



Bundesamt für Sozialversicherung
Office fédéral des assurances sociales
Ufficio federale delle assicurazioni sociali
Uffizi federal da las assicuranzas socialas

*Massnahmen des KVG
zur Kostendämpfung*

*La LAMal, instrument de
maîtrise des coûts*

*Misure della LAMal
per il contenimento dei costi*

Forschungsbericht Nr. 6/00

BEITRÄGE ZUR SOZIALEN SICHERHEIT

Autoren: Bundesamt für Sozialversicherung
(Herausgeber)

Auskünfte: Urs Keller
Bundesamt für Sozialversicherung
Informationsdienst
Effingerstrasse 20, 3003 Bern
Telefon 031 324 95 10
E-Mail: urs.keller@bsv.admin.ch
Internet: www.bsv.admin.ch

ISBN: 3-905340-13-5

Copyright: Bundesamt für Sozialversicherung
CH – 3003 Bern

Auszugsweiser Abdruck – ausser für kommerzielle
Nutzung – unter Quellenangabe und Zustellung eines
Belegexemplares an das Bundesamt für Sozialversi-
cherung gestattet.

Vertrieb: BBL/EDMZ; 3003 Bern, www.admin.ch/edmoz

Bestellnummer: 318.010.6/00 dfi 7.00 400

Massnahmen des KVG zur Kostendämpfung

*Arbeitstagung des Eidg. Departement des Innern
vom 4. April 2000*

Expertenberichte, Zusammenfassung der Diskussionen

La LAMal, instrument de maîtrise des coûts

*Journée de travail du Département fédéral de l'intérieur
du 4 avril 2000*

Rapports des experts, résultats des discussions

Misure della LAMal per il contenimento dei costi

*Convegno del Dipartimento federale dell'interno,
4 aprile 2000*

Rapporti degli esperti, resoconti delle discussioni

*Herausgegeben vom
Bundesamt für Sozialversicherung (BSV)*

Inhalt – Sommaire – Indice

Medienmitteilung (4.4.2000)	1
«Versorgungsplanung»	
Expertenpapier Dr. Willy Oggier, St. Gallen	5
Zusammenfassung der Diskussion (Roman Seiler, «CASH»)	15
«Qualitätssicherung»	
Expertenpapier Prof. Fred Paccaud, IUSMP, Lausanne	21
Zusammenfassung der Diskussion (Daniele Piazza, Televisione Svizzera)	33
«Ausserordentliche Massnahmen»	
Expertenpapier Dr. Markus Moser, PricewaterhouseCoopers, Bern	37
Zusammenfassung der Diskussion (Hansueli Schöchli, «Der Bund»)	43
Anhang	
Einladung/ Programm	47
Zusammensetzung der Gruppen.....	51
Communiqué de presse (4.4.2000)	57
«Planification des soins»	
Rapport établi par M. Willy Oggier, Saint-Gall.....	59
Résultats de la discussion (Roman Seiler, «CASH»)	73
«Assurance qualité»	
Rapport établi par le professeur. Fred Paccaud, IUSMP, Lausanne	79
Résultats de la discussion (Daniele Piazza, Télévision suisse / TSI)	91
«Mesures extraordinaires»	
Rapport établi par M. Markus Moser, PricewaterhouseCoopers, Berne.....	95
Résultats de la discussion (Hansueli Schöchli, «Der Bund»)	101
Annexe	
Invitation/ programme	105
Composition des groupes	109
Comunicato stampa (4.4.2000)	115
«Pianificazione dell'assistenza»	
Rapporto del dr. Willy Oggier, San Gallo.....	119

Resoconto della discussione (Roman Seiler, «CASH»)	133
«Garanzia della qualità»	
Rapporto del prof. Fred Paccaud, IUSMP, Losanna.....	139
Resoconto della discussione (Daniele Piazza, Televisione Svizzera)	155
«Misure straordinarie»	
Rapporto del dr. Markus Moser, PricewaterhouseCoopers, Berna.....	159
Resoconto della discussione (Hansueli Schöchli, «Der Bund»).....	165
Allegato	
Invito/ programma	169
Suddivisione dei partecipanti.....	173

Medienmitteilung

4. April 2000

Massnahmen des KVG zur Kostendämpfung:

Arbeitstagung des Eidg. Departementes des Innern

In Bern haben sich die Vertreterinnen und Vertreter der Kantone, der Krankenversicherer, der Pharmahersteller, der Leistungserbringer sowie der Patienten- und Konsumentenorganisationen zu Gesprächen über die Umsetzung von Kostendämpfungsmassnahmen im Krankenversicherungsgesetz (KVG) getroffen. Die Arbeitstagung war vom Eidg. Departement des Innern (EDI) einberufen worden. Das Treffen zwischen der 1. und der 2. Teilrevision des KVG erlaubte es, Defizite im gemeinsamen Vollzug der bestehenden Kostendämpfungsinstrumente anzugehen. Weiter wurden die vom Parlament vergangene Woche beschlossenen Massnahmen diskutiert, insbesondere die Zulassungsbeschränkung der Leistungserbringer. Mit Blick auf die zweite Teilrevision des KVG waren auch die Spitalfinanzierung und die Aufhebung des Kontrahierungszwangs ein Thema.

Im Zentrum der Tagung standen Problembereiche mit gemeinsamen Kompetenzen, die Handlungsbereitschaft verschiedener Akteure erfordern. In ihrer Eröffnungsrede unterstrich Bundesrätin Ruth Dreifuss die Notwendigkeit einer klaren Rollen- und Aufgabenteilung und appellierte an die gemeinsame Verantwortung. Bearbeitet wurden unter dem Aspekt der Kostendämpfung insbesondere die drei Themen:

- «Versorgungsplanung», u.a. Zulassung als Leistungserbringer, Spitalplanung
- «ausserordentliche Massnahmen», u.a. Dringlichkeitsrecht, Wirtschaftlichkeit und Ausschluss von Leistungserbringern
- «Qualitätssicherung», u.a. Aufgaben von Bund und Kantonen, Qualitätssicherungsverträge.

Drei Arbeitsgruppen gelangten in offenem und konstruktivem Arbeitsklima zu folgenden Ergebnissen:

Versorgungsplanung:

Im Zentrum der Diskussion stand die Spitalplanung, deren Notwendigkeit mehrheitlich anerkannt wurde. Die völlige Vertragsfreiheit sei kein gleichwertiger Ersatz im stationären Bereich. Für die Ausgestaltung der Spitalplanung wurde gefordert, dass künftig die Kriterien für die Aufnahme objektiv und nachvollziehbar seien (z. B. über Leistungsaufträge), wobei die überregionale Planung stärkeres Gewicht erhalten soll. Diese Forderung zielt in die gleiche Richtung wie die Spitalfinanzierungsvorlage des EDI, die noch in diesem Jahr dem Parlament vorgelegt werden soll.

Ausserordentliche Massnahmen:

Ausgehend von der Feststellung, dass die heutigen Instrumente zur Leistungskontrolle (Ueberprüfung der Leistung im Einzelfall, Ausschluss von Leistungserbringern) praktisch wirkungslos sind, bestand Einigkeit darin, dass die Zulassung zum Gesundheitsmarkt nicht gleichbedeutend ist mit der Zulassung der Leistungserbringer zur Kassenpraxis.

Kontrovers diskutiert wurde die Aufhebung des Kontrahierungszwangs, deren allfällige Umsetzung zwingend von flankierenden Massnahmen (Mindeststandard für Versorgungssicherheit und -qualität) begleitet werden müsste.

Diskutiert wurde auch die Bedürfnisklausel für Leistungserbringer, wie sie das Parlament im Rahmen der 1. KVG-Revision vor zwei Wochen verabschiedet hat. Diese gibt dem Bundesrat die Kompetenz, Kriterien für die kurzfristige Beschränkung der Zulassung von Leistungserbringern festzulegen. Die Notwendigkeit dieser ausserordentlichen Massnahme wurde grundsätzlich anerkannt, aber mit verschiedenen Vorbehalten, insbesondere bezüglich Kontrollaufwand, verbunden.

Beide Massnahmen werden vom EDI in den kommenden Monaten auf Gesetzes- bzw. Verordnungsstufe weiterverfolgt.

Qualitätssicherung:

Die Bedeutung der Qualitätssicherung als kostendämpfende Massnahme wurde anerkannt. Hauptproblem bleibt die Definition des Qualitätsbegriffs und der entsprechenden Standards. Die Teilnehmenden waren sich einig, dass die Definition part-

- 3 -

nerschaftlich zu erarbeiten sei. Das EDI hat sich bereit erklärt, eine Tagung zum Einsatz der Qualitätssicherung in der KVG zu organisieren.

Die Zusammenfassung der Diskussionen wird Anfang Mai im Rahmen eines Tagungsbandes zusammen mit den Expertenberichten durch das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) publiziert.

EIDG. DEPARTEMENT DES INNERN
Informations- und Pressedienst

Auskünfte:

Fritz Britt
Vizedirektor BSV
Tel. 031 322 90 04

Andrea Arcidiacono
stv. Informationsbeauftragter EDI
Tel. 031 322 80 34

Beilagen: 3 Expertenberichte

Willy Oggier, Dr.oec.HSG

Gesundheitsökonomische Beratungen
Schwertgasse 1
CH-9000 St. Gallen

Tel. 071/244 46 14
Fax 071/244 46 15

Thesenpapier Versorgung Entwurf 2.0

Expertenpapier für die KVG-Tagung vom 28. Februar 2000
im Auftrag des Bundesamtes für Sozialversicherung

St. Gallen, 25. Januar 2000

1. Grundzüge der KVG-Vorlage

In seiner Botschaft über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991 formulierte der Bundesrat folgende Grundzüge:

- Verstärkung der Solidarität
- Kosteneindämmung
- Ausweitung des Leistungskatalogs
- Finanzierung

Der Zerfall der Solidarität zwischen Gesunden und Kranken wurde als eines der Hauptprobleme des damals gültigen Rechts bezeichnet. Ausserdem trage dieses der Solidarität zwischen Reichen und Armen nicht genügend Rechnung. Deshalb schlug der Bundesrat im Rahmen des Versicherungsobligatoriums die Einführung der vollen Freizügigkeit der Versicherten und die Erleichterung der über einem gewissen Einkommensanteil liegenden Prämienlast vor.

Die Eindämmung der Kostensteigerung im Gesundheitswesen wurde als eines der Hauptziele der Revision bezeichnet. Was der Bundesrat darunter verstand, umschrieb er auf folgende Art:¹ „Das Ziel der in dieser Vorlage vorgeschlagenen Kostendämpfungsmassnahmen wäre dann vollständig erreicht; wenn sich die jährliche Zunahme der Gesundheitsausgaben pro Kopf der Bevölkerung der allgemeinen Lohn- und Preisentwicklung anpasst. Dieses Idealziel wird mittelfristig kaum zu erreichen sein. Hingegen muss es uns gelingen, ein noch stärkeres Auseinanderklaffen von Gesundheitsausgaben und Löhnen zu stoppen, das heisst die Zunahme der Gesundheitsausgaben näher an die Lohnentwicklung heranzubringen. Die Kostendämpfungsmassnahmen werden nach der Einführung des Gesetzes allerdings nicht sofort greifen. Die einzelnen Instrumente entfalten erst im gegenseitigen Zusammenspiel ihre volle Wirkung. Zum Gelingen der Reform beitragen müssen alle Partner im Gesundheitswesen.“

Bezüglich der Ausweitung des Leistungskatalogs äusserte sich die Landesregierung wie folgt:² „Tatsächlich kann man sich fragen, ob es nicht paradox ist, in ein und demselben Gesetz eine Ausdehnung der Leistungen einerseits und die Schaffung von verschiedenen Instrumenten zur Eindämmung der Kosten andererseits vorzusehen. Diese Bedenken sind zwar verständlich, aber unzutreffend. Die Ausdehnung der Leistungen ist unerlässlich. Damit besteht die Möglichkeit, zum Teil weit zurückliegenden – unbestrittenen – Forderungen Rechnung zu tragen (...) und bestimmte stossende Lücken zu beseitigen (z. B. durch Einführung der zeitlich unbeschränkten Übernahme von Spitalpflegeleistungen sowie die Vergütung bestimmter Zahnbehandlungen).“ Im Bereich der Finanzierung brachte der Entwurf des Bundesrates keine grundlegenden Änderungen im Vergleich zur damals geltenden Ordnung.

2. Ist-Zustand

Seit der Einführung des neuen Krankenversicherungsgesetzes (KVG) am 1. Januar 1996 beginnen sich im schweizerischen Gesundheitswesen fundamentale Veränderungen abzuzeichnen. Dies ist auch nicht weiter erstaunlich, stellt doch das KVG die erste grosse strukturelle Reform seit über 80 Jahren im schweizerischen Gesundheitswesen dar.

¹ Botschaft des Bundesrates über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991, S. 34.

² Botschaft des Bundesrates über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991, S. 39f.

Trotzdem sind (noch) nicht alle erhofften positiven Effekte eingetroffen. Eine Zwischenbilanz aus heutiger Sicht lässt sich auf folgende Art darstellen:

- Wenn es um Aspekte der Versorgung geht, kann es nicht nur um finanzielle Aspekte gehen. Solidaritätsaspekte sind zentral und daher einzubeziehen. Besonders gefordert sind in diesem Zusammenhang die Kantone. Ihnen obliegt nach Art. 45 KVG die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung für ihre Bevölkerung. Die Kantone verstehen ihre Rollen dabei unterschiedlich und verhalten sich teilweise widersprüchlich. Nach einigen Uebergangsproblemen haben diverse Kantone begonnen, mit den Instrumenten von Spitalplanung und Spitalliste Ueberkapazitäten abzubauen und teilweise auch vermehrt interkantonal zusammenzuarbeiten. Erste Resultate dieser Bestrebungen waren bereits im Rahmen der Trendanalyse des Konkordats schweizerischer Krankenversicherer vom März 1999 zu sehen, wo die verrechneten Bruttoleistungen im Rahmen der stationären Spitalleistungen nahezu stagnierten. Allerdings versuchen verschiedene Kantone unter dem vorherrschenden Finanzdruck der öffentlichen Haushalte auch, ihr finanzielles Engagement im Gesundheitswesen zu reduzieren. Damit steigt die Gefahr, Kosten von der öffentlichen Hand auf die Krankenversicherer zu übertragen, ohne für das Gesamtsystem Kosteneindämmungen zu realisieren. Hinzu kommt, dass in verschiedenen Kantonen als Folge von Art. 41 Abs. 3 KVG zusätzliche Kapazitäten geschaffen wurden, um anderen Kantonen geringere Beiträge an ausserkantonale Hospitalisationen zu entrichten.
- Mit dem neuen KVG erhielten die Krankenversicherer vermehrten Handlungsspielraum. Im Rahmen der über weite Strecken konsequenten Anfechtung von Tarifierhöhungen im Rahmen regierungsrätlicher Festsetzungen konnten die Krankenversicherer verschiedene Beiträge leisten, um den Rückzug der öffentlichen Hand aus der Finanzierung des Gesundheitswesens und damit eine parallel dazu verlaufende weitere Erhöhung der Grundversicherungsprämien teilweise zu reduzieren. Mindestens im Bereich alternativer Versicherungsmodelle sind die bisherigen Entwicklungen jedoch hinter den von verschiedenen Seiten gehegten Erwartungen geblieben. Einerseits sind einige der bisher entwickelten Modelle nicht über das Stadium von Jekami (Jede/r kann mitmachen)-Modellen hinausgekommen, welche kaum einen nachhaltigen Einfluss auf die Leistungserbringer ausüben dürften. Andererseits befinden sich die Modelle vielfach unter der kritischen Grösse, womit sich die beabsichtigte Steuerung des gesamten Gesundheitsversorgungssystems und die dadurch erhofften Kosteneindämmungseffekte nur ungenügend entfalten können. Für diese Entwicklungen lassen sich verschiedene Begründungen anführen. Die Vielzahl der Modelle dürfte die Transparenz und damit die Wechselbereitschaft erschweren. Der Prämiendruck scheint offensichtlich für viele Versicherte noch nicht hoch genug, um das relativ hoch gewichtete Gut der freien Arzt- und Spitalwahl freiwillig abzutreten. Teilweise sind solche Modelle nur in städtischen Gebieten zu finden (Beispiel HMO). Mit dem periodischen Wechseln zu den günstigsten Grundversicherern kann teilweise fast so viel Geld gespart werden wie mit dem Wechsel zu einem alternativen Versicherungsmodell bei einem grösseren Versicherer. Ausserdem neigt die schweizerische Bevölkerung generell zu einer bestimmten Ueberversicherung, was die Bereitschaft ebenfalls reduzieren dürfte, auf neue Modelle einzusteigen.
- Auf Bundesebene werden von der Mehrheit des Bundesrates teilweise widersprüchliche Entscheide gefällt. Zuweilen erscheint der Eindruck nicht ganz abwegig, dass der Bundesrat in Beschwerden gegen die Spitallisten tendenziell den Kantonen recht gibt, in Tarifangelegenheiten dagegen eher die Seite der Krankenversicherer unterstützt. Doch selbst diese ‚Regel‘ ist in letzter Zeit wieder in Frage gestellt worden. Gesundheitsökonomisch besonders kritisch zu beurteilen ist der Umstand, dass dies insbesondere in Fällen passiert ist, wo Kantone versucht haben, über ihre Spitallisten auch bei Privatkliniken mit reinen Halbprivat- und Privatabteilungen kostendämpfende Effekte zu erzielen. Unbefriedigend ist im weiteren, dass Entscheidungen zu Spitallisten und Tariffestlegungen sehr lange dauern und teilweise nicht einmal während der gesetzlich zulässigen Frist gefällt werden.

- Im Bereich der ambulanten Spitalbehandlungen und der Medikamentenkosten ist es im Rahmen der in der Grundversicherung verrechneten Bruttoleistungen mindestens teilweise zu zweistelligen Jahreswachstumsraten gekommen. Diese beiden Bereiche werden in der Regel vollständig von den Krankenversicherern übernommen, was sich in den Prämien entsprechend niederschlägt.
- Im Rahmen der Botschaft ging der Bundesrat von einem Dreisäulenmodell der Gesundheitsförderung und Prävention aus: Individuelle präventivmedizinische Leistungen finanziert die Krankenversicherung. Gesundheitsinformationen werden durch die Kantone getragen. Und die Aufgaben der öffentlichen Gesundheitspflege wie Impf- und Kontrollkampagnen werden ebenfalls von den Kantonen und den entsprechenden Facheinrichtungen wie sozialmedizinischen Diensten oder Schularztdiensten wahrgenommen. Zu den präventiven Aufgaben der Kantone äussert sich das KVG jedoch nicht. Entsprechend haben sich Art und Ausmass, wie diese Aufgaben wahrgenommen werden, von Kanton zu Kanton unterschiedlich entwickelt. Zudem wurde im Rahmen der Einführung des KVG nicht geklärt, ob die individuellen präventiven Leistungen als komplementär zu den präventiven Aufgaben der Kantone zu verstehen sind, oder ob die unter dem alten Regime von den Kantonen wahrgenommenen Aufgaben der Krankenversicherung übertragen werden sollen. Die Formulierung von Art. 26 KVG spricht eher für die erstgenannte Auffassung, die Umsetzungspraxis im Rahmen der Krankenpflege-Leistungs-Verordnung spricht eher für die andere Interpretation.
- Im Rahmen der auf den 1. Januar 2001 vorgesehenen Inkraftsetzung der Bilateralen Verträge bekommen die rund 2'300 heute in schweizerischen Spitälern tätigen Ärztinnen und Ärzte aus EU-Ländern das Recht, eine eigene Praxis in der Schweiz zu eröffnen. Selbst Mitglieder der Schweizerischen Ärztegesellschaft scheinen davon auszugehen, dass mindestens ein Teil dieser Ärzte von diesem Recht Gebrauch machen dürfte. So äusserte sich etwa Dr. René Salzberg, Mitglied des FMH-Zentralvorstands, kürzlich wie folgt: „Ich denke, dass ein sehr grosser Teil dieser Kolleginnen und Kollegen tatsächlich auch eine Praxis in der Schweiz eröffnen werden, um so mehr als nach wie vor das Einkommensgefälle zwischen Schweiz und umliegenden Nachbarstaaten und anderen EU-Staaten doch recht beachtlich ist.“³
- Diesem Umstand gilt es insbesondere auch deshalb Rechnung zu tragen, weil nach einer Übergangsfrist nicht nur die bereits heute in schweizerischen Spitälern tätigen Ärztinnen und Ärzte aus EU-Ländern, sondern auch alle anderen heute im Ausland tätigen Ärztinnen und Ärzte aus der EU eine eigene Praxis in der Schweiz eröffnen dürfen. Damit scheinen Erfahrungen, wie sie das Fürstentum Liechtenstein nach der Inkraftsetzung der EWR-Verträge gemacht hat, nicht ganz abwegig zu sein. Im Zuge der EWR-bedingten Liberalisierung ist die Zahl der Ärztinnen und Ärzte angestiegen. Waren im Jahr 1992 noch 31 Ärzte in Liechtenstein tätig, so ist diese Zahl bis im Mai 1998 insbesondere durch die Niederlassung ausländischer Ärzte auf 42 angestiegen⁴. Es fand also eine Erhöhung um einen Drittel statt. Hinzu kommt, dass auch in Deutschland von den rund 280'000 berufstätigen Medizinerinnen und Mediziner 1998 8'563 oder 3.1 Prozent ohne Arbeit waren⁵. Mit steigendem Angebot gehen in der Regel auch steigende Gesundheitskosten einher.

Angesichts dieser gemischten Zwischenbilanz stellt sich die Frage, welche Massnahmen im Rahmen des heute geltenden Rechts unternommen werden können, um die von der Revision erhofften Wirkungen besser zur Geltung zu bringen. Ein Zuwarten auf nächste Gesetzesrevisionen wäre unverantwortlich – ganz zu schweigen davon, dass verschiedene der auf dem Tisch liegenden Reformvorschläge die Gefahr weiter steigender Grundversicherungsprämien beinhalten. Wie der Bundesrat bereits im Rahmen seiner Botschaft erwähnt hat, sind alle Partner im Gesundheitswesen dazu eingeladen, einen

³ Schweizerische Ärztezeitung, Nr. 1, 5. Januar 2000, S. 11.

⁴ Bericht und Antrag der Regierung des Fürstentums Liechtenstein an den Landrat zur Revision des Krankenversicherungsgesetzes vom 9. Dezember 1998, S. 11.

⁵ Gesundheit und Gesellschaft, AOK-Forum für Politik, Praxis und Wissenschaft, Nr. 10/ 1999, zitiert nach: Brennpunkt, Nr. 4, Dezember 1999, S. 14.

aktiven Beitrag dazu zu leisten. Im folgenden sollen daher einige Thesen formuliert werden, welche auf dem heutigen Recht dem Kosteneindämmungs-Anliegen besser Rechnung tragen. Dabei kommt der Beachtung der in die gleiche Richtung wirkenden Signale besondere Bedeutung zu.

3. Massnahmen

3.1 Spitalplanung und Spitallisten

These 1: Spitalplanung und Spitallisten sind konsequenter und flächendeckend anzuwenden. Alle Akteure haben Kosteneindämmungsbestrebungen im Rahmen der gesamten Grundversicherung besser zu (er-)tragen.

Spitalplanung und Spitallisten haben begonnen, erste Wirkungen zu entfalten. Diese könnten jedoch noch stärker zur Geltung kommen, wenn Spitalplanung und Spitallisten konsequenter und flächendeckend angewendet werden. Eine solche Anwendung wäre mindestens mit folgenden Wirkungen verbunden:

- Die Spitalplanungen der Kantone sind zu inputorientiert. Mittel- bis langfristig sollten vermehrt outputorientierte Massstäbe in Form von Leistungen bzw. Leistungsbündeln angestrebt werden. Dabei sollten auch die Patientenströme angemessen berücksichtigt werden. Während einer Übergangszeit dürfte es jedoch weiterhin unumgänglich sein, inputorientierte Ansätze anzuwenden. Solange inputorientierte Planungen betrieben werden, sollten sie an anderen Kriterien als Betten ausgerichtet werden, weil diese nur einen geringen Anteil der Kosten in einem Spital zu erklären vermögen. Im Vordergrund stehen in diesem Fall eher die Anzahl Spezialärztinnen und –ärzte pro risikogewichtete 1000 Einwohner/innen bzw. die Anzahl medizin-technischer Grossgeräte pro risikogewichteter Million Einwohner/innen. Beide Grössen würden es auch erlauben, den ambulanten und teilstationären Bereich nach den gleichen Kriterien zu beurteilen. So könnte beispielsweise die Beurteilung medizin-technischer Grossgeräte auf der Basis von Bedürfnisklauseln, wie sie insbesondere in der Westschweiz diskutiert und teilweise bereits eingeführt worden sind, nach den gleichen Kriterien vorgenommen werden wie im Rahmen der Spitalplanung.
- Spitalplanungen und die darauf abgestützten Spitallisten haben die Entwicklungen im teilstationären und ambulanten Bereich einzubeziehen. Eine Spitalplanung, welche nicht auf einer umfassenden Gesundheitsversorgungsplanung basiert, kann damit nur Flickwerk bleiben. Eine derart konzipierte Spitalplanung ermöglicht auch Synergien mit weitergehenden kantonalen Massnahmen wie beispielsweise der Einführung von Bedürfnisklauseln. Erhöht sich beispielsweise die Anzahl der privaten teilstationären und ambulanten Leistungserbringer, sollte es auch möglich sein, vermehrt private Trägerschaften im stationären Bereich abzubauen.
- Spitalplanungen und Spitallistenstellungen sollten zu dynamischen Prozessen werden. Die Entwicklung in der Medizin läuft zur Zeit so schnell, dass ein Planungshorizont von zehn Jahren als viel zu lang erscheint. Spitalplanungen sollten mindestens einmal pro Legislaturperiode überarbeitet werden.
- Zu Recht betont der Bundesrat in Beschwerdeverfahren immer wieder, dass die Kantone für die gesamte Bevölkerung zu planen haben. Zusatz- und Grundversicherungen lassen sich nicht trennen, sie sind komplementär zueinander. Aus diesem Grund gehören aber auch Spitalplanungen und Spitallisten zusammen. Die aktuelle Rechtsprechung berücksichtigt diese Erfordernis nur ungenügend und trägt im übrigen der zunehmenden Differenzierung im Zusatzversicherungsbereich (Hotelkomfort, freie Arztwahl, Möglichkeiten der ausserkantonalen Spitalwahl) kaum Rechnung. Zudem gefährdet sie die Kosteneindämmungspolitik der Kantone, wenn von der Spitalliste gestrichene öffentliche oder öffentlich subventionierte Spitäler durch eine vollständige Privatisierung die Möglichkeit haben, weiterhin über die Gewährung des Sockelbeitrags zu Lasten der Grundversicherung tätig zu sein. Die aktuelle Rechtsprechung der bundesrätlichen Mehrheit ist deshalb im Sinne der Empfehlung Plattner und 8 Mitunterzeichnerinnen und Mitunterzeichnern aus verschiedenen Parteien sofort zu überdenken und darüber hinaus vor allem grundsätzlich zu ändern.

- Beschwerdeverfahren im Rahmen von Spitallisten und Tariffestsetzungen sind insbesondere auf Bundesebene durch eine vermehrte interdepartementale Zusammenarbeit zu verbessern. Dabei könnten auch Erfahrungen aus anderen Bereichen wie beispielsweise bei der Beschleunigung der Baubewilligungsverfahren mitberücksichtigt werden.
- Wünschenswert wäre auch ein Ansteigen der Erkenntnis unter den Partnern im Gesundheitswesen, dass die Durchführung einer Spitalplanung kaum die Frage nach einer mehr wettbewerbs- oder staatsorientierten Gesundheitspolitik tangiert, sondern vielmehr Bestandteil seriöser strategischer Grundüberlegungen zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung unter Berücksichtigung des Ziels der Kosteneindämmung ist. Damit unterscheidet sich eine solche Vorgehensweise von der Philosophie her kaum von strategischen Planungen privater Unternehmungen.

Im Bereich von Spitalplanung und Spitalliste kommt den Kantonen die Schlüsselrolle zu. Kantone, welche diese Aufgaben wahrzunehmen gedenken, bedürfen dabei allerdings der Unterstützung durch den Bund. Eine möglichst sofortige fundamentale Korrektur der oben erwähnten bundesrätlichen Spitallisten-Rechtssprechung bildet dafür zwingende Voraussetzung.

3.2 Zulassung der Leistungserbringer

These 2: Im Rahmen der Verordnungen zu Art. 39 Abs. 1 lit. a – c KVG sind die Zulassungsvoraussetzungen auch für bisherige Leistungserbringer zu verschärfen.

Historisch gesehen sind die Zulassung der Leistungserbringer zum Markt und zur sozialen Krankenversicherung eng miteinander verknüpft. Wenn dem Ziel der Kosteneindämmung angemessen Nachachtung verschafft werden soll, sind die sanitätspolizeilichen Abklärungen zum Marktzutritt noch stärker als heute von der Zulassung zur sozialen Krankenversicherung zu entkoppeln. Die heutigen Möglichkeiten sind verstärkt zu nutzen. Dabei sind auch andere indirekt darauf einwirkende finanzielle Anreize mit einzubeziehen.

Für die Entwicklung der Grundversicherungsprämien kommt bei den heute vorherrschenden Finanzierungsanreizen der Anzahl der zugelassenen Leistungserbringer insbesondere im ambulanten und teilstationären Bereich besondere Bedeutung zu. Je höher die Anzahl der Leistungserbringer (insbesondere der Anzahl Spezialärztinnen und –ärzte) ist, desto höhere Gesundheitskosten fallen in der Regel an. Nicht nur im Rahmen der Zulassung neuer Leistungen bzw. der Überprüfung bisheriger Pflichtleistungen, sondern generell kommt höheren Erfordernissen an die Leistungserbringer besondere Bedeutung zu. Von entscheidender Bedeutung ist dabei, dass auf das Prinzip der Besitzstandswahrung verzichtet wird. Andernfalls dürfte es Jahre, wenn nicht sogar Jahrzehnte dauern, bis spürbare Effekte realisiert werden können.

In diesem Bereich kommt auch den Tariffestsetzungsverfahren und den davon ausgehenden Signalwirkungen auf die Tarifparteien besondere Bedeutung zu, wie im Rahmen der nächsten These noch ausgeführt wird.

Zusätzliche Zulassungsvoraussetzungen sollten sowohl bei der Verschärfung der Strukturqualitätskriterien als auch bei anderen Aspekten ansetzen. Im Rahmen der verschärften Strukturqualitätskriterien können in der Leistungs-Verordnung geregelte Fähigkeitsausweise eine positive Rolle spielen. So könnten beispielsweise – in Analogie zur Regelung im Bereich der Ultraschalluntersuchungen während der Schwangerschaft – auch in anderen Bereichen erhöhte Anforderungen an die Ausführung von Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflege-Grundversicherung gestellt werden. So könnte beispielsweise das ärztliche Verschreiben von durch die Grundversicherung gedeckten

Medikamenten von weiteren Voraussetzungen abhängig gemacht werden (Beispiel: Bestimmte Medikamente dürfen nur durch Spezialärztinnen und -ärzte in Zentrums- und Universitätsspitalern verschrieben werden). Es sei an dieser Stelle noch einmal ausdrücklich erwähnt, dass dem Verzicht der Besitzstandswahrung eine entscheidende Rolle zukommt, wenn möglichst bald ein Beitrag zur Kosteneindämmung geleistet werden soll. Im Rahmen einer allfälligen behördlichen Festlegung einer einheitlichen Tarifstruktur ist daher auf die Gewährung der angeblich wohlerworbenen Rechte zu verzichten. Ärztinnen und Ärzte könnten demnach keine Leistungen verrechnen, die ihrer reglementarischen Weiter- und Fortbildung nicht entsprechen, sofern sie diese Leistungen vor Inkrafttreten der neuen Tarife bereits in genügender Zahl, regelmässig und qualitativ unbeanstandet erbracht bzw. zu Lasten der sozialen Krankenversicherung abgerechnet haben.

Auch die bereits heute eingesetzte Praxis der Bezeichnung von einzelnen Leistungserbringern wie Universitätsspitalern, wenn es um die Erbringung von ganz speziellen Leistungen geht, sollte weiter verfeinert werden. So könnten beispielsweise im Rahmen von Benchmarks nur noch die kostengünstigsten Leistungserbringer – also beispielsweise nur noch zwei von fünf Universitätsspitalern – zur Erbringung von ganz speziellen Leistungen zugelassen werden.

Näher zu prüfen wäre beispielsweise im Rahmen der Zulassung von anderen Leistungserbringern nach Art. 38 KVG, ob nur noch Leistungserbringer zugelassen werden, die sich in einem Netzwerk befinden (horizontale oder vertikale Integration) und/ oder bereit sind, im Rahmen des Netzwerks (oder darüber hinaus) an einem Bereitschaftsdienst mitzumachen. Beide Massnahmen dürften auch positive Signale zur Bildung von integrierten Gesundheits-Netzwerken und integrierter Behandlungs- und Verlaufspfade setzen, was die Entwicklung echter alternativer Versicherungsmodelle positiv beeinflussen dürfte.

