILIANE AEBERHARD UND PETER LÖWENHECK

Prämienvergleiche zwischen Krankenkassen sind sehr beliebt und in letzter Zeit häufig anzutreffen. Wie steht es jedoch mit der wirtschaftlichen Situation der Kassen? Wie gut sind sie gemanagt?

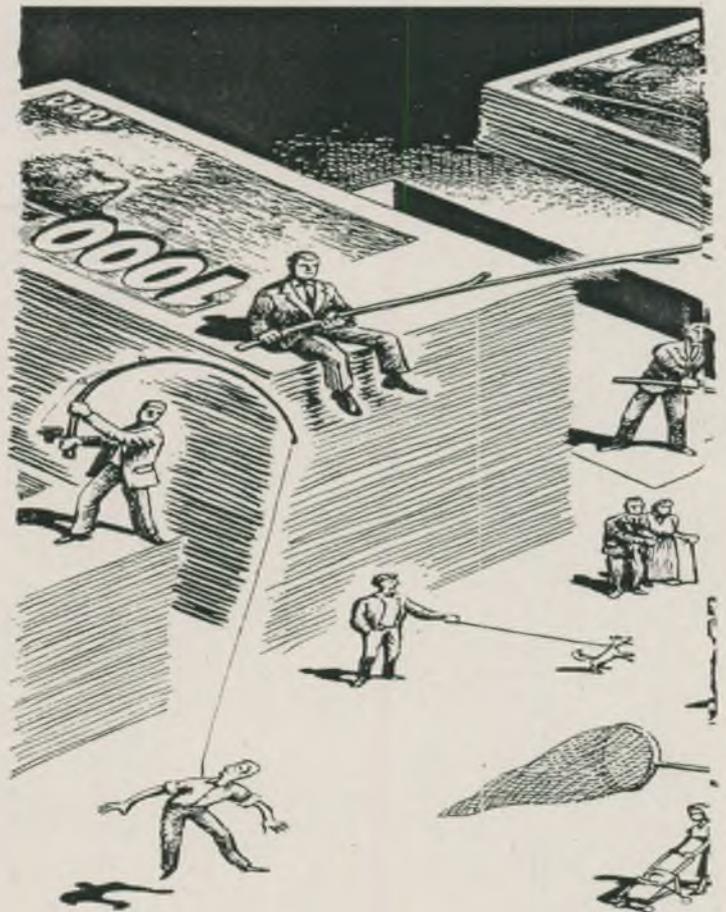
Die betriebswirtschaftliche Lage der grössten Schweizer Kassen wurde von «Bilanz» anhand dreier gleich stark gewichteter Indikatoren ermittelt. Untersucht wurde, über **viel Reserven und Rückstellungen** die Kassen verfügen. Je höher die Reserven und Rückstellungen sind, desto mehr Spielraum hat sich eine Kasse geschaffen. Der Spielraum kann aber nur durch einen Einnahmenüberschuss erwirtschaftet werden. Dieser zweite Indikator für die Wirtschaftlichkeit einer Kasse wurde mit Hilfe des **Cash-flow pro Versichertem** ermittelt. Das **Mitgliederwachstum** schliesslich zeigt, ob sich eine Kasse gegenüber der Konkurrenz durchsetzen kann.

Über die Ergebnisse und die Punkteverteilung orientieren Sie die Tabellen auf dieser

Doppelseite und auf Seite 29. Ergänzend finden Sie eine Kurzcharakteristik von 15 Schweizer Krankenkassen im Kasten «Kranke und andere Kassen» auf Seite 30.

Absolute Spitzenpositionen in allen Bereichen erzielte lediglich die mit Privatversicherern liierte Sanitas. Die Sanitas bietet die Grunddeckung an, während die Privatversicherungen die Zusätze für die halbprivate und private Abteilung verkaufen. Auf gute Gesamtwertungen kamen noch die Artisana, Intras, Oska und KPT. Der Artisana ist es gelungen, die Sanitas beim Mitgliederwachstum zu überrunden.

Man kann davon ausgehen, dass die Mitgliederzunahme der Wachstumsmeisterin Artisana auf Kosten anderer Kassen geht, da beinahe alle Einwohner der Schweiz einer Krankenkasse angeschlossen sind. Die Christlich-Soziale Krankenkasse (CSS) und die Westschweizer Supra gehören hier zu den Verlierern. Je grösser jedoch eine Krankenkasse wird, desto mehr politisches



NUR EINE IST SPITZE

Die wirtschaftliche Gesamtsituation der Kassen

Kasse	Punkte-total	
1. Sanitas	16	Topkasse
2. Artisana	8	Mittelfeld
2. Intras	8	
2. KPT	8	
3. Oska	7	
4. CSS	6	
4. KKB	6	
5. Konkordia	5	
6. KFW	4	
7. Grütli	3	Schlusslichter
7. Helvetia	3	
7. Supra	3	

SBKK: Hat keine vergleichbaren Jahresrechnungen. Entsprechende Zahlen wurden nicht zur Verfügung gestellt. OKK und Evidenzia sind neuere Zusammenschlüsse. Entsprechendes Zahlenmaterial ist noch nicht vorhanden.

