

Rezepte für Reformen im Gesundheitswesen = Aide à l'élaboration de réformes dans le secteur de la santé

Autor(en): **Casanova, Brigitte**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Physioactive**

Band (Jahr): **45 (2009)**

Heft 5

PDF erstellt am: **11.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-928841>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Rezepte für Reformen im Gesundheitswesen

Aide à l'élaboration de réformes dans le secteur de la santé

BRIGITTE CASANOVA

Wie dem «Reformstau im Gesundheitswesen» beizukommen sei, dies war die Frage an einer interessanten gesundheitspolitischen Tagung in Bern. Die meisten Akteure waren sich einig, dass der Risikoausgleich unter den Versicherern verbessert werden muss. Weitere wichtige Stichworte waren Integrierte Versorgung, Qualitätsmessungen und Effizienzsteigerung.

Am 4. Juni 2009 wurde in Bern eine Kurztagung der Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik sggp zum Thema «Reformstau im Gesundheitswesen» abgehalten, bei der viele wichtige Akteure aus dem Gesundheitswesen zu

Comment sortir de «l'enlisement des réformes dans le secteur de la santé»? Cette question était au centre de la conférence organisée à Berne autour de problèmes relatifs à la politique de la santé. La plupart des acteurs ont convenu de la nécessité d'une meilleure compensation des risques entre les assureurs. On a également discuté des réseaux de soins intégrés, de l'évaluation de la qualité et de l'augmentation de la rentabilité.

Une conférence de la Société suisse pour la politique de la santé (ssps) s'est tenue à Berne le 4 juin 2009 sur le thème de l'enlisement des réformes dans le secteur de la santé. De nombreux acteurs importants de ce secteur s'y sont exprimés. La direction que doivent prendre les réformes n'a finalement pas fait l'objet de si nombreuses divergences. Cet article résume quelques points de vue représentatifs.

Positions figées ou «tabous»

«Depuis que la deuxième révision de la LAMal a été torpillée au Conseil national en 2003, aucun progrès notable n'a été réalisé en matière de politique de la santé.» C'est l'analyse que Peter Fischer, PDG du groupe d'assurance Visana, fait de l'enlisement des réformes. «Les acteurs de notre marché de la santé campent sur leurs positions avec un entêtement qui empêche tout progrès.» Peter Fischer n'a pas été tendre envers ces acteurs: les Chambres ne sont pas prêtes à prendre des mesures énergiques, on retire sans vergogne aux médecins et aux pharmaciens toute possibilité de réaliser des économies et les directeurs de la santé sont plus préoccupés par leur réélection que par la question des primes. Selon lui, on ne peut guère attendre d'aide de la part des lobbies. On remarque en outre une véritable mentalité de consommateurs chez les patients.



«Reformstau im Gesundheitswesen» | «l'enlisement des réformes dans le secteur de la santé» Foto/Photo: Photocase

Wort kamen. In welche Richtung Reformen gehen müssten, darüber herrschte gar nicht so viel Uneinigkeit. Stellvertretend seien im Folgenden einige Ansichten wiedergegeben.

Zementierte Positionen oder «Tabus»

«Seit die zweite Revision des KVG 2003 im Nationalrat torpediert wurde, kommen wir in der Gesundheitspolitik substanzial nicht weiter.» So lautete die Analyse von Peter Fischer, CEO der Visana-Versicherungsgruppe, zum Reformstau. «Das Verharren und Beharren der Player in unserem Gesundheitsmarkt auf ihren zementierten Positionen verunmöglicht weitergehende Schritte.» Fischer ging mit den Akteuren im Gesundheitswesen hart ins Gericht: Den Räten fehle der Wille zu einschneidenden Massnahmen, Ärzte und Pharma würden schamlos alle Sparmöglichkeiten bekämpfen und den Gesundheitsdirektoren sei die Wiederwahl wichtiger als die Prämien. Dass von den Lobbying-Gruppen ein Beitrag komme, so Fischer, könne kaum erwartet werden. Zudem sei bei den Patienten eine eigentliche Konsummentalität zu spüren.