Darüber hinaus dürften die hier skizzierten Massnahmen auch einen Beitrag zur Sicherstellung einer guten Versorgungsqualität leisten.

Die Schlüsselrolle in diesem Bereich kommt den Akteuren zu, welche im Rahmen des Pflichtleistungskatalogs Einfluss auf Aufnahme, Streichung oder Relativierung von Pflichtleistungen nehmen können.

3.3 Tarife

These 3: Den Aspekten von Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit nach Art. 32 Abs. 1 KVG sowie den Überkapazitäten nach Art. 49 Abs. 1 KVG ist von den Tarifpartnern und insbesondere im Rahmen der Tariffestsetzungsverfahren stärkere Beachtung zu schenken.

Im Rahmen der Tarifpolitik haben sowohl die Tarifparteien als auch die Tariffestsetzungsbehörden die Möglichkeit, Zeichen zur Kosteneindämmung zu setzen. Dabei kommt der tariflichen Sanktionierung vorherrschender Überkapazitäten besondere Bedeutung zu. Es kann nicht angehen, dass im Rahmen von Tarifverträgen oder von Tarifentscheiden Überkapazitäten nachträglich sanktioniert werden.

Der Begriff der Überkapazitäten darf nicht ausschliesslich bezüglich der spitaleigenen Bettenauslastung beurteilt werden, weil die Bettenauslastung durch die Leistungserbringer in einem nicht zu unterschätzenden Ausmass beeinflussbar ist. Der Begriff der Überkapazitäten sollte im Rahmen von Tariffestsetzungsbegehren konsequent auf Versorgungsregionen von 1.0 bis 1.5 Millionen Einwohnerinnen und Einwohner bezogen werden. Damit könnte auch ein indirekter Anreiz zur vermehrten interkantonalen Durchführung von Spitalplanungen

gesetzt und der Aufbau zusätzlicher Kapazitäten zur Reduktion der kantonalen Beiträge an ausserkantonale Hospitalisationen mindestens teilweise verhindert werden.

Bei Tarifverhandlungen und bei behördlichen Tariffestsetzungen sollte verstärkt berücksichtigt werden, wie hoch die Anzahl Leistungserbringer bzw. wo möglich die Anzahl verordneter Leistungen pro risikogewichtete 1000 Einwohnerinnen und Einwohner in einem Kanton bzw. in einer Versorgungsregion im Vergleich zu den gesamtschweizerischen Verhältnissen ist. Je höher diese Anzahl ist, desto geringer müsste der Taxpunktwert ausfallen. Damit dürften auch die Tarifpartner Anreize erhalten, mengeneindämmende Anreize im Rahmen ihrer Verträge zu vereinbaren.

Der Begriff der Überkapazitäten ist darüber hinaus auch vermehrt nach Versorgungsstufen der Leistungserbringer zu betrachten. So sollten beispielsweise die Universitätsspitäler für gleiche Leistungsspektren – unter Vorbehalt keiner weiterer Überkapazitäten in der Versorgungsregion - auch gleiche Preise in Rechnung stellen können. Damit können effizientere Universitätsspitäler belohnt und Anreize zur Effektivitäts- und Effizienzsuche bzw. zur Verzichtplanung bei den anderen Universitätsspitalern gesetzt werden.

Im Rahmen der Einführung neuer Abgeltungsmodelle und deren allfälligen Beurteilung im Rahmen von Beschwerdeverfahren kommt dem Beitrag zur Effektivitäts- und Effizienzsteigerung besondere Bedeutung zu. In einem von Überkapazitäten gekennzeichneten Umfeld darf die Erhebung und die Rechtfertigung der IST-Kosten nicht zum zentralen Betätigungsfeld werden. Entscheidend sollten SOLL-Zustände und damit Standardkosten sein, welche soweit möglich auf interdisziplinär definierten Patientenpfaden beruhen. Damit können auch Leistungsbündel und Preise miteinander verglichen werden.

Eine Schlüsselrolle kommt in diesem Bereich Bund und Kantonen zu. Diesen beiden Instanzen obliegt es, im Rahmen von Tariffestsetzungsverfahren die entsprechenden Anreize zu setzen. Je mehr die Kantone sich durch Ertragssteigerungs-Überlegungen für ihrer Spitäler leiten lassen, desto mehr ist der Bund gefordert, entsprechende Korrekturen anzubringen.

3.4 Prävention

These 4: In den Bereichen der öffentlichen Gesundheitspflege (Public Health) und der individuellen Präventivmedizin gilt es, zuerst einmal den Ist-Zustand zu erfassen, gestützt darauf gesamtschweizerische Minimalstandards zu definieren und eine sinnvolle Aufgabenteilung zwischen den Partnern im Gesundheitswesen vorzunehmen.

Eine klare Abgrenzung zwischen Public Health-Aufgaben und dem Bereich der individuellen Präventivmedizin ist kaum möglich, weil sich die Bereiche teilweise überschneiden. Es ist deshalb notwendig, statt nach einer Abgrenzung nach einer sinnvollen Aufgabenteilung zwischen diesen beiden Bereichen zu suchen. Um diese Aufgabenteilung durchführen zu können, bedarf es vorgängig einer Aufnahme des Ist-Zustands. Andernfalls droht die Aufgabenteilung an der Realität vorbei definiert zu werden.

Wenn das bundesrätliche Dreisäulenmodell der Gesundheitsförderung und Prävention umgesetzt werden soll, müssen gesamtschweizerische Minimalstandards definiert sowie eine klare Aufgabenteilung zwischen Kantonen und Krankenversicherung realisiert werden. Eine gesamtschweizerisch klar definierte Aufgabenteilung hat zudem möglichen Interdependenzen zwischen den verschiedenen Bereichen Rechnung zu tragen. Diesem Anliegen ist insbesondere bei den präventivmedizinischen Pflichtleistungen Rechnung zu tragen, wo beispielsweise im Zusammenhang mit deren Durchführung und im Einklang mit

der These 2 höhere Anforderungen an die zugelassenen Leistungserbringer zu formulieren sind.

Dem Bund kommt in diesem Bereich die Schlüsselrolle zu.

«Versorgungsplanung»: Zusammenfassung der Diskussion

Roman Seiler, Redaktion CASH

Unter Ausschluss der Öffentlichkeit lässt sich über das Gesundheitswesen ernsthafter debattieren. Dies bewies das Gespräch unter Politikern sowie Vertretern von Gesundheitsberufen, Patienten und Versicherern zum Thema «Versorgungsplanung». Bundesrätin Ruth Dreifuss stellte befriedigt fest, dass «gründlich, offen und ehrlich» diskutiert worden ist.

Zugestimmt wurde drei Thesen des Gesundheitsökonomen Willy Oggier (vgl. Expertenpapier). Ob diese Thesen von den Beteiligten auch dann noch vertreten werden, «wenns ernst gilt», bezweifelte Moderator Ueli Müller, Präsident des Konkordats Schweizerischer Krankenversicherer (KSK), allerdings in der Plenumsdiskussion. Nicht präsentiert wurde vom Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) Oggiers vierte These, in der er für verschärfte Zulassungsbedingungen für Leistungserbringer plädierte. Obwohl der Gesundheitsökonom offen liess, ob er damit die Abschaffung des Kontrahierungszwanges meinte, wurde darüber intensiv debattiert. Robert Fuchs, Direktor der Caisse Vaudoise, verlangte: «Das Geld hat dem Patienten zu folgen.» Er lehnt jegliche Spitalplanung ab und glaubt, die Marktkräfte würden dann spielen, wenn der Kontrahierungszwang fiele. Dagegen wehrte sich Franz Wyss, Zentralsekretär der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK): «Das führt ins Chaos.» Damit widersprach er auch KSK-Direktor Marc-André Giger, der Kriterien definieren will, wie nicht jedem Diplomierten der Zugang zur Krankenversicherung ermöglicht werden soll: «Alles andere öffnet Kostensteigerungen Tür und Tor.»

These 1:

«Die Spitalplanung ist im schweizerischen Gesundheitswesen unerlässlich. Das Vertragsprinzip ist kein gleichwertiger Ersatz im stationären Bereich. Spitalplanung und Spitallisten sind konsequenter und flächendeckend, auf jeden Fall regionsweise, anzuwenden. Alle Akteure haben die Kosteneindämmungsbestrebungen im Rahmen der gesamten Grundversicherung besser mitzutragen.»

Eröffnet wurde die Diskussion von Moderator Müller mit der Frage: «Brauchen wir Planung oder können wir im Gesundheitswesen die unsichtbare Hand des Marktes

walten lassen?» Die Spitalplanung sei eine «Riesenseinsetzung», an der sich schon mancher Regierungsrat die Zähne ausgebissen habe. SDK-Vertreter Wyss sagte: «Im Bereich der Spitalplanung wird ständig viel gemacht.» Müller konterte: «Es wird zu wenig gemacht.»

Damit lag der Konflikt auf dem Tisch. Max Brentano, Präsident des Schweizerischen Apothekervereins, sagte: «Die Wirkung der Spitalplanung wird relativiert, solange Privatspitäler sogar einen besseren Zugang zum Markt haben.» Andreas Haefeli von der Verbindung der Schweizer Ärzte (FMH) hält Spitalplanung für nötig und nachhaltig wirksam. Dies habe bereits der verstorbene ehemalige FDP-Regierungsrat Bruno Hunziker bewiesen, der als einer der ersten im Kanton Aargau eine Spitalplanung eingeführt und immer wieder à jour gebracht habe. Haefeli kritisiert, dass im Gesundheitswesen Submissionsverfahren unüblich seien. Kantone müssten formulieren, welche Leistungen zur Gesundheitsversorgung der Bevölkerung nötig seien. Dann müssten Leistungsaufträge definiert und ausgeschrieben werden. Ausführen sollten sie private oder öffentliche Leistungserbringer, welche das beste Preis-Leistungsverhältnis bieten. Peter Saladin, Präsident von «H+ Die Spitäler der Schweiz», ist einverstanden. Allerdings nur unter der Bedingung, dass sämtliche Spitäler gleich lange Spiesse erhielten: «Es braucht gleiche Regelungen für die Verrechnung von Investitionen oder für die Offenlegung der Kosten. Das ist heute nicht der Fall.»

Betont wurde auch, dass bei der Vergabe von Leistungsaufträgen Überkapazitäten abgebaut werden müssen. Ebenso gelte es zu verhindern, dass Leistungserbringer Rosinenpickerei betreiben können. Deshalb müsste ein Leistungsmix vergeben werden. Alle Grundversicherten müssen behandelt und Notfalldienste sichergestellt sein.

In die Planung einbezogen werden müsste auch der Bedarf für die Zusatzversicherten. Oggier forderte zudem ausdrücklich eine flächendeckende Planung: «Es braucht eine interkantonale Zusammenarbeit.» Kapazitäten könnten nur in Gebieten von 1 bis 1,5 Millionen Einwohnern wirkungsvoll geplant werden. In dieser Hinsicht sei einiges erreicht worden, sagte Wyss. Es gebe ein Zusammenarbeitsmodell einiger Innerschweizer Kantone oder einzelner Regionen in der Romandie. «Die SDK will zudem diskutieren, wie Angebote im Bereich der Spitzenmedizin koordiniert werden können», ergänzte der SDK-Zentralsekretär. Der Luzerner Sanitätsdirektor Markus Dürr klagte: «Mit dem KVG wurden die Kantonsgrenzen zementiert.» Wer Leistungen

in anderen Kantonen einkaufe, müsse mehr bezahlen: «Der Kanton Luzern gibt 18,5 Millionen Franken für extrakantonale Leistungen aus.» Mit diesem Geld könnten auch Angebote im Kanton aufgebaut werden, beispielsweise eine Neurochirurgie.

BSV-Sektionschefin Sandra Schneider erinnerte daran, dass erst seit der Einführung des neuen Krankenversicherungsgesetzes (KVG) Versicherten ausserkantonale Leistungen vergütet werden müssen. Bemängelt wurde, dass das dazu verführe, neue Kapazitäten aufzubauen. Regierungsrat Dürr plädierte deshalb für eine interkantonale Spitalplanung innerhalb von «6 bis 8 Versorgungsregionen». Einig war man sich, dass Spitzenmedizin überregional geplant werden müsse, ohne die regionale Planung für die Grundversorgung zu vernachlässigen.

Hingegen blieb die Frage im Raum stehen, inwieweit die Ausgaben im teilstationären und ambulanten Spitalbereich besser gesteuert werden können. SDK-Zentralsekretär Wyss bemerkte auch dazu: «Das ist schwierig.» Mit diesem Satz versuchte er einige Male, den Kantonen nicht genehmen Themen auszuweichen. Gerade im ambulanten Spitalbereich klettern die Kosten ungebremst in die Höhe.

These 2:

«Den Aspekten von Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit nach Art. 32 Abs. 1 KVG sowie den Überkapazitäten nach Art. 49 Abs. 1 KVG ist von den Tarifpartnern und insbesondere im Rahmen der Tariffestsetzungsverfahren stärkere Beachtung zu schenken. Dabei darf es nicht um die Gewährung von Rabatten gehen, sondern um ausgewiesene Schwächen des Gesamtleistungspakets des Leistungserbringers.»

Rund um die Diskussion dieser These entwickelte sich ein interessanter Diskurs über «Managed Care»-Modelle. Wyss forderte die Krankenversicherer auf, sich vermehrt für Prämienspar-Modelle einzusetzen. Auch Bundesrätin Dreifuss wollte wissen, wo die Versicherer Probleme haben. Fuchs beklagte sich, dass sich Leistungserbringer schlicht weigerten mitzumachen. Im Kanton Waadt würden Ärzte aufgefordert, sich keinen Hausarztmodellen anzuschliessen: «Deshalb ist es ungerecht, uns vorzuwerfen, dass wir zu wenig tun.» Apotheker Brentano antwortete, die Versicherer müssten den Leistungserbringern mehr bieten, um sie zum Mitmachen bei «Managed Care»-Modellen zu animieren: «Damit die Tradition der Solidarität unter den Lei-

stungserbringern auseinanderbricht, braucht es nicht nur Zeit, sondern auch attraktivere Pakete von Seiten der Versicherer.»

FMH-Vertreter Haefeli setzte sich für die Verbreitung von «Managed Care»-Modellen ein: «Nur diese Systeme beziehen den Patienten in die Verantwortung ein. Sie erziehen ihn, das Gesundheitssystem nicht als Selbstbedienungsladen zu benutzen.»

KSK-Direktor Giger wies auf den Knackpunkt für die Versicherer hin. Bisher hätten sich vor allem Leute Hausarztmodellen oder HMO's angeschlossen, die geringe Kosten verursachen: «Deshalb ist das Kostensenkungspotential zu gering.» Betont wurde darauf, Versicherte müssten überzeugt werden, dass sie mit dem Übertritt in eine HMO nicht nur Prämien sparen, sondern auch eine ausgezeichnete medizinische Versorgung erhalten. Oggier merkte an, dass es den Versicherern erlaubt sein müsse, im «Managed Care»-Bereich Fehler zu machen. Die Schweiz sei mittlerweile zu einem Pionierland Europas geworden. Offen blieb, wie das von Peter Saladin (H+) angesprochene Paradoxon überwunden werden könne, dass jeder Versicherte Prämien sparen, aber als Patient Zugang zu den besten Leistungen haben will. Das wecke die Bereitschaft der Leistungserbringer, auch alles anzubieten. Deshalb verlangte Innova-Direktor Michael Rindlisbacher: «Jemand, der sich in der Grundversicherung keinem Hausarztmodell anschliesst, soll eine höhere Prämie zahlen.»

Zwei weitere Argumente wurden genannt, um den Aspekten von Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit mehr nachzuleben. Oggier verwies darauf, dass es beispielsweise einem Universitätsspital Zürich (USZ) verunmöglicht werden müsse, eine höhere Kostenstruktur als vergleichbare Krankenhäuser mit höheren Tarifen abfedern zu können. Genauso müsse beispielsweise bei der Festsetzung der Taxpunktzahl berücksichtigt werden, wie hoch die risikogewichtige Anzahl von Spezialisten ist: «Die Besitzstandwahrung muss bei der Umsetzung des TarMeds in Frage gestellt werden.» Regierungsrat Dürr plädierte für die vermehrte Berücksichtigung der Erkenntnisse der «Evidence based Medicine» und schlug vor, Doppeluntersuchungen auszuschliessen durch die Schaffung elektronischer Patientendossiers. Gesundheitspässe könnten hier Abhilfe schaffen.

These 3:

«Im Bereich Public Health muss wieder unterschieden werden zwischen allgemeiner Gesundheitsvorsorge und individueller Prävention. Der Staat – und damit auch die staatliche Finanzierung – darf seine gesundheitspolitischen Aufgaben gegenüber der gesamten (gesunden) Bevölkerung nicht aus Opportunitätsgründen aus den Händen geben. Es ist die Definition von gesamtschweizerischen Minimalstandards anzustreben und eine sinnvolle Aufgabenteilung zwischen den Partnern im Gesundheitswesen vorzunehmen.»

Wie so oft, stellte Moderator Müller fest, fehlt die Zeit für die Auseinandersetzung mit dem Thema Prävention. Einig war man sich: Die Rollen von Bund, Kantonen und Krankenversicherern müssen geklärt werden. Regierungsrat Dürr sagte: «Bevor der Nutzwert nicht klar ist, dürfen keine Präventionsmassnahmen eingeführt werden.» Bundesrätin Dreifuss betonte, dass sie sich mit den Kantonen über Impf- und Screeningprogramme auseinandersetzen wolle. In diesem Bereich ist in der Tat etliches ungeklärt.

Qualitätssicherung im Gesundheitswesen, Rationierung und Prioritätensetzung

Ein Bericht zu Händen des Bundesamtes für Sozialversicherungen, Bern

Fred Paccaud, IUMSP, Lausanne

Januar 2000

K:DIR/Direction/rappall.doc

1. Einleitung

Im Rahmen der Vorbesprechungen, die zur Definierung einer Gesundheitspolitik in der Schweiz führen soll, hat das BSV dem IUMSP den Auftrag gegeben, die mit der Qualitätssicherung verbundenen Probleme ansatzweise darzustellen. Insbesondere war ein Papier erwünscht, welches den Teilnehmern der vom BSV (28. Februar 2000) organisierten Tagung über die Kostendämpfungsmassnahmen dienlich sein sollte. Eines der Themen dieser Tagung ist die Qualitätssicherung und die Rationierung im Gesundheitswesen¹.

Im Dezember 1999 ist erstmals über diesen Auftrag gesprochen worden, am 22. Dezember 1999 wurde das Mandat offiziell dem Beauftragten übergeben. Angesichts dieser Zeitspanne war eine Auswahl unumgänglich. Der Leser wird hier einen Bericht finden, welcher auf die Hauptfragen des Auftraggebers eingehen wird, nämlich die Rollenzuweisung bzw. Aufgabenteilung der betroffenen Partner, die Qualitätssicherungsverträge und die Rationierung.

Hierbei geht es nicht um die Diskussion neuer Konzepte in der Qualitätssicherung, womöglich mit dem Ziel einer neuartigen Definition. Es ist jedoch angebracht, einige grundsätzlichen Punkte festzulegen.

Ein erster Punkt ist, dass sich die Qualitätssicherung zur gleichen Zeit wie die modernen Gesundheitssysteme entwickelt hat, ab Mitte des letzten Jahrhunderts. Die Namen Florence Nightingale (Vereinigtes Königreich)² oder Ernest Codman (Vereinigte Staaten von Amerika)³ sind auf diesem Gebiet geläufig. Das bedeutet, unter anderem, dass die Sorge für die Qualitätssicherung und das öffentliche Gesundheitswesen gleichzeitig entstanden sind. Zur gleichen Bewegung der Modernisierung zählen auch die ersten Formen der Qualitätskontrolle, nämlich diejenige über die Ausbildung der Gesundheitsberufe (in den USA: Flexner Report 1910; in der Schweiz, Bundesgesetz über die medizinischen Berufe 1876).

Ein zweiter Punkt ist, dass es heutzutage eine Unzahl von mehr oder weniger operativen Definitionen der Pflegequalität gibt. Es ist ein Zeichen der Jugend, d.h. die Theorie der Pflegequalität ist erst vor kurzer Zeit entwickelt worden, praktisch mit der Arbeit von Donabedian (Vereinigte Staaten von Amerika) in den sechziger Jahren oder jener von Cochrane (Vereinigtes Königreich) in den siebziger Jahren⁴. Unter den verfügbaren Definitionen möchte ich folgende hervorheben:

- die Pflegequalität ergibt sich aus der Anwendung des medizinischen und technischen Wissens, so dass ein Höchstmass an Nutzen für die Gesundheit erreicht wird, ohne die Risiken entsprechend zu erhöhen⁵.

- [die Pflegequalität entspricht jenem] Stand der Leistungen, der die Wahrscheinlichkeit erhöht, dem verfügbaren beruflichen Wissen entsprechend ein positives Gesundheitsresultat für den Einzelnen wie für die Bevölkerung zu erreichen⁶.
- Es muss unterschieden werden, aus welcher Sicht die Pflegequalität betrachtet wird; die drei wichtigsten Perspektiven sind:
 - aus Sicht des Kunden ist Qualität das, was der Kunde und der nichtfachmännische Pfleger von einer Leistung erwarten;
 - aus Sicht der Fachleute ist Qualität die Uebereinstimmung der Leistung mit den von professionellen Leistungserbringern definierten Bedürfnissen, sowie deren Uebereinstimmung mit den Einsatzstandards von Techniken und Verfahren, die für das Entsprechen der Patientenbedürfnisse als notwendig angesehen werden⁷;
 - aus Sicht des Verwalters ist Qualität die effizienteste Nutzung der Geldmittel, innerhalb der durch die Gesundheitsbehörden und die Kostenträger festgesetzten Grenzen.

Die in diesem Bericht vorgeschlagene Definition ist folgende⁸:

- Die Qualität im Gesundheitswesen zielt auf die vollständige Befriedigung der Begehren derjeniger, die am meisten Pflege brauchen, zum niedrigsten Preis und innerhalb der durch die Gesundheitsstruktur festgesetzten Grenzen.

Diese Definition bringt den Begriff der Bemühung ein (« zielt auf... »), was der tatsächlichen Situation des Pflegesystems besser entspricht. Die Definition zieht mit der « vollständigen Befriedigung der Begehren » nach sich, dass das Pflegesystem die Wirksamkeit der erbrachten Leistungen *a priori* garantieren muss: dadurch wird nachdrücklich auf die Notwendigkeit experimenteller Beweise in der Medizin, die genaue Ueberprüfung des verfügbaren Wissens (Evidence-Based Medicine) und seine regelmässige Bereitstellung in Form von Pflegerichtlinien (« clinical guidelines ») hingewiesen. « Vollständige » Befriedigung bedeutet ebenfalls, dass diese Befriedigung beurteilt wird, d.h. dass sie im System wahrnehmbar gemacht werden muss (« outcome medicine »). Schliesslich wird mit dem Wort Befriedigung nachdrücklich darauf hingewiesen, dass der Patient den Nutzen nach einem expliziten Beurteilungsmassstab der Patientenzufriedenheit wahrnehmen muss. Die Gliederung zwischen Begehren und Bedürfnis bringt die Tatsache ans Licht, dass das Pflegesystem dem Patienten helfen muss, seine Frage zum Ausdruck zu bringen (Begehren vs Bedürfnis); unter anderem wird daran erinnert, dass das Begehren des Patienten nicht nur ein Verlangen nach Heilung ist. In den Worten « derjeniger, die am meisten Hilfe brauchen » bringt die Definition die Pflegequalität mit einer zentralen Idee im Gesundheitswesen in Verbindung: dass die Pflegebedürfnisse zum Ausdruck gebracht werden können. Der Begriff « zum niedrigsten Preis » erinnert an die begrenzten Geldmittel. Und die « durch die Gesundheitsstruktur festgesetzten Grenzen » erinnern an die ethischen Normen, die auch die Pflegetätigkeit bestimmen.

Andere geläufige Definitionen sollten hier erwähnt werden:

- ein Standard kennzeichnet die Eigenschaften einer als Referenz dienenden Leistung; diese Eigenschaften sind identifizierbar und erkennbar, und in der Regel messbar. Klassische Beispiele von Standards sind die Referenzwerte einer Brustfrüherkennungs-Kampagne, die durch eine Krankheit verursachte stationäre Aufenthaltsdauer, oder die Anzahl von Pflegepersonal pro Bett;
- die Qualitätsförderung ist die Strategie, deren Ziel es ist, das Niveau des Standards zu erhöhen. Die nach der Qualität der Leistungen ausgerichteten finanziellen Anregungen oder Kurse über die Pflegequalität sind Beispiele von Strategien;
- die Qualitätssicherung ist ein Verfahren, welches die Einhaltung eines Standards *a priori* garantiert. Typisches Beispiel ist das Strafsystem, welches das Pflegepersonal trifft, falls sein Wissensstand bei der Kontrolle den Anforderungen nicht entspricht. Die Entsorgung infizierter Blutprodukte, das doppelte Lesen der Früherkennungsmammographien oder die

prospektive Einschätzung der Angemessenheit der Spitaleinweisungen nach einem definierten Protokoll⁹ sind zwei weitere Beispiele von Qualitätssicherung;

- die Qualitätskontrolle ist ein Verfahren, welches die Einhaltung eines Standards *a posteriori* garantiert, nachdem die Leistung erbracht worden ist. Beispiele der Qualitätskontrolle sind die systematischen und regelmässigen Prüfungen des Pflegepersonals im Rahmen der Weiterbildung, die periodische Erfassung der unangemessenen Spitalaufenthaltsstage, die systematische serologische Kontrolle der übertragenen Blutprodukte.

2. Aufgabenteilung

Es besteht eine starke Interaktion zwischen der Förderung der Qualitätssicherung und dem Modell, auf dem das Gesundheitssystem basiert. Vereinfachend kann man für die Organisation des Gesundheitsdienstes drei Modelle in Betracht ziehen, so dass geprüft werden kann, welchem Modell der Qualitätsförderung jedes der drei Modelle entspricht.

- Das erste Organisationsmodell des Gesundheitsdienstes kann als "professionelles Modell" bezeichnet werden: die Organisation ist in den Händen von Fachleuten, und somit auch die Qualitätskontrolle. Typischerweise wird dieses Modell der Qualitätskontrolle den Akzent auf das individuelle Verantwortungsbewusstsein des Pflegepersonals legen, sowie auf dessen berufliche und moralische Rechtschaffenheit: die Selektion und die Ausbildung sind demnach in diesem Modell ausschlaggebend - dies ist eine Art und Weise, die Pflegequalität zu fördern. Das Modell setzt ebenso die Entwicklung und den Fortbestand starker Fachverbände voraus, die den Pflegestandard festlegen und dafür einstehen, dass er von seinen Mitgliedern eingehalten wird. Diese Fachverbände vertreten die Interessen der Fachleute im Namen der Interessen der Gemeinschaft. Allgemein gesehen basiert das Modell der professionellen Qualitätskontrolle auf einer strukturellen Pflegequalitätssicherung.
- Das zweite Organisationsmodell des Gesundheitsdienstes kann "bürokratisches Modell" genannt werden. In Folge der anwachsenden Komplexität der Organisation des Gesundheitssystems (Diversifikation der Patientenbetreuung, Spezialisierung des Personals, Bezahlung außerhalb des Pflegeverhältnisses, usw.), geben die Fachleute die direkte Verwaltung des Systems auf und vertrauen sie Spezialisten der Geschäftsführung an. Bei diesem Modell sind es die Verwalter, die das Pflegepersonal koordinieren, das finanzielle Ueberleben der Pflegeeinrichtung garantieren und einen großen Teil der strategischen Entscheidungen, den Regeln der Haushaltsführung folgend, treffen. Die aufkommende Erscheinung des Verwalters wird von anderen Veränderungen begleitet, u.a. auch sprachlichen Veränderungen: der Patient wird zum Leistungsempfänger, der Pfleger zum Leistungserbringer, usw. In diesem System zielt die Qualitätskontrolle auf die Ueberprüfung der Einhaltung der Regeln. Die Qualität betrifft hauptsächlich die Strukturen und den Pflegevorgang (Akkreditierung, Hospitalisationsrevue, Analyse von Praxisstandards, usw.).
- Die dritte Art der Gesundheitsdienstorganisation entspricht einem "industriellen Modell". Dieses Modell des Gesundheitssystems gibt die dem System eigenen Kriterien zugunsten einer externen Leistungsbewertung auf (die Fähigkeit Profit zu machen, Marktanteile, usw.). Es geht nicht mehr ausschliesslich darum, ein System zu verwalten, sondern vielmehr es zu rentabilisieren. Der Patient wird zum Kunden, und der Pfleger zum Erzeuger. Die Qualität betrifft hauptsächlich die Ergebnisse der Pflege, – wobei die Befriedigung der Nachfrage besonders beachtet wird¹⁰.

Die Formulierung dieser drei Perspektiven zeigt, dass die Strategie der Qualitätsförderung in Verbindung mit einer Gesundheitspolitik gesehen werden muss, insbesondere mit der

Organisation der Dienste. Dies ist ein wichtiger Punkt bei der Diskussion, die sich gegenwärtig in der Schweiz um die Aufgabenverteilung abspielt:

- Den Fachleuten überlässt das KVG eine grosse Verantwortung im Bereich der Qualitätsförderung: ihnen wird es auch überlassen, die Modalitäten der Qualitätskontrolle und -Sicherung vorzuschlagen; im Sinne der vorhergehenden Beschreibung handelt es sich implizit um ein „professionelles“ Modell des Gesundheitssystems.
- Dieses implizite Modell entspricht bei Weitem nicht der heutigen, im Pflegesystem vorwiegenden Tendenz: im Gegenteil, die Vorzeichen überwiegen zugunsten des „bürokratischen“ Modells (verstärkte Position der institutionellen oder versicherungsabhängigen Zahlungsquellen, welche die Regeln der Arbeitsweise und der Verwaltung des Pflegesystems festlegen), ja sogar zugunsten des „industriellen“ Modells (Entwicklung des „managed care“ in immer zahlreicher werdenden Pflegebereichen).
- Es besteht also eine Gegensätzlichkeit zwischen zwei Konzepten, die man gleichzeitig einsetzen will: einerseits die professionellen Organisationen, die nur über einen beschränkten Einfluss auf die Verwaltung des Systems verfügen (der sich mehr und mehr verringert), von denen aber die Qualitätsförderung erwartet wird; andererseits institutionelle Partner (z.B. kantonale Gesundheitsdienste) und versicherungsabhängige Partner (Krankenversicherungen z.B.), die zwar sehr einflussreich sind, aber keine Legitimität in der Qualitätsförderung geniessen.

Es ist beispielsweise offensichtlich, dass Richtlinien anders ausfallen, wenn sie von einem Versicherer oder einer medizinischen Fachgesellschaft vorgeschrieben sind. Die gegenwärtige Situation bedingt hingegen, dass diese Direktiven von Fachleuten erarbeitet werden (typischerweise von Spezialisten des medizinischen Bereichs), deren Einführung aber hauptsächlich von den institutionellen Partnern abhängt (Versicherer, Spitalverwaltung, Verantwortliche des kantonalen Gesundheitsdienstes, usw.).

Diese Kriesensituation könnte verbessert werden, indem die Art der Organisation des Systems auf kürzere Sicht klarer gewählt wird. Wenn man der heutigen Entwicklung des Pflegesystems folgerichtig nachgeht, muss man eine beträchtliche Verstärkung der öffentlichen oder privaten Verwalter vorhersehen, die über das Pflegesystem bestimmen werden; es wäre somit besser, ihnen explizit die Verantwortung der Qualitätsförderung anzuvertrauen. Diese Förderung kann (und sollte) in Zusammenarbeit mit den Fachleuten ausgeführt werden, jedoch muss die Initiative der Abkommen und die Verantwortung über deren Einführung in Händen derer liegen, die für das System verantwortlich sind.

Wenn es hingegen darum geht, das Übergewicht der Fachleute in der Qualitätsförderung zu erhalten oder zu erneuern (was implizit das Ziel des derzeitigen KVG ist), so muss aber auch ihre Position in der Verwaltung des Pflegesystems verstärkt werden, indem die professionellen Organisationen substantielle Vollmacht bei der Regelung und den Strafmassnahmen erhält.

Die Wahl zwischen diesen beiden Perspektiven besteht nicht aus technischen Vorzügen, sondern beruht ganz offensichtlich auf einer gesundheitspolitischen Wahl.

3. Qualitätsverträge

3.1. Beurteilung der Pflegequalität

In allen vorhandenen Verträgen spielt die « Messbarkeit » der Pflegequalität eine zentrale Rolle. So schlagen diese Verträge Listen mit allgemeinen und spezifischen Indikatoren der Pflegequalität vor, wie zum Beispiel:

- Qualität der stationären Spitalpflege: erworbene Infektionsrate während des Spitalaufenthalts, Infektionsrate von Operationswunden, Sterblichkeitsrate, Säuglingssterblichkeitsrate, perioperative Sterblichkeitsrate (48 Stunden nach der Narkose), Sectorate, ausserplanmässige Wiederaufnahmerate (31 Tage nach der Entlassung), ausserplanmässige Aufnahme nach einem ambulanten Eingriff (48 Stunden nach dem Eingriff), unvorhergesehene Rückkehrate auf die Intensivstation, unvorhergesehene Zweitoperationsrate (...)
- Qualität der ambulanten Spitalpflege: unvorhergesehene Rückkehrate auf die Notfallstation 72 Stunden nach der Entlassung, Anzahl der Patienten, die über 6 Stunden auf der Notfallstation verbracht haben, Anzahl der Patienten, die die Notfallstation vorzeitig verlassen, Abbestellungsrate der ambulanten Eingriffe am Tag der planmässigen Operation (...)