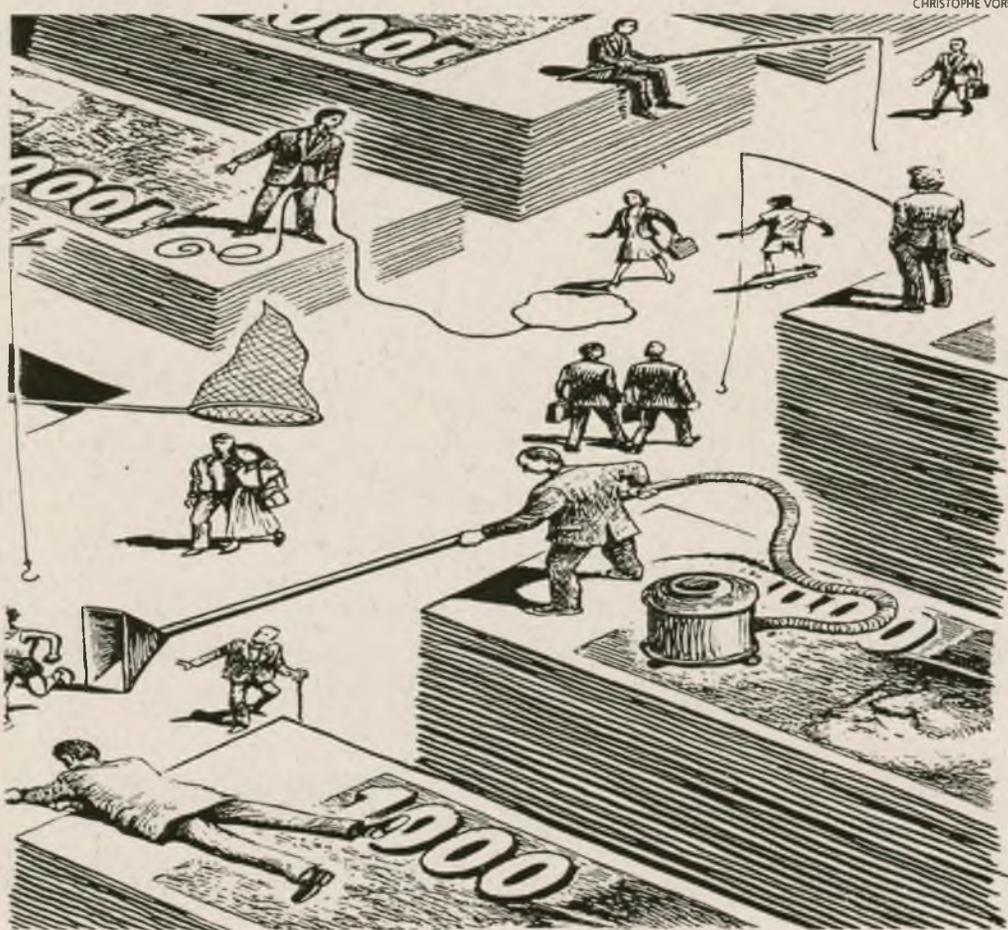
die Krankenkassen mit sehr vielen jungen Mitgliedern zu den günstigen, die mit viel älteren Mitgliedern zu den teuren Kassen. Da ein Kassenwechsel nur für Gesunde möglich ist, holen die Krankenversicherungen mit starkem Wachstum gesunde Versicherte, während die Kranken bei ihrer alten Gesellschaft bleiben müssen. Dies vergrössert die Prämienifferenz zwischen den Krankenkassen zusätzlich, was wiederum die Wachstumschancen der älteren Kassen verschlechtert.

Um diesen tödlichen Wettbewerb zu beenden, hat der Bund im August 1992 den dringlichen Bundesbeschluss gegen die Entsolidarisierung gefasst.

Ab 1993 müssen Kassen mit vielen jungen Mitgliedern den Kassen mit vielen älteren Versicherten Solidaritätszahlungen leisten. Dadurch soll die Jagd nach jungen, gesunden Versicherten beendet werden. Tatsächlich aber wurde die Jagd nicht beendet, sondern nur verlagert. So reagierte die Artisana auf den Bundesbeschluss mit speziell günstigen Angeboten für ältere Menschen. «Es kommt uns billiger, alte Menschen aufzunehmen, als für sie Ausgleichszahlungen zu leisten», meint Erhard Burri, Vizedirektor der Artisana. Die Kasse gewinnt gesunde ältere Mitglieder. Dadurch verringert sie ihre Zahlungen an

den Risikoausgleich, ohne dass gleichzeitig die Kosten für die alten Versicherten entsprechend steigen. So konnte die Artisana im Januar 1993 20 000 Mitglieder neu werben.

Der Mitgliederbestand kann auch durch Fusionen und Kollektivverträge erhöht werden. Bei der Kollektivversicherung werden Verträge mit Firmen oder Verbänden abgeschlossen. Die Firmen- oder Verbandsmitglieder können sich über den Kollektivvertrag günstig gegen Krankheit versichern lassen. Da die Mitglieder von Kollektivverträgen im arbeitsfähigen Alter sind, bilden sie junge und daher günstige Risikogemeinschaften. So sind



CHRISTOPHE VORLET

SO WIRTSCHAFTEN DIE KASSEN

Pro Mitglied erarbeiteter Überschuss

Kasse	Cash-flow* pro Mitglied im Schnitt 1990-1991 in Fr.	Punkte
1. Sanitas	207	6
2. KPT	115	4
2. Oska	112	4
3. CSS	91	3
3. KKB	79	3
4. Intras	65	2
4. KFW	64	2
5. Grütli	36	1
5. Supra	26	1
5. Artisana	17	1
5. Helvetia	14	1
5. Konkordia	7	1

*Prämien+Subventionen+Anlageertrag-Leistungen-Rückversicherungsprämien-Verwaltungskosten.

Wer mehr Überschuss pro Mitglied erwirtschaftet, füllt die Kasse für die Zukunft und hat offenbar richtig kalkuliert.