Jacques de Haller, Präsident der FMH, bestätigte, dass es für die Schweizer ÄrztInnen einige «Tabus» gebe, über die nicht verhandelt werden könne, wie zum Beispiel die freie Gestaltung des Arzt-Patienten-Verhältnisses, eine hoch stehende Versorgung mit Zugang für alle oder angemessene Arbeitsbedingungen. Seine Tabus zu offenbaren – welche übrigens alle Akteure hätten – lasse aber gleichzeitig auch die verhandelbaren Punkte sichtbar werden; dies sei wichtig, um in der blockierten Situation weiterzukommen.

Ungenügender Risikoausgleich unter den Versicherern

Peter Fischer nahm als Kassenchef auch die Versicherer in die Pflicht: Sie hätten ihre Rolle als «Treuhänder der Prämienzahler» vernachlässigt, dabei seien sie die einzigen, welche die unbeliebte Aufgabe der «Gesundheitspolizei» übernehmen könnten. Es fehle dazu aber auch an den gesetzlichen Rahmenbedingungen, wie zum Beispiel einem echten Risikoausgleich unter den Kassen.

Damit ging er mit Bernhard Wegmüller einig, dem Direktor von Hplus, der Vereinigung der Schweizer Spitäler: Ein echter Risikoausgleich unter den Versicherungen ist für ihn die wichtigste Voraussetzung für eine Gesundheitsreform, damit sich die Versicherungen auf die effiziente Behandlung der teuren Patienten statt auf die Selektion junger Gesunder fokussieren.

Jacques de Haller, président de la FMH, a confirmé qu'il existe bien certains «tabous» pour les médecins suisses, au sujet desquels la discussion est impossible, comme le libre choix du rapport médecin-patient, une couverture élevée avec accès pour tous ou des conditions de travail adéquates. Formuler explicitement ces tabous – partagés du reste par tous les acteurs – permettrait en même temps de clarifier les points négociables; c'est important pour que l'on puisse sortir de cette impasse.

Une compensation des risques insuffisante entre les assureurs

En tant que directeur d'une caisse-maladie, Peter Fischer a également rappelé les assureurs à l'ordre: ceux-ci auraient négligé leur rôle d'«administrateurs des payeurs de primes», et pourtant ce sont les seuls à pouvoir assumer la fonction impopulaire de police de la santé. Le cadre juridique est également insuffisant, il n'existe ainsi pas de véritable compensation des risques entre les caisses.

Sur ce point il est d'accord avec Bernhard Wegmüller, directeur de H+, l'association des hôpitaux suisses: une véritable compensation des risques entre les assureurs constitue la condition la plus importante pour qu'une réforme de la santé puisse avoir lieu. Il s'agit de faire en sorte que les assurances s'attachent à couvrir efficacement les patients qui coûtent le plus d'argent au lieu de sélectionner les personnes jeunes et en bonne santé.

Peter Fischer propose les recettes suivantes pour sortir de cette crise: soutenir la médecine de premier recours grâce un système national de gate-keeper, passer à un financement hospitalier moniste¹ et diminuer le prix des médicaments.

Des réseaux de soins intégrés

«Le problème actuel est un problème d'assurance et non de coût de la santé», prétend Bernhard Wegmüller. Le fait que les frais de santé continuent d'augmenter constitue un avantage pour les citoyennes et les citoyens. Il n'existe pas de niveau «correct» des dépenses de santé, mesurable en fonction du produit intérieur brut; ces dépenses peuvent se situer autour de 10, 15 ou 20%.

Bernhard Wegmüller propose des mesures efficaces, à court et à long terme, pour améliorer la situation dans le secteur de la santé: il est possible de réaliser des économies à court terme en ajustant le prix des médicaments, moyens et appareils ainsi que de leurs importations parallèles. Selon lui, une réforme en profondeur devrait non seulement inclure

¹ Actuellement, les hôpitaux publics ont deux sources de financement: les cantons et les assurances.

Peter Fischers weitere Rezepte aus der Misere lauteten wie folgt: Förderung der Hausarztmedizin durch ein landesweites Gatekeeper-System, Übergang zum Monismus¹ bei der Spitalfinanzierung und die Senkung der Medikamentenpreise.