Im allgemeinen kann man die zur Beurteilung des Gesundheitssystems notwendigen Daten in drei Kategorien einteilen, entsprechend der Eingriffsweise in die Pflegequalität nach Donabedian:

- die Daten über die Struktur der Pflegeeinrichtungen, d.h. die Angaben über Art und Umfang des Pflegepersonals, der pflegeleistenden Einrichtungen, usw.;
- die Daten über den Pflegevorgang, d.h. Angaben über Art und Umfang der Eingriffe. Zum Beispiel bewerten die Anästhesieabteilungen von zwölf welschen Spitälern seit mehreren Jahren ihre Aktivitäten (angewandte Technik, Vorkommnis besonderer Zwischenfälle während der Narkose, Verweildauer im Operationssaal und auf der Aufwachstation, usw.): die gewonnenen Daten können somit innerhalb der Abteilung ausgewertet werden, um die eigene Leistung zu überprüfen. Typischerweise dienen diese Angaben dazu, die geleistete Pflege mit einem Standard zu vergleichen. Der Standard kann explizit (z.B. der Vergleich einer Leistung mit einer « Richtlinie »¹¹⁾ oder implizit (z.B. der Vergleich mit einem Durchschnittswert¹²⁾) sein. Der Hauptvorteil des expliziten Standards liegt in der Notwendigkeit, einen Referenzwert zu schaffen; der Hauptnachteil besteht in den meist erheblichen Kosten, die die Schaffung sowie die Ueberarbeitung dieser Referenzstandards mit sich bringen;
- die Daten über die Pflegeergebnisse, in Heilung, Komplikationen, Todesfällen, gewonnenen Lebensjahren, usw. ausgedrückt. Die Wundinfektion ist ein klassischer Indikator der Spitalpflegequalität¹³⁾. Wie oben erwähnt geht die Beurteilung des Pflegeergebnisses in Richtung Entwicklung eines « industriellen » Modells der Pflege, welche eher auf die Zufriedenheit des Kunden als auf die Einhaltung von Berufsregeln zielt. Der Hauptvorteil der Ergebnisindikatoren liegt darin, dass durch sie ein unmittelbarer Eindruck gewonnen wird. Es können besonders ernsthafte Probleme hervorgehoben werden und erlaubt die Einschätzung der Qualität verschiedener Vorgehensweisen, ein und dasselbe Problem anzugehen. Das ist z.B. der Fall bei der vermeidbaren Sterblichkeit¹⁴⁾.

Welche Daten auch immer in Betracht gezogen werden, so ist das zentrale Problem in der Schweiz das Defizit an einer Gesundheitsstatistik. Insbesondere fehlt immer noch ein Organ, welches die verfügbaren Daten über die Strukturen, die Aktivitäten und die Ergebnisse des Gesundheitssystems sammelt, auswertet und verbreitet. Um so mehr fehlt die Aussicht, neue Datenaufnahmen und/oder neue Indikatoren zu entwickeln, welche die Beurteilung der Pflegequalität betreffen könnten. Wie für den Rest des öffentlichen Gesundheitswesens ist die Entwicklung eines vernünftigen Monitoring-Systems unerlässlich: es sollte sowohl die Früherkennung struktureller und funktioneller Anomalien ermöglichen, als auch eine Diagnose und eine Interventionsstrategie in die Wege leiten.

Demzufolge liegt es im Interesse der Qualitätssicherung, baldmöglichst das Gesundheitsobservatorium zu gestalten, welches z.Zt im Gespräch ist. Dieses Observatorium sollte es insbesondere ermöglichen, ein modernes System der Routine-Gesundheitsstatistik aufzubauen, dessen Daten wenig kosten würden, welches das gesamte schweizerische Gesundheitssystem vernünftig abdecken würde und Elemente für das Monitoring, die Bewertung und die Analyse liefern würde¹⁵.

Schliesslich muss beobachtet werden, dass alle Initiativen, die im Gang oder kurzfristig vorherzusehen sind (wie jene über die Zufriedenheit der Patienten¹⁶), Akutspitäler betreffen. Man sollte jedoch nicht aus den Augen verlieren, dass der ambulante sowie der Langzeitpflegebereich in naher Zukunft wesentlich beansprucht werden wird.

3.2. Qualitätssicherung und Strategien des öffentlichen Gesundheitswesens

Eine der Besonderheiten des Qualitätsförderungssystems, das gegenwärtig in der Schweiz eingeführt wird, besteht darin, dass es seinen Schwerpunkt auf die Pflegeeinrichtungen setzt (beispielsweise Arbeitsgruppe Qualität in den Spitälern), und auch in einigen Fällen auf das fachliche Gebiet (Ausarbeitung von Richtlinien z.B.). Im Grunde wird die Qualitätssicherung bis jetzt noch nicht als Problematik des öffentlichen Gesundheitswesens angesehen, d.h. als Problematik, die den Strategien der öffentlichen Gesundheitspolitik angehört.

Die Problematik der Qualitätssicherung tritt nicht ausschliesslich innerhalb der einzelnen Dienste hervor (Befriedigung der Nachfrage, Leistungsfähigkeit, niedrige Herstellungskosten, usw.), sondern sie unterstreicht ebenso die Gesundheitsbedürfnisse der gesamten Bevölkerung. Deshalb sollte die Prioritätensetzung im Bereich der Qualitätsförderung - so wie andersorts empfohlen¹⁷ - auch der Prioritätensetzung des öffentlichen Gesundheitswesens entsprechen.

So wird z.B. der demographische und epidemiologische Druck langfristig die degenerativen und chronischen Krankheiten in den Vordergrund stellen, wie beispielsweise Herz-Kreislaufstörungen, Krebs, Arthrose und neuropsychiatrische Krankheiten: aus diesem Grunde sollte der Entwicklung des Vorsorgesystems dieser Krankheiten Vorrang gegeben werden. Gleichzeitig lässt sich folgerichtig aus der Entwicklung des sanitären Systems eine Ausweitung des ambulanten Sektors, der Vorsorge und Gesundheitsförderung sowie der nicht-professionellen Pflege ablesen. Daher sollten gerade in diesen Bereichen die Entwicklung von Ideen, Qualitätsindikatoren und Datensammelsysteme ganz besonders unterstützt werden, da der Bereich der Spitäler nicht der einzig betroffene ist.

Ein typisches Beispiel dieser Situation ist die Qualitätskontrolle der Erkennung der Herzinsuffizienz. Diese Krankheit führt häufig zu wiederholter Spitaleinweisung und noch öfter zu einer ambulanten Behandlung. In Zukunft droht sie stark anzusteigen, aus demographischen Gründen einerseits (es ist ein eindeutig altersbedingtes Problem) und aus epidemiologischen Gründen andererseits (da die Zunahme der Krankheitsfälle teilweise dem Erfolg der Behandlung der Koronarherzkrankheit zuzuschreiben ist, auch in der Schweiz¹⁸). Die Studien, die in einigen industrialisierten Ländern vorgenommen wurden, weisen aber einen grossen Qualitätsdefizit bei der Behandlung dieser Krankheit auf.

4. Rationierung

Malthus war vermutlich einer der Ersten, die eine politische Rationierungstheorie vorschlugen¹⁹. Weshalb spricht man heute von Rationierung und weshalb ist von ihr vor allem im Gesundheitswesen die Rede?

Spontan lässt sich das Probleme der Rationierung mit folgender Liste umschreiben:

- Abtragung von Tätowierungen

- Behandlung der Unfruchtbarkeit
- Physiotherapie für Sportverletzungen
- Langzeitkrankenpflege
- Geschlechtsumwandlung
- Zahnpflege für Erwachsene
- Übernahme der Empfängnisverhütung

Diese Liste enthält Verfahren, bei denen die Berechtigung der Kostenübernahme durch das öffentliche Gesundheitssystem in Frage gestellt werden kann (oder in Frage gestellt worden ist oder es zweifellos noch wird), um so mehr, als die Nachfrage für die als gerechtfertigt erachteten Pflegeleistungen steigt, nur schon aus demografischen Gründen²⁰.

In der einfachsten Bedeutung des Wortes bezeichnet die Rationierung sämtliche Verfahren, welche die Verabreichung von Gesundheitsdienstleistungen in einer Gemeinschaft verbessern, wobei der Gesamtbetrag der verfügbaren Ressourcen in dieser Gemeinschaft unveränderlich ist. Die Rationierung ist mit einem System der Bevorzugung von Pflegeleistungen verbunden, dessen Zweck darin besteht, nach bestimmten Auswahlkriterien eine Liste von begünstigten Einzelpersonen oder zulässigen Dienstleistungen zu erstellen.

Mehrere skandinavische Länder haben in den letzten zehn Jahren explizite Schritte zur Rationierung unternommen (Norwegen im Jahr 1987, Finnland 1994, Schweden 1995). Diesen Ländern ist gemeinsam, dass sie ein über Steuern finanziertes System haben. Obschon diese Rationierungsentscheide von der Struktur her einfach gefällt werden könnten, haben diese Länder ein sorgfältiges Vorgehen gewünscht: Das ist teilweise auf eine Tradition der politischen Entscheidungen in der Gemeinschaft zurückzuführen, aber auch auf die Tatsache, dass das System stark dezentralisiert ist (die Finanzierung der Gesundheitsbezirke erfolgt pro Kopf).

In Schweden werden in einem Bericht detailliert²¹ das Auswahlverfahren und die Ergebnisse dieser Rationierungspolitik beschrieben. Für die Steuerung der Rationierung werden drei Prinzipien erwähnt:

- Der Grundsatz der menschlichen Würde beruft sich auf die Tatsache, dass alle Menschen gleichwertig sind und die gleichen Rechte haben, ungeachtet ihrer persönlichen Charakteristiken und ihrer Funktion in der Gesellschaft. Die menschliche Würde ist ein grundlegendes Prinzip, bildet jedoch keine ausreichende Grundlage für die Bevorzugung. Denn da die Ressourcen begrenzt sind, kann nicht jeder alles beanspruchen, worauf er eigentlich Anrecht hätte.
- Das Bedarfs- und Solidaritätsprinzip sieht vor, dass die Ressourcen denjenigen Aktivitäten oder Personen zugewiesen werden, die den grössten Bedarf haben. Die Solidarität besteht darin, dass den Bedürfnissen derjenigen Menschen, die kaum Chancen haben, angehört zu werden oder ihre Rechte geltend zu machen, besondere Beachtung geschenkt wird. Das ist typischerweise der Fall bei den Kranken in der Psychiatrie oder bei den Kindern (die leicht zur Zielgruppe von Rationierungsstrategien werden können).
- Das Prinzip der Kosteneffizienz regelt die Auswahl unter den Eingriffen: Diese Auswahl muss Eingriffe bevorzugen, die im Hinblick auf die Verbesserung der Gesundheit und der Steigerung der Lebensqualität ein vernünftiges Verhältnis zwischen Kosten und Wirksamkeit bieten. Das Kosteneffizienzprinzip kann lediglich auf Vergleiche von unterschiedlichen Methoden zur Behandlung der gleichen Krankheit angewendet werden. Es lässt sich nicht für Vergleiche unter verschiedenen Krankheiten verwenden.

Im Jahre 1992 erschien ein Bericht über die Rationierung in Neuseeland²¹. In diesem Land, wo das Gesundheitssystem weitgehend verstaatlicht ist, existiert eine starke Tradition der öffentlichen Gesundheit. Die gesamte neuseeländische Aktion wurde von einem 1992 gebildeten «Core Service Committee» gesteuert. Für die Organisation dieser Rationierung der Dienste wählte man folgende vier Kriterien: Nutzen, Ertrag, Gerechtigkeit und Übereinstimmung mit den sozialen Werten.

Es gibt noch weitere Beispiele für mehr oder weniger weitgehende Rationierungen, wie dasjenige des Staates Oregon oder New York (Public Health Priorities Planning Project²²) oder auch solche seitens der Versicherungsgruppen (Group Health Cooperative de Puget Sound). Aus der Analyse der derzeit in den entwickelten Ländern eingesetzten Rationierungsstrategien lässt sich entnehmen, dass diese sich um folgende drei Hauptansätze sammeln:

- Den Kreis der Begünstigten einengen, d.h. eine oder mehrere individuelle Merkmale verwenden, damit eine bestimmte Person für eine bestimmte Pflegeleistung nicht mehr wählbar wird: Beispiele für solche Kriterien sind das Alter, die Nationalität oder der allgemeine Gesundheitszustand. Dabei löst vor allem die Verwendung des Kriteriums Alter besonders viele, zum Teil emotional geführte Diskussionen aus, die sich aber auf eine vernünftige ethische Grundlage stützen²³. Anzumerken ist, dass viele Rationierungstechniken am Bett des Kranken (d.h. die täglich im Pflegesystem zu beobachtende implizite Rationierung) auf einer Begrenzung der Begünstigten basieren²⁴.
- Die Eingriffe beschränken d.h. eine geschlossene Liste von Dienstleistungen, die der Gemeinschaft erbracht werden, anfertigen. Der sicherlich bekannteste Versuch ist derjenige von Oregon: Diese Liste sollte allen Bürgerinnen und Bürgern von Oregon einen universellen Zugang zur Pflege verschaffen, ohne die Gesamtgesundheitskosten zu erhöhen. Die Rationierung resultiert hier also aus der Absicht, die Deckung der Bevölkerung zu erweitern, ohne die Ausgaben zu erhöhen. Das Besondere am System von Oregon ist, dass es eine formelle Regel für die Schätzung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses verwendet, um eine vorgegebene Skala für die Eingriffe zu erarbeiten²⁵. Diese Liste umfasst etwa 700 Eingriffe, deren Wirksamkeit erwiesen ist (in diesem Sinne handelt es sich um eine reine Rationierung und nicht um die Rationalisierung des Gesundheitssystems durch die Beseitigung von ineffizienten Prozeduren). Jede Prozedur wird durch eine Punktzahl bezeichnet, welche der «Rendite» der Prozedur Rechnung trägt, wobei bei der Berechnung der Unterschied des Gesundheitszustands eines Patienten mit oder ohne Eingriff, die Dauer des Nutzens und die Kosten des Eingriffs berücksichtigt werden. Dieses System hat eine bewegte Geschichte, was teilweise mit dem Verfassungsstreit um die Frage, ob die Liste gewisse Grundrechte verletze (American with Disabilities Act) zusammenhängt.
- Die Ziele des Pflegesystems neu festlegen, insbesondere seine Ambitionen begrenzen und gewisse Eingriffe, die zur medizinischen Technik und nicht zur Pflege gehören, herausnehmen: das ist eine häufig vorgebrachte Überlegung, um beispielsweise kosmetische Eingriffe auszuschliessen (wie die Abtragung von Tätowierungen in der obigen Liste). Die niederländische Regierung hat auf diese Weise versucht, die Empfängnisverhütung und die Physiotherapie aus dem Leistungskatalog auszuschliessen.

Jeder dieser drei Ansätze, die einander nicht ausschliessen, bringt Probleme mit sich. In der gegenwärtigen Debatte in der Schweiz geht es vor allem um folgende:

- Die demokratischen Gesellschaften scheinen Mühe zu haben, eine Rationierung explizit vorzunehmen, wogegen sie implizite Strategien tolerieren²⁶: denn die explizite Rationierung hat zahlreiche Nachteile, die mit der Entwicklung einer «Rationierungsbürokratie» zusammenhängen, besonders wenn es sich um schwierige Krankheiten handelt, die von Individuum zu Individuum unterschiedlich sind und sich von Ort zu Ort rasch ändern²⁷. Diese Vorzüge der impliziten Rationierung werden nicht leicht fallen gelassen, selbst wenn die meisten zugeben, dass eine explizite Rationierung eine rationellere und gerechtere Auswahl erlaubt. Hier geht es um ein generelles Problem in den entwickelten Gesellschaften, da diese republikanische (auf dem Wissen beruhende) und demokratische Werte (auf der Mehrheit basierende) nebeneinander bestehen lassen müssen.
- Die zur Schätzung der Punktzahl für jeden einzelnen Eingriff eingesetzten Techniken (wie für die Liste von Oregon) werden häufig nur schlecht beherrscht (Kostenmessung, Gesundheitszustand usw.): das macht diese Listen unsicher und folglich wenig glaubhaft.
- Wird bei diesen Rationierungsprojekten die Gesamtbevölkerung berücksichtigt, so stellt man gewöhnlich fest, dass sie die Bevorzugung von wirksamen gegenüber unwirksamen Eingriffen akzeptiert, was aber nicht unbedingt heisst, dass die Bevorzugung von effizienten gegenüber ineffizienten Eingriffen bejaht wird^{28 29};
- Die Entscheidungsebene, auf der die Auswahl getroffen wird, stellt an sich ein organisatorisches Problem dar: Regierungsentscheide sind vermutlich gerechter, aber lokale Entscheide (in einem Kanton, einer Gemeinde) werden mit Sicherheit besser akzeptiert. In einem Land wie der Schweiz verdient dieser Punkt eine sorgfältige Prüfung.

4.1 Übernutzung und Unternutzung der Pflegedienste

Noch ein letzter Punkt soll hier hervorgehoben werden; er betrifft die Zusammenhänge zwischen Rationierung und Qualität. Es gibt keinerlei theoretischen oder praktischen Grund für die Annahme, dass sich mit einer tatsächlichen Steigerung der Pflegequalität die Kosten der Operationen verringern und jegliche Form von Rationierung auf Dauer vermeiden liesse.

Zur Erklärung ist es wohl am besten, wenn man ein reales Beispiel aus einer Reihe von Studien nimmt, die von einer Gruppe in Lausanne zur Untersuchung der Pflegequalität bei verschiedenen Verfahren durchgeführt worden sind. Um die Qualität von Gastroskopien in einem grossen ambulanten Patientenstamm zu untersuchen^{30 31}, hat die betreffende Gruppe die tatsächlich praktizierten Untersuchungen mit den Richtlinien verglichen, die die ideale Pflege umschreiben. So erhält man folgende Tabelle:

Tabelle 1. Verteilung von Patienten mit oberen Magen-Darm-Beschwerden nach der Notwendigkeit der Pflege und der Durchführung einer Endoskopie des oberen Verdauungstraktes

	<i>notwendige</i>	<i>nicht notwendige</i>	<i>Total</i>
	<i>Endoskopie des oberen Verdauungstraktes</i>	<i>Endoskopie des oberen Verdauungstraktes</i>	
<u>durchgeführte</u>	24	39	63
Endoskopie des oberen Verdauungstraktes			
<u>nicht durchgeführte</u>	72	476	548
Endoskopie des oberen Verdauungstraktes			
Total	96	515	611

Man erkennt sofort, dass das System qualitativ nicht schlecht ist. Die Mehrzahl der Patienten erhält eine angemessene Pflege; es sind jene, die auf der Diagonale der Tabelle zu finden sind: 500/611. Doch erhöht man in diesem System die Qualität, so erhöht man auch die Kosten: in absoluten Zahlen sind die ungedeckten Bedürfnisse (bei 72 Patienten wurde keine als notwendig erachtete Endoskopie vorgenommen) grösser als die überflüssigen Verordnungen (bei 39 Patienten wurde eine als unnötig erachtete Endoskopie vorgenommen). Das ist in unserem Pflegesystem nichts Aussergewöhnliches^{32 33 34 35 36 37 38 39}, denn die Unternutzung von Pflegeleistungen ist häufig und nur mit hohem Kostenaufwand zu beheben.

Desgleichen ist es nicht sehr sinnvoll, sich von den Konzentrationen von Aktivitäten Wunder zu erhoffen, d.h. gleichzeitig eine Verbesserung der Qualität und eine Verringerung der Kosten. Obschon diesbezüglich zahlreiche Arbeiten durchgeführt wurden, ist das Verhältnis zwischen der Menge und den Ergebnissen nicht ausgewogen. Und eine überzeugende Theorie für diese Aspekte ist noch nicht in Sicht. Man kann diesbezüglich feststellen, dass für gewisse Eingriffe und bestimmte Pathologien eine Menge-Ergebnis-Relation existiert, für andere konnte man diese Relation hingegen nicht ermitteln. Vermutlich gibt es keine Regel, die für sämtliche Pflegebereiche in gleicher Weise gültig ist; das Beste ist, jede Situation ad hoc zu untersuchen.

2. Literaturhinweise

¹ Strukturelle und formale Vorgaben für die Expertenberichte (22.12.1999)

² Nightingale F. Notes on hospitals. London : Parker and son, 1859

³ Donabedian A. The end result hospital : Ernest Codman's contribution to quality assessment and beyond. Milbank Q 1989;67:233-56

⁴ Cochrane A. Effectiveness and efficiency : random reflections on health services. London : Nuffield Provincial Trust, 1972

- ⁵ Donabedian A. Exploration in quality assessment and monitoring. Vol 1, The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, MI : HAP (Health Administration Press), 1980
- ⁶ Lohr KN (ed) Medicare : a strategy for quality assurance. Vol. 1 and 2. Committee to design a strategy for quality review and assurance in Medicare Division of Health Care Services Institute of Medicine. Washington, DC : Kathleen N. Lohr, ed., 1990
- ⁷ Oevretveit J. Health service quality : An introduction to quality methods for Health Service. Oxford : Blackwell scientific publications, 1992
- ⁸ Paccaud F. Contrôle de la qualité des soins : aspects épidémiologiques. Schweiz Med Wochenschr 1993;123:254-60
- ⁹ Santos-Eggimann B, Paccaud F, Blanc T. Medical appropriateness of hospital utilization : an overview of the Swiss experience. Int J Quality Health Care 1995;7:227-32
- ¹⁰ Paccaud F, Gutzwiller F. Santé publique et marché de soins. Editorial. Méd Hyg 1998;56:251
- ¹¹ Bourquin MG, Wietlisbach V, Rickenbach M, Perret F, Paccaud F. Time trends in the treatment of acute myocardial infarction in Switzerland from 1986 to 1993 : Do they reflect the advances in scientific evidence from clinical trials ? J Clin Epidemiol 1998;51:723-32
- ¹² Santos-Eggimann B. Utilisation de la coronarographie en Suisse : une étude de population. Schweiz Med Wochenschr 1987;117:747-55
- ¹³ Troillet N, Eisenring Page PC, Praz G. Etude pilote pour un programme de surveillance des infections du site chirurgical dans des hôpitaux régionaux en Suisse. Méd Hyg 1998;56:1857-61
- ¹⁴ Burnand B, Scherer F, Cathieni F, Vader JP, Paccaud F. Evaluation de l'impact du système de santé sur la qualité des soins dans le canton du Valais. Une analyse exploratoire. Lausanne : Unité d'évaluation des soins, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Juin 1999
- ¹⁵ Mc Kee M. Routine data : a resource for clinical audit ? Qual Health Care 1993;2:104-11
- ¹⁶ Burnand B, Lorenzini M, Vader JP, Paccaud F. La mesure de la satisfaction des patients : Une introduction au concept et aux modalités. Cah Méd Soc 1995;39:281-90
- ¹⁷ Faisst K, Schilling J. Qualitätssicherung- Bestandesaufnahme (Forschungsbericht nr.10/99). Bern : BSV, 1999
- ¹⁸ Bourquin MG, Wietlisbach V, Rickenbach M, Perret F, Paccaud F. Time trends in the treatment of acute myocardial infarction in Switzerland from 1986 to 1993 : Do they reflect the advances in scientific evidence from clinical trials ? J Clin Epidemiol 1998;5:723-32
- ¹⁹ Ross EB. The Malthus Factor : Poverty, Politics and Population in Capitalist Development. London and New York : ZED Books, 1998
- ²⁰ Paccaud F, Santos-Eggimann B. Vieillesse de la population, besoins de santé et réponse sanitaire. Méd Hyg 1999;2042-4
- ²¹ Honigsbaum F, Calltorp J, Hem C, Holmström S. New Zealand. In : Honigsbaum F, Calltorp J, Hem C, Holmström S. Priority setting processes for healthcare in Oregon, USA, New Zealand, the Netherlands, Sweden and the United Kingdom. Oxford : Radcliffe Medical Press, 1995:23-34
- ²² New York State Public Health Council : Public Health Priorities Planning Project
- ²³ Williams A, Evans JG. The rationing debate : rationing health care by age. BMJ 1997;314:820-5
- ²⁴ Swenson MD. Scarcity in the intensive care unit : principles of justice for rationing ICU beds. Am J Med 1992;92:551-5
- ²⁵ Bodenheimer T. The Oregon health plan - Lessons for the nation (two parts). N Engl J Med 1997;337:651-5 and 337:720-23

-
- ²⁶ Grogan CM. Deciding on access and levels of care : a comparison of Canada, Britain, Germany, and the United States. *J Health Politics, Policy & Law* 1992;17:213-32
- ²⁷ Hunter DJ. Rationing health care : the political perspective. *Brit Med Bull* 1995;5:876-84
- ²⁸ McIver S. Information for public choice. *Brit Med Bull* 1995;5:900-13
- ²⁹ Bowling A. Rationing as a public choice. *BMJ* 1996;312:670
- ³⁰ Froehlich F, Burnand B, Pache I, Vader JP, Fried M, Schneider C, Kosecoff J, Kolodny M, DuBois RW, Brook RH, Gonvers JJ. Overuse of upper gastrointestinal endoscopy in a country with open-access endoscopy : a prospective study in primary care. *Gastrointest Endosc* 1997;45:13-19
- ³¹ Froehlich F, Pache I, Burnand B, Vader JP, Fried M, Kosecoff J, Kolodny M, DuBois RW, Brook RH, Gonvers JJ. Underutilization of upper gastrointestinal endoscopy. *Gastroenterology* 1997;112:690-697
- ³² Paccaud F et al. Overuse and underuse of medical care : a case study. Submitted
- ³³ Struthers AD. Identification, diagnosis and treatment of heart failure : could we do better? *Cardiology* 1996;87(suppl):29-32
- ³⁴ Fargason CA, Bronstein JM, Johnson VA. Patterns of care received by Medicaid recipients with urinary tract infections. *Pediatrics* 1995;96:638-42
- ³⁵ Friday GA, Khine H, Lin MS, Caliguiri LA. Profile of children requiring emergency treatment for asthma. *Ann Allergy Asthma Immunol* 1997;78:221-4
- ³⁶ Whittle J, Wickenheiser L, Venditti LN. Is warfarin underused in the treatment of elderly persons with atrial fibrillation? *Arch Intern Med* 1997;24;157:441-5
- ³⁷ Soumerai SB, McLaughlin TJ, Spiegelman D, Hertzmark E, Thibault G, Goldman L. Adverse outcomes of underuse of beta-blockers in elderly survivors of acute myocardial infarction. *JAMA* 1997;8;277:115-21
- ³⁸ George J, Binns VE, Clayden AD, Mulley GP. Aids and adaptations for the elderly at home : underprovided, underused, and undermaintained. *Br Med J Clin Res* 1988;296:1365-6
- ³⁹ Avorn J, Gurwitz JH. Drug use in the nursing home. *Annals Intern Med* 1995;123:195-204

«Qualitätssicherung»: Zusammenfassung der Diskussion

Daniele Piazza, Televisione Svizzera/ TSI

In ihrer Eröffnungsrede zur Arbeitstagung unterstrich Bundesrätin Ruth Dreifuss, dass »noch viel zu tun bleibt in der Qualitätskontrolle als Kostendämpfungsfaktor«. Diese Aussage fand in der Diskussion der Arbeitsgruppe »Qualitätssicherung« breite Zustimmung. Es wurde deutlich, dass wir uns erst am Anfang eines Prozesses befinden. Mithin ist es nicht erstaunlich, dass die Arbeitsgruppe keine konkreten Thesen oder Vorschläge über mögliche Qualitätskriterien oder -indikatoren auszuarbeiten vermochte.

Definition des Qualitätsbegriffes

Ein grosser Teil der Diskussion drehte sich um die Notwendigkeit, einen Qualitätsbegriff für das Gesundheitswesen zu definieren. Zum Einen wurde daran erinnert, dass so viele Definitionen wie Experten existierten, zum Anderen stellte man fest, dass nur mit Hilfe eines guten theoretischen Gerüsts vermieden werden könne, aufs Geratewohl vorzugehen. Eine Definition dient als Grundlage, auf der die Kriterien zur Bewertung der Qualität erarbeitet werden. Sie ist aber ihrerseits abhängig von der Organisation und Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen. Doch bereits hier wird es kompliziert, denn die Schweiz bewegt sich zwischen zwei Systemen mit unterschiedlichen Modalitäten und Methoden: dem Qualitätsmanagement der Gesundheitsfachleute und der Qualitätskontrolle der Versicherer und Verwaltungen. Dieser Dualismus führte dazu, dass die Versuche der Arbeitsgruppe, eine Qualitätsdefinition für das Gesundheitswesen zu formulieren, ergebnislos blieben, wobei einige der Teilnehmenden diesem Versuchen ohnehin eine eher akademische Bedeutung beimassen.

Auf Seiten des Bundesamtes für Sozialversicherung (BSV) zieht man es vor, die Ziele zu definieren, die in Bezug auf die Umsetzung der Qualitätssicherung und -förderung erreicht werden sollen:

1. kontinuierliche Verbesserung
2. datenbasiertes Qualitätsmanagement

3. der Patient im Zentrum des Interesses
4. Vermeidung nicht erforderlicher Leistungen
5. Vermeidung von Kosten, die durch schlechte Qualität entstehen.

Das BSV hat diese Ziele und daraus abgeleitete Anforderungskriterien anfangs 1999 den Vertragspartnern als Rahmenbedingungen für den Umsetzungsprozess vorgegeben.

Möglichkeiten der Qualitätsbewertung

In Hinblick auf die Kriterien zur Bewertung der Qualität im Gesundheitswesen gestaltete sich die Diskussion konkreter. Das Ergebnis waren einzelne Überlegungen und Vorschläge, wobei es jedoch nicht zur Formulierung strukturierter Thesen kam.

In der Industrie stünde der Qualitätsbegriff unter dem Motto »der Kunde kehrt zurück, nicht das Produkt«. Dieser Slogan sei auch auf die privaten Spitäler anwendbar, in dem Sinne, dass der Patient Kunde ist, der zurückkommen muss, und die Qualität im Verhältnis zur Kundenzufriedenheit bewertet wird. Dem wurde jedoch sofort widersprochen, da im Gegensatz zu den Kunden der Industrie und Wirtschaft die medizinischen Behandlungen die Beteiligung der Patienten erforderten. Wenn der Patient nicht zurückkehre, sei dies nicht zwangsläufig ein Zeichen für seine Unzufriedenheit.

International ist der Trend feststellbar, von den einseitig auf die Struktur- und Prozessqualität ausgerichteten Akkreditierungs- bzw. Zertifizierungsmodellen wegzukommen und der Ergebnisqualität (»Outcome«) eine erhöhte Priorität zu geben.

Man verwies ebenfalls auf Modelle im Ausland, von den Vereinigten Staaten bis zu den skandinavischen Ländern, vom pragmatischen System der Schotten, die mit nur 38 Kriterien zur Qualitätsbewertung auskommen, bis zum bürokratischen System der Deutschen mit gut 990 Qualitätsindikatoren.

Den Ärztevertretern zufolge wird Qualitätsverbesserung in erster Linie durch kontinuierliche Forschung und Weiterbildung erreicht.

Die Patientenorganisationen brachten ein, die Rolle der Hausärzte höher zu bewerten. Ferner betonen sie, dass auf dem Gebiet der Transplantationen und Langzeitbehandlungen die Folgen des Personalmangels spürbar werden.

Die privaten Spitäler fordern ihrerseits Richtlinien sowohl von der Verwaltung als auch von den Ärzten. Es sei dann Sache der Spitäler, diese Richtlinien einzuhalten. Die privaten Spitäler gehen nach marktwirtschaftlichen Regeln vor, d.h. der Kunde ist nicht nur durch die medizinische Betreuung, sondern auch auf dem Gebiet der Unterbringung und Bewirtung zufrieden zu stellen. Diese Form von Qualität hat allerdings ihren Preis.

Qualität-Kosten-Verhältnis

Es wurde übereinstimmend festgestellt, dass sich Qualität im Gesundheitswesen positiv auf die Kosten auswirkt. Erstklassige Behandlungen führen zu weniger Komplikationen und Krankenhausaufenthalten und senken folglich auch die Kosten.

Zwar verursachen Qualitätskontrollen in der Einführungsphase Kosten, in der Folge überwiegt jedoch deutlich ihre kostendämpfende Wirkung.

Zum Aufbau eines effizienten Systems muss sich die Qualitätsförderung in der gesamten Struktur des Gesundheitswesens, von oben nach unten, vom Operationssaal bis zu den Sanitätsdiensten, vom Chefarzt bis zur Putzfrau durchsetzen.