Die Punkteskala: Der tiefste Wert wird mit einem Punkt, der höchste Wert mit sechs Punkten bewertet. Zwischen diesen Extremwerten liegt eine lineare Skala. Durch die grossen Intervalle werden Ungleichheiten der Jahresberichte berücksichtigt.

bei diesen Verträgen auch billigere Prämien als bei der Einzelversicherung möglich. Der Grütlí ist es gelungen, die Mitgliederverluste im Bereich der Einzelversicherung durch Kollektivverträge auszugleichen. Dadurch werden die Einnahmen wegen des günstigen Kollektivtarifs beschnitten, ohne gleichzeitig zu sparen. Das Wachstum der Konkordia erklärt sich durch die Übernahme der Krankenkasse Argovia 1990.

Neben dem Wachstum ist auch die Wirtschaftlichkeit einer Kasse von zentraler Bedeutung. So nützt es nichts, zu wachsen, aber gleichzeitig pro Versichertem einen Verlust zu erwirtschaften, weil zu tiefe Prämien berechnet werden. Einzig der Sanitas gelingt es, ein hohes Wachstum und gleichzeitig einen guten Cash-flow zu erreichen. Im Gegensatz dazu erzielt die Artisana nur einen sehr tiefen Cash-flow. Sie scheint im Rahmen ihrer Mitgliederjagd eher knapp zu kalkulieren. Sehr grosse Kassen, wie die Christlich-Soziale, können es sich leisten, durch hohe Prämien einen gu-

ten Cash-flow zu erzielen und dabei Mitglieder zu verlieren. Dies ist eine Möglichkeit, sich für die Zukunft zu sanieren.

Wird ein sehr hoher Einnahmenüberschuss erwirtschaftet, so fließen diese Mittel in die Fonds, Reserven und Rückstellungen. Dies sind die eigentlichen Ersparnisse. Wer hohe Ersparnisse hat, besitzt auch mehr Freiheit im Prämienkampf. Man kann Verluste leichter verkraften, ja vielleicht sogar bewusst einkalkulieren. Tiefe Ersparnisse schränken den Handlungsspielraum jedoch ein. Vizedirektor Erhard Burri von der Artisana spricht gar von einer Kriegskasse. So hat die Artisana Rückstellungen aufgelöst und befindet sich bei dieser Position auch auf keinem guten Rang. «Die Artisana setzt die Kriegskasse beim Krieg eben ein», meint Burri dazu. Die Helvetia hat ebenfalls Rückstellungen und Reserven aufgelöst, ohne jedoch einen vergleichbaren Erfolg beim Wachstum vorzuweisen.

Eine andere Politik verfolgt hier die CSS, die ihre Kasse laufend auffüllt. Sie rüstet sich offenbar für die Zukunft. In ab-

SO VIEL ERSPARTES HABEN DIE KASSEN

Rückstellungen und Reserven

Kasse	Reserven und Rückstellungen in % des Aufwandes 1990+1991*	Punkte
1. Sanitas	154	5
2. Intras	97	4
3. Konkordia	68	2
3. KPT	68	2
3. Oska	67	2
3. CSS	57	2
4. KFW	65	1
4. KKB	64	1
4. Artisana	62	1
4. Supra	55	1
4. Grütlí	51	1
4. Helvetia	50	1

Die Anlagerendite wurde mit einem Siebtel als Indikator für stille Reserven berücksichtigt.

*Ausgewiesene Reserven, Rückstellungen und Fonds im Schnitt beider Jahre.

Wer im Vergleich zum Aufwand die höchsten Rückstellungen, Reserven und Fonds besitzt, hat sich die grösste Sicherheit für Durststrecken erarbeitet.

tren der Swica (Zusammenschluss aus den Kassen Oska, Panorama, SBKK und Zoku), das Instrumentarium der Kostenkontrolle sei eigentlich stumpf. Die Oska weist in ihrem Jahresbericht 1990 darauf hin, dass dank ihrer sprichwörtlichen Kulanz neue Mitglieder geworben werden konnten. Dies trifft wohl viel eher die Realität. Dagegen dürfte sich eine massive Kostenkontrolle bei der Mit-



SO DYNAMISCH SIND DIE KASSEN

Wachstum und Stand der Mitgliederzahl

Kasse	Mitgliederwachstum im Schnitt 1990+1991 in % (Basis 1989)	Punkte	Mitglieder 1991*
1. Artisana	16,15	5	162 593
2. Sanitas	11,43	5	172 184
3. Konkordia	4,94	2	530 188
3. Intras	4,23	2	257 923
3. KPT	3,16	2	238 426
3. KKB	2,32	2	427 381
4. Oska	1,59	1	254 432
4. KFW	1,22	1	481 260
4. Helvetia	0,84	1	1 427 443
4. Grütlí	0,41	1	599 550
4. CSS	-0,05	1	1 056 403
4. Supra	-0,42	1	194 359

*Zahlen des Konkordats der Krankenkassen.

Je grösser das Mitgliederwachstum, desto dynamischer die Kasse. Sie gewinnt damit an Gewicht und Einfluss.

soluter Spitzenposition befindet sich auch hier die Sanitas.

Bei der Bewertung der Reserven und Rückstellungen wurde die Anlagerendite als Hinweis für stille Reserven berücksichtigt. Da das Gesetz eine beinahe einheitliche Anlagepolitik vorschreibt, deutet eine hohe Anlagerendite auf stille Reserven und nicht auf eine speziell gute Anlagepolitik hin.

Die Mitgliederstruktur entscheidet also sehr stark über die wirtschaftliche Situation einer Kasse. Daher werden andere Punkte von den Kassen eher vernachlässigt. Dies trifft auch auf die von vielen Kassen an die grosse Glocke gehängte Kostenkontrolle der Arzt- und Spitalrechnungen zu. Oft bezweifeln Kassendirektoren die Wirksamkeit dieser Kontrollen. So meint Jürg Wilhelm, Direktor der Gesundheitszen-

gliederwerbung eher abschreckend auswirken.