Eine integrierte Versorgung

«Das aktuelle Problem ist ein Versicherungsproblem, nicht der Gesundheitskosten», diese Ansicht vertrat Bernhard Wegmüller. Dass die Gesundheitskosten weiter steigen, sei zum Vorteil der Bürgerinnen und Bürger. Es gebe keine «richtige» Höhe der Gesundheitsausgaben gemessen am Bruttoinlandprodukt, diese könne bei 10, 15 oder 20 Prozent liegen.

Bernhard Wegmüller schlug kurzfristig und längerfristig wirkende Massnahmen vor, um die Situation im Gesundheitswesen zu verbessern:

Kurzfristige Kosteneinsparungen seien durch Anpassungen bei den Preisen für Medikamente, Mittel und Geräte sowie deren Parallelimporte umsetzbar.

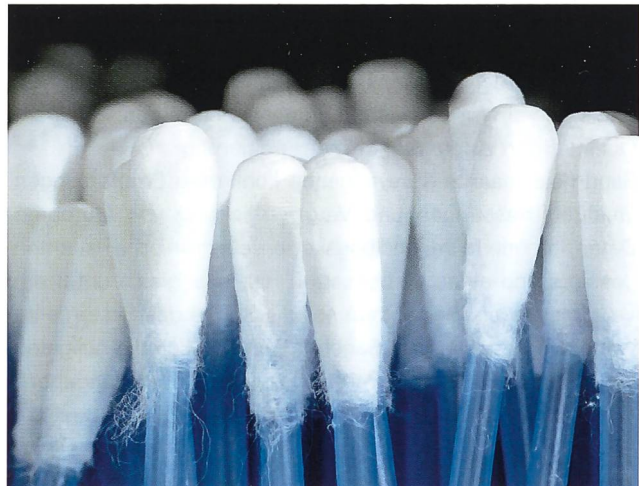
Zu einer grundlegenden Reform gehört laut Wegmüller neben dem verbesserten Risikoausgleich unter den Versicherten das Belohnen von Effizienz bei den Leistungserbringern und Versicherungen. Dies sei der Fall bei den Fallpauschalen SwissDRG, aber auch bei der integrierten Versorgung. Insbesondere die Betreuung Chronischkranker (Diabetes, HKK, HIV) könne optimiert werden. Mit dieser Ansicht stand Wegmüller nicht alleine da, auch Heidi Hanselmann, Regierungsrätin Kanton St. Gallen, plädierte für Managed-Care-Modelle, weil damit substantielle Einsparungen erzielt werden können. Sie vertrat damit auch die Position der Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK.

Den Patientennutzen verbessern

Reformen müssten vor allem den Patientennutzen verbessern. Auf diesen Punkt wies Rainer Sandmeier hin², der stellvertretende Generalsekretär von Interpharma, dem Verband der forschenden pharmazeutischen Firmen der Schweiz. «Einsparungen» über verwehrten Zugang zu Gesundheitsleistungen und Kostenverlagerung führten hingegen längerfristig zu Mehrkosten. Nicht vergessen werden dürfe, dass eine gesunde Wohnbevölkerung weniger koste als eine kranke. Die heutigen Versicherer jedoch, so Sandmeier, setzen auf Selektion guter Risiken, restriktiver Leistung und Kostenverlagerung. Versicherer der Zukunft werden sich bewusst sein, dass sie nur prosperieren, wenn die Gesundheit der Versicherten verbessert wird.

¹ Im Moment werden die öffentlichen Spitäler dualistisch finanziert, durch die Kantone und die Versicherungen.

² Sandmeier stützte sich dabei auf das Buch von Michael E. Porter «Redefining Health Care», welches in den USA grosse Aufmerksamkeit erregt hat.



Managed-Care-Modelle können substantielle Einsparungen erzielen. | Les modèles de Managed Care permettent de réaliser des économies considérables. Foto/Photo: Photocase

une meilleure compensation des risques entre assureurs mais aussi récompenser les prestataires de services et les assurances efficaces. C'est ce qui se passe avec le système de forfaits par cas SwissDRG, mais aussi avec les réseaux de soins intégrés. La prise en charge des maladies chroniques (diabète, maladies cardio-vasculaires, VIH) pourrait être optimisée. Bernhard Wegmüller n'était pas le seul à défendre cette position: Heidi Hanselmann, conseillère d'État du canton de St. Gallen, a elle aussi plaidé en faveur de modèles de Managed care car ceux-ci permettraient de réaliser des économies considérables. Elle représentait aussi la position de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS).