Man unterstrich ferner, wie wichtig es sei, alle Partner des Gesundheitswesens in die Qualitätskontrolle einzubeziehen, um gleichzeitig eine übergreifende Vision zu entwickeln. Letztendlich bedeutet dies eine Loslösung von den isolierten Methodiken, in denen nach Einzelinteressen gehandelt wird. Gegenseitigen Schuldzuweisungen ist zuvor zu kommen, indem man vor Augen hält, dass die Prozesse im Gesundheitswesen an einander gekoppelt sind (derselbe Patient erhält eine Krankenhausbehandlung, deren Kosten von den Kantonen getragen werden, danach wird er ambulant und im Spitex betreut, was wiederum die Gemeinden finanzieren).

Schlussbemerkung

Insgesamt betrachtet steckt die Qualitätssicherung im Gesundheitswesen in den Anfängen, lautet das Fazit der Diskussion in dieser Arbeitsgruppe.

Erste positive Erfahrungen wurden u.a. im Zürcher Outcome-Projekt mit der Einführung von ergebnisorientierten Qualitätsindikatoren in den öffentlichen Spitälern gesammelt.

Der Direktor des BSV, Otto Piller, erinnerte daran, dass die Privatindustrie zur Festlegung homogener Qualitätskriterien 40 Jahre benötigte. Anfangs beäugte man sie argwöhnisch, betrachtete sie als unnütz und lästig. Heute finden sie überall mit Stolz Erwähnung und gelten als unabdingbar.

Auch im Gesundheitswesen scheint nun der Moment zur Festlegung umfassender und einheitlicher Kriterien gekommen, um Qualität sichern, verbessern und kontrollieren zu können.

KVG-Tagung des Eidgenössischen Departementes des Innern (28. Februar 2000)

Kostendämpfungsmassnahmen im und mit dem KVG

Spezielle Instrumente zur Einflussnahme auf die Kosten in der Krankenversicherung und im Gesundheitswesen (Dr. Markus Moser)

Vorbemerkung

Unter speziellen Instrumenten zur Einflussnahme auf die Kosten werden - im Gegensatz zu Bestimmungen mit unmittelbarer Wirkung und Verpflichtung (z.B. der gesetzliche Leistungsumfang)- jene Regelungen des KVG verstanden, welche den Beteiligten Instrumente in die Hand geben, um auf die Kosten und Prämien der Krankenversicherung Einfluss zu nehmen. Die Beteiligten entscheiden selber, wie sie von diesen Instrumenten Gebrauch machen.

Diese Regelungen können sich richten an:

1. Die Behörden

- Globalbudget für Spitäler und Pflegeheime. Art. 51 KVG
- Ausserordentliche Massnahmen: Globalbudget für Spitäler und Pflegeheime; Tariffestsetzung durch die Genehmigungsbehörde (Art. 54 und 55 KVG).

2. Die Leistungserbringer

- Grundsatz der Verhältnismässigkeit bei der Leistungserbringung (Art. 56 Abs. 1 KVG).

3. Die Versicherer

- Leistungskontrolle im Einzelfall, Vertrauensärzte, Art. 57 KVG
- Kontrolle des Grundsatzes der Verhältnismässigkeit bei der Leistungserbringung und Verweigerung, bzw Rückforderung von Leistungen bei Verletzung des Grundsatzes, Art. 56 KVG
- Antrag an das Schiedsgericht auf Ausschluss von Leistungserbringern bei Verletzung des Grundsatzes der Verhältnismässigkeit und bei mangelnder Qualität bei der Leistungserbringung, Art. 59 KVG

4. Die Tarifpartner

- Besondere Tarifvereinbarungen wie Zeittarif, Fallpauschalen, Versichertenpauschalen/Capitation etc.), Art. 43 KVG
- Zusätzliche Elemente in Tarifvereinbarungen (Qualitätskontrolle, Fallmanagement etc), Art. 56 Abs. 5 KVG
- Besondere Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl von Leistungserbringern (HMO, Hausarztssysteme etc), Art. 41 Abs. 4 KVG

Im Zusammenhang mit einer Revision des KVG werden neue Instrumente vorgeschlagen, nämlich insbesondere:

- Ausdehnung von kantonalen Globalbudgets auf alle Leistungen des KVG;
- Aufhebung der Verpflichtung der Versicherer, mit allen zugelassenen Leistungserbringern Tarife abzuschliessen (Aufhebung der Kontrahierungspflicht).

Thesen zu drei Instrumenten

Zu den folgenden Instrumenten werden Thesen formuliert:

- Leistungskontrolle durch die Versicherer
- Zulassung von Leistungserbringern (Aufhebung der Kontrahierungspflicht)
- Globalbudget

1. Leistungskontrolle durch die Versicherer

Die Leistungskontrolle zählt zu den traditionellen Aufgaben eines Krankenversicherers. Sie stützt sich auf den Grundsatz von Art. 56 Abs. 1 KVG, wonach der Leistungserbringer seine Leistungen auf das Mass beschränken muss, das im Interesse des Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist.

Die Krankenversicherer nehmen diese Kontrolle heute vor allem wie folgt wahr:

- sie kontrollieren Abrechnungen im Einzelfall, oft mit der Hilfe ihres Vertrauensarztes;
- sie gehen neustens dazu über, die Rechnungen einzelner Leistungserbringer EDV-unterstützt systematisch zu untersuchen;
- sie stellen gestützt auf ihre Feststellungen bei nachgewiesener Verletzung des Grundsatzes von Art. 56 Abs. 1 KVG Rückforderungsbegehren an Leistungserbringer.

Bei einer Kontrolle im Einzelfall ist das Verhältnis von Aufwand und Ertrag für die Versicherer sehr oft ungünstig. Aus diesem Grund werden heute zahlreiche Rechnungen immer noch ohne eingehende Kontrolle bezahlt. Die systematische Rechnungskontrolle wird diese Situation verbessern. Bei Rückforderungsbegehren sind aber die Anforderungen der Gerichte an den Nachweis hoch. Solche Verfahren enden oft mit Vergleichen. Sie haben vor allem eine präventive Wirkung. Die retrospektive

Kontrolle führt heute nicht zu Resultaten, welche übermässige und unnötige Leistungen systematisch eliminieren.

These 1

- Eine retrospektive Leistungskontrolle genügt nicht. Vor der Leistungskontrolle muss der Leistungseinkauf stehen. Die Tarifverträge müssen deshalb zu Vereinbarungen über den Leistungseinkauf werden (z.B. durch die Festlegung von Behandlungsstandards, von Regeln über die Zuweisung an Spezialärzte, von Informationspflichten der Versicherer über Kostenvergleiche zwischen Leistungserbringern).
- Vereinbarungen über den Leistungseinkauf beziehen sich im Idealfall auf die gesamte Behandlungskette eines Patienten (Hausarzt-Apotheker-Spezialarzt-Akutsipital-Rehabilitation-Spitex).
- Der Patient wird zum informierten Konsumenten. Deshalb sind die Interessen der Versicherten in den Vereinbarungen zu berücksichtigen. Die Versicherten können durch direkte Wahlmöglichkeiten in die Vereinbarungen einbezogen werden.

These 1 kann bereits im Rahmen des geltenden KVG umgesetzt werden. Adressat sind in erster Linie die Versicherer. Diese nützen die Möglichkeiten und Spielräume des KVG noch zu wenig aus.

2. Zulassung von Leistungserbringern

Das Gesundheitswesen ist weitgehend ein Angebotsmarkt. Ein höheres Angebot führt zu höheren Kosten. Der Zusammenhang zwischen Ärztedichte und Kosten der Krankenversicherung ist erwiesen. Die grossen Unterschiede in der Ärztedichte zwischen bestimmten Gegenden in der Schweiz bedeuten nicht, dass Landesteile mit geringerer Ärztedichte heute medizinisch unterversorgt wären. Mit einer Verringerung des heutigen Angebotes lassen sich deshalb in vielen Gegenden der Schweiz die Kosten senken, ohne dass deswegen die Versorgung gefährdet würde.

Das geltende Recht, wonach alle Inhaber eines bestimmten Diplomes mit der Erteilung der kantonalen Bewilligung zur Berufsausübung das Recht erhalten, zu Lasten der Sozialversicherungen tätig zu sein (Kontrahierungspflicht), ist zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung nicht nötig. Mit Blick auf die Kostenentwicklung und den freien Personenverkehr zwischen der EU und der Schweiz ist dieser Anspruch in Zukunft nicht mehr haltbar.

These 2

- Die Kontrahierungspflicht kann in der heutigen Form nicht mehr aufrechterhalten werden.
- Hauptzweck einer Aufhebung der Kontrahierungspflicht ist nicht die Begrenzung der Anzahl Leistungserbringer, sondern die Beeinflussung des Verhaltens der zugelassenen Leistungserbringer.
- Die Krankenversicherer müssen bei einer Aufhebung der Kontrahierungspflicht die Leistungserbringer gestützt auf ein Versorgungskonzept auswählen, welches

sich zum Bedarf, zu den Leistungsaufträgen sowie zu den Kriterien für eine Beurteilung von Qualität und Kosten äussert.

Die Kontrahierungspflicht kann nur durch eine Gesetzesänderung aufgehoben werden. Die Versicherer können und müssen aber bereits heute Versorgungskonzepte und Kriterien für die Beurteilung von Qualität und Kosten der Leistungserbringer entwickeln. Sie können solche Konzepte im Rahmen der besonderen Versicherungsform mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer bereits nach geltendem KVG umsetzen.

3. Globalbudget

Das Budget ein wirksames Instrument zur Kostenkontrolle. Es bietet die Grundlage für eine umfassende Betrachtung von Kosten und Nutzen medizinischer Behandlungen. Das Budget ist wirksamer als:

- ein Preisstopp und Preiskontrollen wie dies in Art. 55 KVG vorgesehen ist, weil diese durch ein Mengenwachstum unwirksam werden;
- eine Begrenzung des Leistungsumfanges, welcher ein Ausweichen in andere Leistungen erlaubt;
- eine Aufhebung der Kontrahierungspflicht, wenn diese nicht von einem Versorgungskonzept begleitet ist (vgl. These 2).

Die heutigen Regelungen des KVG über ein Globalbudget für Spitäler und Pflegeheime als ordentliches Steuerungsinstrument oder als ausserordentliche, zeitliche begrenzte Massnahme genügen nicht, weil Budgets für Spitäler und Pflegeheime keine Gesamtbetrachtung des Behandlungsablaufes erlauben und deshalb im Grunde genommen nicht als Globalbudget bezeichnet werden können.

Die Gesamtbetrachtung im Rahmen eines Budgets kann sich nicht auf einen Kanton beschränken, weil die Versicherten unabhängig von Kantonsgrenzen alle zugelassenen Leistungserbringer aufsuchen können, die für ihre Behandlung geeignet sind (Art. 41 Abs. 1 KVG). Die Reaktion der Kantone auf die Pflicht zur Mitfinanzierung von ausserkantonalen Behandlungen (Art. 43 Abs. 3 KVG) ist den tatsächlichen Bedürfnissen der Bevölkerung nicht angemessen. Die Kantonsärzte sollten nicht als Grenzwächter missbraucht werden. Die Kantone müssen die Einzelheiten zur Erfüllung ihrer Verpflichtung bei ausserkantonalen stationären Behandlungen durch interkantonale Vereinbarungen und nicht durch administrative Hindernisse lösen.

Eine dezentrale Organisation des Gesundheitswesens bleibt auch in Zukunft die den Verhältnissen in der Schweiz angemessene Lösung. Darin liegt auch eine staatspolitische Dimension. Die grossen regionalen Kostenunterschiede im Gesundheitswesen sind eine Tatsache, welche sich durch objektive Kriterien (Demographie, Zentrumsleistungen für Dritte, unterschiedliche Mitfinanzierung der Kantone etc.) nicht vollständig begründen lässt. Die Unterschiede würden auch in einem stärker durch den Bund geregelten Gesundheitswesen weiterbestehen, könnten dann aber zu grösseren Konflikten führen. Dies wäre sowohl bei der Aufteilung eines nationalen Globalbudgets wie von zentral einkassierten Geldern auf die einzelnen Kantone oder bei der Festlegung von Bedarfsplanungen durch den Bund der Fall. Dezentrale Lösungen

heisst im Gesundheitswesen aber nicht kantonale Lösungen, sondern interkantonale Vereinbarungen.

These 3

Das Globalbudget ist nur unter bestimmten Rahmenbedingungen ein wirksames Instrument zur Kostenkontrolle

- Es muss ein globales Budget sein. Das heisst es muss für einen zum voraus festgelegten Kreis von versicherten Personen sämtliche Leistungen und sämtliche zugelassenen Leistungserbringer umfassen. Kantonale Globalbudgets ohne interkantonale Vereinbarungen erfüllen diese Voraussetzung nicht.
- Das Budget muss auf einer Vereinbarung zwischen Versicherern und Leistungserbringern beruhen. Behördlich verordnete Budgets werden das angestrebte Ziel der Kostenbegrenzung nicht erreichen, weil solche Budgets von den Leistungserbringern nach Möglichkeit umgangen werden und es ihnen auch leicht möglich ist, diese ad absurdum zu führen (Verweigern von wichtigen Leistungen mit entsprechender Publizität).
- Die vom Budget erfassten Leistungserbringer müssen gemeinsam in die Pflicht genommen werden, um eine Gesamtbetrachtung der Behandlungskette (Zuweisung an Spezialisten oder in Spitäler) zu ermöglichen. Mit starren Budgets für einen einzelnen Leistungserbringer in der ambulanten Behandlung werden diesen Aufgaben der Risikotragung überbunden, die nicht er, sondern der Versicherer zu übernehmen hat.

Das Globalbudget als vereinbartes Budget im oben erwähnten Sinn lässt sich bereits heute umsetzen. Den Tarifpartnern stehen sämtliche denkbaren Möglichkeiten von Vereinbarungen offen. Das KVG enthält nämlich keine abschliessende Aufzählung bestimmter Tarifarten. Insbesondere lässt sich das vereinbarte Globalbudget im Rahmen von Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer verwirklichen. Diese Versicherungsform bindet auch die Versicherten in die Vereinbarung ein, was mit dem Zweck des Globalbudgets in idealer Weise übereinstimmt.

25. 1.2000/Dr. M. Moser

Beilagen:

Aus der Statistik des BSV über die Krankenversicherung 1998:

- Leistungen je Versicherten nach Kostengruppen (Tab. B. 10-A und B. 10-B)
- Indizes der Kosten in der Krankenpflege-Grundversicherung je Versicherten, der Löhne und der Preise 1985-1998 (Graphik 3 und Graphik 4)
- Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Tab. F. 01)

Spezielle Graphiken (Quelle, Statistiken des BSV)

- Vergleich der Kostenentwicklung pro Kopf in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der IV (med. Massnahmen)
- Kantonale Verteilungen Ärztedichte und durchschnittliche Prämie in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

«Ausserordentliche Massnahmen»: Zusammenfassung der Diskussion

Hansueli Schöchli, Redaktion «Der Bund»

Zu Beginn der Diskussionen stand die Erkenntnis, dass das KVG bisher zu wenig kostendämpfende Effekte gebracht hat - und der Ruf nach Massnahmen Antworten verlangt. Anhand der weitgehend durch Expertenthesen vorgespurten Themen «Leistungskontrolle durch die Versicherer», «Zulassung der Leistungserbringer», «Globalbudget» und «Bedarfsklausel» ging es in der Gruppe darum, Empfehlungen und allenfalls Bedenken zu konkreten Vorschlägen zu formulieren.

1. Leistungskontrolle durch die Versicherer

Als Grundsatz stellte sich die Gruppe hinter das Vertragsprinzip. Dem Staat soll lediglich eine subsidiäre Rolle zukommen. Gleichzeitig herrschte ein Konsens darüber, dass die Verträge der Krankenversicherer mit den Leistungserbringern mehr als nur die Tarife regeln sollten. Es genügt demnach nicht, wenn die Kassen nur nachträglich die Rechnungen kontrollieren. Vielmehr sollten umfassende Vereinbarungen über den Leistungseinkauf im Zentrum stehen. Als konkrete Punkte nannte das Thesenpapier insbesondere Behandlungsstandards, die Zuweisung an Spezialisten und die gegenseitigen Informationspflichten. Der Autor des Papiers ortete das Sparpotenzial namentlich bei den Übergängen in der Behandlungskette (etwa vom Hausarzt zum Spezialisten oder zum Spital) und im generellen Überangebot der Leistungserbringer.

Vereinzelt unter Kritik kam dabei allerdings die «ungenügende Datenlage» bei den Krankenkassen. Doch gerade hier kann nach Ansicht der Gruppe eine umfassende Vereinbarung mit den Leistungserbringern Linderung bringen, wenn Verpflichtungen über den Datenaustausch inbegriffen sind.

Weitgehende Einigkeit herrschte derweil darüber, dass die Preisdiskussionen in den Vereinbarungen möglichst von den grundsätzlichen Zielsetzungen entkoppelt sein sollten. Ein typischer Kommentar hierzu: «Die Zielvereinbarung darf nicht gefährdet sein durch Rappendiskussionen.»

Von allen Seiten wurde betont, dass die Verhandlungspartner einen Druck in Richtung Vereinbarung spüren müssen. Die Botschaft: Die Alternative im Falle eines Scheiterns - staatliches Verordnen muss für die Betroffenen die unangenehmere Option sein.

2. Zulassung von Leistungserbringern

Das heisse Eisen der Kontrahierungspflicht wurde kontrovers diskutiert. Den Einstieg lieferte die klare Stellungnahme des Experten, wonach die Kontrahierungspflicht in der heutigen Form nicht mehr aufrechterhalten werden könne. Einigkeit herrschte darüber, dass es nicht darum gehen kann, einen Grossteil der Leistungserbringer aus dem Markt zu werfen. Im Vordergrund steht demnach viel eher die Beeinflussung ihres Verhaltens. Einen Konsens erreichte auch die Forderung nach klarerer Abgrenzung zwischen der Zulassung zum Gesundheitsmarkt (Bewilligung zur Berufsausübung) und der Zulassung zum «KVG-Markt»: Das erstere dürfte nicht automatisch zum letzteren führen.

Dennoch äusserten verschiedene Exponenten Bedenken zur Aufhebung des Kontrahierungszwangs. Dadurch würde, so hiess es zum Beispiel, die Spitalplanung der Kantone in Frage gestellt. Einer der konkreten Einwände: Wenn ein Kanton seine Spitalkapazitäten schon relativ stark abgebaut habe, dann bedeutete dies für die Krankenversicherer einen faktischen Kontrahierungszwang. Zu reden gab auch die Gefahr kartellistischen Verhaltens. Unbeantwortet blieb derweil die Frage, ob individuelle Verhandlungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern überhaupt praktikabel seien vor allem die zu Rechtsgleichheit verpflichteten öffentlichen Spitäler werden nach Ansicht diverser Exponenten kaum grosse Sonderwünsche von Kassen berücksichtigen können.

Einigkeit herrschte in einem Punkt: Eine Aufhebung des Kontrahierungszwangs würde nach «flankierenden Massnahmen» rufen. Dazu zählen namentlich die Versorgungssicherheit sowie minimale Qualitätsstandards für die Leistungserbringer. Aus Zeitgründen undiskutiert blieb, wie solche Standards konkret aussehen könnten bzw. sollten.

3. Globalbudget

«Das Globalbudget muss global sein», befand das Thesenpapier des Experten. Konkreter: Das Budget muss sämtliche Leistungen und zugelassenen Leistungserbringer für einen zum voraus festgelegten Kreis von Versicherten umfassen. Der Begriff «Globalbudget» hatte zunächst allerdings bei einigen Exponenten in der Gruppe die Wirkung eines roten Tuchs. «Planwirtschaft», «Bürokratie» und «Ineffizienz» waren einige der damit verbundenen Befunde. Dazu kamen Hinweise auf wenig erfolgreiche Anwendungen des Instruments in Deutschland, Schweden und England. Der Verfasser des Thesenpapiers stellte daraufhin klar, dass ein Globalbudget nur dann funktionieren könne, wenn es auf einer Vereinbarung zwischen Versicherern und Leistungserbringern beruhe - da staatlich verordnete Budgets relativ leicht umgangen bzw. durch das Verweigern wichtiger Leistungen ad absurdum geführt werden könnten.

Diese Präzisierung vermochte die Gemüter etwas zu beruhigen, auch wenn die Bedenken nicht restlos verfliegen schienen. Immerhin betonten einzelne Leistungserbringer, dass die Idee unter dem Titel «vertraglich vereinbartes Instrument» statt «staatliches Globalbudget» nicht nur weniger abschreckend wirke, sondern auch tatsächlich helfen könnte, die Kosten zu dämpfen.

4. Bedarfsklausel

Am Ende reichte die Zeit nur noch für ein paar Stichworte zur neu vorgesehenen Bedarfsklausel im KVG (Art. 55a), die dem Bundesrat vorübergehend die Beschränkung der Zulassung von Leistungserbringern erlaubt. Eine Blitzumfrage in der Gruppe bezüglich Bedenken und Vorschläge für Kriterien förderte vor allem Bedenken zutage. Gefahr überbordender Bürokratie, hoher Kontrollaufwand, potenzielle Ungerechtigkeiten, Wirkungslosigkeit bezüglich Verhaltensänderung der Leistungserbringer und schwierige Durchführbarkeit angesichts unterschiedlicher Bedürfnisse in verschiedenen Regionen waren einige der genannten Stichworte.

Massnahmen des KVG zur Kostendämpfung

4. April 2000

Arbeitstagung des Eidg. Departementes des Innern (EDI)

Bern, Hotel «Kreuz», Zeughausgasse 41

Das Krankenversicherungsgesetz (KVG) setzt im Bereich der Kostendämpfung vor allem Rahmenbedingungen für die Rollenverteilung der verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen: Wirkung kann deshalb nur aus gemeinsamen Handeln, aus einer intensiven Zusammenarbeit erwachsen. Im Rahmen einer Arbeitstagung des Eidg. Departementes des Innern gelangen Problembereiche mit gemischten Kompetenzen, wo Handlungsbereitschaft verschiedener Akteure gebraucht wird, zur Diskussion. Ausgehend von der Prämisse, dass es bei den Kostendämpfungsmassnahmen keine Alternative zur Zusammenarbeit der Akteure im Gesundheitswesen gibt, soll eine ‚Messlatte‘ für die Umsetzung der Kostendämpfungsmassnahmen durch alle betroffenen Akteure erarbeitet werden.

1. Ausgangslage

Das Krankenversicherungsgesetz (KVG) sieht eine Reihe von Kostendämpfungsmassnahmen expressis verbis vor, andere sind implizit möglich. Primär setzt das KVG im Bereich der Kostendämpfung die Rahmenbedingungen für die Rollenverteilung der verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen: Wirkung kann deshalb nur aus gemeinsamen Handeln, aus einer intensiven Zusammenarbeit erwachsen.

Es ist offensichtlich, dass die diesbezügliche Verantwortung der beteiligten Akteuren sehr unterschiedlich wahrgenommen wird. Gleichzeitig sind mehrere vom Bund auf Gesetzes- oder Verordnungsstufe vorgeschlagene Massnahmen wie beispielsweise das Globalbudget stossen auf Ablehnung.

2. Ziele der Arbeitstagung

- Darstellung der Kostendämpfungsmassnahmen nach KVG und ihrer Potentiale.
- Thematisierung der Schwierigkeiten bei der Einführung und Durchsetzung der entsprechenden Instrumente.
- Diskussion zwischen den verschiedenen Akteuren zu den Kostendämpfungsmassnahmen mit dem Ziel, die ‚auf Sand gefahrenen Massnahmen wieder ins freie Wasser und in Schwung zu bringen‘.

3. Themen

Gegenstand der Arbeitstagung sind die folgenden drei Themenbereiche:

- **Versorgungsplanung**
Zulassung als Leistungserbringer; Spitalplanung; Tarife im Zusammenhang mit der Versorgung/Uni-Kliniken; Prävention
- **Qualitätssicherung**
Aufgaben Bund/Kantone; Qualitätssicherungsverträge/Tarifverträge; Rationalisierung
- **ausser ordentliche Massnahmen gemäss KVG**
Globalbudget; Dringlichkeitsrecht; Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringer; Ausschluss von Leistungserbringern

4. Teilnehmende

vgl. separate Teilnehmerliste

Von den Teilnehmenden wird eine aktive Mitarbeit im Rahmen der Gruppenarbeit erwartet.

5. Tagungsablauf

Im Anschluss an eine Bestandesaufnahme wird das Plenum dreigeteilt und zu jedem der obgenannten Themen findet eine **Gruppenarbeit** statt.

- Basis der Gruppenarbeiten bilden **kurze Berichte von unabhängigen Experten** (vorgängig abgegeben).
- Diskussion, Verifizierung, Falsifizierung und allenfalls Neuformulierung von pro Gruppe je drei Thesen (werden an der Tagung abgegeben) und insbesondere der Fragen nach den jeweiligen **Defiziten**, dem **Handlungsbedarf** und den **Hauptakteuren** bilden die eigentliche Gruppenleistung (= prozesshafte Konsensfindung).
- Jede Arbeitsgruppe wird von je einem **Spezialisten (Wirtschaft, Kantone, Bund)** moderiert.
- Die Gruppenergebnisse werden am Nachmittag durch professionelle **Berichtersteller** (Journalisten) dem Plenum vorgestellt und anschliessend diskutiert.

6. Tagungsprogramm

Ort	Hotel «Kreuz», Zeughausgasse 41, 3011 Bern		
09.30	Tagungsbeginn, Eröffnung		
10.00	Gruppenarbeit		
	A Versorgungsplanung	B Qualitätssicherung	C a.o. Massnahmen
	dazwischen Kaffeepause		
	A Versorgungsplanung	B Qualitätssicherung	C a.o. Massnahmen
12.00	Mittagessen		
13.30	Berichterstattung Gruppen A und B		
	Diskussion Gruppen A und B		
	dazwischen Kaffeepause		
	Berichterstattung Gruppe C		
	Diskussion Gruppe C		
16.30	Fazit / Schlussbetrachtung		
17.00	Medienorientierung		

7. Sprache

Tagungssprachen sind Deutsch, Französisch oder Italienisch. Eine Simultanübersetzung der Referate und Diskussionsbeiträge ist nicht vorgesehen.

8. Tagungssekretariat/ Auskünfte

Tel. 031 322 91 12, B. Baumann

Hauptabteilung Kranken- und Unfallversicherung

Bundesamt für Sozialversicherung

Effingerstr. 20

3003 Bern

Gruppe A «Versorgungsplanung»

Zusammensetzung:

Name	Vorname	Funktion	Organisation
Allet	Charles		Service de la santé publique du canton du Valais
Braun	Thomas K.	Leiter KUV	Schweiz. Versicherungsverband
Brentano	Max	Präsident	Schweiz. Apothekerverein
Cortesi	Giovanni		Bundesamt für Sozialversicherung
Dual	Ruth	Präsidentin	Dachverband Schweiz. Patientenstellen DVSP
Dürr	Markus	Regierungsrat	Gesundheits- und Sozialdepartement
Giger	Marc-André	Direktor	Konkordat Schweizerischer Krankenversicherer (KSK)
Haefeli	Andreas	Mitglied TarMed-Verhandlungsdelegation	
Kuster	Erica	Präsidentin	Fédération Suisse des Associations professionnelles de domaine de la Santé (FSAS)
Rindlisbacher	Michael	Direktor	Innova
Saladin	Peter	Präsident	H+ Die Spitäler der Schweiz
Schaffner	Catherine		Service de la santé publique du canton de Vaud
Schneider	Sandra	Sektionschefin	Bundesamt für Sozialversicherung
Thiévent-Schlup	Martine	Cheffe	Division des Recours au Conseil Fédéral/OFJ
Wyss	Franz	Zentralsekretär	Schweiz. Sanitätsdirektorenkonferenz

Moderation:

Müller	Ueli	Präsident	Konkordat Schweizerischer Krankenversicherer (KSK)
--------	------	-----------	--

Berichterstattung:

Seiler	Roman	Redaktor	Redaktion «Cash»
--------	-------	----------	------------------

Experte:

Oggier	Willy		Gesundheitsökonomische Beratungen
--------	-------	--	-----------------------------------

Gruppenraum:

«Tavel», 2. OG

Gruppe B «Qualitätssicherung»**Zusammensetzung:**

Name	Vorname	Funktion	Organisation
Bürkler	Paul	Vorstandsmitglied Spitex Verband Schweiz	Spitex Verband Schweiz
Deschenaux	François-X.	Generalsekretär	FMH
Fuchs	Robert	Direktor	La Caisse Vaudoise
Hügli	Ernst	Vorstandsmitglied SVPK	
Jaquet	Veronique	Juriste	Office fédéral de la justice
Kessler	Margrit	SPO-Präsidentin	SPO
Langenegger	Manfred		Bundesamt für Sozialversicherung
NN		Dienstschef	Gesundheits- und Sozialfürsorgedirektion FR
Ochsner	Beat	Direktor	OeKK
Ouverney	Daniel		Groupe Mutuel
Reimann	Ernst	Chef Amt für Zusatzleistungen AHV/ IV	Schweiz. Städteverband
Tille	Marianne	Secrétaire générale	FRC
Wiedmer	Daniel	Abteilungschef	Bundesamt für Sozialversicherung

Moderation:

Burgener	Thomas	Regierungsrat	Departement für Gesundheit, Sozialwesen und Energie, Sion
----------	--------	---------------	--

Berichterstattung:

Piazza	Daniele	Redaktor	Televisione della Svizzera Italiana, Bern
--------	---------	----------	---

Experte:

Paccaud	Fred		IUMSP, Lausanne
---------	------	--	-----------------

Gruppenraum:

«Anker», 2. UG

Gruppe C «Ausser ordentliche Massnahmen»

Zusammensetzung:

Name	Vorname	Funktion	Organisation
Brunschweiler	Martin	stv. Generalsekretär	Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich
Elmiger	Franz	Geschäftsleiter	Verband christlicher Institutionen vci
Engler	Conrad	Leiter Pharma Information	Interpharma
Fäh	Barbara	Projektleiterin	Bundesamt für Gesundheit
Frei	Walter	Redaktor	Konkordat Schweizerischer Krankenversicherer (KSK)
Frund	Vinciane		OFSP Geschäftsbereich Gesundheitspolitik
Guisan	Yves	Vize-Präsident	FMH
Haudenschild	Christoph	Geschäftsführer	H+ Die Spitäler der Schweiz
Hölzle	Walter P.	Präsident	VIPS
Jung	Manuel	wiss. Adjunkt	Surveillance des prix
Kocher	Ralf		Bundesamt für Sozialversicherung
Mazenauer	Beatrice	Zentralsekretärin	Spitex Verband Schweiz
Mesnil	Marcel	Generalsekretär	Schweiz. Apothekerverein
Mösle	Hansueli	Zentralsekretär	HVS
Mühlemann	Daniel	Präsident	ASC
Vogler	Hanspeter	Wissensch. Mitarbeiter	Gesundheits- und Sozialdepartement

Moderation:

Britt	Fritz	Vizedirektor	Bundesamt für Sozialversicherung
-------	-------	--------------	----------------------------------

Berichterstattung:

Schöchli	Hansueli	Redaktor	Redaktion «Der Bund»
----------	----------	----------	----------------------

Experte:

Moser	Markus		PricewaterhouseCoopers AG
-------	--------	--	---------------------------

Gruppenraum:

«Bubenbergl/ Erlach», 2. UG

Communiqué de presse

4 avril 2000

La LAMal, instrument de maîtrise des coûts: Journée de travail du Département fédéral de l'intérieur

A l'invitation du Département fédéral de l'intérieur (DFI), les représentantes et représentants des cantons, des assureurs-maladie, de l'industrie pharmaceutique, des fournisseurs de prestations ainsi que des organisations de patients et de consommateurs se sont réunis le 4 avril à Berne pour discuter des moyens de contrecarrer l'augmentation des coûts dans l'assurance-maladie. La rencontre organisée entre la 1^{ère} et la 2^e révision partielle de la LAMal a permis de s'attaquer aux déficits constatés dans la mise en œuvre commune des instruments actuellement à disposition pour maîtriser les coûts. Les participants ont en outre discuté des mesures qui viennent d'être adoptées par le Parlement, en particulier la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations. Dans la perspective de la deuxième révision partielle, ils ont également abordé le thème du financement des hôpitaux et de la suppression de l'obligation de contracter.

Les domaines sensibles où les compétences se recoupent et dans lesquels les différents acteurs doivent être prêts à s'engager ont été au cœur des débats. Dans son allocution d'ouverture, la conseillère fédérale Ruth Dreifuss a souligné la nécessité d'une répartition claire des rôles et des tâches entre les acteurs et les a appelés à assumer ensemble leurs responsabilités. Trois thèmes relatifs à la maîtrise des coûts ont été approfondis au sein de trois groupes de travail:

- La planification des soins, notamment l'admission comme fournisseurs de prestations et la planification hospitalière
- Les mesures extraordinaires, notamment le droit d'urgence, l'économicité et l'exclusion de fournisseurs de prestations.
- Le contrôle de qualité, notamment les tâches de la Confédération et des cantons et les contrats d'assurance qualité.