Aber auch sonst scheint der möglichst sparsame Einsatz der eigenen Mittel nicht im Vordergrund zu stehen. Die Verwaltungskosten der Kassen sind sprunghaft angestiegen (vergleiche die Tabelle «So explodieren die Verwaltungskosten» auf Seite 33). An erster Stelle steht die Artisana. Merkwürdigerweise ist dieser massive Anstieg der Verwaltungskosten ausgerechnet vor dem Inkrafttreten des dringlichen Bundesbeschlusses zur Eindämmung der Kostenexplosion im Ge-

Lesen Sie bitte weiter auf Seite 33.

sundheitswesen zu beobachten. Dieser beschränkt das Verwaltungskostenwachstum der Krankenkassen ab 1992 aufs Niveau der Lohnentwicklung. Hohe Verwaltungskosten vor Inkrafttreten des Bundesbeschlusses schaffen somit Spielraum bei der Verwaltung. Zwar bestreitet jede Kasse, dass die eigene Erhöhung der Verwaltungskosten damit zusammenhänge, kann sich dies jedoch von der Konkurrenz vorstellen. So haben jedenfalls viele Kassen 1991 massiv in die Verwaltung investiert.

Aber auch unabhängig von Bundesbeschlüssen wird Kostenbewusstsein bei den Kassen nicht gerade grossgeschrieben. So plant das Schlusslicht Helvetia in Rümlang bei Zürich einen Verwaltungsbau von Stararchitekt Mario Botta für 150 Millionen Franken. Die Hälfte des Baus soll vermietet werden. Allerdings ist im Raum Zürich augenblicklich ein Überangebot an Büroräumen vorhanden. Auch in Bellinzona baute Botta 1991 für die Helvetia. Die KFW ihrerseits sanierte beispielsweise Ende der achtziger Jahre für drei Millio-



nen Franken die Seilbahn, die zu ihrem Hotel «Alvier» gehört, um 1992 das Hotel zu schliessen. Die Seilbahn fährt nur noch auf Bestellung. Auch im Bereich EDV geht den Kassen oft viel Geld verloren. So kam der CSS 1989/90 die Hälfte ihrer Daten im EDV-System abhanden.

Auch mit der Zusammenarbeit der Kassen ist es nicht weit her. Die vom Konkordat der schweizerischen Krankenkas-

sen (dem Dachverband der Krankenkassen) angebotenen Dienste für Gemeinschaftsaufgaben werden oft nicht benutzt. So meint Beat Zbinden, der Ausbildungschef der Helvetia, für seine Kasse sei es sinnvoller, eigene Ausbildungsgänge fürs Personal durchzuführen anstatt das Angebot des Konkordats in Anspruch zu nehmen. So könne die Philosophie der Helvetia besser vermittelt werden. Vieles läuft also doppel-spurig und wird auch zweimal bezahlt.

Die Kosten der Krankenkassen werden aber nicht nur mit Prämien, sondern auch mit Steuermitteln gedeckt. So erhalten die Kassen jährlich beinahe drei Milliarden Franken Subventionen. Daher dürfte man eine hohe Transparenz ihrer Geschäftspolitik erwarten. Zwar sind die Jahresberichte meist umfangreich, aber leider oft nicht sehr informativ. So veröffentlicht etwa die Artisana keine Erfolgsrechnung. Immerhin gaben alle Kassen bis auf die Schweizerische Betriebskrankenkasse (SBKK) auf Anfrage Auskunft und lieferten zusätzliche Zahlen.

Das ganze System ist krank. Erfolgreich sind jene Kassen, die am schnellsten die Folgen der immer hektischeren Marktreglementierungen erkennen und zu ihren Gunsten ummünzen. Siegerin ist augenblicklich die Sanitas, als Schlusslichter grüssen Grütli, Helvetia und Supra. Die tatsächliche Effizienz einer Kasse bei der Kostenkontrolle der Ärzte- und Spitäler sowie eine sparsame Verwaltung sind nicht ausschlaggebend. Kassen, die sich eine gute Risikostruktur schaffen können, sind erfolgreich. Ein Interesse, die Kosten des Gesundheitswesens in den Griff zu bekommen, besteht erst in zweiter Linie. B

SO EXPLODIEREN DIE VERWALTUNGSKOSTEN

Stand und Wachstum der Verwaltungskosten

Kasse	Verwaltungskosten in % der Leistungen 1990+91	Verwaltungskostenwachstum pro Versichertem in % 1990+91
1. Artisana	19,72	24,13
2. Intras	14,23	5. 12,94
3. Sanitas	12,47	7,21
4. KFW	9,85	9. 10,66
5. Osita	7,93	6. 12,80
6. Helvetia	7,82	4. 18,25
7. Konkordia	7,76	7. 12,45
8. Grütli	7,68	8. 11,29
9. CSS	7,14	11. 8,63
10. Supra	7,70	10. 10,53
11. KPT	7,42	3. 19,29
12. KKB	7,12	2. 20,32

Noch vor Inkrafttreten des dringlichen Bundesbeschlusses, der die Verwaltungskosten der Kassen beschränken will, haben die Kassen stark Verwaltungskosten produziert.

KRANKE UND ANDERE KASSEN

Die 15 grössten Kassen (1991, gereiht nach Mitgliederzahl)

1. Helvetia

Prämienvolumen:
2,06 Milliarden Franken
Mitglieder: 1 427 443

Die grösste Krankenkasse, Helvetia, steckt in der Kostenschere. Die Ausgaben laufen den Einnahmen davon. Die Altersstruktur hat sich in letzter Zeit verschlechtert. Seit Mitte der achtziger Jahre hat die Helvetia Reserven aufgelöst. Dies geschah bewusst, da man glaubte, die Reserven seien nicht nötig. Heute sind die Rückstellungen und Reserven sehr tief. Offenbar hat sich die Helvetia getäuscht. Eine Kasse auf Talfahrt.

