

Pour des raisons évidentes, les prises de position vont certainement se succéder à un rythme accéléré alors que se rapproche le scrutin sur l'initiative pour une caisse-maladie unique; le texte ci-après qui nous est parvenu de l'Union des médecins indépendants, constitue un premier regard sur la question.

Il faut cependant relever que la FMH elle-même, par la voix de sa Chambre médicale, se prononcera à ce sujet lors de sa séance du 15 décembre prochain – prise de position à qui bien sûr le Bulletin des médecins suisses fera une place particulière le moment venu.

La rédaction

Stellungnahme der VUA zur Initiative zur Einführung einer Einheitskasse

Christian Jordi, Gian Bischoff
Vorstandsmitglieder VUA

Résumé voir page suivante

Die VUA unterstützt die Initiative zur Einführung einer sozial finanzierten Einheitskrankenkasse und macht dafür folgende Argumente geltend:

Der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen behindert effiziente Versorgungsmodelle

Das Anwerben guter Risiken ist der wirksamste Kostenvorteil im Krankenkassenwettbewerb:

Etwa 30% aller Leistungsausgaben entfallen auf die teuersten 1% der Versicherten und etwa 80% aller Leistungsausgaben auf 10% der Versicherten.

Ein noch so ausgefeilter Risikoausgleich wird eine Tatsache nicht aus der Welt schaffen: Um alte, chronisch kranke Menschen wird kein Wettbewerb stattfinden, denn sie werden von einander konkurrenzierenden Kassen in erster Linie als «riskante Kostenfaktoren» wahrgenommen.

Durch einen verbesserten Risikoausgleich die Jagd nach «guten Risiken» zu begrenzen ist das eine; den «schlechten Risiken» aber tatsächlich integrierte und qualitativ hochstehende Behandlungsnetze anzubieten ist das andere. Denn solche Versorgungsstrukturen wären zwangsläufig kostenintensiv. Und je besser sie wären, um so grösser wäre das Risiko, teure Patienten anderer Kassen und Ärztenetzwerke anzulocken. In Deutschland kommt eine Studie des Sachverständigenrates zum Schluss, dass die Krankenkassen die in Modellstudien gewonnenen Erkenntnisse über die Verbesserung der Versorgung «oftmals nicht, verzögert oder partiell transparent gemacht [haben], um sich Wettbewerbsvorteile gegenüber anderen Leistungsanbietern und Kostenträgern zu sichern» [1]. Aus denselben Wettbewerbsgründen haben die Krankenkassen auch kein genuines Interesse an Primärprävention – abgesehen von publikumswirksamen Marketingstrategien (Stichworte Fitness und Wellness), die sich wiederum an «gute Ri-

siken» wenden. Bei kostenintensiveren primärpräventiven Strategien wäre zu unsicher, ob der gesundheitliche Benefit nicht bei einem Kassenwechsel der Konkurrenz zugute kommt. Der Gesundheitsökonom Thomas Gerlinger folgert deshalb: «Der Kassenwettbewerb etabliert also offenkundig ein Anreizsystem, das die Entwicklung und Diffusion effizienter Versorgungsmodelle eher behindert als fördert» [2].

Die Einheitskasse begünstigt die flächendeckende Integration der Behandlungskette (Managed-Care-Modelle)

Einzelne konkurrenzierende Krankenkassen gehen rein betriebswirtschaftlich und finanzorientiert vor, kurzfristige Kostenminimierung ist dabei wichtiger als Ergebnisqualität und medizinischer Sachverstand. Das Outcome ist deshalb von untergeordnetem Interesse, weil Kosten zur Konkurrenz abgeschoben werden können oder anderswo zu Buche schlagen (IV, Erwerbsausfallversicherungen, Sozialausgaben).

Eine Einheitskrankenkasse hätte hingegen ein genuines Interesse an einer effizienten Integration der gesamten Behandlungskette und an einer Kultur der wissenschaftlichen Ergebnismessung. Eine einheitliche Zahlungsstelle würde die flächendeckende Einführung von Managed-Care-Modellen («Zuerst zum Hausarzt») erleichtern.

Eine Einheitskrankenkasse hätte ein genuines Interesse an präventivmedizinischen Programmen (v. a. verhältnispräventiver, nicht bloss verhaltenspräventiver Art), zu denen die Anreize im jetzigen System aus wettbewerbsimmanenten Gründen fehlen.

Die Einheitskasse hat ein Interesse an bestmöglicher medizinischer Versorgung der Patienten

Während konkurrenzierende Krankenkassen primär ein Interesse an jungen, gesunden Patienten haben und diese, sobald sie alt und krank wer-

Korrespondenzen:

Dr. med. Christian Jordi
Albisriederplatz 10
CH-8040 Zürich
Tel. 044 496 90 00

Dr. med. Gian Bischoff
Zweierstrasse 195
CH-8003 Zürich
Tel. 044 462 02 21

den, am liebsten wieder loswerden wollen, entfällt dieses Interesse für die Einheitskasse, da sie die ganze Bevölkerung versichern muss. Dafür hat letztere ein grosses Interesse an der langfristigen Gesunderhaltung ihrer Patienten und damit an einer nicht auf kurzfristige Symptomlinderung, sondern langfristige Heilung und Prävention ausgerichteten Medizin. Die Einheitskasse hat deshalb ein grosses Interesse an einer guten, d.h. nachhaltigen medizinischen Versorgung ihrer Mitglieder. Für ein solches Interesse fehlen hingegen im jetzigen System aus wettbewerbsimmanenten Gründen die Anreize. Ein guter Patient im heutigen System ist ein Patient, der wenig kostet, unabhängig von seiner Gesundheit; ein guter Patient im System der Einheitskasse ist ein Patient, der gesund bleibt (und dadurch wenig kostet).