Dans un climat ouvert et constructif, les trois groupes de travail sont parvenus aux conclusions suivantes:

Planification de l'offre de soins

La discussion a porté essentiellement sur la planification hospitalière dont la nécessité a été reconnue par la majorité des participants. La pleine liberté contractuelle ne constitue pas, dans le domaine hospitalier, une solution de remplacement équivalente. En ce qui concerne l'aménagement de la planification hospitalière, il a été demandé qu'à l'avenir, les critères d'admission soient objectifs et transparents (par ex. par le biais de mandats de prestations). En outre, une importance accrue doit être accordée à la planification suprarégionale. Ces exigences vont dans le sens du projet de loi sur le financement hospitalier du DFI qui doit être soumis au Parlement cette année encore.

Mesures extraordinaires

Constatant que les instruments actuels de contrôle des prestations (contrôle dans le cas individuel, exclusion de fournisseurs de prestations) sont quasi inefficaces, les participants ont tous reconnu que l'admission au marché de la santé ne revenait pas au même que l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge des caisses-maladie.

La suppression de l'obligation de contracter est controversée. Sa mise en oeuvre éventuelle devrait absolument être accompagnée de mesures (standard minimum pour assurer l'offre de soins, qualité).

Les participants ont également discuté de la clause du besoin telle qu'elle a été adoptée il y a deux semaines par le Parlement dans le cadre de la 1ère révision partielle de la LAMal. Celle-ci donne au Conseil fédéral la compétence de fixer des critères pour limiter à court terme l'admission comme fournisseur de prestations. La nécessité de cette mesure a été en principe reconnue, bien que diverses réserves aient été émises, surtout quant aux travaux de contrôle.

Le DFI va, ces prochains mois, mettre en oeuvre les deux mesures au niveau de la loi et des ordonnances.

Assurance qualité

L'importance de l'assurance qualité pour maîtriser les coûts a été reconnue. Le principal problème qui subsiste est la définition de la notion de qualité et des standards correspondants. Les participants ont tous admis la nécessité d'élaborer en commun cette définition. Le DFI s'est d'ores et déjà déclaré prêt à organiser un séminaire consacré à l'application de l'assurance qualité dans l'assurance-maladie.

L'Office fédéral des assurances sociales publiera, au début mai, les résultats des discussions ainsi que les rapports des experts.

DEPARTEMENT FEDERAL DE L'INTERIEUR
Service de presse et d'information

Renseignements: Fritz Britt
Vice-directeur de l'OFAS
tél. 031 322 90 04

Andrea Arcidiacono
Chargé de l'information DFI
tél. 031 322 80 34

Annexe : 3 rapports d'experts

Willy Oggier, Dr.oec.HSG

Gesundheitsökonomische Beratungen

Schwertgasse 1

CH-9000 St. Gallen

Tél. 071/ 244 46 14

Fax 071/ 244 46 15

Thèses en matière de distribution des soins

Projet 2.0

Document d'expert pour la journée d'étude LAMal du 28 février 2000
sur mandat de l'Office fédéral des assurances sociales

St. Gall, 25 janvier 2000

1. Éléments principaux sur lesquels portait le projet de révision de la LAMal

Dans son message du 6 novembre 1991 sur la révision de l'assurance-maladie, le Conseil fédéral voulait que la révision de la LAMal porte en particulier sur les points suivants:

- renforcement de la solidarité
- maîtrise des coûts
- extension du catalogue des prestations
- financement

La disparition de la solidarité entre les bien-portants et les malades était désignée comme un des problèmes principaux du droit alors en vigueur. En outre, on reprochait à cette législation de ne pas tenir suffisamment compte de la solidarité entre riches et pauvres. C'est pourquoi le Conseil fédéral a proposé, dans le cadre de l'obligation d'assurance, d'introduire l'entière liberté de choix des assurés et d'alléger la charge des primes qui serait supérieure à une certaine part du revenu.

La maîtrise de l'augmentation des coûts de la santé était considérée comme un des objectifs principaux de la révision. Le Conseil fédéral exprimait de la manière suivante ce qu'il entendait par là¹: „Les mesures proposées pour maîtriser les coûts n'auront véritablement atteint leur but que lorsque l'accroissement annuel des dépenses de santé par habitant suivra l'évolution générale des salaires et des prix. Or, cet idéal n'est guère réalisable à moyen terme. Il n'en reste pas moins qu'il faut éviter à tout prix que le fossé entre les dépenses de santé et les salaires ne se creuse davantage, autrement dit il s'agira d'ajuster la hausse des dépenses de santé à l'évolution des salaires. Les mesures destinées à maîtriser les coûts ne se concrétiseront pas immédiatement après la mise en vigueur de la loi. En effet, les divers instruments mis en œuvre ne pourront se révéler pleinement efficaces que combinés les uns avec les autres. Pour que la réforme aboutisse, il est donc nécessaire que tous les partenaires du domaine de la santé publique y participent.“

Au sujet de l'extension du catalogue des prestations, le gouvernement fédéral écrivait²: „On peut se demander, en effet, s'il n'est pas paradoxal de prévoir dans la même loi, d'une part, l'extension des prestations, d'autre part, la mise en place de différents instruments aptes à mieux maîtriser les coûts. Ces doutes, s'ils sont compréhensibles, ne se justifient pas. L'extension des prestations est nécessaire. Elle permettra de répondre à des demandes – incontestées – parfois anciennes (...) et de combler certaines lacunes choquantes (par ex.

¹ Message du Conseil fédéral du 6 novembre 1991 sur la révision de l'assurance-maladie, p. 34.

en prévoyant la prise en charge des soins hospitaliers sans limite de durée et de certains soins dentaires).“ En ce qui concerne le financement, le projet du Conseil fédéral n'apportait pas de modifications fondamentales par rapport au système alors en vigueur.

2. Situation actuelle

Depuis l'introduction de la nouvelle loi sur l'assurance-maladie (LAMal) le 1er janvier 1996, des changements importants commencent à apparaître dans le domaine de la santé en Suisse. Cela n'a rien d'étonnant dans la mesure où la LAMal représente la première grande réforme structurelle depuis plus de 80 ans dans ce domaine. Il n'en demeure pas moins que tous les effets positifs escomptés ne se sont pas (encore) réalisés. Un bilan intermédiaire peut, à l'heure actuelle, être dressé:

- Lorsqu'il est question de la distribution des soins, la question ne peut se réduire aux seuls aspects financiers. Les aspects relevant de la solidarité ont une importance capitale et doivent donc être inclus. Dans ce contexte, ce sont les cantons qui sont plus particulièrement mis à contribution. Selon l'art. 45 LAMal, il leur incombe de garantir la distribution des soins pour leur population. Les cantons comprennent leurs rôles de manières diverses et ils agissent parfois de manière contradictoire. Après quelques problèmes de transition, certains d'entre eux ont commencé à supprimer les surcapacités par le biais de la planification hospitalière et de la liste des hôpitaux et parfois à coopérer davantage sur le plan intercantonal. Les premiers résultats de ces efforts sont déjà apparus dans le cadre de l'analyse des tendances faite par le Concordat des assureurs-maladie suisses en mars 1999. Les prestations brutes imputées dans le cadre des prestations hospitalières destinées à des patients hospitalisés y accusaient une quasi-stagnation. Cependant, sous la pression financière dominante des budgets publics, divers cantons essaient aussi de réduire leur engagement financier dans le domaine de la santé. Le danger grandit ainsi que les charges de la collectivité publique soient transférées aux assureurs-maladie sans que, globalement, les coûts ne soient effectivement maîtrisés. En outre, en raison des obligations découlant de l'article 41, alinéa 3, LAMal, divers cantons ont créé des capacités supplémentaires pour éviter de payer aux autres cantons trop de contributions pour les hospitalisations extracantonales.
- Avec la nouvelle LAMal, les assureurs-maladie ont obtenu une plus grande marge de manœuvre. En contestant avec fermeté et opiniâtreté les augmentations de tarif fixées

² Message du Conseil fédéral du 6 novembre 1991 sur la révision de l'assurance-maladie, p 38 s.

par les exécutifs cantonaux, ils ont pu contribuer à réduire la tendance des collectivités publiques de se retirer du financement de la santé et à éviter ainsi en partie une augmentation supplémentaire des primes de l'assurance de base, qui se serait produite en parallèle à cette tendance. Cependant, notamment dans le domaine des modèles alternatifs d'assurances, l'évolution est restée jusqu'ici en deçà des attentes de divers milieux. D'une part, quelques modèles développés jusqu'ici n'ont pas dépassé le stade du „chacun peut participer“, modèles qui n'ont guère pu avoir un effet durable sur les fournisseurs de prestations. D'autre part, ces modèles n'atteignent guère la masse critique, seule susceptible de permettre le pilotage du système de distribution des soins et, par contre-coup, de développer les effets souhaités de maîtrise des coûts. Cette évolution s'explique par divers motifs. La multiplicité des modèles pourrait rendre la transparence plus difficile et entraver ainsi la volonté de changer le système. Pour bien des assurés, la pression des primes ne semble manifestement pas être encore assez élevée pour qu'ils renoncent spontanément à l'option assez appréciée du libre choix du médecin et de l'hôpital. De tels modèles ne se rencontrent souvent que dans les régions urbaines (exemple: HMO). Par des changements périodiques en faveur d'assureurs de base plus avantageux, les assurés peuvent souvent économiser presque autant d'argent qu'en optant pour un modèle d'assurance alternatif auprès d'un assureur d'une certaine importance. En outre, la population suisse en général a tendance à être plutôt surassurée, ce qui explique aussi qu'elle est moins disposée à s'engager dans de nouveaux modèles.

- Au niveau fédéral, il arrive que des décisions contradictoires soient prises par la majorité du Conseil fédéral. L'impression que ce dernier a tendance à donner raison aux cantons dans les recours contre les listes d'hôpitaux alors qu'il tranche au contraire plutôt en faveur des assureurs-maladie dans les litiges portant sur les tarifs ne semble parfois pas totalement erronée. Pourtant, même cette „règle“ a été remise en question ces derniers temps. Du point de vue de l'économie de la santé, il est particulièrement contestable que cela se soit passé dans des cas où des cantons ont tenté, par le biais de leurs listes d'hôpitaux, d'obtenir des effets de maîtrise des coûts aussi pour les cliniques privées ne comportant que des divisions privées et semi-privées. Il est enfin peu satisfaisant que la prise de décision dans les affaires de listes d'hôpitaux et de fixations de tarifs dure très longtemps et que parfois, elle n'intervienne pas même dans le délai prévu par la loi.
- S'agissant des traitements ambulatoires à l'hôpital et des coûts des médicaments, on en est arrivé, du moins en partie, à des taux de croissance annuelle à deux chiffres dans le cadre des prestations brutes imputées à l'assurance de base. En règle générale, ces deux domaines sont entièrement assumés par les assureurs-maladie, ce qui se répercute d'autant sur les primes.

- Dans son message, le Conseil fédéral est parti d'un modèle à trois piliers pour la promotion de la santé et la prévention: l'assurance-maladie finance les prestations individuelles de médecine préventive; les cantons prennent en charge l'information en matière de santé; quant aux tâches sanitaires publiques comme les campagnes de vaccinations et de contrôles, elles sont aussi assumées par les cantons et les institutions spécialisées comme les services médico-sociaux ou les médecins scolaires. Toutefois, la LAMal ne s'exprime pas sur les tâches des cantons en matière de prévention. C'est pourquoi la manière d'assumer ces tâches et leur étendue se sont développées différemment de d'un canton à l'autre. En outre, lors de l'introduction de la LAMal, il n'a pas été précisé si les prestations préventives individuelles devaient être considérées comme complémentaires par rapport aux tâches de prévention des cantons ou si les tâches prises en charge par les cantons sous l'ancienne législation devaient être transférées à l'assurance-maladie. La formulation de l'article 26 LAMal appuierait plutôt la première hypothèse, mais la pratique relevant de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins ferait pencher plutôt pour l'autre interprétation.
- Dans le cadre de l'entrée en vigueur des accords bilatéraux, prévue au 1er janvier 2001, les quelques 2'300 médecins originaires des pays de l'Union européenne qui travaillent actuellement dans les hôpitaux suisses auront le droit d'ouvrir leur propre cabinet dans notre pays. Même des membres de la Fédération suisse des médecins (FMH) semblent penser qu'au moins une partie de ces médecins feront usage de ce droit. Ainsi, le docteur René Salzberg, membre du comité central FMH, s'est récemment exprimé comme suit à ce sujet: „Je pense qu'un très grand nombre de ces collègues ouvrira un cabinet en Suisse, d'autant plus que l'écart des revenus entre la Suisse et les pays avoisinants et autres pays de l'Union européenne est encore vraiment considérable.“³
- Il faut attacher une grande importance à cet élément, en particulier parce qu'après une période de transition, il faudra compter avec l'ouverture en Suisse de cabinets privés non seulement par des médecins originaires des pays de l'Union européenne travaillant déjà actuellement dans les hôpitaux suisses, mais aussi par tous les autres qui travaillent à l'étranger. Ainsi, l'expérience faite par la Principauté du Liechtenstein à la suite de l'entrée en vigueur des traités de l'EEE ne semble pas tout à fait sans fondement. Avec la libéralisation produite par l'EEE, le nombre des médecins actifs a en effet augmenté dans la principauté. De 1992 à mai 1998, il a passé de 31 à 42 en raison surtout de l'établissement de médecins étrangers⁴. L'augmentation a été ainsi d'un tiers. A cela s'ajoute aussi qu'en 1998, en Allemagne, 8'563 médecins diplômés sur les 280'000 qui

³ Schweizerische Ärztezeitung, no 1, 5 janvier 2000, p. 11.

⁴ Rapport et projet du gouvernement de la Principauté du Liechtenstein à l'attention du parlement pour une révision de la loi sur l'assurance-maladie, du 9 décembre 1998, p. 11.

exercent leur profession dans ce pays (soit 3.1 pour cent) étaient sans travail⁵. Or, si l'offre médicale augmente, cela provoque en règle générale aussi une augmentation des coûts de la santé.

Au vu de ce bilan intermédiaire mitigé, il faut s'interroger sur les mesures qui peuvent être prises dans le cadre du droit actuellement en vigueur pour mieux mettre en valeur les effets escomptés par la révision. Il serait irresponsable d'attendre d'autres révisions de la loi – à plus forte raison lorsque plusieurs des propositions de réforme en discussion sont potentiellement porteuses de nouvelles augmentations des primes de l'assurance de base. Comme le Conseil fédéral le mentionnait déjà dans son message, tous les acteurs du domaine de la santé sont invités à contribuer activement à atteindre les objectifs visés. Ci-après, il s'agira donc de formuler quelques thèses qui tiennent mieux compte, sur la base du droit actuel, de l'exigence de maîtrise des coûts. On mettra particulièrement l'accent sur toutes les propositions dont les effets convergent vers ce but.

⁵ Gesundheit und Gesellschaft, AOK-Forum für Politik, Praxis und Wissenschaft, no 10/ 1999, cité d'après Brennpunkt, no 4, décembre 1999, p. 14.

3. Mesures

3.1 Planification hospitalière et listes d'hôpitaux

Thèse 1: la planification hospitalière et les listes d'hôpitaux doivent être appliquées de façon plus rigoureuse et de manière à couvrir les besoins. Tous les acteurs doivent mieux soutenir (et supporter) les efforts de maîtrise des coûts dans le cadre de l'assurance de base dans son ensemble.

La planification hospitalière et les listes d'hôpitaux ont commencé à déployer leurs premiers effets. Ceux-ci pourraient toutefois s'accroître encore plus lorsque la planification hospitalière et les listes d'hôpitaux seront appliquées de façon plus rigoureuse et de manière à couvrir les besoins. Une telle application aurait au moins les effets suivants:

- Les planifications hospitalières des cantons sont trop axées sur l'input. A moyen ou long terme, il s'agirait de choisir des facteurs orientés davantage vers l'output sous forme de prestations ou de paquets de prestations. Il faudrait aussi dans ce contexte tenir compte de manière appropriée des flux de patients. Pendant une période de transition, il sera probablement encore inévitable d'appliquer des critères axés sur l'input. Tant que des planifications basées sur l'input seront utilisées, elles devront cependant aussi être axées sur d'autres critères que celui du nombre de lits. En effet, ce facteur n'est que dans une moindre mesure responsable des coûts hospitaliers qui s'expliquent en premier lieu plutôt par le nombre de médecins spécialistes par tranche de 1000 habitants (population résidente pondérée selon les risques) ou par le nombre de grands appareils médico-techniques par tranche de 1 million d'habitants susceptibles d'en avoir besoin. L'utilisation de ces deux valeurs permettrait aussi de soumettre les domaines ambulatoire et semi-hospitalier aux mêmes critères d'évaluation. Ainsi, par exemple, l'évaluation relative aux grands appareils médico-techniques fondée sur la clause du besoin, comme elle est envisagée et déjà partiellement introduite en particulier en Suisse romande, pourrait être faite selon les mêmes critères que ceux appliqués à la planification hospitalière.
- Les planifications hospitalières et les listes d'hôpitaux qui se basent sur elles doivent inclure les développements dans les domaines ambulatoire et semi-hospitalier. Une planification hospitalière qui ne se fonde pas sur une planification globale en matière de distribution des soins est condamnée à rester du bricolage. Une planification hospitalière

conçue de la sorte permet aussi des synergies avec des mesures cantonales allant plus loin comme par exemple l'introduction de clauses du besoin. Si par exemple le nombre des cabinets privés qui fournissent des prestations ambulatoires et semi-hospitalières augmente, il devrait être possible aussi de réduire davantage le nombre des cliniques exploitées par des personnes privées.

- Les planifications hospitalières et l'établissement des listes d'hôpitaux devraient se transformer en des processus dynamiques. La médecine évolue si rapidement de nos jours qu'il est faux de partir de l'idée que l'on peut en prévoir l'avenir pour dix ans. Un tel délai est beaucoup trop long et les planifications hospitalières devraient être revues au moins une fois par législature.
- C'est à juste titre que le Conseil fédéral relève continuellement dans les procédures de recours que les cantons doivent établir leur planification pour l'ensemble de leur population. Les assurances de base et les assurances complémentaires ne sont pas dissociables; au contraire, elles se complètent. C'est pourquoi il faut aussi coordonner les planifications hospitalières et les listes d'hôpitaux. La jurisprudence actuelle ne tient qu'insuffisamment compte de cette exigence et ne prend du reste guère en considération la différenciation croissante à faire dans le domaine de l'assurance complémentaire (confort de type hôtelier, libre choix du médecin, possibilité de choisir un hôpital hors du canton). En outre, elle met en péril la politique de maîtrise des coûts des cantons lorsque des hôpitaux publics ou subventionnés par l'Etat, qui ont été biffés de la liste des hôpitaux, ont la possibilité, par le biais d'une privatisation complète, de continuer à travailler à la charge de l'assurance de base puisqu'ils sont assurés de toucher la contribution de base. La jurisprudence actuelle de la majorité du Conseil fédéral doit donc être reconsidérée immédiatement dans le sens de la Recommandation Plattner et de ses 8 cosignataires de divers partis et elle doit être modifiée avant tout sur le principe.
- Les procédures de recours en matière de listes d'hôpitaux et de fixation de tarifs doivent être améliorées en particulier au niveau fédéral par le biais d'une collaboration interdépartementale accrue. On pourrait ainsi tenir compte des expériences faites dans d'autres secteurs comme par exemple dans l'accélération de la procédure en matière d'autorisations de construire.
- Il serait aussi souhaitable que les partenaires de la santé publique connaissent davantage quels sont les buts assignés à la planification hospitalière. Ce n'est guère son rôle de définir si une politique de la santé doit être davantage axée sur la concurrence ou sur son côté étatique. En revanche il lui appartient de faire une réflexion de principe, sérieuse et stratégique, pour garantir la distribution des soins en tenant compte de l'objectif de maîtrise des coûts. On peut donc dire que cette approche ne se distingue

guère, du point de vue philosophique, des planifications stratégiques des entreprises privées.

Dans le domaine de la planification hospitalière et des listes d'hôpitaux, le rôle clé revient aux cantons. Ceux d'entre eux qui ont l'intention d'assumer ces tâches ont toutefois besoin du soutien de la Confédération. A cet effet, il est impératif que la jurisprudence susmentionnée du Conseil fédéral en matière de listes d'hôpitaux soit rectifiée sur le fond aussitôt que possible.

3.2 Admission des fournisseurs de prestations

Thèse 2: dans les ordonnances édictées sur la base de l'art. 39, al. 1, lettres a à c, LAMal, les conditions d'admission doivent être rendues plus sévères également pour les fournisseurs de prestations déjà existants.

Historiquement, l'admission des fournisseurs de prestations dans le marché et leur admission dans l'assurance-maladie sociale sont étroitement liées. Si l'on veut se conformer de manière appropriée à l'objectif de la maîtrise des coûts, il faut encore dissocier plus clairement que ce n'est le cas aujourd'hui les deux étapes que sont, d'une part, les contrôles effectués par la police sanitaire pour l'accès au marché, et, d'autre part, la procédure d'admission dans l'assurance-maladie sociale. L'utilisation du potentiel actuel doit être renforcée. Il s'agit aussi d'inclure dans ce processus d'autres stimulations financières ayant des effets indirects sur ce marché.

En ce qui concerne l'évolution des primes de l'assurance de base, le nombre des fournisseurs de prestations admis, en particulier dans les domaines ambulatoire et semi-hospitalier, revêt une importance particulière dans le régime de stimulations financières actuellement prédominantes. Plus le nombre des fournisseurs de prestations est élevé (en particulier celui des médecins spécialistes), plus les coûts de la santé ont tendance à augmenter. Accroître les exigences posées aux fournisseurs de prestations est un pas important non seulement dans le cadre de l'admission de nouvelles prestations ou du contrôle des prestations déjà admises, mais de manière très générale. Il apparaît ici décisif de renoncer au principe du maintien des acquis. Sinon, il faudra attendre des années voire des décennies avant que des effets sensibles se fassent sentir.

Dans ce domaine, les procédures de fixation des tarifs – de par les tendances qu'elles révèlent aux partenaires contractuels – ont aussi un rôle particulier à jouer, comme nous le développerons en présentant la thèse suivante.

Il conviendrait d'étoffer les conditions d'admission sur plusieurs plans : aussi bien par le renforcement des critères structurels de qualité que sur d'autres points. En ce qui concerne le renforcement des critères structurels de qualité, les certificats de capacité réglementés par l'ordonnance sur les prestations peuvent jouer un rôle positif. Ainsi, on pourrait par exemple fixer des exigences plus sévères pour l'exécution de prestations à la charge de l'assurance obligatoire des soins – comme on l'a fait dans la réglementation des échographies pendant la grossesse. Ou encore lier la prescription médicale de médicaments couverts par l'assurance de base à des conditions plus strictes (par exemple en disposant que certains médicaments ne peuvent être prescrits que par des spécialistes travaillant dans des hôpitaux centraux ou universitaires). Il faut ici rappeler une nouvelle fois explicitement que la renonciation au maintien des acquis joue un rôle décisif si l'on veut s'engager le plus rapidement possible vers la maîtrise des coûts. Dans l'hypothèse, par exemple, où l'autorité fixerait une structure uniforme de tarifs, il s'agirait alors de renoncer aux droits prétendument acquis. Ainsi, les médecins ne pourraient imputer aucune prestation ne correspondant pas à leur formation continue et à leur perfectionnement réglementaires, même si, avant l'entrée en vigueur des nouveaux tarifs, ils ont déjà fourni cette prestation un nombre suffisant de fois, de manière régulière et sans que la qualité du traitement n'ait été remise en cause, et que cette prestation a été prise en charge par l'assurance-maladie sociale.

La pratique suivie actuellement, qui consiste à désigner des fournisseurs de prestations particuliers comme les hôpitaux universitaires lorsqu'il s'agit de prestations tout à fait spéciales, devrait elle aussi être encore affinée. Ainsi, par exemple, on pourrait encore limiter, sur la base de tests spéciaux (benchmarks), l'admission des fournisseurs de prestations à ceux qui sont le plus avantageux au niveau des coûts – par exemple seulement à deux hôpitaux universitaires sur les cinq existants – pour les prestations tout à fait spéciales.

Il faudrait examiner de plus près, par exemple dans le cadre de l'admission d'autres fournisseurs de prestations selon l'article 38 LAMal, s'il y a lieu d'admettre désormais seulement les fournisseurs de prestations qui appartiennent à un réseau (intégration horizontale ou verticale) et/ou qui sont prêts à collaborer à un service de piquet dans le cadre du réseau (ou au-delà). Les deux mesures pourraient aussi favoriser la formation de réseaux de santé intégrés et de voies intégrées de traitement et de suivi, ce qui devrait

influencer de manière positive le développement de véritables modèles d'assurance alternatifs.

Par ailleurs, les mesures évoquées ici pourraient contribuer à garantir une bonne qualité de la distribution des soins.

Le rôle clé dans ce domaine revient aux acteurs qui, dans le cadre du catalogue des prestations obligatoires, peuvent exercer une influence sur l'inscription, la suppression ou la relativisation des prestations à charge de l'assurance-maladie obligatoire.

3.3 Tarifs

Thèse 3: les partenaires tarifaires doivent accorder plus d'attention à l'efficacité, à l'adéquation et au caractère économique des prestations conformément à l'article 32, alinéa 1, LAMal ainsi qu'au problème des surcapacités dont il est question à l'article 49, alinéa 1, LAMal, et ce en particulier dans le cadre des procédures de fixation des tarifs.

Dans le cadre de la politique des tarifs, aussi bien les partenaires tarifaires que les autorités appelées à fixer les tarifs peuvent émettre des signaux de maîtrise des coûts. Dans ce contexte, le fait de corriger les surcapacités existantes par le biais des tarifs revêt une importance particulière. Il n'est pas adéquat d'approuver des surcapacités prévues dans le cadre de conventions tarifaires ou de décisions tarifaires.

La notion de surcapacités ne saurait être appréciée exclusivement par rapport à l'occupation maximale des lits d'un hôpital dans la mesure où les fournisseurs de prestations peuvent influencer ce taux d'occupation dans une mesure non négligeable. Dans le cadre de demandes tendant à la fixation de tarifs, la notion de surcapacités devrait être dûment mise en rapport avec des régions de distribution des soins de 1.0 à 1.5 million d'habitants. Cette approche permettrait de stimuler indirectement une réalisation plus intercantonale des planifications hospitalières. Elle permettrait aussi d'éviter, du moins en partie, l'installation de capacités supplémentaires visant à réduire les contributions cantonales pour les hospitalisations hors canton.

Un élément encore mérite une attention particulière lors de négociations tarifaires ou de procédures de fixation de tarifs. Il s'agit du rapport entre le nombre de fournisseurs de prestations, ou mieux encore de prestations prescrites par tranche de 1000 habitants (population résidente pondérée selon le risque) d'un canton ou d'une région donnée et de ce taux à l'échelon national. Plus ce taux est élevé, moins la valeur du point devrait l'être. Cet élément devrait permettre aux partenaires tarifaires de trouver, dans le cadre de leurs accords, des mesures incitatives pour réduire le volume des prestations.

Il convient en outre d'aborder davantage la notion de surcapacités en fonction des niveaux de distribution des soins auxquels se trouvent les fournisseurs de prestations. Ainsi, par exemple, les hôpitaux universitaires devraient aussi pouvoir appliquer les mêmes prix pour les mêmes types de prestations – sous réserve qu'il n'y ait pas d'autres surcapacités dans la région de distribution des soins. Ainsi, les hôpitaux universitaires plus performants pourront être récompensés et les autres hôpitaux universitaires seront incités à rechercher davantage d'efficacité et de performance, respectivement à renoncer à certaines activités.

L'introduction de nouveaux modèles de remboursement et leur appréciation éventuelle dans des procédures de recours sont des moyens particulièrement importants permettant de favoriser un accroissement de l'efficacité et de la performance. Dans une situation caractérisée par des surcapacités, l'étude et la justification des coûts existants ne sauraient constituer le champ principal d'activité. Ce qui devrait être déterminant, c'est la situation dite « à atteindre » et ainsi les coûts standards qui se basent le plus possible sur le traitement global du patient défini de manière interdisciplinaire. Il est ainsi aussi possible de comparer entre eux des paquets de prestations et leurs prix.

La Confédération et les cantons détiennent un rôle clé dans cette perspective. Il incombe en effet à ces deux institutions de prévoir, dans le cadre des procédures de fixation des tarifs, les mesures incitatives correspondantes. Plus les cantons se laisseront guider, pour leurs hôpitaux, par des réflexions allant dans le sens d'un accroissement des recettes, plus la Confédération sera sollicitée pour apporter les correctifs correspondants.

3.4 Prévention

Thèse 4: dans les domaines de la santé publique et de la médecine préventive individuelle, il s'agit d'abord de recenser la situation telle qu'elle est, ensuite, sur cette

base, de définir des normes minimales pour l'ensemble de la Suisse et, enfin, de procéder à une répartition judicieuse des tâches entre les partenaires du domaine de la santé.

Il n'est guère possible de marquer une délimitation claire entre les tâches de santé publique et la médecine préventive individuelle parce que ces domaines se recoupent en partie. Dès lors, plutôt que de tenter de délimiter ces champs d'activité, mieux vaut chercher comment procéder à une répartition judicieuse des tâches entre ces deux domaines. Pour ce faire, il faut procéder préalablement à un examen de situation. Autrement, la répartition des tâches risque de passer à côté de la réalité.

Si l'on veut mettre en oeuvre le modèle des trois piliers prévu par le Conseil fédéral en matière de promotion de la santé et de prévention, des normes minimales pour l'ensemble de la Suisse devront être définies et une répartition claire des tâches devra être réalisée entre les cantons et l'assurance-maladie. Une répartition des tâches clairement définie pour l'ensemble de la Suisse doit en outre tenir compte de possibles interdépendances entre les divers domaines. Ce postulat est essentiel en particulier pour les prestations assurées dans la médecine préventive où, conformément à la thèse 2, des exigences plus élevées pour l'admission des fournisseurs de prestations doivent être formulées notamment en ce qui concerne l'exécution de ces prestations.

C'est à la Confédération qu'appartient le rôle clé dans ce domaine.

« Planification de l'offre de soins » : résumé des discussions

Roman Seiler, rédaction CASH

La discussion sur le domaine de la santé gagne en profondeur lorsqu'elle ne se déroule pas sous les feux de la rampe. La qualité des débats qui ont eu lieu entre politiques et représentants des professions de la santé, des patients et des assureurs sur le sujet de la « planification de la distribution des soins » en atteste. La conseillère fédérale Ruth Dreifuss a constaté avec satisfaction que les discussions ont été « approfondies, ouvertes et sincères ».

Trois thèses de l'économiste de la santé Willy Oggier (voir le document des experts) ont été approuvées. Le modérateur Ueli Müller, président du Concordat des assureurs maladie suisses (CAMS) a toutefois exprimé, en séance plénière, des doutes quant au soutien que les participants apporteraient à ces thèses « quand les choses deviendront sérieuses ». La quatrième thèse de Willy Oggier n'a pas été présentée par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS). Il y plaidait en faveur de conditions plus sévères à instaurer pour l'admission des fournisseurs de prestations. Bien que l'économiste n'ait pas indiqué s'il entendait ainsi parler de la suppression de l'obligation de contracter avec les fournisseurs de prestations, d'intenses discussions ont eu lieu sur ce sujet. Robert Fuchs, directeur de la Caisse Vaudoise, aimerait que "l'argent suive le patient". Il rejette toute planification hospitalière et croit que les forces du marché entreraient en jeu si l'obligation de contracter disparaissait. Franz Wyss, secrétaire central de la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires (CDS) estime au contraire que "ceci mènerait au chaos". Même opposition de la part du directeur du CAMS, Marc-André Giger, qui souhaite que des critères soient définis afin que tout diplômé n'ait pas automatiquement accès à l'assurance-maladie : Toute autre solution ouvrirait, selon lui, "toute grande la porte à l'augmentation des coûts" .

Thèse 1

« La planification hospitalière est indispensable dans le marché suisse de la santé. Le principe de la liberté contractuelle ne peut remplacer valablement cet instrument dans le domaine hospitalier. La planification et les listes des hôpitaux doivent être appliquées de façon plus rigoureuse et de manière à couvrir les besoins, en tenant

compte également de la dimension régionale. Tous les acteurs doivent mieux soutenir les efforts de maîtrise des coûts dans le cadre de l'assurance de base.»

