

Morbidität, Leistung und Kosten

Der kostenneutrale Wechsel von den kantonalen Arztтарifen auf die Tarifstruktur TARMED steht vor dem Abschluss. Die Aufgabe der vertragskonformen Steuerung hat allen Beteiligten ein grosses Mass an Einsatz und Sorgfalt abgefordert. Die Situation am Ende der Einführungsphase ist nicht in allen Teilen befriedigend. Die grossen Differenzen in der Ausgangslage der verschiedenen Kantone zeigen sich nun deutlich, z.T. sogar verstärkt in den viel zu grossen Differenzen bei den Taxpunkten. Je nach Ausmass der Kompensationsvolumen wird uns die Phase bis Ende 2005 vor zusätzliche Probleme stellen.

Was gibt es aus der Kostenneutralitätsphase an Positivem zu vermerken?

Ärzeschaft und santésuisse haben gezeigt, dass auch schwierige Projekte in einem schwierigen Umfeld korrekt und entsprechend den geschlossenen Verträgen gelöst werden können. Durch den Einbezug von Daten der Ärzte und der Versicherer (die beide ihre unterschiedlichen Stärken und Schwächen aufweisen) ist es gelungen zusammenzuarbeiten. Dies bedeutet: Offenlegen der Daten, Analyse und Fehlersuche in gegenseitigem Respekt und anschliessend Umsetzen der Erkenntnisse in die richtigen Steuerungsentscheide. Während der Kostenneutralität – eine Phase von 18 Monaten – konnte auf ein empirisches, vertraglich festgelegtes Zielvolumen abgestützt werden. Für die zukünftige Entwicklung und die Herausforderungen des Gesundheitswesens ist dieser Ansatz jedoch untauglich.

Die Prognosen bezüglich künftiger gesundheitspolitischer und gesundheitsökonomischer Probleme sehen eine Zunahme vieler kostenrelevanter Probleme voraus. Neben einer starken Zunahme der älteren Menschen mit einer Zunahme an Herz-Kreislauf-Krankheiten, Demenzkrankheiten und Erkrankungen des Bewegungsapparates erwarten wir zum Beispiel eine starke Zunahme der Diabetiker oder von Lungenkarzinomen bei Frauen. Im Gesundheitswesen also allein die Kosten zu betrachten genügt nicht. Dies um so mehr, als der finanzielle Druck ständig zunimmt.

Was dann?

Zwei Lösungsansätze stehen zur Zeit im Vordergrund:

Morbiditätsbasierter Risikoausgleich

Der heutige Risikoausgleich fördert und fordert die Risikoselektion bei allen Akteuren, also sowohl bei den Versicherern (Stichwort: Billigkassen) als auch bei den Leistungserbringern (Stichwort: Patientenselektion). Für die freipraktizierenden Ärzte manifestiert sich das Problem beispielsweise angesichts der Kontrollen, die sich auf die berühmt-berüchtigten Statistiken von santésuisse abstützen: «Welche Kundschaft rechtfertigt welche Kosten?» lautet die Frage. Gemeinsam mit den Versicherern sollten wir uns aber vermehrt um diejenigen Patienten kümmern, die medizinisch und finanziell eine besonders grosse Herausforderung darstellen.

Mit einer Änderung des zur Zeit verwendeten Risikoausgleichs, der neben den Kosten auch die unterschiedliche Morbidität der Versicherten und kosten-trächtigen Krankheiten im ambulanten Bereich und im Spital erfassen wird, erhalten Leistungserbringer und Versicherer die notwendigen Anreize, hier für eine optimale Behandlung zu sorgen und wo nötig zusammenzuarbeiten. Ein Risikoausgleich, der den Gesundheitszustand der Patienten mit einbezieht, wird zu einem Paradigmenwechsel bei den Versicherern führen und die sich abzeichnende Risikoselektion bei den Ärzten stoppen.

Leistungs- und Kostenvereinbarung

G7 und santésuisse haben zusammen eine Vereinbarung erarbeitet, welche längerfristig die partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Versicherern im Bereich der Kostensteuerung regelt.

Konkret: Gemeinsam – und abgestützt auf solide Daten! – soll regelmässig der Bereich definiert werden, innerhalb dessen die Kosten ansteigen dürfen. Dabei gilt es jeweils eine ganze Reihe von verschiedenen Faktoren zu berücksichtigen. So zum Beispiel Veränderungen in der Demographie, der Nachfragestruktur und dem Leistungskatalog oder aber gezielte Eingriffe in die Angebotsstruktur.

Zusätzlich soll mittelfristig eine gezielte Konvergenz der Leistungsvergütung verfolgt werden, sollen die kantonalen Unterschiede bei den Taxpunktwerten also kleiner werden, wobei das Abrechnungsverhalten zu berücksichtigen ist.

Für die Beurteilung dieser Faktoren, welche neben den Kosten nun ganz klar – endlich! – auch Leistungs- und Nachfragefaktoren (Morbidität) berücksichtigen, sehen die Parteien vor, dass die Daten beider Seiten in die Berechnungen einfließen sollen. Damit soll erreicht werden, dass sich das Gesundheitswesen – vorerst im Bereich der niedergelassenen Ärzte – den sich wandelnden Problemstellungen entsprechend entwickeln kann.

Zu bemerken und zu begrüssen ist insbesondere die Tatsache, dass die politischen Behörden die angestrebten Lösungsansätze sehr zu begrüssen scheinen, was ihre Chance, schnell realisiert zu werden, natürlich erhöht.