Die Einheitskasse ist wirtschaftlicher, zweckmässiger und sozialer

Die sich konkurrenzierenden Krankenkassen haben einen jährlichen Administrationsaufwand von 850 Millionen Franken. Eine Einheitskrankenkasse könnte viele Kosten optimieren, indem keine Werbe-, Abwerbe- und Kassenwechselkosten mehr entstünden. Es gäbe nur einen Leistungskatalog für alle und damit eine relativ günstige Grundprämie. Wer mehr Leistungen integrieren möchte, könnte sich dafür weiterhin privat versichern.

Zwei Drittel der Kosten im Gesundheitswesen werden von den Haushalten bezahlt, der grösste Teil davon über Kopfprämien (d.h. Krankenkassenprämien, die unabhängig vom Einkommen für alle gleich hoch sind), die für immer breitere Schichten nahezu unbezahlbar geworden sind.

Die Einheitskasse greift nun ein altes Postulat eines sozialen und gerechten Gesundheitswesens auf: die Finanzierung der Krankenkassenprämien entsprechend dem Einkommen. Dies wäre administrativ einfach als Abzug auf der Grundlage des steuerbaren Einkommens bzw. Vermögens realisierbar, während andererseits der administrative Aufwand der Prämienverbilligungen, der von den Kantonen erbracht wird, entfällt.

Lieber eine öffentliche Einheitskasse mit Mitbestimmung als Ausgeliefertsein an ein paar KK-Elefanten

Der Konzentrationsprozess der Krankenkassen ist unaufhaltsam, 1990 waren 250 Kassen schweizweit aktiv, zur Zeit sind es nur noch 25. Gerade eben ging die «Elefantenhochzeit» zwischen Concordia und KPT durch die Presse. Hier zeichnet sich eine ganz andere «Einheits-

Comment l'Union des médecins indépendants voit la caisse unique

La concurrence entre les caisses établit un système d'incitations qui empêche la création de modèles plus efficaces d'assistance. En effet, plus les structures d'assistance sont performantes, plus le risque est grand d'attirer des patients demandant des prises en charge intensives, c'est-à-dire des malades chroniques ou polymorbides pour lesquels une caisse soumise aux conditions de la concurrence ne saurait avoir d'intérêt. L'introduction systématique de modèles de managed care (où le patient passe d'abord chez le généraliste) est donc mieux réalisable sous le régime d'une caisse unique.

Des caisses-maladie concurrentes n'ont pas de véritable intérêt à la prévention, car le bénéfice de santé profite à la concurrence lors d'un changement de caisse. Les caisses en concurrence montrent de surcroît un manque de connaissances médicales inhérent à la situation, étant donné que leur intérêt se porte uniquement sur les résultats financiers et qu'elles tendent à reporter les coûts sur la concurrence ou sur d'autres répondants des frais (AI, indemnités journalières, dépenses sociales). Nous médecins sommes confrontés à passablement d'arrogance et d'ignorance médicale de la part des caisses-maladie, au contraire de ce que nous vivons en général avec la «caisse unique» de la SUVA. Par conséquent, nous accordons notre préférence à une caisse-maladie publique donnant une possibilité de codétermination à tous les protagonistes, plutôt que d'être livrés à un nombre toujours plus restreint de gigantesques caisses-maladie.

kasse» ab, die sich nur an eine Maxime halten wird: Wer zahlt, befiehlt.

Die Initiative schlägt jedoch eine öffentlich kontrollierte Institution nach dem Vorbild der SUVA vor, zusätzlich soll aber durch paritätische Kontrolle der Versicherten und Leistungserbringer eine wirksame Vertretung und Teilnahme aller betroffenen Gruppierungen erreicht werden.

Während wir im Umgang mit den Krankenkassen oft genug Arroganz, medizinische Ignoranz und kurzfristiges ökonomistisches Denken erfahren müssen, sind unsere Erfahrungen mit der SUVA tendenziell von einem respektvollen Dialog geprägt.

Literatur

- 1 Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) 2002: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Gutachten 2000/2001. Baden-Baden.
- 2 Gerlinger T. Ein Schritt vorwärts – zwei Schritte zurück? Rot-Grüne Gesundheitspolitik 1998–2003. PROKLA 132, Zeitschrift für kritische Sozialwissenschaft 3/2003.

Die VUA

- ist eine Vereinigung politisch links orientierter Ärztinnen und Ärzte;
- bietet ein Forum für die Diskussion medizinischer, politischer, sozialer, gesellschaftlicher und standespolitischer Themen;
- fördert eine sich an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientierende Arbeit der Ärztinnen und Ärzte;
- lehnt eine Rationierung für Grundversicherte und eine damit verbundene Zweiklassenmedizin ab;
- fordert einkommensabhängige Krankenkassenfinanzierung statt Kopfprämien;

- will den Leistungskatalog der Grundversicherung erhalten und sinnvoll ausbauen;
- setzt sich in der Öffentlichkeit für eine soziale, gerechte und unabhängige Gesundheitspolitik ein;
- solidarisiert sich mit der Bevölkerung medizinisch unterversorgter Länder.

Adresse: VUA, Postfach 2309, 8031 Zürich,
E-Mail: sekretariat@vua.ch, Internet: www.vua.ch