Le modérateur Ueli Müller a ouvert la discussion par une question : « Avons-nous besoin de la planification ou pouvons-nous laisser la "main invisible du marché" gérer le secteur de la santé ? » La planification hospitalière est un « débat fleuve » sur lequel nombre de conseillers d'État se sont déjà brisé les dents. Le représentant de la CDS Franz Wyss a déclaré : « Beaucoup a déjà été fait et continue à se faire dans le domaine de la planification hospitalière », alors que M. Müller ne partageait pas cet avis « On n'en fait pas assez ! »

Le conflit était ainsi exposé au grand jour. Max Brentano, président de la Société suisse de pharmacie (SSPh) a déclaré : « Les effets de la planification hospitalière resteront relatifs, tant que les hôpitaux privés auront un meilleur accès au marché ». Andreas Haefeli de la Fédération des médecins suisses (FMH) estime que la planification hospitalière est nécessaire et efficace à long terme. Feu l'ancien conseiller d'État Bruno Hunziker du parti radical-démocratique (PRD) l'aurait déjà démontré, lui qui a été le premier à introduire, dans le canton d'Argovie, une planification hospitalière qui a été toujours adaptée depuis lors. M. Haefeli a critiqué le fait que les procédures d'appel d'offres ne soient pas utilisées dans le domaine de la santé. Les cantons devraient déterminer quelles sont les prestations de santé dont la population a besoin pour définir des contrats de prestations puis lancer des appels d'offres. Les prestataires privés ou publics qui proposent le meilleur rapport prix / prestations seraient alors chargés de les exécuter. Peter Saladin, président de « H+ Les Hôpitaux suisses » est d'accord, mais seulement à la condition que tous les hôpitaux soient à armes égales : « Il faut appliquer les mêmes règles pour le calcul des investissements ou pour la présentation des coûts, et ce n'est pas le cas actuellement. »

Il a également été souligné que les surcapacités devraient être éliminées lors de l'attribution des mandats de prestations. Il faudrait également éviter l'excès de perfectionnisme de certains prestataires. Il faudrait donc définir une combinaison de prestations de telle sorte que tous les assurés puissent être traités et que les services d'urgences soient garantis.

La planification devrait également prendre en compte les besoins des assurés

couverts par des assurances complémentaires. M. Oggier a ensuite explicitement demandé une planification couvrant tout le territoire : « La collaboration intercantonale est indispensable. » Les capacités ne pourraient en effet être efficacement planifiées que dans des bassins de population de 1 à 1,5 millions d'habitants. Selon M. Wyss, on aurait déjà obtenu des résultats dans ce sens. Il y aurait un modèle de collaboration entre certains cantons de Suisse centrale et entre certaines régions de Suisse romande. « La CDS discutera par ailleurs de la manière dont pourraient être coordonnées les offres dans le domaine de la médecine de pointe », a ajouté le secrétaire central de la CDS. Le directeur des affaires sanitaires du canton de Lucerne, Markus Dürr, a regretté que la LAMal ait figé les frontières cantonales. Celui qui veut acheter des prestations dans un autre canton doit payer plus : « Le canton de Lucerne paie 18,5 millions de francs pour des prestations dispensées hors du canton. » Cet argent pourrait permettre de renforcer l'offre du canton, par exemple dans le domaine de la neurochirurgie.

Sandra Schneider, cheffe de section à l'OFAS, a rappelé que ce n'est que depuis l'introduction de la nouvelle loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal) que les cantons de résidence des assurés doivent participer aux frais des traitements dispensés hors de leur territoire. Il est à regretter que ceci ait conduit à augmenter encore les capacités. Le conseiller d'État Dürr a plaidé pour une planification hospitalière intercantonale dans le cadre de « 6 à 8 régions de soins ». Tout le monde a été d'accord pour dire que la médecine de pointe doit faire l'objet d'une planification supra régionale, sans négliger toutefois la planification régionale pour les soins de base.

Par contre, la question de savoir dans quelle mesure les dépenses dans le domaine semi hospitalier et ambulatoire des hôpitaux pourraient être mieux contrôlées est restée en suspens. M. Wyss, secrétaire central de la CDS a remarqué à ce sujet : « C'est difficile. » Il tentait ainsi d'éviter un sujet peu agréable aux cantons alors que c'est dans le domaine hospitalier ambulatoire que les coûts ne cessent de grimper.

Thèse 2

« Les partenaires tarifaires doivent accorder beaucoup plus d'attention, lors des négociations tarifaires, aux critères de l'efficacité, de l'adéquation et à celui du caractère économique des prestations stipulés à l'article 32 LAMal. Ils doivent aussi

être plus attentifs au problème des surcapacités évoqué à l'article 49, al. 1, LAMal. Il ne saurait s'agir uniquement de l'octroi de rabais, mais bien de la discussion de l'ensemble de l'offre d'un fournisseur de prestations.».

La discussion de cette thèse a donné lieu à un intéressant débat sur les modèles du « managed care ». M. Wyss a invité les assureurs-maladie à développer les modèles qui permettent une réduction de prime. La conseillère fédérale Ruth Dreifuss voulait également savoir quels étaient les problèmes rencontrés par les assureurs. M. Fuchs s'est plaint que les prestataires refusaient tout simplement toute collaboration. Dans le canton de Vaud, il a été demandé aux médecins de ne pas s'affilier aux modèles de médecin de famille (médecin de premier recours). « Il est donc injuste de nous reprocher d'en faire trop peu ! » M. Brentano de la SSPh a répondu que les assureurs devaient offrir plus aux fournisseurs de prestations s'ils voulaient les inciter à la collaboration dans le domaine du « managed care » : « Pour faire céder la tradition de solidarité entre les fournisseurs de prestations, il ne faut pas seulement du temps, mais aussi un paquet plus attrayant de la part des assureurs ».

M. Haefeli, représentant de la FMH, s'est déclaré en faveur de la diffusion des modèles de « managed care ». « Ce sont les seuls systèmes qui incitent le patient à faire preuve du sens des responsabilités. Ils l'invitent à ne pas considérer le système de santé comme un magasin self service ! » M. Giger, directeur du CAMS, a mentionné un point délicat du point de vue des assureurs. Jusqu'à présent, ce sont en majorité des assurés qui nécessitent des soins peu onéreux qui se sont affiliés à des modèles de médecin de famille ou à des HMO. « Il en résulte que le potentiel de réduction des coûts est trop faible. » Il a été souligné à cette occasion que les assurés doivent être convaincus que leur affiliation à une HMO leur permettra non seulement d'économiser sur le montant de la prime, mais que cette décision leur vaudra en plus des soins de tout premier ordre. M. Oggier a fait remarquer qu'il faudrait permettre aux assureurs de commettre des erreurs dans le secteur du « managed care ». Entre-temps, la Suisse est devenue un pays pionnier en Europe dans ce domaine. Pour Peter Saladin (H+), la question reste ouverte de savoir comment résoudre le paradoxe que chaque assuré veut une prime peu élevée tout en ayant, en tant que patient, accès aux meilleures prestations. Cette attitude incite les fournisseurs de prestations à tout offrir. C'est pourquoi le directeur d'Innova, Michael Rindlisbacher, estime que "quiconque ne s'affilie pas à un modèle de

médecin de famille pour l'assurance de base doit payer des primes plus élevées".

Deux autres arguments ont été évoqués pour mieux respecter les aspects d'efficacité, d'adéquation et d'économie. M. Oggier a relevé qu'un hôpital tel que l'hôpital universitaire de Zurich (USZ) devrait se voir interdire d'amortir par des tarifs supérieurs une structure de coûts plus élevée que celle d'autres établissements hospitaliers. De même, par exemple, lors de la fixation du nombre de points tarifaires, il faudrait tenir compte du nombre de spécialistes, pondéré en fonction du risque : « Il faut remettre en question le principe de la préservation de l'état de fortune à l'occasion de la mise en application de TarMed. » Le conseiller d'État Dürr a plaidé en faveur d'une prise en compte plus marquée des connaissances liées à l'« evidence based medicine » et il a proposé l'exclusion des examens pratiqués à double par la tenue de dossiers électroniques des patients. Dans ce domaine, les « cartes de santé » pourraient apporter une contribution utile.

Thèse 3

« Dans le domaine de la santé publique, il est important de distinguer entre la mise à disposition des soins pour la population et la prévention individuelle. L'Etat ne doit pas se dégager de ses tâches de santé publique en faveur de l'ensemble de la population, y compris en faveur des personnes en bonne santé. Il ne doit pas, pour des raisons d'opportunité, renoncer au financement de ces tâches. Une définition de normes minimales au niveau suisse et une répartition judicieuse des tâches entre les partenaires sont nécessaires. »

M. Müller, modérateur, a constaté que l'on manquait de temps pour aborder le sujet de la prévention. Tout le monde était d'accord sur un point : les rôles de la Confédération, des cantons et des assureurs maladie devaient être mieux définis. Le conseiller d'État Dürr a déclaré : « Tant que l'utilité réelle de la prévention n'est pas claire, aucune mesure ne doit être introduite dans ce domaine. » La conseillère fédérale Ruth Dreifuss a indiqué qu'elle souhaitait discuter avec les cantons sur les programmes de vaccinations et de screenings. C'est un domaine où règnent encore de nombreuses incertitudes.

Qualité des soins, rationnement et priorités

Une analyse préparée pour
l'Office fédéral des assurances sociales, Berne

Fred Paccaud, IUMSP, Lausanne

janvier 2000

*K:\DIR\Direction\Rapport_draft2_mireille.doc
created : 07/02/2000//last rec : 09/02/2000//printed : 29/03/2000
version no. 15, 4848 words, 9 pages*

1. Introduction

Dans le cadre des travaux préparatoires visant à la définition d'une politique de la santé en Suisse, un mandat a été confié par l'OFAS à l'IUMSP pour esquisser les problèmes relatifs à la qualité des soins. Plus spécifiquement, il a été demandé de préparer un document à l'intention des participants à une journée de réflexion organisée par l'OFAS (28 février 2000), consacrée au contrôle des coûts sanitaires. L'un des thèmes choisis pour cette journée est la qualité et le rationnement des services de santé¹.

Ce mandat a été discuté pour la première fois en décembre 1999 et officiellement confié au mandataire le 22 décembre 1999. Dans ces limites de temps, un choix était indispensable. On trouvera ci-dessous un document reprenant les principales questions du mandat, à savoir la répartition des tâches entre partenaires, les contrats de qualité et le rationnement.

Il n'est pas question ici de discuter les concepts de qualité des soins pour en proposer une définition éventuellement originale. Il convient toutefois de préciser quelques aspects fondamentaux.

Un premier aspect est que le développement de la qualité est contemporain des systèmes de santé modernes, dès le milieu du 19^e siècle. Les noms de Florence Nightingale (Royaume-Uni)² ou d'Ernest Codman (Etats-Unis)³ sont familiers dans ce domaine. Cela signifie, entre autres, que la préoccupation de la qualité est née en même temps que la santé publique moderne. C'est aussi dans ce même mouvement de modernisation que s'inscrivent les premières formes de contrôle de qualité, à savoir celles touchant le contrôle de la formation des professionnels de la santé (aux Etats-Unis : Flexner Reporten 1910; en Suisse, Loi fédérale sur les professions médicales en 1876).

Un second aspect est qu'il existe aujourd'hui une foison de définitions plus ou moins opérationnelles de la qualité des soins. C'est un signe de jeunesse, c'est-à-dire que la théorie de la qualité des soins n'a été développée que récemment, en pratique avec les travaux de Donabedian (Etats-Unis) dans les années soixante, ou ceux de Cochrane (Royaume-Uni) dans les années septante⁴. Parmi les définitions disponibles, relevons les suivantes :

- la qualité des soins résulte de l'application des connaissances et des techniques médicales, de façon à maximiser leurs bénéfices en termes de santé sans augmenter les risques correspondants⁵;

- [la qualité des soins correspond au] niveau de soins apte à augmenter la probabilité d'atteindre un résultat positif de santé pour l'individu et la population, correspondant aux connaissances professionnelles disponibles*;
- la qualité des soins répond à des perspectives différentes selon le partenaire considéré; les trois principales perspectives sont :
la qualité selon le client est ce que le client et le soignant non professionnel attendent d'un service; la qualité selon les professionnels est la conformité du service avec des besoins définis par les prestataires professionnels, ainsi que sa conformité avec les standards d'utilisation de techniques et de procédures réputées nécessaires pour satisfaire les besoins du patient*; la qualité selon le gestionnaire est l'utilisation la plus efficiente des ressources, au sein des limites fixées par les autorités sanitaires et les payeurs.

La définition proposée dans ce document est la suivante* :

- La qualité dans le système de santé vise la satisfaction complète de la demande de ceux qui ont le plus besoin des soins, au coût le plus bas, dans les limites fixées par l'organisation sanitaire.

Cette définition introduit la notion d'un essai (« vise à... »), ce qui correspond mieux à la situation effective du système de soin. En parlant de la « satisfaction complète de la demande », la définition implique que le système de soin doit garantir que les soins fournis sont a priori efficaces : cela permet d'insister sur la nécessité des preuves expérimentales en clinique, la revue rigoureuse des connaissances disponibles ("Evidence-Based Medicine") et leur mise à disposition régulière par des guides de pratiques des soins ("clinical guidelines"). Parler de la satisfaction « complète » implique également qu'on mesure cette satisfaction, c'est-à-dire qu'on la rende observable dans le système (« outcome medicine »). Enfin, parler de satisfaction insiste sur le fait que l'avantage doit être perceptible par le patient, selon un système de mesure explicite de la satisfaction du patient. L'articulation entre demande et besoin permet d'insister sur le fait que le système de soin doit aider le patient à exprimer sa demande (demande vs. besoin); cela permet notamment de se souvenir que la demande du patient n'est pas seulement une demande de guérison. En parlant de « ceux qui ont le plus besoin des soins », cette définition rattache la qualité des soins à une notion centrale de la santé publique : que les besoins de soins puissent s'exprimer. La notion de coût « le plus bas » rappelle que les ressources sont limitées. Et les « limites fixées par l'organisation sanitaire » rappelle que des normes éthiques déterminent aussi la pratique soignante.

D'autres définitions d'un emploi courant méritent d'être rappelées ici :

- un standard désigne les attributs d'un service qui sert de référence; ces attributs sont identifiables et reconnaissables, et en général mesurables. Des exemples classiques de standards sont les valeurs de référence d'une campagne de dépistage du cancer du sein, les durées de séjour d'une pathologie, ou le nombre de personnes soignantes par lit;
- la promotion de la qualité est la stratégie destinée à élever le niveau des standards. Les incitations financières axées sur la qualité des services ou des cours sur la qualité des soins sont des exemples de stratégies;
- l'assurance de qualité est une procédure destinée à garantir *a priori* le respect d'un standard. Un exemple typique est le système de pénalité touchant le personnel de soin s'il ne satisfait pas au contrôle des connaissances. L'élimination des produits sanguins infectés, la double lecture des mammographies de dépistage ou l'analyse prospective de l'adéquation des hospitalisations selon un protocole défini* sont deux autres exemples d'assurance de qualité;
- le contrôle de la qualité est une procédure destinée à garantir *a posteriori* le respect d'un standard, lors d'un examen survenant après que le service ait été délivré. Des exemples de contrôle de la qualité sont les examens systématiques et périodiques du personnel de soin dans le cadre de la formation continue, le recensement périodique des journées d'hospitalisation inadéquates, le contrôle sérologique systématique des produits transfusés.

2. A propos des tâches et de leur répartition

Il existe une forte interaction entre la promotion de la qualité des soins et le modèle sous-jacent inhérent au système de santé. En simplifiant le propos, on peut proposer trois modèles d'organisation des services de santé, de façon à examiner quel est le modèle de promotion de la qualité auquel chacun correspond.

- Le premier modèle d'organisation des services de santé peut être appelé un « modèle professionnel » : l'organisation est contrôlée par les professionnels, de même donc que le sera le contrôle de la qualité. Typiquement, ce modèle de contrôle de la qualité insistera sur la responsabilité individuelle des personnels des soins, sur leur intégrité professionnelle et morale : la sélection et la formation ont donc une importance majeure dans ce modèle, et cela est une façon de promouvoir la qualité des soins. Ce modèle suppose aussi le développement et le maintien de corporations professionnelles fortes, fixant les standards de soins et garantissant leur respect par les membres. Ces corporations professionnelles défendent les intérêts des professionnels au nom des intérêts de la communauté. D'une façon générale, la base du modèle professionnel de contrôle de la qualité est une approche structurelle de la qualité des soins.
- Le deuxième modèle d'organisation des services de santé peut être appelé un « modèle bureaucratique ». Par la complexité croissante de l'organisation du système de santé (diversification des activités de prise en charge, spécialisation des personnels, payeurs externes à la relation de soin, etc.), les professionnels abandonnent la gestion directe du système, qui est confiée à des spécialistes. Ce sont, dans ce modèle, les gestionnaires qui coordonnent les intervenants de soin, garantissent la survie comptable de l'institution de soins et prennent une bonne partie des décisions stratégiques en fonction des impératifs de gestion. Cette émergence du gestionnaire s'accompagne de diverses transformations, y compris linguistiques : le patient devient un bénéficiaire, le soignant un prestataire, etc. Dans ce système, le but du contrôle de qualité est de vérifier que les règles sont respectées. La qualité concerne essentiellement les structures et les processus de soins (accréditation, revue d'utilisation, analyse de standards de pratique, etc.).
- Le troisième mode d'organisation des services de santé correspond à un « modèle industriel ». Ce modèle du système de santé abandonne des critères internes au système pour une validation externe de la performance (capacité de dégager un profit, part de marché, etc.). Il ne s'agit plus seulement de gérer un système, mais bien plutôt de le rentabiliser. Le patient devient un client, et le soignant un producteur. La qualité concerne essentiellement les résultats de soins, avec une attention particulière pour la satisfaction de la demande¹⁶.

L'énoncé de ces trois perspectives montre que les stratégies de promotion de la qualité doivent être replacées dans le contexte général d'une politique de santé, en particulier l'organisation des services. Ce point est important lorsque l'on discute de la répartition des tâches entre partenaires, comme c'est actuellement le cas en Suisse :

- la LAMal confie aux professionnels une responsabilité majeure pour promouvoir la qualité des soins : elle leur confie en particulier le soin de proposer les modalités de contrôle et d'assurance de qualité; dans les termes de la description ci-dessus, il s'agit implicitement d'un modèle « professionnel » du système de santé;
- ce modèle implicite ne correspond pas, loin s'en faut, à la tendance actuellement dominante dans le système de soin : au contraire, les signes se multiplient en faveur d'un modèle « bureaucratique » (avec le renforcement des payeurs institutionnels ou assurantiels qui déterminent les règles de fonctionnement et de gestion du système de soin), voire même en faveur d'un modèle « industriel » (avec le développement du « managed care » dans un nombre croissant de secteurs du système de soin);

- il y a donc divergence entre deux conceptions que l'on veut faire coexister : d'une part, les organisations professionnelles qui ne disposent que d'un pouvoir réduit (et en voie de diminution) dans la gestion du système, mais auxquelles il est demandé de promouvoir la qualité, d'autre part, des partenaires institutionnels (services cantonaux de la santé publique par exemple) et assurantiels (caisses-maladies par exemple) qui sont puissants, mais qui n'ont pas la légitimité de promouvoir la qualité des soins.

Par exemple, il est évident que des recommandations de pratiques cliniques auront une tonalité différente selon qu'elles sont voulues par un assureur ou par une société médicale de spécialistes. Or, la situation actuelle fait que ces directives sont créées par les professionnels (typiquement par des spécialistes médicaux), mais leur implantation dépend essentiellement des partenaires institutionnels (assureurs, gestionnaires hospitaliers, responsables cantonaux de santé publique, etc.)

Cette situation de crise devrait se régler en choisissant plus clairement l'orientation à moyen terme de l'organisation du système. Si l'on suit la logique actuelle de développement du système de soin, il faut prévoir un renforcement considérable des gestionnaires publics ou privés, qui gouverneront le système de soin; il vaut alors mieux leur confier explicitement la responsabilité de promouvoir la qualité des soins. Cette promotion peut (et devrait) se faire en collaboration avec les professionnels, mais l'initiative des arrangements et la responsabilité de l'implantation doivent être entre les mains des responsables du système.

Si, au contraire, il s'agit de maintenir ou de restaurer la prépondérance des professionnels dans la promotion de la qualité (ce qui est implicitement le but de la LAMal actuelle), il faut alors que leur position soit renforcée dans la gestion du système de soin, y compris en donnant aux organisations professionnelles des pouvoirs substantiels de régulation et de sanction.

Le choix entre ces deux perspectives ne s'exprime pas en termes de préférences techniques, mais relève évidemment de choix en termes de politique de santé.

3. A propos des contrats de qualité

3.1 Mesurer la qualité des soins

Dans tous les contrats existants, la « mesurabilité » de la qualité des soins est centrale. Ainsi, ces contrats proposent des listes d'indicateurs génériques et spécifiques de la qualité des soins, dont par exemple :

- qualité des soins hospitaliers, secteur d'hébergement : taux d'infections acquises au cours de l'hospitalisation, taux d'infections des plaies opératoires, taux de mortalité, taux de mortalité néonatale, taux de mortalité péri-opératoire (48 heures après l'anesthésie), taux de césariennes, taux de réadmissions non prévues (31 jours après la sortie), taux d'admissions non prévues après une procédure ambulatoire (48 heures après la procédure), taux de retour non prévus en unités de soins intensifs, taux de reprises non prévues au bloc opératoire (...)
- qualité des soins hospitaliers, secteur ambulatoire : taux de retours non prévus au service d'urgence 72 heures après la sortie, nombre de patients ayant passé plus de 6 heures dans le service des urgences, nombre de patients quittant le service d'urgence avant la fin de la prise en charge, taux d'annulation de procédure de chirurgie ambulatoire intervenant le jour de la programmation (...)

D'une façon plus générale, on peut classer les données nécessaires à la mesure de la qualité du système de soins en trois catégories, correspondant à la séquence de Donabedian pour la logique d'intervention dans la qualité des soins :

- les données sur la structure des institutions de soins, c'est-à-dire les données inventoriant le volume et la nature des personnels soignants, des institutions fournissant des services de santé, etc.;
- les données sur les processus de soins, c'est-à-dire les données sur le volume et la nature des interventions. Par exemple, depuis plusieurs années, les services d'anesthésie d'une douzaine d'hôpitaux romands effectuent une évaluation de leurs activités (techniques utilisées, survenue d'incidents en cours d'anesthésie, mesure de délais en salle d'opération et en salle de réveil, etc.) : les données récoltées peuvent être analysées au sein du service pour examiner sa performance propre. Ces données servent typiquement à comparer la pratique des soins avec un standard, qui peut être un standard explicite (par exemple, la comparaison d'un service fourni avec une « recommandation de pratique clinique »¹¹), ou un standard implicite (par exemple, la comparaison avec une valeur moyenne¹²). Le principal avantage des standards explicites est d'obliger le système à créer une valeur de référence; leur principal inconvénient est le coût souvent important qu'il faut investir pour créer et mettre à jour ces standards de référence;
- les données sur les résultats de soins, exprimés en termes de guérisons, complications, décès, années de vie gagnées, etc. L'infection du site chirurgical est un indicateur classique de la qualité des soins hospitaliers¹³. Comme noté plus haut, la mesure du résultat des soins va dans le sens du développement d'un modèle « industriel » des soins, axés sur la satisfaction du client plutôt que sur la conformité à des règles professionnelles. Le principal avantage des indicateurs de résultat est qu'ils donnent une idée directe. Cela permet en particulier de cibler des problèmes particulièrement graves, d'évaluer la qualité d'approches alternatives d'un même problème. C'est par exemple le cas de la mortalité évitable¹⁴.

Quel que soit le type de données considéré, le problème central en Suisse est le déficit en termes de statistique sanitaire. En particulier, il manque encore aujourd'hui une structure qui rassemble, analyse et diffuse les données disponibles concernant les structures, les activités et les résultats du système de soin. A fortiori manque une perspective pour développer de nouvelles prises de données et/ou de nouveaux indicateurs qui intéresseraient la mesure de la qualité des soins. Comme pour le reste de la santé publique, le développement d'un système raisonnable de monitoring est indispensable : il doit permettre à la fois le dépistage précoce des anomalies structurelles et fonctionnelles, et l'amorce d'un diagnostic et d'une stratégie d'intervention.

C'est pourquoi il est de l'intérêt de la qualité des soins que se développe rapidement un observatoire de la santé en Suisse, qui est actuellement en cours de discussion. Cet observatoire devrait permettre en particulier de développer un système moderne de statistique sanitaire de routine, dont les données seront peu coûteuses, et couvriront raisonnablement l'ensemble du système de santé suisse, en fournissant des éléments de monitoring, d'évaluation et d'analyse¹⁵.

Il faut enfin remarquer que toutes les initiatives en cours ou prévisibles à court terme (comme celles concernant la satisfaction des patients¹⁶) concernent les hôpitaux de soins aigus. Il faut cependant prévoir que le secteur ambulatoire et celui des soins de longue durée demanderont des efforts substantiels dans un avenir proche.

3.2 Qualité des soins et stratégies de santé publique

L'une des caractéristiques du système de promotion de la santé actuellement en cours d'implantation en Suisse est que ce système est centré sur des institutions de soins (cellule qualité dans les hôpitaux par exemple), quelquefois sur des spécialités professionnelles (création de recommandations de pratique clinique par exemple). En fait, la qualité des soins n'est pas encore — considérée comme un problème de santé publique, c'est-à-dire comme un problème intégré aux stratégies et aux politiques de santé dans la communauté.

Or la qualité des soins n'est pas seulement un problème qui émerge à l'intérieur des services (satisfaction de la demande, efficacité, bas coût de production, etc.), mais aussi un problème qui relève des besoins de santé de la population. C'est pourquoi les systèmes de priorisation des domaines de la promotion de la qualité, tels que préconisés par ailleurs¹⁷, devraient aussi correspondre aux systèmes de priorité utilisés en santé publique.

Ainsi par exemple, la pression démographique et épidémiologique va mettre durablement au premier plan les maladies dégénératives et chroniques, telles que les maladies cardiovasculaires, les cancers, les arthroses et les maladies neuropsychiatriques : c'est pourquoi une forte priorité devrait être donnée au développement de systèmes de prévention de ces pathologies. De même, la logique de développement du système sanitaire fait prévoir une forte croissance du secteur ambulatoire, de la prévention et de la promotion de la santé et des soins donnés par des non-professionnels : c'est par conséquent dans ces secteurs qu'il faut encourager fortement le développement de concepts, d'indicateurs de qualité et de systèmes de récolte des données, et ne pas penser seulement aux domaines hospitaliers.

Un exemple typique de cette situation est le contrôle de qualité de détection de l'insuffisance cardiaque. Cette maladie est une cause fréquente d'hospitalisation, de réhospitalisation, et plus encore, de traitement ambulatoire; elle risque fortement d'augmenter dans l'avenir, pour des raisons démographiques (c'est une condition nettement liée à l'âge des patients), mais aussi épidémiologiques (l'augmentation du nombre de cas est en partie due au succès du traitement des maladies coronariennes, y compris en Suisse¹⁸). Or, les études effectuées dans un certain nombre de pays industrialisés montrent qu'il existe un déficit important de qualité dans le traitement de cette pathologie.

4. A propos du rationnement des soins

Malthus fut probablement l'un des premiers à proposer une théorie politique du rationnement¹⁹. Pourquoi parler du rationnement aujourd'hui, et pourquoi en parle-t-on en particulier dans le monde de la santé ?

Intuitivement, le problème du rationnement peut être évoqué avec la liste suivante :

- ablation de tatouage
- traitement de l'infertilité
- physiothérapie pour les blessures de sport
- soins infirmiers à long terme
- changement de sexe
- soins dentaires pour les adultes
- prise en charge de la contraception

Cette liste comporte des procédures dont la légitimité de la prise en charge par le système public des soins peut être (ou a été, ou sera certainement) contestée, et ce d'autant plus que la demande pour des soins considérés comme légitimes va croissant, ne serait-ce que pour des raisons démographiques²⁰.

Dans son acception la plus simple, le rationnement désigne l'ensemble des procédures améliorant l'allocation de services de santé dans une communauté, étant donné que le montant total des ressources disponibles dans cette communauté est fixe. Le rationnement est lié à un système de priorisation des soins, destiné à produire une liste d'individus bénéficiaires ou de services admis, selon des critères de choix.

Plusieurs pays scandinaves ont entrepris des démarches explicites de rationnement depuis plus de 10 ans (Norvège en 1987, Finlande en 1994, Suède en 1995). Ces pays ont en commun d'avoir un système de santé financé par l'impôt. Malgré la facilité structurelle par laquelle les décisions de rationnement pourraient être prises, ces pays ont souhaités entreprendre une démarche soigneuse : cela est dû en partie à une tradition de décision politique dans la communauté, mais aussi au fait que le système est fortement décentralisé (le financement des districts sanitaires se fait par capitation).

En Suède, un document décrit en détail²¹ le processus de choix et les résultats de cette politique de rationnement. Trois principes sont mentionnés pour guider le rationnement :

- le principe de la dignité humaine insiste sur le fait que tous les être humains ont une dignité égale et les mêmes droits, sans considération de leurs caractéristiques personnelles ni de leur fonction dans la société; le principe de la dignité humaine est fondamental, mais il ne constitue pas une base suffisante pour la priorisation. En effet, si les ressources sont limitées, chacun ne peut pas prétendre à tout ce qu'il serait en droit d'obtenir;
- le principe du besoin et de la solidarité prévoit que les ressources soient allouées aux activités ou aux personnes qui en ont le plus grand besoin; la solidarité consiste à porter une attention spéciale aux besoins des ceux qui ont peu de chance d'être entendus ou d'exercer leurs droits : c'est typiquement le cas des malades psychiatriques ou des enfants (qui peuvent facilement devenir les cibles de stratégies de rationnement);
- le principe du coût-efficacité guide le choix entre les interventions : ce choix doit favoriser les interventions qui ont un rapport raisonnable entre leur coût et leur efficacité, en termes d'amélioration de la santé et d'augmentation de la qualité de la vie. Le principe coût-efficacité ne peut être appliqué qu'à des comparaisons de méthodes différentes pour traiter une même maladie. Il n'est pas applicable à des comparaisons entre différentes maladies.

C'est en 1992 qu'est paru un rapport sur le rationnement en Nouvelle-Zélande²¹. Dans ce pays où le système de santé est largement nationalisé, il existe une forte tradition de santé publique. La totalité de l'opération néo-zélandaise a été pilotée par un « Core Service Committee » établi en 1992. Les quatre critères retenus pour organiser ce rationnement des services ont été le bénéfice, le rendement, l'équité et la conformité aux valeurs sociales.

Il existe d'autres exemples de rationnement plus ou moins complet, comme celui de l'Etat de l'Oregon, ou de New York (Public Health Priorities Planning Project²²), ou encore de la part de groupes d'assurance (Group Health Cooperative de Puget Sound). L'analyse des stratégies de rationnement aujourd'hui utilisées dans les pays développés suggère qu'elles tournent autour de trois grandes approches :

- limiter les bénéficiaires revient à utiliser une ou plusieurs caractéristiques individuelles pour rendre inéligible une personne particulière pour un soin particulier : l'âge, la nationalité, l'état de santé général sont autant d'exemples possibles. L'utilisation de l'âge en particulier suscite beaucoup de débats, en partie émotionnels, mais avec un fondement éthique raisonnable²³. Il convient de relever que beaucoup de techniques de rationnement au lit du malade (c'est-à-dire le rationnement implicite observable quotidiennement dans le système de soins) sont basés sur une limitation des bénéficiaires²⁴;

- limiter les interventions revient à faire une liste fermée de services rendus à la communauté. La tentative la plus célèbre est bien sûr celle de l'Oregon : cette liste avait pour objectif de fournir un accès universel aux soins à tous les citoyens de l'Oregon sans augmenter la dépense sanitaire globale : le rationnement est donc né ici de la volonté d'augmenter la couverture de la population sans augmenter les dépenses. Les caractéristiques du système de l'Oregon sont d'utiliser une règle formelle d'estimation du rapport coût-efficacité pour établir une échelle ordonnée des interventions²⁵. Cette liste comporte environ 700 interventions dont l'efficacité a été prouvée (dans ce sens, il s'agit d'un rationnement pur, et non pas de la rationalisation du système de santé par élimination de procédures inefficaces). Chacune des procédures est qualifiée par un score rendant compte du « rendement » de la procédure, selon un calcul prenant en compte la différence de l'état de santé d'un patient avec ou sans intervention, la durée du bénéfice, et le coût de l'intervention. Ce système a eu de nombreuses péripéties, liées en partie à la bataille constitutionnelle pour savoir si la liste violait certains droits fondamentaux (American with Disabilities Act);
- redéfinir les buts du système de soin, en particulier limiter ses ambitions et retirer certaines interventions qui relèvent de la technique médicale, mais non pas du soin : c'est un raisonnement fréquemment conduit pour exclure des interventions cosmétiques par exemple (ablation de tatouage par exemple, dans la liste ci-dessus). Le gouvernement des Pays-Bas a ainsi tenté d'exclure des prestations la contraception et la physiothérapie.