2. CSS

Prämien: 1,971 Milliarden
Mitglieder: 1 056 403

Die zweitgrösste Kasse der Schweiz leidet an Mitgliederschwund. Gleichzeitig befindet sie sich jedoch auf Erholungskurs. Es ist ihr geglückt, den Einnahmenüberschuss pro Versichertem zu steigern und damit Reserven und Rückstellungen zu bilden. Vergleichsweise sind die Verwaltungskosten wenig gestiegen. Eine Kasse im Aufwärtstrend trotz Mitgliederschwund.

3. Grütli

Prämien: 840 Millionen
Mitglieder: 599 550

Die Reserven und Rückstellungen sinken. Laut eigenen Angaben gingen 1991 etwa 35 000 Versicherte verloren. Dabei dürfte es sich in erster Linie um gute Risiken handeln. Dies konnte jedoch durch Neuzugänge bei Kollektivversicherungen kompensiert werden. Somit verzeichnet die Grütli zwar keinen Mitgliederverlust, jedoch eine Einbusse auf der Einnahmenseite. Kollektivprämien sind einiges günstiger als Einzelversicherungsprämien. Eine Kasse mit dem Risiko der inneren Entsolidarisierung.

4. Konkordia

Prämien: 618 Millionen
Mitglieder: 530 188

Die Konkordia konnte dank Fusionen ihren Mitgliederbestand erhöhen. Relativ hohe Reserven und Rückstellungen dürften ihr erlauben, sich beim Kampf um gute Risiken zu beteiligen, auch wenn sie behauptet, dies nicht tun zu wollen. Auf gute Risiken zu verzichten ist für eine Kasse Selbstmord.

5. KFW

Prämien: 574 Millionen
Mitglieder: 481 260

Bei der KFW schliesst sich langsam die Kostenschere. 1990 wurde dank erhöhter Subventionen ein gutes Resultat erzielt. Ein um 14 Tage vorgezogener Abschluss verzerrt das Resultat etwas. Wachstum ist bei der harten Prämienkonkurrenz nach eigenen Angaben fast nur noch im Kollektivbereich möglich.

6. Krankenkasse KKB

Prämien: 743 Millionen
Mitglieder: 427 381

Das Mitgliederwachstum der KKB erklärt sich vor allem durch die Fusion mit der Caisse-maladie Fraternelle im Jahr 1990. Zwar sinken die Rückstellungen und Reserven im Vergleich zum Aufwand. Der Einnahmenüberschuss pro Versichertem sank 1991 massiv, konnte aber im Vergleich mit vielen anderen Kassen recht hoch gehalten werden.

7. Intras

Prämien: 341 Millionen
Mitglieder: 257 923

Diese Privatversicherungsgesellschaft angeschlossene Krankenkasse steht sehr gut da. Die Reserven und Rückstellungen sind sehr hoch. Der Einnahmenüberschuss pro Versichertem stieg 1991 im Gegensatz zu den meisten anderen Kassen so-

gar. Eine Kasse, die gegen den Strom schwimmt.

8. Oska

Prämien: 358 Millionen
Mitglieder: 254 432

Die vor allem in der Ostschweiz tätige Kasse kämpft massiv mit ihrem EDV-System. So klagt sie 1989 über Probleme im EDV-Bereich. Auch drei Jahre später ist das Problem nicht im Griff. Der Jahresbericht 1991 meldet wieder Schwierigkeiten. Trotz gewisser Verzerrungen sind die Rückstellungen und Reserven als recht hoch einzustufen. Seit 1993 ist diese Kasse mit der SBKK, Panorama und Zoku zur Swica zusammengeschlossen.

9. Krankenkasse KPT

Prämien: 311 Millionen
Mitglieder: 238 426

Diese geschlossene Kasse erzielte 1989 und 1990 sehr positive Rechnungsabschlüsse. Die Kasse besitzt eine gute Altersstruktur und gedenkt diese zu halten. 1991 wurde das Eintrittsalter auf 55 Jahre beschränkt. Die Kasse will sich dem Markt öffnen und sich an der Jagd auf gute Risiken beteiligen. Also kann sich bei ihr dann jedermann versichern.

10. SBKK

Prämien: 269 Millionen
Mitglieder: 229 044

Die Jahresrechnungen sind nur begrenzt vergleichbar. Transparenz wird nicht grossgeschrieben. Der Einnahmenüberschuss ist sehr gering, die Reserven und Rückstellungen sehr tief. Die hohe Anlagerendite lässt jedoch einige stille Reserven vermuten. Die SBKK ist ab diesem Jahr mit der Panorama, Oska und Zoku zur Swica zusammengeschlossen.

11. Evidenzia

Prämien: 342 Millionen
Mitglieder: 225 109

12. ÖKK

Mitglieder: 217 000

Die Evidenzia wurde erst 1990 durch die Fusion dreier Kassen gegründet. Die öffentlichen Krankenkassen der Schweiz (ÖKK) werden ab 1993 im Rahmen eines Franchising-Systems enger zusammenarbeiten. Für beide Kassen liegen noch keine entsprechenden Zahlen vor. Daher liessen sich keine Kennzahlen berechnen.

13. Supra

Prämien: 339 Millionen
Mitglieder: 194 359

Eine Kasse mit Mitgliederverlusten und in der Kostenschere. 1991 fiel ein Ausgabenüberschuss an. Die Reserven und Rückstellungen sinken im Vergleich zum Aufwand seit 1989 stetig. Einzig beim Verwaltungskostenschub liegt die Supra im Vergleich relativ gut.