Fazit

Beide Instrumente führen weg von einer reinen Kostenbetrachtung, hin zu einer Fokussierung auf die grossen kostenträchtigen Gesundheitsprobleme, welche weder Versicherer noch Leistungserbringer allein lösen können. Zusammen bewirken ein morbiditätsabhängiger Risikoausgleich und eine leistungsabhängige Kostensteuerung, dass Versicherer und Leistungserbringer endlich von den gleichen Problemen sprechen – und damit auch gemeinsam Lösungen finden können.

Jacques de Haller, Präsident FMH
Andreas Haefeli, Präsident G7

Morbidité, prestations et coûts

Le passage, neutre en termes de coûts, des tarifs médicaux cantonaux à la structure tarifaire TARMED, est en train de s'achever. La tâche de pilotage, effectuée conformément aux conventions, a exigé de tous les participants un engagement et une attention exceptionnelles. A la fin de la phase d'introduction, la situation n'est pas satisfaisante dans tous les domaines. Les divergences importantes observées initialement entre les divers cantons se révèlent désormais avec encore plus d'acuité dans des différences beaucoup trop grandes de valeur du point. Et selon la dimension des volumes de compensation, la phase d'ici à fin 2005 devrait nous amener à faire face à de nouveaux problèmes.

Que peut-on trouver de positif dans le bilan de la phase de neutralité des coûts?

Le corps médical et santésuisse ont montré que des projets difficiles, dans un contexte difficile lui aussi, pouvaient être résolus correctement selon les conventions conclues. La prise en compte des données tant des médecins que des assureurs (qui présentent toutes deux leurs forces et faiblesses) a permis d'aboutir à une bonne collaboration. Cela revient à dire que la communication des données, leur analyse, et la recherche des erreurs se sont faites dans un respect mutuel pour parvenir, sur la base des résultats obtenus, à de bonnes prises de décision en matière de pilotage. Pendant les dix-huit mois de la phase de neutralité des coûts, on a pu s'appuyer sur des volumes de coûts empiriques, définis par convention. Ce mode de faire ne saurait néanmoins convenir au futur développement de la santé publique ni aux défis que le système de santé devra relever.

Par rapport aux questions qui se posent sur le plan de la politique et de l'économie de la santé, on s'attend à voir augmenter de nombreux problèmes ayant une incidence négative sur les coûts. Outre le fort vieillissement de la population et l'accroissement des troubles cardiovasculaires, des diverses formes de démence et des maladies de l'appareil locomoteur, on prévoit aussi, entre autres, une augmentation importante du diabète, et des cancers pulmonaires chez la femme. Dans ces circonstances, une gestion du système de santé qui ne prendrait en considération que les coûts ne serait pas suffisante, d'autant que la pression financière va manifestement continuer à augmenter.

Que faut-il donc faire?

Deux types de solution sont à bout touchant, actuellement:

La compensation des risques fondée sur la morbidité

Le système actuel de compensation des risques contraint et encourage tous les protagonistes de la santé à pratiquer la sélection des risques, aussi bien les assureurs (voir les caisses bon marché) que les fournisseurs de prestations (risques de sélection des patients). Pour les médecins en pratique privée, le problème se pose par exemple dans l'optique des contrôles basés sur les fameuses «statisti-

ques de santésuisse»: quels coûts sont-ils justifiés par quelle clientèle? Nous devrions donc, avec les assureurs, nous préoccuper davantage des patients qui représentent un défi médical et financier particulièrement important.

En modifiant la compensation des risques de façon à tenir compte, à part des coûts eux-mêmes, des morbidités différentes présentées par les assurés et des maladies les plus coûteuses dans le domaine ambulatoire et hospitalier, on incitera les fournisseurs de prestations et les assureurs à optimiser les traitements médicaux et à collaborer lorsque cela s'avère nécessaire. Une compensation des risques qui englobe l'état de santé du patient conduira à un changement de paradigme chez les assureurs et pourra arrêter les signes avant-coureurs, chez les médecins, de sélection des risques.

Contrat sur les prestations et les coûts

Le G7 et santésuisse ont travaillé ensemble sur un contrat qui, à long terme, soit apte à régler le partenariat entre le corps médical et les assureurs dans le domaine du pilotage des coûts.

Concrètement, il faut agir ensemble – sur la base de données solides – et définir périodiquement dans quelle mesure une augmentation des coûts sera admissible. Pour ce faire, il s'agit de prendre en compte une foule de différents facteurs. Citons notamment les changements touchant la démographie, la structure de la demande et le catalogue des prestations, ou alors les interventions ciblées qui affectent la structure de l'offre.

De plus, il s'agira à moyen terme d'obtenir une certaine convergence dans la valeur reconnue aux diverses prestations, et donc de réduire les différences cantonales de valeur du point tarifaire, non sans tenir compte des diverses manières de facturer.

Pour l'appréciation de ces facteurs, qui (enfin!) contiennent maintenant, hormis les coûts, des facteurs de prestations et de demande (morbidité) clairement exprimés, les parties ont prévu que les données des uns et des autres devront toutes deux figurer dans les calculs. On devrait ainsi voir le domaine de la santé publique, chez les médecins libres praticiens dans un premier temps, pouvoir se développer selon l'évolution réelle des problèmes en présence.

A noter que les autorités politiques semblent vivement appuyer les solutions envisagées, ce qui accroît encore leurs chances d'aboutir rapidement.

Conclusion

Les deux instruments évoqués ci-dessus s'éloignent d'une simple considération des coûts pour se concentrer sur les problèmes de santé les plus importants et les plus coûteux, qui ne sauraient être résolus par les seuls assureurs ou les seuls fournisseurs de prestations. Grâce à une compensation des risques fondée sur la morbidité, alliée à un pilotage des coûts découlant des prestations, assureurs et médecins pourront enfin parler des mêmes problèmes et trouver ainsi des solutions communes.

*Jacques de Haller, président de la FMH
Andreas Haefeli, président du G7*