Mieux répondre aux besoins des patients

Les réformes doivent surtout viser une meilleure prise en compte des besoins des patients. C'est un point qu'a souligné Rainer Sandmeier², secrétaire général adjoint d'Interpharma, l'association des entreprises pharmaceutiques suisses pratiquant la recherche. Réaliser des «économies» en interdisant l'accès aux prestations de santé et en déplaçant les coûts entraîne, au contraire, une augmentation des coûts sur le long terme. Il ne faut pas oublier qu'une population résidente en bonne santé coûte moins cher qu'une population malade. Or les assureurs actuels misent sur la sélection des bons risques, sur des prestations restrictives et sur le transfert des coûts. À l'avenir, les assureurs prendront conscience du fait qu'ils ne réaliseront des bénéfices que si les assurés sont en meilleure santé.

² Sandmeier s'est appuyé sur le livre de Michael E. Porter «Redefining Health Care», qui a suscité un fort intérêt aux États-Unis.

Diese Überlegungen führten Sandmeier zum Gedanken des nutzenorientierten Wettbewerbs, wie ihn Elizabeth Olmsted Teisberg für die Schweiz beschrieben hat³: Der Wettbewerb muss sich am medizinischen Ergebnis orientieren, eine hohe Qualität führt zu grosser Effizienzsteigerung.

Sandmeier nannte dazu folgende konkreten Empfehlungen: Qualitätsmessungen und Veröffentlichung von Outcome-Daten, integrierte Behandlungsketten, elektronische Patientendossiers und einen verbesserten Risikoausgleich unter den Versicherungen. Bei all dem soll die Stärke des Systems bewahrt werden. Dies, so Sandberg, ist nämlich die obligatorische Grundversicherung mit dem guten Leistungsangebot. |

Brigitte Casanova
Redaktion physioactive

Ces réflexions ont amené Rainer Sandmeier à l'idée d'une concurrence axée sur les besoins, comme l'a décrite Elizabeth Olmsted Teisberg pour la Suisse³: la concurrence doit s'orienter en fonction du résultat médical; une grande qualité a pour conséquence une hausse de la rentabilité.

A cet égard, Rainer Sandmeier a formulé des recommandations concrètes: évaluations de la qualité et publication des résultats, chaînes de soins intégrées, informatisation des dossiers des patients et meilleure compensation des risques entre les assureurs. Tout ceci devrait permettre de renforcer le système. Il s'agit effectivement, note Rainer Sandmeier, de l'assurance de base obligatoire proposant une offre de services adéquate. |

Brigitte Casanova
redaction physioactive

³ Elizabeth Olmsted Teisberg (2008): Nutzenorientierter Wettbewerb im schweizerischen Gesundheitswesen: Möglichkeiten und Chancen. Internet: www.interpharma.ch

³ Elizabeth Olmsted Teisberg (2008): Nutzenorientierter Wettbewerb im schweizerischen Gesundheitswesen: Möglichkeiten und Chancen. Internet: www.interpharma.ch

Galileo

Das andere Vibrationstraining

(weltweites Patent)

Galileo arbeitet mit **seitenalternierenden** Vibrationen. Die Schwingungen übertragen sich über Muskelketten von den Beinen über das Becken auf den Oberkörper. Dadurch ist auch ein Trainingseffekt für den Stützapparat des Rumpfes gegeben.

- Keine unangenehmen Vibrationen im Kopf
- Entwickelt aufgrund langjähriger Studien
- Stufenlos einstellbare Amplitude der Vibration, d.h. der Trainingsintensität
- Wirksamkeit durch zahlreiche Studien belegt

Kurs: 28. November 2009 in Zürich

REMEDA GmbH info@remeda.ch
Brahmsstrasse 18 www.galileo-schweiz.ch
8003 Zürich
Telefon 044 491 30 27 Fax 044 401 10 32