14. Sanitas

Prämien: 207 Millionen
Mitglieder: 172 184

Die enorm gute Stellung der Kasse erklärt sich durch Zusammenarbeit mit den Privatversicherungen. Diese verkaufen Zusatzversicherungen, die Sanitas bietet die Grunddeckung an. Da Privatversicherungen nur für junge Leute finanziell interessant sind, hat sich die Sanitas einen Mitgliederbestand mit sehr tiefem Durchschnittsalter geschaffen. Dies führt zu hohem Mitgliederwachstum (Nummer zwei nach der Artisana) und zu Rückstellungen und Reserven in Rekordhöhe.

15. Artisana

Prämien: 181 Millionen
Mitglieder: 162 593

Die Wachstumsmeister sind in der Kostenschere. Allerdings erreichten sie auch 1991 noch einen Einnahmenüberschuss. Rückstellungen wurden aber aufgelöst. Die Artisana setzt mit ihrer Politik andere Kassen unter Druck. Eine Kasse, die das Krankenkassenwesen in Bewegung hält.

CASH, 8. 1. 93

Aerzte kassieren 500 Millionen zuviel

Nun will die Kartellkommission die Tarife der Mediziner knacken

Die Kartellkommission fordert mehr Wettbewerb unter den Schweizer Ärzten. Damit könnten jährlich mehr als 500 Millionen Franken eingespart werden.

Marc-André Giger

Mehr als 25 Milliarden Franken kostet uns das Gesundheitswesen jährlich. Davon gehen rund 5 Milliarden auf das Konto der Ärzte. Die werden nun, wenn es nach dem Willen der mächtigen Kartellkommission geht, in Zukunft kürzertreten müssen. Mehr Wettbewerb und ein Verbot kartellistischer Absprachen werden dazu führen, dass die Ärztekosten markant sinken.

Rund 10 Prozent oder 500 Millionen Franken könnten ab sofort jährlich eingespart werden. Dann näm-

lich, wenn die sogenannte Meistbegünstigungsklausel in den Tarifverträgen zwischen Kassen und Ärzten aufgehoben würde. Dies bedeutet, dass die Krankenkassen nicht mehr verpflichtet wären, jeden auch noch so teuren Arzt zu bezahlen. Langfristig, so meinen Experten, könnten die Ärztekosten auf diese Art gar um 15 bis 20 Prozent gesenkt werden.

Das dürfte auch auf die zahlreichen Einsteiger in den Arztberuf seine Wirkung haben: Die Erkenntnis, dass auch Ärzte das Geld nicht mehr so leicht verdienen, wird die Zahl der Studienabgänger reduzieren. Heute eröffnen jährlich netto 500 neue Mediziner eine Praxis. Jeder von ihnen möchte einen Umsatz von 300'000 bis 400'000 Franken erzielen. Halten sich die abtretenden und die neu anfangen-

den Ärzte die Waage, könnten also nochmals 150 bis 200 Millionen Franken eingespart werden.

Schliesslich ist klar: Die notorisch teuren Ärzte, also diejenigen, die regelmässig die kostspieligste Behandlungsmethode wählen, werden keine Chance mehr haben, mit einer Krankenkasse einen Tarifvertrag abzuschliessen. Der Direktor einer grossen schweizerischen Krankenkasse: «Ich würde alles unternehmen, damit die grössten Kassen nicht mehr mit den Luxusärzten zusammenarbeiten.»

Diese Kriegserklärung der Krankenkassen an die «Luxusärzte» wird sich auszahlen: Untersuchungen haben ergeben, dass die teuersten 10 Prozent der Mediziner rund 20 Prozent der Kosten verursachen.

Die Kartellkommission will ihre Vorschläge im Februar publizieren.

Bei den Krankenkassen freut man sich jetzt schon, dass die Meistbegünstigungsklausel bei den Ärzten fallen soll. «Die Vorschläge der Kartellkommission sind super, man sollte ihr ein Kränzchen winden», heisst es etwa. Oder: «Endlich wird das Ärztekartell geknackt, endlich können wir die uns genehmen Ärzte frei wählen.»

Eines ist bei aller Deregulierungseuphorie sicher: Kampflos werden die Ärzte ihr Kartell nicht preisgeben. François-Xavier Descheneaux, Generalsekretär der Verbindung der Schweizer Ärzte (FMH): «Der Machtkampf wird hart.»

Skalpell gegen Pfründen

Das Preiskartell der Schweizer Ärzte soll gesprengt werden

Die Kartellkommission verordnet den Schweizer Ärzten mehr Wettbewerb und weitgehende Aufhebung der geltenden kartellistischen Absprachen. Dank mehr Konkurrenz könnte das Gesundheitswesen schon bald rund 500 Millionen Franken billiger werden.

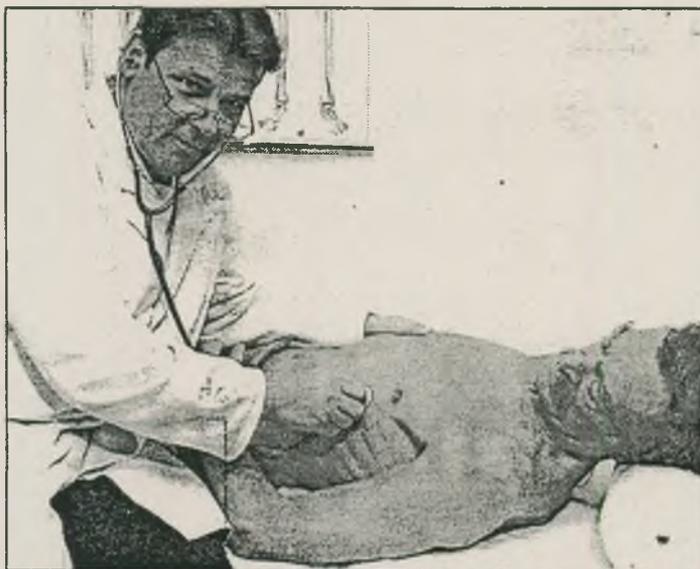
Marc-André Giger

Die Totalrevision der Krankenversicherung passierte den Ständerat im Dezember schlank und praktisch oppositionslos. Innert zwei Tagen wurde das revidierte Gesetz durchberaten und damit ein erster konkreter Schritt hin zu einer leistungs- und wettbewerbsorientierteren Gesundheitsversorgung gemacht.