Chacune de ces trois approches, qui ne s'excluent pas les unes des autres, comporte des difficultés. Dans le débat actuel en Suisse, les plus pertinentes sont les suivantes :

- les sociétés démocratiques semblent avoir des difficultés à rendre explicite un rationnement, alors même qu'elles tolèrent des stratégies implicites²⁶ : c'est que le rationnement explicite a beaucoup de défauts liés au développement d'une « bureaucratie du rationnement », en particulier lorsqu'il s'agit de pathologies difficiles, variables d'un individu à l'autre et changeant rapidement d'un lieu à l'autre²⁷. Ces qualités du rationnement implicite ne sont pas facilement abandonnées, même s'il est reconnu qu'un rationnement explicite permet un choix plus rationnel et plus équitable. Il s'agit d'un problème général dans les sociétés développées, lesquelles doivent faire coexister des valeurs républicaines (basées sur la connaissance) et démocratiques (basées sur la majorité);
- les techniques utilisées pour estimer les scores de chaque intervention (comme pour la liste de l'Oregon) sont souvent mal maîtrisées (mesure des coûts, état de santé, etc.) : ceci rend ces listes fragiles, et par conséquent peu crédibles;
- lorsque la population générale est consultée dans ces projets de rationnement, on constate habituellement qu'elle accepte de favoriser les interventions efficaces par rapport à celles qui sont inefficaces, mais pas nécessairement de favoriser les interventions efficaces par rapport à celles qui sont inefficaces^{28 29};
- le niveau décisionnel auquel le choix est fait est en soi un problème d'organisation : des décisions gouvernementales sont probablement plus équitables, mais des décisions locales (au niveau d'un canton, d'une commune) sont certainement plus acceptables. Cette question mérite d'être soigneusement analysée dans un pays comme la Suisse.

4.1 Sur-utilisation et sous-utilisation des soins

Enfin un dernier point mérite d'être souligné et concerne les rapport entre rationnement et qualité. Il n'y a aucune raison théorique ou pratique de penser qu'un accroissement réel de la qualité des soins diminue le coût des opérations et évite durablement toute forme de rationnement.

Le mieux est de prendre un exemple réel tiré d'une série d'études conduites à Lausanne par un groupe étudiant la qualité des soins dans diverses procédures. Pour étudier la qualité des gastroscopies dans une grande clientèle ambulatoire^{30 31}, ce groupe a comparé les examens réellement pratiqués aux recommandations de pratiques définissant le soin idéal. On obtient ainsi le tableau suivant :

Tableau 1. Distribution des patients avec des symptômes gastro-intestinaux supérieurs selon la nécessité des soins et la réalisation d'une endoscopie digestive haute

	<i>Endoscopie digestive haute <u>nécessaire</u></i>	<i>Endoscopie digestive haute <u>non nécessaire</u></i>	<i>Total</i>
Endoscopie digestive haute <u>effectuée</u>	24	39	63
Endoscopie digestive haute <u>non effectuée</u>	72	476	548
total	96	515	611

On voit tout de suite que la qualité du système n'est pas mauvaise : la majorité des patients reçoivent un soin adéquat : ce sont ceux qui sont sur la diagonale du tableau : 500/611. Mais augmenter la qualité dans ce système signifie augmenter le coût : c'est qu'en nombre absolu, les besoins non couverts (72 patients n'ont pas eu une endoscopie considérée comme nécessaire) sont plus importants que les excès de prescription (39 patients ont eu une endoscopie considérée comme inutile). Ce cas n'est pas particulier dans notre système de soin^{32 33 34 35 36 37 38 39 40}, parce que la sous-utilisation des soins est fréquente et coûte cher à corriger.

Dans la même veine, il n'est pas trop raisonnable d'espérer des merveilles par les concentrations d'activités, conduisant simultanément à une amélioration de la qualité et à une diminution des coûts. Bien que de nombreux travaux aient été conduits, les relations entre volume et résultats ne sont pas uniformes, et nous sommes loin d'avoir une théorie très convaincante de ces aspects. On peut ici retenir qu'il existe une relation volume-résultat pour certaines interventions et pour certaines pathologies, alors qu'elle n'a pu être établie pour d'autres. Il n'existe probablement pas de règle uniformément valable pour tous les domaines de soins, et le mieux est d'analyser ad hoc chaque situation.

5. Références

- ¹ Strukturelle und formale Vorgaben für die Expertenberichte (22.12.1999)
- ² Nightingale F. Notes on hospitals. London : Parker and son, 1859
- ³ Donabedian A. The end result hospital : Ernest Codman's contribution to quality assessment and beyond. Milbank Q 1989;67:233-56
- ⁴ Cochrane A. Effectiveness and efficiency : random reflections on health services. London : Nuffield Provincial Trust, 1972
- ⁵ Donabedian A. Exploration in quality assessment and monitoring. Vol 1, The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, MI : HAP (Health Administration Press), 1980

- ⁶ Lohr KN (ed) Medicare : a strategy for quality assurance. Vol. 1 and 2. Committee to design a strategy for quality review and assurance in Medicare Division of Health Care Services Institute of Medicine. Washington, DC : Kathleen N. Lohr, ed., 1990
- ⁷ Oevretveit J. Health service quality : An introduction to quality methods for Health Service. Oxford : Blackwell scientific publications, 1992
- ⁸ Paccaud F. Contrôle de la qualité des soins : aspects épidémiologiques. Schweiz Med Wochenschr 1993;123:254-60
- ⁹ Santos-Eggimann B, Paccaud F, Blanc T. Medical appropriateness of hospital utilization: an overview of the Swiss experience. Int J Quality Health Care 1995;7:227-32
- ¹⁰ Paccaud F, Gutzwiller F. Santé publique et marché de soins. Editorial. Méd Hyg 1998;56:251
- ¹¹ Bourquin MG, Wietlisbach V, Rickenbach M, Perret F, Paccaud F. Time trends in the treatment of acute myocardial infarction in Switzerland from 1986 to 1993 : Do they reflect the advances in scientific evidence from clinical trials ? J Clin Epidemiol 1998;51:723-32
- ¹² Santos-Eggimann B. Utilisation de la coronarographie en Suisse : une étude de population. Schweiz Med Wochenschr 1987;117:747-55
- ¹³ Troillet N, Eisenring Page PC, Praz G. Etude pilote pour un programme de surveillance des infections du site chirurgical dans des hôpitaux régionaux en Suisse. Méd Hyg 1998;56:1857-61
- ¹⁴ Burnand B, Scherer F, Cathieni F, Vader JP, Paccaud F. Evaluation de l'impact du système de santé sur la qualité des soins dans le canton du Valais. Une analyse exploratoire. Lausanne : Unité d'évaluation des soins, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Juin 1999
- ¹⁵ Mc Kee M. Routine data : a resource for clinical audit ? Qual Health Care 1993;2:104-11
- ¹⁶ Burnand B, Lorenzini M, Vader JP, Paccaud F. La mesure de la satisfaction des patients : Une introduction au concept et aux modalités. Cah Méd Soc 1995;39:281-90
- ¹⁷ Faisst K, Schilling J. Qualitätssicherung- Bestandesaufnahme (Forshungsbericht nr.10/99). Bern : BSV, 1999
- ¹⁸ Bourquin MG, Wietlisbach V, Rickenbach M, Perret F, Paccaud F. Time trends in the treatment of acute myocardial infarction in Switzerland from 1986 to 1993 : Do they reflect the advances in scientific evidence from clinical trials ? J Clin Epidemiol 1998;5:723-32
- ¹⁹ Ross EB. The Malthus Factor : Poverty, Politics and Population in Capitalist Development. London and New York : ZED Books, 1998
- ²⁰ Paccaud F, Santos-Eggimann B. Vieillissement de la population, besoins de santé et réponse sanitaire. Méd Hyg 1999;2042-4
- ²¹ Honigsbaum F, Calltorp J, Hem C, Holmström S. New Zealand. In : Honigsbaum F, Calltorp J, Hem C, Holmström S. Priority setting processes for healthcare in Oregon, USA, New Zealand, the Netherlands, Sweden and the United Kingdom. Oxford : Radcliffe Medical Press, 1995:23-34
- ²² New York State Public Health Council : Public Health Priorities Planning Project
- ²³ Williams A, Evans JG. The rationing debate : rationing health care by age. BMJ 1997;314:820-5
- ²⁴ Swenson MD. Scarcity in the intensive care unit : principles of justice for rationing ICU beds. Am J Med 1992;92:551-5
- ²⁵ Bodenheimer T. The Oregon health plan - Lessons for the nation (two parts). N Engl J Med 1997;337:651-5 and 337:720-23
- ²⁶ Grogan CM. Deciding on access and levels of care : a comparison of Canada, Britain, Germany, and the United States. J Health Politics, Policy & Law 1992;17:213-32
- ²⁷ Hunter DJ. Rationing health care : the political perspective. Brit Med Bull 1995;5:876-84
- ²⁸ McIver S. Information for public choice. Brit Med Bull 1995;5:900-13
- ²⁹ Bowling A. Rationing as a public choice. BMJ 1996;312:670

- ³⁰ Froehlich F, Burnand B, Pache I, Vader JP, Fried M, Schneider C, Kosecoff J, Kolodny M, DuBois RW, Brook RH, Gonvers JJ. Overuse of upper gastrointestinal endoscopy in a country with open-access endoscopy : a prospective study in primary care. *Gastrointest Endosc* 1997;45:13-19.
- ³¹ Froehlich F, Pache I, Burnand B, Vader JP, Fried M, Kosecoff J, Kolodny M, DuBois RW, Brook RH, Gonvers JJ. Underutilization of upper gastrointestinal endoscopy. *Gastroenterology* 1997;112:690-697.
- ³² Paccaud F et al. Overuse and underuse of medical care : a case study. Submitted
- ³³ Struthers AD. Identification, diagnosis and treatment of heart failure : could we do better ? *Cardiology* 1996;87(suppl):29-32
- ³⁴ Fargason CA, Bronstein JM, Johnson VA. Patterns of care received by Medicaid recipients with urinary tract infections. *Pediatrics* 1995;96:638-42
- ³⁵ Struthers AD. Identification, diagnosis and treatment of heart failure : could we do better ? *Cardiology* 1996;87(suppl):29-32
- ³⁶ Friday GA, Khine H, Lin MS, Caliguiri LA. Profile of children requiring emergency treatment for asthma. *Ann Allergy Asthma Immunol* 1997;78:221-4
- ³⁷ Whittle J, Wickenheiser L, Venditti LN. Is warfarin underused in the treatment of elderly persons with atrial fibrillation? *Arch Intern Med* 1997;24;157:441-5
- ³⁸ Soumerai SB, McLaughlin TJ, Spiegelman D, Hertzmark E, Thibault G, Goldman L. Adverse outcomes of underuse of beta-blockers in elderly survivors of acute myocardial infarction. *JAMA* 1997;8;277:115-21
- ³⁹ George J, Binns VE, Clayden AD, Mulley GP. Aids and adaptations for the elderly at home : underprovided, underused, and undermaintained. *Br Med J Clin Res* 1988;296:1365-6
- ⁴⁰ Avorn J, Gurwitz JH. Drug use in the nursing home. *Annals Intern Med* 1995;123:195-204

«Assurance qualité»: résultats de la discussion

Daniele Piazza, Télévision suisse / TSI

Dans son introduction à la journée d'étude, Mme la conseillère fédérale Ruth Dreifuss a souligné qu'"il y a encore beaucoup de choses à faire dans le domaine du contrôle de la qualité, considéré comme un facteur de réduction des coûts". Une constatation largement confirmée dans la discussion au sein du groupe de travail sur l'assurance de la qualité. Il est clairement apparu que nous ne sommes qu'au début d'un processus. Il n'est donc pas surprenant que le groupe de travail n'ait pas été en mesure d'élaborer des thèses ou des propositions concrètes concernant les critères et indicateurs de qualité possibles.

La définition de la qualité

La discussion a porté en bonne partie sur la nécessité de définir la qualité dans le secteur de la santé. D'une part, on a rappelé qu'il existait autant de définitions que d'experts; d'autre part, on a remarqué qu'il n'y avait rien de plus pratique qu'une bonne théorie grâce à laquelle on risque moins d'aller à l'aveuglette. Une définition de la qualité constitue une base utile lorsqu'il s'agit d'élaborer les critères permettant de mesurer la qualité. Une telle définition dépend à son tour de l'organisation du système et de la répartition des tâches dans le secteur de la santé. Mais c'est là que les choses se compliquent déjà, car la Suisse se trouve à cheval entre deux systèmes dont les modalités et les approches sont différentes: la qualité gérée par les professionnels et la qualité contrôlée par les assureurs et l'administration. Cette dualité des systèmes a contribué à faire échouer les tentatives du groupe de travail visant à donner une définition de la qualité valable pour le secteur de la santé. Tentatives que certains ont d'ailleurs qualifiées de plutôt académiques.

Comment mesurer la qualité

La discussion est devenue plus concrète lorsqu'elle a porté sur les critères permettant de mesurer la qualité dans le secteur de la santé. Elle a donné lieu à des réflexions et des suggestions ponctuelles, sans pour autant permettre d'élaborer des thèses structurées.

On a fait remarquer que dans l'industrie, la qualité est jugée pleinement satisfaisante "lorsque c'est le client qui revient et non le produit". C'est un slogan qui convient aux hôpitaux privés pour lesquels le patient est un client qui doit revenir, et la qualité est mise en relation avec la satisfaction des clients. Objection immédiate: contrairement à ce qui est vrai pour les clients dans l'industrie, les soins de santé exigent la participation des patients. Si le patient ne revient pas, cela ne signifie pas nécessairement qu'il soit mécontent.

Il a été fait référence à des modèles utilisés à l'étranger, des Etats-Unis aux pays scandinaves; du système pragmatique écossais, qui se contente de 38 critères pour mesurer la qualité, au système bureaucratique allemand qui connaît pas moins de 990 indicateurs de qualité.

Quant à l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), il préfère parler, plutôt que d'indicateurs, de cinq objectifs à atteindre en ce qui concerne la qualité des soins:

1. améliorer constamment la qualité;
2. gérer la qualité en se fondant sur des données;
3. concentrer l'attention sur le patient;
4. éviter les prestations inutiles;
5. éviter les coûts engendrés par une mauvaise qualité.

Selon les représentants des médecins, l'amélioration de la qualité passe en premier lieu par la recherche et la formation continue.

Les organisations de patients proposent de revaloriser le rôle des médecins de famille et mettent l'accent sur les transplantations et les soins de longue durée où le manque de personnel a des conséquences perceptibles.

Les hôpitaux privés réclament des directives de la part de l'administration, mais également des médecins. Il appartiendra ensuite aux hôpitaux de s'accommoder de ces directives. Les cliniques privées s'alignent sur les règles du marché, ce qui veut dire satisfaire les clients non seulement au plan des soins médicaux, mais aussi sous l'angle des services hôteliers. Ce type de qualité a cependant un prix.

La relation qualité - coûts

Selon l'opinion qui prévaut, la qualité a un effet bénéfique sur les coûts de la santé. Si la qualité des soins est élevée, les risques de complication et d'hospitalisation diminuent et, par conséquent, les coûts également.

Les contrôles de qualité entraînent des coûts dans la phase d'introduction, mais par la suite les effets positifs de maîtrise des coûts prédomineront.

Pour être efficace, la promotion de la qualité doit imprégner tout le système de santé, de haut en bas, des salles d'opération aux sanitaires, des chefs au personnel de nettoyage.

La discussion a également mis en évidence qu'il était important d'associer aux contrôles de la qualité tous les partenaires du secteur de la santé, en développant en même temps une vision globale. Il faut finalement abandonner les approches sectorielles, où agissent les intérêts particuliers. On doit cesser de se renvoyer la balle et tenir compte des liens qui existent entre les différents processus de soins (le même patient est soigné dans un hôpital, dont les coûts sont à la charge des cantons, et reçoit ensuite des soins dans une permanence médicale et à domicile, financés par les communes).

Conclusion

L'assurance qualité dans l'ensemble du secteur de la santé fait ses premiers pas. Telle est la conclusion de la discussion menée au sein du groupe de travail sur ce thème.

M. Otto Piller, directeur de l'OFAS, a rappelé que l'industrie privée a mis 40 ans pour mettre au point des critères de qualité homogènes. Au début on regardait ces critères avec suspicion, et ils étaient considérés comme inutiles et fastidieux. Maintenant on les mentionne avec fierté, et ils sont considérés comme indispensables.

Pour le secteur de la santé aussi, le moment est désormais venu d'élaborer des critères exhaustifs et uniformes pour garantir, améliorer et contrôler la qualité.

Journée LAMal du Département fédéral de l'intérieur
(28 février 2000)

Les mesures de maîtrise des coûts qui figurent dans la LAMal et leur potentiel

Instrumentes spéciaux permettant d'agir sur les coûts de l'assurance-maladie et de la santé

(Markus Moser)

Remarque préliminaire

Par instruments spéciaux d'action sur les coûts, on entend les dispositions de la LAMal qui, à la différence de celles qui impliquent une incidence et une obligation immédiates (comme l'étendue des prestations), permettent aux intéressés d'exercer une influence sur les coûts et les primes de l'assurance-maladie. Les intéressés décident eux-mêmes de la manière dont ils entendent utiliser ces instruments.

Ces dispositions peuvent concerner

1. les autorités:

- le budget global des hôpitaux et établissements médico-sociaux, art. 51 LAMal;
- les mesures extraordinaires de maîtrise des coûts: établissement d'un budget global ou fixation des tarifs par les autorités d'approbation (art. 54 et 55 LAMal).

2. les fournisseurs de prestations:

- le principe de la proportionnalité des prestations fournies (art. 56, al. 1, LAMal).

3. les assureurs:

- le contrôle des prestations dans le cas individuel, les médecins-conseils, art. 57 LAMal;
- le contrôle du respect du principe de la proportionnalité. Si ce principe n'est pas respecté: refuser la rémunération ou exiger la restitution des sommes reçues à tort, art. 56 LAMal;
- la demande d'exclusion des fournisseurs de prestations qui ne respectent pas le principe mentionné ou qui fournissent des prestations de qualité insuffisante, adressée au tribunal arbitral, art. 59 LAMal.

4. les partenaires tarifaires

- les conventions tarifaires particulières, comme le tarif au temps consacré, le tarif forfaitaire par patient ou par groupe d'assurés (capitation), art. 43 LAMal;
- les éléments supplémentaires dans les conventions tarifaires (le contrôle de la qualité, la gestion de cas, etc.), art. 56, al. 5, LAMal;
- les formes d'assurance particulières avec un choix limité de fournisseurs de prestations (HMO, systèmes de médecin de famille, etc.), art. 41, al. 4, LAMal.

Dans le contexte d'une révision de la LAMal, on propose de nouveaux instruments, notamment

- l'extension des budgets globaux cantonaux à toutes les prestations selon la LAMal;
- la suppression de l'obligation des assureurs de conclure des conventions tarifaires avec tous les fournisseurs de prestations admis (suppression de l'obligation de conclure une convention).

Thèses concernant trois instruments

Ces thèses portent sur les instruments suivants:

- le contrôle des prestations par les assureurs;
- l'admission de fournisseurs de prestations (suppression de l'obligation de conclure une convention tarifaire);
- le budget global.

1. Le contrôle des prestations par les assureurs

Le contrôle des prestations fait partie des tâches traditionnelles d'un assureur-maladie. Il se fonde sur le principe énoncé à l'art. 56, al. 1, LAMal, selon lequel le fournisseur de prestations doit limiter ses prestations à la mesure exigée par l'intérêt de la personne assurée et le but du traitement.

Les assureurs-maladie exercent actuellement ce contrôle surtout de la manière suivante:

- ils contrôlent des factures individuelles, souvent en faisant appel à leur médecin-conseil;
- ils procèdent depuis peu à un examen systématique, assisté par ordinateur, des factures de certains fournisseurs de prestations;
- ils adressent aux fournisseurs de prestations une demande de remboursement lorsqu'il est prouvé que le principe de l'art. 56, al. 1, LAMal n'a pas été respecté.

Lorsque les assureurs contrôlent les factures individuelles, le rapport entre charges et produits est très souvent défavorable. C'est pourquoi un grand nombre de factures continuent d'être payées sans contrôle approfondi. Le contrôle systématique des factures permettra d'améliorer cette situation. Mais pour les demandes en restitution, les exigences des tribunaux en matière de preuve sont élevées. Ces procédures se terminent souvent par un compromis. Elles ont avant tout un caractère préventif. L'examen rétrospectif des factures ne permet actuellement pas d'éliminer les prestations excessives ou inutiles.

1^{re} thèse

- Le contrôle rétrospectif des prestations n'est pas suffisant. Il doit être précédé par un achat de prestations. Les conventions tarifaires doivent donc être conclues sous l'angle de l'achat de prestations. Il s'agit p. ex. de définir des normes de traitement, des règles pour la consultation de spécialistes et des obligations des assureurs d'informer sur les comparaisons de coûts entre les différents fournisseurs de prestations.
- Les conventions d'achat de prestations concernent, dans le meilleur des cas, toute la chaîne du traitement (médecin de famille - pharmacie - spécialiste - hôpital pour maladies aiguës - réadaptation - soins à domicile).
- Le patient devient un consommateur informé. D'où la nécessité de tenir compte des intérêts des assurés dans les conventions. Ces derniers peuvent être impliqués dans les conventions si on leur donne la possibilité de choisir.

Cette thèse peut déjà être appliquée dans le cadre de la LAMal en vigueur. Elle s'adresse en premier lieu aux assureurs. Ceux-ci n'utilisent pas encore assez les possibilités et les marges de manœuvre que leur offre la LAMal.

2. L'admission de fournisseurs de prestations

Le système de santé est très largement un marché de l'offre. Une extension de l'offre entraîne des coûts plus élevés. Il est prouvé qu'il existe un lien entre la densité de médecins et les coûts de l'assurance-maladie. Le fait que la densité de médecins varie beaucoup selon les régions de la Suisse ne signifie pas que les besoins médicaux de telle ou telle partie du pays soient insuffisamment couverts. En diminuant l'offre, actuelle, on peut donc réduire les coûts dans un grand nombre de régions sans pour autant mettre en danger la couverture des soins.

Selon la législation en vigueur, tous les titulaires d'un diplôme déterminé et d'une autorisation cantonale ont le droit de pratiquer à la charge des assurances sociales (obligation de conclure une convention tarifaire). Ce droit n'est pas nécessaire à la garantie de la couverture des besoins médicaux de la population. Il ne pourra pas être maintenu dans la perspective de l'évolution des coûts et de la libre circulation des personnes entre la CE et la Suisse.

2^e thèse

- L'obligation de conclure une convention ne pourra pas être maintenue sous sa forme actuelle.
- La suppression de l'obligation de contracter n'a pas pour but principal de limiter le nombre de fournisseurs de prestations, mais d'influencer le comportement des fournisseurs de prestations admis.
- Si l'obligation de conclure une convention est supprimée, les assureurs-maladie doivent choisir les fournisseurs de prestations en se fondant sur un concept de couverture des soins qui soit explicite sur les questions des besoins, des contrats de prestations et des critères d'évaluation de la qualité et des coûts.

L'obligation de conclure une convention ne peut être supprimée que par une modification de la loi. Mais les assureurs peuvent et doivent d'ores et déjà élaborer des concepts et des critères concernant l'évaluation de la qualité et des coûts des prestations fournies. Ils peuvent déjà mettre en oeuvre de tels concepts selon la LAMal en vigueur qui prévoit la forme d'assurance particulière impliquant un choix restreint des fournisseurs de prestations.

3. Le budget global

Le budget est un instrument efficace de contrôle des coûts. Il est la base d'une appréciation globale du coût et de l'utilité de traitements médicaux. Le budget est plus efficace que les instruments suivants:

- le gel et le contrôle des prix prévus à l'art. 55 LAMal, car l'accroissement des quantités les rend inefficaces;
- la limitation de l'étendue des prestations qui peut être contournée par le recours à d'autres prestations;
- la suppression de l'obligation de conclure une convention si celle-ci n'est pas accompagnée d'un concept de couverture des soins (voir 2^e thèse).

Les dispositions actuelles de la LAMal concernant le budget global des hôpitaux et des établissements médico-sociaux en tant qu'instrument ordinaire de pilotage ou mesure extraordinaire limitée dans le temps ne sont pas suffisantes. En effet, ces budgets ne permettent pas d'avoir une vue d'ensemble du déroulement des traitements et ne peuvent donc pas vraiment être considérés comme des budgets globaux.

En matière de budget, la vue d'ensemble ne peut pas se limiter à un canton, car les assurés peuvent recourir, indépendamment des frontières cantonales, à tous les fournisseurs de prestations admis et aptes à traiter leur maladie (art. 41, al. 1, LAMal). La réaction des cantons à leur obligation de cofinancer les traitements administrés hors canton (art. 41, al. 3, LAMal) ne répond pas aux besoins réels de la population. Il est abusif d'attribuer aux médecins cantonaux le rôle de garde-frontières. Les cantons doivent régler les détails concernant leur obligation en cas de traitement hospitalier hors canton par des conventions intercantionales et non par des obstacles administratifs.

L'organisation décentralisée du système de santé restera la solution la mieux adaptée aux réalités suisses. C'est également une question de politique nationale. Les grandes différences entre les régions en ce qui concerne les coûts de la santé ne s'expliquent

pas entièrement par des éléments objectifs (la démographie, les prestations centrales pour des tiers, les différences entre cantons dans le cofinancement, etc.). Ces différences subsisteraient même dans un système de santé plus amplement réglementé par la Confédération. Elles pourraient cependant engendrer des conflits majeurs, qu'il s'agisse de répartir entre les cantons un budget global national et des fonds encaissés de manière centrale ou d'établir d'une planification fédérale des besoins. Or, la décentralisation dans le domaine de la santé ne signifie pas des solutions cantonales, mais des conventions intercantionales.

3^e thèse

Le budget global n'est un instrument efficace de contrôle des coûts que si certaines conditions-cadre sont respectées.

- Il doit s'agir d'un budget global. Autrement dit, il doit comprendre, pour un ensemble préalablement défini de personnes assurées, la totalité des prestations et des fournisseurs de prestations admis. Les budgets globaux cantonaux sans conventions intercantionales ne remplissent pas cette condition.
- Le budget doit se fonder sur une convention entre les assureurs et les fournisseurs de prestations. Les budgets imposés par les autorités n'atteindront pas le but visé, à savoir la limitation des coûts, car les fournisseurs de prestations chercheront comment les contourner. Ils n'auront aucune peine à en faire la démonstration par l'absurde (en refusant p. ex. de fournir des prestations importantes tout en assurant une certaine publicité à leur refus).
- Il faut responsabiliser l'ensemble des fournisseurs de prestations concernés par le budget afin d'avoir une vue d'ensemble de la chaîne des traitements (patients dirigés vers un spécialiste ou vers l'hôpital). En fixant un budget rigide pour un fournisseur donné de soins ambulatoires, on reporte sur ce fournisseur la prise en charge de risques qui revient à l'assureur et non pas au fournisseur.

Le budget global en tant que budget consensuel dans le sens mentionné ci-dessus peut déjà être mis en oeuvre à l'heure actuelle. Les partenaires tarifaires disposent de toutes les possibilités imaginables de conclure des conventions. En effet, la LAMal ne contient pas d'énumération exhaustive de genres de tarifs. Le budget global consensuel, notamment, peut être réalisé dans le cadre de formes d'assurance avec un choix restreint de fournisseurs de prestations. Cette forme d'assurance associe également les assurés à la convention, ce qui correspond parfaitement au but du budget global.

25.1.2000/Markus Moser

Annexes:

Extraits de la statistique de l'OFAS concernant l'assurance-maladie 1998:

- prestations par personne assurée selon le groupe de coûts (tableaux B. 10-A et B. 10-B)

- indices des coûts dans l'assurance des soins de base par assuré, des salaires et des prix de 1985 à 1998 (graphiques 3 et 4)
 - primes de l'assurance obligatoire des soins (tableau F. 01)
- Graphiques spéciaux (source: statistiques de l'OFAS)
- comparaison de l'évolution des coûts par personne dans l'assurance obligatoire des soins et dans l'AI (mesures médicales)
 - répartition cantonale de la densité de médecins et de la prime moyenne dans l'assurance obligatoire des soins

«Mesures extraordinaires»: résultats de la discussion

Hansueli Schöchli, rédaction «Der Bund»

Les participants à la discussion sont partis du constat que les effets de la LAMal dans le domaine de la maîtrise des coûts ont été trop faibles jusqu'à présent et qu'il faut donner des réponses puisqu'on réclame des mesures. A l'aide des sujets en bonne partie prédéfinis par les thèses de l'expert – «contrôle des prestations par les assureurs», «admission des fournisseurs de prestations», «budget global» et «clause du besoin» –, le groupe avait pour tâche de formuler des recommandations et d'éventuelles réserves concernant des propositions concrètes.

1. Le contrôle des prestations par les assureurs

Comme option de base, le groupe s'est déclaré favorable au principe de convention. L'Etat ne doit assumer qu'un rôle subsidiaire. Parallèlement, tout le monde était d'accord sur ce point: les conventions entre assureurs-maladie et fournisseurs de prestations ne doivent pas seulement régler les tarifs. Il ne suffit pas non plus que les caisses contrôlent les factures rétroactivement. L'accent doit plutôt être mis sur des conventions globales d'achat de prestations. Le rapport de l'expert mentionnait notamment les points concrets suivants: les normes de traitement, la consultation de spécialistes et le devoir d'information mutuelle. Selon l'auteur du rapport, le potentiel d'économies se situait notamment aux points de passage dans la chaîne du traitement (p. ex. du médecin de famille au spécialiste ou à l'hôpital) et dans l'excès général de l'offre des fournisseurs de prestations.

L'"insuffisance des données" dont disposent les caisses-maladie a cependant fait l'objet de quelques critiques. Mais c'est précisément là que, de l'avis du groupe, une convention globale avec les fournisseurs de prestations peut améliorer la situation, si elle inclut l'obligation d'échanger des données.

Le groupe était quasi unanime à penser qu'il faudrait dissocier autant que possible, dans les négociations de conventions, les questions de prix et les objectifs fondamentaux. Voici une remarque typique à ce sujet: "La fixation d'objectifs ne doit pas être mise en danger par des discussions sur les petits sous."

Toutes les parties ont souligné qu'une pression devait s'exercer sur les partenaires de la négociation pour qu'ils concluent une convention. Le message est le suivant: si les négociations échouent, l'autre solution, à savoir des normes édictées par l'Etat, sera moins favorable aux intéressés.

2. L'admission de fournisseurs de prestations

L'obligation de conclure une convention, un sujet brûlant, a suscité des controverses. La prise de position claire de l'expert, selon laquelle cette obligation ne saurait être maintenue sous sa forme actuelle, a permis d'entrer en matière. De l'avis unanime du groupe, il n'est pas question d'évincer du marché une grande partie des fournisseurs de prestations. Il s'agit plutôt d'influencer leur comportement. On est également arrivé à un consensus sur la nécessité de distinguer clairement entre admission sur le marché de la santé (autorisation d'exercer la profession) et admission sur le "marché LAMal": la première ne devrait pas entraîner automatiquement la seconde.

Plusieurs représentants ont cependant émis des réserves concernant la suppression de l'obligation de conclure une convention. Cette suppression, a-t-on dit, mettrait en question la planification hospitalière des cantons. Objection: lorsqu'un canton a déjà sensiblement réduit ses capacités hospitalières, il en découle pour les assureurs-maladie une obligation effective de conclure une convention. La discussion a également porté sur le risque de comportement cartellaire. Toutefois, la question de savoir si des négociations individuelles entre caisses-maladie et fournisseurs de prestations sont réalisables dans la pratique est restée en suspens. Certains ont estimé que les hôpitaux publics surtout, tenus de respecter le principe de l'égalité des droits, ne pourraient pas beaucoup tenir compte des souhaits particuliers des caisses.

Ce point a fait l'unanimité: la suppression de l'obligation de conclure une convention demanderait des "mesures d'accompagnement". Parmi celles-ci figurent notamment l'assurance de l'offre de soins et des normes minimales de qualité pour les fournisseurs de prestations. Pour des raisons de temps, on n'a pas discuté de la manière dont ces normes pourraient ou devraient être aménagées concrètement.

3. Le budget global

«Il doit s'agir d'un budget global», a-t-on pu lire dans le rapport de l'expert. En d'autres termes, ce budget doit comprendre, pour un ensemble préalablement défini de personnes assurées, la totalité des prestations et des fournisseurs de prestations admis. Or, le terme de "budget global" a d'abord fait craindre le pire à certains membres du groupe, qui ont donné des appréciations telles que "économie planifiée", "bureaucratie" et "inefficacité". On a également signalé que cet instrument était utilisé avec peu de succès en Allemagne, en Suède et en Angleterre. L'auteur du rapport a ensuite précisé qu'un budget global ne pouvait fonctionner que s'il se fondait sur une convention conclue entre assureurs et fournisseurs de prestations, car il serait relativement facile de contourner les budgets imposés par l'Etat ou de pousser le raisonnement jusqu'à l'absurde en refusant p. ex. de fournir des prestations importantes.

Cette précision a quelque peu calmé les esprits, même si les doutes ne semblaient pas entièrement levés. Certains fournisseurs de prestations ont toutefois souligné que l'idée, si elle était présentée sous le titre d'"instrument contractuel" au lieu de "budget global de l'Etat", serait non seulement moins dissuasive, mais pourrait aussi réellement aider à maîtriser les coûts.

4. La clause du besoin

A la fin de la discussion, le groupe s'est contenté, faute de temps, d'évoquer brièvement la clause du besoin désormais prévue dans la LAMal (art. 55a), qui permet au Conseil fédéral de limiter temporairement l'admission de fournisseurs de prestations. Une enquête éclair au sein du groupe sur des doutes ou des propositions de critères dans ce domaine a surtout mis en évidence des doutes: risque de bureaucratie excessive, importance des moyens à mettre en oeuvre pour le contrôle, potentiel d'injustices, absence d'effets sur le comportement des fournisseurs de prestations et difficulté d'application compte tenu des besoins différents selon les régions. Voilà quelques-uns des propos qui ont été tenus.