Allerdings sind diese Liberalisierungsschritte zaghaft. Zu diesem Schluss kommt auch die Kartellkommission. Denn noch fehlt der echte Wettbewerb unter den Ärzten. Ein knochenhartes Kartell verbietet dies. Die Kartellkommission hat deshalb einen Bericht fertiggestellt, der zeigt, was mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen effektiv heissen könnte. Rechtzeitig, bevor die vorberatende Kommission des Nationalrats die Krankenversicherung unter die Lupe nimmt.

Obwohl die Kartellkommission vorgesehen hatte, ihre Untersuchung erst Anfang Februar zu publizieren, konnte CASI jetzt schon in Erfahrung bringen, zu welchen Schlüssen die Kartellkommission kommt. Um es vorwegzunehmen: Es sind bittere Pillen, welche insbesondere die Leistungsanbieter, also beispielsweise die Ärzte oder die Spitäler, zu schlucken haben werden.

Bei den Ärzten heisst dies konkret: Absprachen, sich gegenseitig nicht zu konkurrenzieren, das heisst, sich keine Patienten abzuja-



Die Kartellkommission will den Rollentausch: Die Tarife der Ärzte werden untersucht.

gen oder keine Werbung zu betreiben, sollen aufgehoben werden.

Heute gelten überall in der Schweiz fixe Tarife

Auch die sogenannte Meistbegünstigungsklausel soll fallen: Heute schreiben die kantonalen Ärztesellschaften für eine bestimmte Behandlung einen fixen Tarif vor, den jeder Arzt seinem Patienten beziehungsweise der Krankenkasse verrechnen kann – unabhängig davon, ob er eine gute oder eine schlechte Leistung erbringt.

Die Krankenkassen müssen also zurzeit die Leistungen aller Anbieter ohne Murren bezahlen. Neusollen sie die Möglichkeit haben, nur noch mit denjenigen Ärzten Verträge abzuschliessen, die gute Leistungen zu niederen Tarifen bieten. Die notorisch teuren Mediziner wür-

den, so die Einschätzung von Gesundheitsökonomen, ganz automatisch aus dem System eliminiert. Denn mit ihnen wird der grösste Teil der Kassen kaum neue Tarifverträge mehr aushandeln.

Dies würde zwar für den Versicherten bedeuten, dass die volle Wahlfreiheit des Arztes eingeschränkt würde. Tendenziell könnte er aber mit günstigeren Prämien rechnen. Experten im Gesundheitswesen erwarten allein aufgrund dieser Massnahme bei der Ärzteschaft Einsparungen der Arztkosten von rund 10 Prozent oder 500 Millionen Franken pro Jahr.

Doch einzusparen gäbe es, folgt man den Vorschlägen der Kartellkommission, noch einiges mehr – insbesondere in Fällen, in denen zwischen Spitalern und Krankenkassen keine Einigung über die Tarife zustande kommt. Heute legen die Kantone im Streitfall fest,

welche Spitaltarife zur Anwendung kommen, und dies offenbar in der Vergangenheit nicht zu ihren Ungunsten. Die Kartellkommission dazu: «Die Kantonsregierungen sind gewissermassen Richter in eigener Sache, da sie ein Interesse an möglichst geringer Belastung der öffentlichen Mittel und an möglichst hoher Belastung der Krankenkassen haben.»

Eine unabhängige Instanz soll die Tarife festlegen

Neu soll, bei einem vertragslosen Zustand, eine unabhängige Instanz über die neuen Tarife entscheiden – bestehend aus Versicherten, Kassen-, Spital- und Ärztevertretern wie auch Patientenorganisationen und Tarifexperten.

Ausserdem verlangt die Kartellkommission, dass der Bund die Kompetenz erhalten soll, «im Bereich der Spitzenmedizin die kantonale Spitalplanung zu koordinieren, soweit die Kantone diese Aufgabe nicht selbst in wirksamer Weise erfüllen, und für einen Abbau von Überkapazitäten zu sorgen». Teure High-Tech-Medizin und Computertomographen in jedem Regionalspital dürften dann wohl endgültig der Vergangenheit angehören.

Gute Aussichten also für den Patienten Gesundheitswesen, schlechte für die Ärzteschaft und die Spitäler. François-Xavier Descheneaux, Generalsekretär der Verbindung der Schweizer Ärzte (FMH), wiegelt indessen ab: «Die Schlussfolgerungen der Kartellkommission stellen vorläufig bloss eine Empfehlung dar.» Doch in der Vergangenheit zeigten Empfehlungen der Kartellkommission praktisch immer Wirkung. Mit Sicherheit dürfte die Nationalratsdebatte zur Krankenversicherungsrevision einen Zacken heftiger werden.

La loi du marché n'est pas le bon remède à l'explosion des coûts de la santé

En proposant que les caisses mettent les praticiens en concurrence, la Commission des cartels a jeté un pavé dans le débat sur la réforme de l'assurance maladie. Un tel système limiterait sérieusement le libre choix du médecin. Donnons-nous plutôt les moyens de comprendre les facteurs qui influencent les coûts.

Le projet de révision de la loi sur l'assurance maladie du Conseil fédéral est une solution de compromis avec quelques accents dirigistes récemment corrigés par le Conseil des Etats. Sa pièce maîtresse est l'instauration d'une meilleure solidarité bien que la compensation des risques entre caisses maladie soit limitée à dix ans. Les nouveaux axes de financement visent essentiellement à abaisser les primes des assurés dont les dépenses de santé dépassent un certain pourcentage de leur revenu. Les subsides aux caisses maladie selon le principe de l'arrosoir sont par contre abolis. Mais la maîtrise des coûts, elle, donne déjà lieu à un comportement schizophrénique.

D'un côté, les prestations obligatoirement à la charge des caisses maladie se voient élargies, en particulier dans le domaine de la prévention. La facture supplémentaire est estimée à 1 milliard 300 millions de francs et se solderait par un nouvel accroissement de la participation des assurés même si par ailleurs les primes diminuent.

De l'autre, un certain nombre de mesures de contrôle plus strictes sont proposées comme la planification hospitalière, la comptabilité analytique, l'établissement de statistiques sanitaires, ou une structure tarifaire valable pour toute la Suisse avec un contrôle de la qualité et du caractère économique du traitement. Le tarif proprement dit reste fidèle au principe de la convention négociée entre partenaires avec approbation du gouvernement cantonal. Mais l'élément clé, la régulation de l'offre et de la demande, est discrètement éludé.

Le gel des tarifs, si «les frais moyens par assuré et par année dans l'assurance de soins obligatoires augmentent au moins deux fois plus que la moyenne de l'évolution générale des prix et des salaires», ne saurait résoudre le problème. Plutôt que des blocages économiques sommaires que le Conseil des Etats critiquait lui-même sévèrement lorsque des arrêtés fédéraux urgents de même nature étaient en discussion au mois de décembre dernier, il se-

rait souhaitable de se doter enfin des structures et des moyens qui permettent de gérer le système de santé, d'analyser les causes profondes de ces augmentations et d'agir en connaissance de cause.

Dans ce contexte, la Commission des cartels est venue jeter le trouble dans la Commission du Conseil national chargée maintenant d'examiner ce projet. Mettant en cause les conventions tarifaires, elle entend stimuler la concurrence en permettant aux caisses maladie de signer librement des contrats avec les médecins de leur choix. Cela devrait à ses yeux contribuer à la maîtrise des coûts.

En dépit des tarifs conventionnels, il est notoire que certains médecins sont dispendieux et d'autres bon marché. Comme dans les entreprises de construction qui signent des contrats collectifs avec leur syndicats, la concurrence se

La possibilité pour les caisses maladie de conclure des contrats privilégiés n'aurait qu'une prise limitée sur ce type de comportement. Par contre des effets profondément pervers, voire des aberrations, seraient à craindre. Elles pourraient chercher à s'assurer la collaboration non seulement de médecins «avantageux», mais aussi dont la réputation serait susceptible d'ajouter un fleuron à leur blason. Cette création, non sans magouilles potentielles, de «médecins de caisse» instituerait de nouveaux monopoles indirects, le libre choix du médecin se trouvant discrètement relégué à celui de la caisse maladie seulement.

L'économie de la santé n'obéit pas aux lois du marché, parce que l'offre conditionne la demande davantage que dans les autres secteurs. Le coût annuel par assuré est effectivement pratiquement proportionnel à la densité médicale ou hospitalière. Il s'agit donc

Le coût annuel par assuré est pratiquement proportionnel à la densité médicale ou hospitalière. Il faut inverser ce processus en modulant l'offre en fonction de la demande et non le contraire

fait au niveau des coûts et de la qualité indépendamment des prix. Les différences s'expliquent largement par des approches diverses de la maladie inhérente à l'art médical. Par ailleurs un certain perfectionnisme, encouragé par les patients eux-mêmes, pousse à multiplier les examens et les actes médicaux pour ne pas passer à côté d'un diagnostic rare ou difficile plutôt que dans un but purement lucratif, l'un n'excluant bien entendu pas l'autre.

dans toute la mesure du possible d'inverser ce processus en modulant l'offre en fonction de la demande et non le contraire.

Pour ce faire, un système d'information cohérent est nécessaire. La statistique sanitaire que la loi entend mettre en place devrait être consacrée prioritairement à combler les insuffisances actuelles en confiant aux fournisseurs de soins et aux payeurs la responsabilité de gérer la part qui relève de leur compétence dans le respect de la protection des données, la coordination étant assurée par l'autorité politique. La mise en relation des diagnostics avec les actes médicaux, les soins infirmiers,

les prises en charge sociales nécessaires ainsi que leurs coûts, permet de définir de manière pertinente les besoins et d'établir un certain nombre d'indicateurs de référence.

Les causes de l'augmentation des coûts de santé pourraient être ainsi analysées en faisant la différence entre les divers facteurs susceptibles de l'influencer: vieillissement de la population, progrès médico-techniques, gestion inadéquate, multiplication injustifiée des prestations, impact de nouvelles prestations obligatoirement à la charge des caisses maladie, conjoncture économique, etc. De la sorte les négociations conventionnelles entre fournisseurs de soins, caisses maladie et autorités politiques pourraient être placées dans leurs véritables perspectives de partenaires sociaux. Surtout les différents acteurs du système de santé et en ultime recours la volonté populaire seraient amenés enfin à assumer leurs responsabilités respectives.

Il n'est plus possible de continuer à prendre des mesures sectorielles de bric et de broc dont les conséquences dépassent toujours les intentions initiales faute de moyens de gestion adéquats. Un dispositif d'information sanitaire performant est indispensable pour assurer la maîtrise des coûts et sortir de l'impasse, tout en maintenant un système social à caractère libéral, soit liberté du choix du médecin, de l'hôpital et du traitement. Les assurés n'admettront plus à l'avenir des augmentations de primes à contre-courant de l'économie générale et dont la justification leur échappe.

YVES GUISSAN

Les titres et sous-titres sont rédigés par la rédaction. La responsabilité n'en incombe pas aux auteurs.