La LAMal instrument de maîtrise des coûts

4 avril 2000

Journée d'étude du Département fédéral de l'Intérieur (DFI)

Berne, Hôtel «Kreuz», Zeughausgasse 41

Dans le domaine de la maîtrise des coûts, la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) fixe essentiellement des conditions cadre qui définissent la répartition des tâches entre les différents acteurs de la santé. C'est pourquoi ces réglementations ne seront efficaces que s'il y a concertation et collaboration. Une journée d'étude organisée par le Département fédéral de l'Intérieur permettra de discuter des domaines sensibles où les compétences se recoupent et dans lesquels les différents acteurs doivent être prêts à s'engager. Sachant que les acteurs de la santé sont tenus de collaborer pour que les coûts puissent être maîtrisés, il faut élaborer des critères auxquels doivent se référer tous les acteurs impliqués dans la mise en œuvre des mesures.

1. Point de la situation

La loi sur l'assurance-maladie (LAMal) prévoit expressément une série de mesures de maîtrise des coûts, d'autres étant envisageables, bien qu'elles ne soient pas mentionnées. La LAMal fixe d'abord des conditions cadre qui définissent la répartition des tâches entre les différents acteurs de la santé. C'est pourquoi seules la concertation et une étroite collaboration permettront d'obtenir un résultat concluant.

Il est évident que les acteurs impliqués assument leurs responsabilités de manières très différentes. En outre, plusieurs mesures proposées par la Confédération à l'échelon de la loi ou de l'ordonnance – le budget global par exemple – ont été refusées.

2. Objectifs de la journée d'étude

- Exposé des mesures de maîtrise des coûts qui figurent dans la LAMal et de leur potentiel.
- Mise en évidence des difficultés rencontrées lors de l'introduction et de la mise en place des instruments.
- Discussion entre les différents acteurs sur les mesures de maîtrise des coûts dans l'idée de réactiver les mesures "enfouies sous le sable".

3. Thèmes

Les trois thèmes suivants seront à l'ordre du jour:

A Planification des soins

Admission comme fournisseur de prestations; planification hospitalière; tarifs des soins et des cliniques universitaires; prévention

B Assurance qualité

Tâches de la Confédération et des cantons; contrats d'assurance qualité, conventions tarifaires; rationalisation

C Mesures extraordinaires selon la LAMal

Budget global; droit d'urgence; économicité des fournisseurs de prestations; exclusion de fournisseurs de prestations

4. Participants

Une liste des participants se trouve dans votre dossier.

Nous demandons aux participants de collaborer activement au travail en groupes.

5. Déroulement de la journée

Après une brève séance d'accueil, en plénum, les participants seront répartis en trois groupes de travail. Chacun sera chargé de l'un des thèmes mentionnés plus haut.

- Les travaux se baseront sur de brefs rapports établis par des experts indépendants, que vous recevrez au préalable.

- Chacun des groupe est chargé de discuter, de confirmer ou de réfuter trois thèses différentes – remises lors de la journée d'étude – et éventuellement de les reformuler. Le débat portera tout particulièrement sur les **points faibles**, la **nécessité d'agir** et les **principaux acteurs** (= dégagement d'un consensus).
- Chaque groupe de travail aura son **modérateur (milieux économiques, cantons, Confédération)**.
- L'après-midi, des **rapporteurs** professionnels (journalistes) présenteront au plénum les résultats des travaux de groupes. Ces résultats seront alors discutés.

6. Programme

Lieu	Hôtel «Kreuz», Zeughausgasse 41, 3011 Berne		
09.30	Début de la séance, ouverture		
10.00	Travaux en groupes:		
	A Planification des soins	B Assurance-qualité	C Mesures extraordinaires
	Pause		
	A Planification des soins	B Assurance-qualité	C Mesures extraordinaires
12.00	Déjeuner		
13.30	Compte-rendus des groupes A et B		
	Discussion		
	Pause		
13.30	Compte-rendu du groupe C		
	Discussion		
16.30	Conclusions		
17.00	Point de presse		

7. Langues utilisées

Les discussions auront lieu en allemand, français et italien. Une traduction simultanée des exposés et des interventions n'est pas prévue.

8. Secrétariat / renseignements

Tél. 031 322 91 12, B. Baumann

Division principale Assurance-maladie et accidents

Office fédéral des assurances sociales

Effingerstr. 20

3003 Berne

Arbeitstagung «Massnahmen des KVG zur Kostendämpfung», Bern, 4. April 2000, Hotel «Kreuz»

Gruppe A «Versorgungsplanung»

Zusammensetzung:

Name	Vorname	Funktion	Organisation
Allet	Charles		Service de la santé publique du canton du Valais
Braun	Thomas K.	Leiter KUV	Schweiz. Versicherungsverband
Brentano	Max	Präsident	Schweiz. Apothekerverein
Cortesi	Giovanni		Bundesamt für Sozialversicherung
Dual	Ruth	Präsidentin	Dachverband Schweiz. Patientenstellen DVSP
Dürr	Markus	Regierungsrat	Gesundheits- und Sozialdepartement
Giger	Marc-André	Direktor	Konkordat Schweizerischer Krankenversicherer (KSK)
Haefeli	Andreas	Mitglied TarMed-Verhandlungsdelegation	
Kuster	Erica	Präsidentin	Fédération Suisse des Associations professionnelles de domaine de la Santé (FSAS)
Rindlisbacher	Michael	Direktor	Innova
Saladin	Peter	Präsident	H+ Die Spitäler der Schweiz
Schaffner	Catherine		Service de la santé publique du canton de Vaud
Schneider	Sandra	Sektionschefin	Bundesamt für Sozialversicherung
Thiévent-Schlup	Martine	Cheffe	Division des Recours au Conseil Fédéral/OFJ
Wyss	Franz	Zentralsekretär	Schweiz. Sanitätsdirektorenkonferenz

Moderation:

Müller	Ueli	Präsident	Konkordat Schweizerischer Krankenversicherer (KSK)
--------	------	-----------	--

Berichterstattung:

Seiler	Roman	Redaktor	Redaktion «Cash»
--------	-------	----------	------------------

Experte:

Oggier	Willy		Gesundheitsökonomische Beratungen
--------	-------	--	-----------------------------------

Gruppenraum:

«Tavel», 2. OG

Gruppe B «Qualitätssicherung»

Zusammensetzung:

Name	Vorname	Funktion	Organisation
Bürkler	Paul	Vorstandsmitglied Spitex Verband Schweiz	Spitex Verband Schweiz
Deschenaux	François-X.	Generalsekretär	FMH
Fuchs	Robert	Direktor	La Caisse Vaudoise
Hügli	Ernst	Vorstandsmitglied SVPK	
Jaquet	Veronique	Juriste	Office fédéral de la justice
Kessler	Margrit	SPO-Präsidentin	SPO
Langenegger	Manfred		Bundesamt für Sozialversicherung
NN		Dienstschef	Gesundheits- und Sozialfürsorgedirektion FR
Ochsner	Beat	Direktor	OeKK
Ouverney	Daniel		Groupe Mutuel
Reimann	Ernst	Chef Amt für Zusatzleistungen AHV/ IV	Schweiz. Städteverband
Tille	Marianne	Secrétaire générale	FRC
Wiedmer	Daniel	Abteilungschef	Bundesamt für Sozialversicherung

Moderation:

Burgener	Thomas	Regierungsrat	Departement für Gesundheit, Sozialwesen und Energie, Sion
----------	--------	---------------	--

Berichterstattung:

Piazza	Daniele	Redaktor	Televisione della Svizzera Italiana, Bern
--------	---------	----------	---

Experte:

Paccaud	Fred		IUMSP, Lausanne
---------	------	--	-----------------

Gruppenraum:

«Anker», 2. UG

Gruppe C «Ausser ordentliche Massnahmen»**Zusammensetzung:**

Name	Vorname	Funktion	Organisation
Brunschweiler	Martin	stv. Generalsekretär	Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich
Elmiger	Franz	Geschäftsleiter	Verband christlicher Institutionen vci
Engler	Conrad	Leiter Pharma Information	Interpharma
Fäh	Barbara	Projektleiterin	Bundesamt für Gesundheit
Frei	Walter	Redaktor	Konkordat Schweizerischer Krankenversicherer (KSK)
Frund	Vinciane		OFSP Geschäftsbereich Gesundheitspolitik
Guisan	Yves	Vize-Präsident	FMH
Haudenschild	Christoph	Geschäftsführer	H+ Die Spitäler der Schweiz
Hölzle	Walter P.	Präsident	VIPS
Jung	Manuel	wiss. Adjunkt	Surveillance des prix
Kocher	Ralf		Bundesamt für Sozialversicherung
Mazenauer	Beatrice	Zentralsekretärin	Spitex Verband Schweiz
Mesnil	Marcel	Generalsekretär	Schweiz. Apothekerverein
Mösle	Hansueli	Zentralsekretär	HVS
Mühlemann	Daniel	Präsident	ASC
Vogler	Hanspeter	Wissensch. Mitarbeiter	Gesundheits- und Sozialdepartement

Moderation:

Britt	Fritz	Vizedirektor	Bundesamt für Sozialversicherung
-------	-------	--------------	----------------------------------

Berichterstattung:

Schöchli	Hansueli	Redaktor	Redaktion «Der Bund»
----------	----------	----------	----------------------

Experte:

Moser	Markus		PricewaterhouseCoopers AG
-------	--------	--	---------------------------

Gruppenraum:

«Bubenbergl/ Erlach», 2. UG

Comunicato stampa

4 aprile 2000

Misure della LAMal per il contenimento dei costi: convegno del Dipartimento federale dell'interno

I rappresentanti di Cantoni, assicuratori-malattie, industria farmaceutica, fornitori di prestazioni e organizzazioni di pazienti e consumatori si sono riuniti a Berna per discutere dell'applicazione di misure per il contenimento dei costi nell'ambito della legge sull'assicurazione malattie (LAMal). L'incontro, indetto dal DFI, tra la 1a e la 2a revisione parziale della LAMal ha permesso di affrontare le lacune dell'applicazione comune degli strumenti attuali per il contenimento dei costi. Inoltre sono state discusse le misure decise dal Parlamento la scorsa settimana, in particolare la limitazione dell'autorizzazione a praticare dei fornitori di prestazioni. In vista della seconda revisione parziale della LAMal sono stati trattati anche i temi del finanziamento ospedaliero e della soppressione dell'obbligo di contrarre.

Al centro della discussione c'erano i problemi comuni a diverse sfere di competenze che richiedono la disponibilità ad agire di diverse parti interessate. La consigliera federale Ruth Dreifuss ha sottolineato nel suo discorso d'apertura la necessità di assegnare i ruoli e le competenze in modo chiaro e ha invitato le parti interessate ad assumersi collettivamente le loro responsabilità. Dal punto di vista del contenimento dei costi sono stati trattati in particolare tre temi:

- la «pianificazione dell'assistenza», tra cui l'ammissione di fornitori di prestazioni e la pianificazione ospedaliera
- le «misure straordinarie», tra cui il diritto di urgenza, l'economicità e l'esclusione di fornitori di prestazioni
- la «garanzia della qualità», tra cui i compiti di Confederazione e Cantoni e i contratti di garanzia della qualità.

In un clima di lavoro favorevole e costruttivo tre gruppi di lavoro sono giunti ai risultati esposti qui di seguito.

Pianificazione dell'assistenza

La pianificazione ospedaliera è stata al centro della discussione e la sua necessità è stata riconosciuta dalla maggioranza. Nel settore ospedaliero la totale libertà con-

- 2 -

trattuale non è una sostituzione equivalente. Per strutturare la pianificazione ospedaliera in futuro i criteri per l'ammissione dovranno essere oggettivi e trasparenti (p.es. per mezzo di mandati di prestazioni) e alla pianificazione sovregionale dovrà essere accordata maggiore importanza. Questa richiesta va nello stesso senso del progetto di legge sul finanziamento ospedaliero del DFI, che verrà presentato al Parlamento ancora nel corso di quest'anno.

Misure straordinarie

Considerato che gli strumenti attuali per il controllo delle prestazioni (esame della prestazione nei singoli casi, esclusione di fornitori di prestazioni) sono praticamente inefficaci, i partecipanti erano concordi nell'affermare che l'accesso al mercato della sanità non comporta automaticamente che i fornitori di prestazioni sono autorizzati a praticare a carico delle casse malati.

La soppressione dell'obbligo di contrarre, la cui eventuale introduzione necessiterebbe imperativamente misure d'accompagnamento (standard minimi per la sicurezza e la qualità dell'assistenza) ha suscitato pareri divergenti.

I partecipanti hanno discusso anche della clausola del bisogno per i fornitori di prestazioni, nella forma approvata due settimane fa dal Parlamento nel quadro della 1a revisione della LAMal. La clausola conferisce al Consiglio federale la competenza di stabilire criteri per limitare a breve termine l'ammissione di fornitori di prestazioni. La necessità di questa misura straordinaria è stata riconosciuta nel principio, seppure con diverse riserve, in particolare per quanto riguarda l'investimento di mezzi necessario per il controllo.

Nei prossimi mesi, entrambe le misure verranno elaborate a livello di legge e di ordinanza dal DFI.

Garanzia della qualità

L'importanza della garanzia della qualità quale misura per il contenimento dei costi è stata riconosciuta. Il problema principale rimane quello di definire il concetto di qualità e i relativi standard. I partecipanti erano concordi nell'affermare che la definizione deve essere elaborata in comune dalle parti interessate. Il DFI si è già dichiarato disposto a organizzare un seminario sul tema dell'impiego della garanzia della qualità nella LAMal.

- 3 -

All'inizio di maggio l'UFAS pubblicherà i resoconti delle discussioni e i rapporti degli esperti in una raccolta.

DIPARTIMENTO FEDERALE DELL'INTERNO
Servizio stampa e informazione

Informazioni:

Fritz Britt
vicedirettore UFAS
tel. 031 322 90 04

Andrea Arcidiacono
sostituto responsabile dell'informazione DFI
tel. 031 322 80 34

Allegati: tre rapporti d'esperti

Willy Oggier, Dr.oec.HSG

Gesundheitsökonomische Beratungen
Schwertgasse 1
CH-9000 St. Gallen

Tel. 071/244 46 14

Fax 071/244 46 15

Assistenza: tesi di lavoro Progetto 2.0

Tesi di lavoro elaborate da esperti per il convegno sulla LAMal del 28 febbraio 2000
per conto dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali

San Gallo, 25 gennaio 2000

1. Linee direttrici del disegno di legge LAMal

Nel suo messaggio concernente la revisione dell'assicurazione malattia del 6 novembre 1991 il Consiglio federale ha formulato le linee direttrici seguenti:

- rafforzamento della solidarietà
- contenimento dei costi
- estensione del catalogo delle prestazioni
- finanziamento

L'erosione della solidarietà tra persone malate e persone sane è stato definito come uno dei problemi maggiori del diritto previdente. Inoltre, quest'ultimo non teneva sufficientemente conto della solidarietà tra ricchi e poveri. Per questo motivo il Consiglio federale propose di introdurre nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria il libero passaggio integrale per gli assicurati e di alleggerire l'onere dei premi che eccede una determinata parte del reddito.

Il contenimento dei costi nell'ambito della sanità è stato designato come uno degli obiettivi principali della revisione. Il Consiglio federale ha spiegato questo punto come segue:¹ "Lo scopo dei provvedimenti proposti nel presente disegno di legge sarebbe completamente raggiunto se l'aumento annuale delle spese sanitarie pro capite corrispondesse alla generale evoluzione dei salari e dei prezzi. Questo obiettivo ideale è difficilmente raggiungibile a medio termine. Dovremmo però riuscire a colmare il crescente divario tra costi sanitari e salari, ovvero ad avvicinare l'evoluzione delle spese sanitarie all'evoluzione dei salari. In ogni caso, i provvedimenti per contenere i costi non saranno efficaci immediatamente dopo l'entrata in vigore della legge. I differenti strumenti esplicano il loro pieno effetto soltanto nella loro reciproca interazione. Il successo della riforma necessita la collaborazione di tutti gli interlocutori del settore sanitario."

Per quanto riguarda l'estensione del catalogo delle prestazioni il Governo federale ha espresso l'opinione seguente:² " Ci si domanda infatti se non sia paradossale prevedere nella medesima legge da un lato l'estensione delle prestazioni e, dall'altro, l'introduzione di diversi strumenti per contenere i prezzi. Per quanto comprensibili, tali dubbi non si giustificano. L'estensione delle prestazioni è necessaria. Essa consentirà di rispondere a domande, incontestate, a volte di vecchia data e di colmare alcune lacune sorprendenti (per es. prevedendo l'assunzione dei costi delle cure ospedaliere senza limite di durata come

¹ Messaggio del Consiglio federale concernente la revisione dell'assicurazione malattia del 6 novembre 1991, p. 33 seg.

pure di alcune cure dentarie)." In merito al finanziamento il disegno non ha apportato modifiche fondamentali rispetto all'ordinamento giuridico allora vigente.

2. La situazione effettiva

Dal 1° gennaio 1996, data dell'introduzione della nuova legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal), si stanno delineando cambiamenti fondamentali nel settore sanitario svizzero. Anche se questo non è tanto sorprendente, non si deve però dimenticare che la LAMal rappresenta la prima grande riforma strutturale da più di 80 anni nel settore sanitario. Nonostante questo, gli effetti positivi sperati non si sono (ancora) verificati completamente. Un bilancio intermedio dall'attuale punto di vista può essere esposto nel modo seguente:

- quando si tratta di aspetti legati all'assistenza, non ci si può limitare solo all'aspetto finanziario. Molto importanti, quindi da prendere in considerazione, sono gli aspetti legati alla solidarietà e i Cantoni, in questo contesto, sono particolarmente sollecitati. Secondo l'art. 45 LAMal essi hanno l'obbligo di garantire alla popolazione l'assistenza sanitaria. I Cantoni in questo ambito interpretano il loro ruolo in modi diversi e a volte si riscontrano comportamenti contraddittori. Dopo aver conosciuto qualche difficoltà durante il periodo transitorio, diversi Cantoni hanno iniziato, con strumenti come la pianificazione ospedaliera e gli elenchi degli ospedali, a ridurre la sovracapacità e in parte anche a collaborare maggiormente tra di loro. I primi risultati erano visibili già nell'ambito dell'analisi di tendenza del concordato degli assicuratori-malattie svizzeri del marzo 1999, in base alla quale si è potuto constatare che le prestazioni lorde conteggiate nell'ambito delle prestazioni ospedaliere sono rimaste quasi invariate. Tuttavia, sotto la prevalente pressione finanziaria esercitata dagli enti pubblici, diversi Cantoni cercano di ridurre il loro impegno finanziario nel settore sanitario. Così facendo cresce il pericolo di trasferire i costi dal potere pubblico agli assicuratori-malattie senza riuscire a contenere i costi per il sistema in generale. Inoltre in diversi Cantoni, in seguito all'art. 41 cpv. 3 LAMal, è stata aumentata la capacità per versare meno sussidi ad altri Cantoni nell'ambito delle ospedalizzazioni extracantonali.
- Con la nuova LAMal gli assicuratori-malattie hanno acquisito una maggior libertà d'azione. Nell'ambito della costante contestazione degli aumenti tariffali decisi a livello di governi cantonali, ormai in atto da lungo tempo, gli assicuratori-malattie potevano contribuire in diversi modi a frenare il ritiro del potere pubblico dal finanziamento del

² Messaggio del Consiglio federale concernente la revisione dell'assicurazione malattia del 6 novembre 1991, p.

settore sanitario e di conseguenza ridurre parzialmente un ulteriore aumento parallelo dei premi dell'assicurazione di base. Almeno nell'ambito di modelli d'assicurazione alternativi gli sviluppi avuti finora non raggiungono le aspettative coltivate da più parti. Da un lato alcuni dei modelli sviluppati finora non vanno al di là di quei modelli dove la partecipazione è aperta a chiunque e che praticamente non sono in grado di influenzare in modo efficace i fornitori di prestazioni. Dall'altro i modelli si trovano sovente al di sotto del numero quantitativamente critico, cosicché il controllo previsto per l'intero sistema d'assistenza sanitaria e i conseguenti effetti sperati dal contenimento dei costi possono manifestarsi solo in modo insufficiente. Per questi sviluppi si possono addurre diverse motivazioni. La pluralità dei modelli potrebbe intaccare la trasparenza e di conseguenza gravare sulla disponibilità al cambiamento. La pressione esercitata dai premi su molti assicurati non sembra evidentemente ancora abbastanza forte per rinunciare spontaneamente alla libera scelta di medico e ospedale, un bene al quale si riconosce una certa importanza. In parte questi modelli si trovano soltanto nelle aree cittadine (esempio HMO). Cambiando periodicamente l'assicuratore di base e scegliendo quindi quello meno costoso, si può risparmiare a volte quasi quanto si risparmierebbe aderendo ad un modello d'assicurazione alternativo proposto da un assicuratore più importante. Inoltre la popolazione svizzera è generalmente incline ad una certa sovrassicurazione, fatto che dovrebbe ridurre altrettanto la disponibilità di imbarcarsi in nuovi modelli.

- A livello federale la maggioranza del Consiglio federale ha preso in parte decisioni contraddittorie. Talvolta si ha l'impressione, non completamente errata, che il Consiglio federale nei ricorsi formulati contro gli elenchi degli ospedali dia tendenzialmente ragione ai Cantoni, mentre per quanto riguarda le questioni legate alle tariffe sostenga piuttosto la posizione degli assicuratori-malattie. Comunque negli ultimi tempi pure questa "regola" è stata messa in dubbio. Dal punto di vista dell'economia sanitaria è particolarmente difficile giudicare il fatto che ciò sia avvenuto soprattutto in casi dove i Cantoni hanno cercato di ottenere, per mezzo dei loro elenchi degli ospedali, un contenimento dei costi, anche nell'ambito delle cliniche private provviste di divisioni puramente private o semiprivato. Pure insoddisfacente è il fatto che le decisioni in merito agli elenchi degli ospedali e alle tariffazioni necessitano un lungo periodo e in parte non rispettano il termine stabilito dalla legge.
- Per quanto concerne le cure ospedaliere ambulatoriali e i costi dei medicinali, nell'ambito delle prestazioni lorde conteggiate nell'assicurazione di base, si è verificato un tasso di crescita di almeno il 10%. Di regola questi due settori sono interamente presi a carico dagli assicuratori-malattie e questo si ripercuote di conseguenza sui premi.

- Per la promozione della salute e della prevenzione il Consiglio federale nel suo messaggio si è basato su un modello a tre pilastri: l'assicurazione malattie finanzia prestazioni individuali di medicina preventiva. I Cantoni si occupano delle informazioni sanitarie e - in collaborazione con le relative istituzioni specializzate come i servizi medico-sociali o i medici scolastici - dei compiti di sanità pubblica come le campagne di controllo e di vaccinazione. La LAMal tuttavia non si esprime in merito ai compiti di prevenzioni dei Cantoni ed è per questo che ogni Cantone ha sviluppato un proprio sistema di prevenzione, di tipo e di misura diversi. Inoltre nell'ambito dell'introduzione della LAMal non è stato chiarito se le prestazioni preventive individuali devono essere considerate come complementari ai compiti cantonali di prevenzione o se i compiti che sotto il vecchio regime erano di competenza dei Cantoni devono passare nelle mani dell'assicurazione malattie. La formulazione dell'art. 26 LAMal favorisce la prima interpretazione, la prassi nell'applicazione dell'Ordinanza sulle prestazioni si esprime piuttosto in favore della seconda interpretazione.
- Nell'ambito degli accordi bilaterali che dovrebbero entrare in vigore il 1° gennaio 2001, ai circa 2'300 medici proveniente dai Paesi dell'UE attualmente attivi negli ospedali svizzeri si riconosce il diritto di aprire un proprio studio sul territorio svizzero. Pure alcuni membri della Società svizzera dei medici pensano che almeno una parte di questi dottori dovrebbe fare uso di questo diritto. A questo proposito proponiamo brevemente l'opinione del Dr. René Salzberg, membro della direzione centrale FMH. Egli pensa che una gran parte di questi colleghi e colleghe apriranno effettivamente un proprio studio in Svizzera, tanto più che il dislivello dei redditi tra Svizzera e Stati confinanti e altri Paesi dell'UE rimane veramente notevole³.
- Di questa situazione si deve tenere particolarmente conto anche per il motivo seguente. Dopo un termine transitorio, oltre ai medici provenienti dai Paesi dell'UE attualmente già attivi negli ospedali svizzeri, anche quelli che attualmente lavorano ancora all'estero avranno l'opportunità di aprire il proprio studio in Svizzera. Se si considera questo, si può affermare che le esperienze fatte dal Principato del Liechtenstein dopo l'entrata in vigore degli accordi dello SEE non sembrano così errate. Infatti, in seguito alla liberalizzazione imposta dallo SEE il numero di medici è aumentato. Se nel 1992 i dottori attivi nel Liechtenstein erano ancora 31, nel mese di maggio del 1998 il numero è salito a 42. Dunque l'incremento riscontrato è di un terzo e questo è da ricondurre in particolare all'insediamento di medici provenienti dall'estero⁴. Inoltre non si deve dimenticare che in Germania dei circa 280'000 medici nel 1998 8'563, vale a dire il 3.1 %, erano

³ Schweizerische Ärztezeitung, n. 1, 5 gennaio 2000, p. 11.

⁴ Bericht und Antrag der Regierung des Fürstentums Liechtenstein an den Landrat zur Revision des Krankenversicherungsgesetzes del 9 dicembre 1998, p. 11.

disoccupati⁵. Di regola ad un aumento dell'offerta corrisponde un aumento dei costi della salute.

Di fronte a questo bilancio intermedio che tocca diversi punti ci si chiede quali provvedimenti possono essere presi nell'ambito del diritto attualmente in vigore per meglio realizzare quanto perseguito dalla revisione. Aspettare le prossime revisioni della legge sarebbe far prova di irresponsabilità, per non parlare del fatto che diverse proposte di riforma avanzate potrebbero contribuire ad incrementare ulteriormente i premi dell'assicurazione di base. Come il Consiglio federale ha già menzionato nel suo messaggio, tutti i partner del settore sanitario sono dunque invitati a partecipare in modo attivo. In seguito si dovranno perciò formulare alcune tesi che basandosi sul diritto attuale tengano maggiormente conto della volontà di contenere i costi. A questo proposito è specialmente importante osservare i segnali che vanno nella stessa direzione.

⁵ Gesundheit und Gesellschaft, AOK-Forum für Politik, Praxis und Wissenschaft, Nr. 10/1999, in: Brennpunkt, Nr. 4, dicembre 1999, p. 14.

3. Provvedimenti

3.1. Pianificazione ospedaliera e elenchi degli ospedali

Tesi 1: la pianificazione ospedaliera e gli elenchi degli ospedali devono essere utilizzati in modo esteso e coerente. Tutte le persone interessate devono (adattarsi a) sostenere meglio gli sforzi per limitare i costi nell'ambito dell'intera assicurazione di base.

La pianificazione ospedaliera e gli elenchi degli ospedali stanno mostrando i primi risultati, che comunque potrebbero essere meglio evidenziati se questi due strumenti fossero applicati in modo più esteso e coerente. Una tale applicazione comporterebbe almeno gli effetti seguenti:

- le pianificazioni ospedaliere dei Cantoni sono orientate troppo sull'input. A medio e a lungo termine si dovrebbero perseguire sempre più criteri orientati sull'output sotto forma di prestazioni o pacchetto di prestazioni. Si dovrebbe inoltre prendere in considerazione in modo adeguato anche i flussi dei pazienti. Durante un periodo transitorio non si potrà tuttavia evitare di utilizzare impostazioni orientate sull'input. Fintanto che le pianificazioni saranno gestite orientandosi sull'input, si dovranno considerare altri criteri di quelli relativi ai letti poiché questi rappresentano solo una minima parte dei costi di un ospedale. In questo caso in primo piano troviamo piuttosto il numero di medici specialisti per 1000 abitanti a rischio e il numero di apparecchiature sofisticate per ogni milione di abitante a rischio. Questi due fattori permetterebbero anche di valutare il settore ambulatoriale e quello semiospedaliero in base agli stessi criteri. Le apparecchiature in questione potrebbero quindi, per esempio, essere valutate secondo gli stessi criteri osservati nell'ambito della pianificazione ospedaliera, sulla base di clausole di bisogno per altro già discusse ed in parte introdotte in particolare nella Svizzera romanda.
- Le pianificazioni ospedaliere e i relativi elenchi degli ospedali devono tener conto dell'evoluzione nei settori ambulatoriali e semiospedalieri. Una pianificazione ospedaliera che non si fonda su una pianificazione completa dell'assistenza sanitaria è destinata a rimanere qualcosa di approssimativo. Una pianificazione ospedaliera concepita in questo modo permette anche di creare sinergie con provvedimenti cantonali supplementari come ad esempio l'introduzione di clausole di bisogno. Se per esempio il numero di

fornitori privati di prestazioni ambulatoriali e somiospedaliere aumenta, dovrebbe anche essere possibile ridurre maggiormente le istituzioni private nel settore ospedaliero.

- _ Le pianificazioni ospedaliere e l'allestimento di elenchi degli ospedali dovrebbero diventare processi dinamici. La medicina evolve attualmente così in fretta che una pianificazione di dieci anni sembra essere troppo lunga. Le pianificazioni ospedaliere dovrebbero essere rielaborate almeno una volta per ogni periodo di legislatura.
- _ In procedimenti di ricorso, il Consiglio federale sottolinea ripetutamente a giusto titolo che i Cantoni devono pianificare per l'insieme della popolazione. Le assicurazioni di base e quelle complementari non possono essere separate, esse si completano a vicenda. Per questo motivo quindi anche le pianificazioni ospedaliere e gli elenchi degli ospedali vanno insieme. La giurisprudenza attuale non tiene conto a sufficienza di questa esigenza e nemmeno della differenziazione sempre più grande che va creandosi nel settore delle assicurazioni complementari (comodità a livello di hotel, libera scelta del medico, possibilità di scegliere un ospedale al di fuori del Cantone di domicilio). Inoltre mette in pericolo la politica cantonale di contenimento dei costi, se gli ospedali pubblici o sovvenzionati con mezzi pubblici radiati dall'elenco degli ospedali hanno la possibilità, grazie ad una privatizzazione completa, di continuare ad esercitare a carico dell'assicurazione di base oltre la concessione del sussidio di base. L'attuale giurisprudenza della maggioranza del Consiglio federale va quindi rivista immediatamente ai sensi della raccomandazione Plattner sostenuta da 8 cofirmatari di diversi partiti e va soprattutto sostanzialmente modificata.
- _ Procedimenti di ricorso nell'ambito degli elenchi degli ospedali e della fissazione delle tariffe devono essere migliorati in particolare a livello federale mediante una maggiore collaborazione interdipartimentale. A questo proposito si potrebbero anche prendere in considerazione le esperienze fatte in altri settori come per esempio nell'ambito dello snellimento della procedura di autorizzazione a costruire.
- _ Sarebbe anche auspicabile che le parti del settore della sanità riconoscessero maggiormente che l'esecuzione di una pianificazione ospedaliera non è una questione di politica della salute orientata maggiormente sulla concorrenza o sullo Stato, ma che si tratta piuttosto di un elemento di base di una seria strategia volta a garantire l'assistenza sanitaria tenendo conto dell'obiettivo del contenimento dei costi. Questo modo di procedere si differenzia quindi di poco dalle pianificazioni strategiche di aziende private.

I Cantoni hanno un ruolo chiave nell'ambito della pianificazione ospedaliera e dell'elenco degli ospedali. Senza dubbio i Cantoni che hanno l'intenzione di assumere questi compiti hanno bisogno del sostegno della Confederazione. Una condizione imperativa consiste

quindi in una correzione fondamentale, da eseguire il più presto possibile, della summenzionata giurisprudenza del Consiglio federale relativa agli elenchi degli ospedali.

3.2 Autorizzazione dei fornitori di prestazioni

Tesi 2: nell'ambito delle ordinanze relative all'art. 39 cpv. 1 lett. a - c LAMal, le condizioni di autorizzazione devono essere rese più severe anche per i fornitori di prestazioni già in attività.

Dal punto di vista storico le autorizzazioni dei fornitori di prestazioni nei riguardi del mercato e dell'assicurazione malattie sociale sono in stretto rapporto tra di loro. Se all'obiettivo del contenimento dei costi deve essere attribuita la giusta considerazione, gli accertamenti di polizia sanitaria riguardo all'entrata nel mercato sono da scindere, ancora di più di quanto non lo si faccia oggi, dall'autorizzazione nei riguardi dell'assicurazione malattie sociale. Le odierne possibilità devono essere utilizzate maggiormente. Si devono inoltre includere anche altri incentivi finanziari che possono avere un'influenza indiretta su quanto summenzionato.

Per l'evoluzione dei premi dell'assicurazione di base, visti gli incentivi finanziari predominanti attualmente, assume un'importanza particolare il numero dei fornitori di prestazioni autorizzati soprattutto nel settore ambulatoriale e in quello semiospedaliero. I costi della salute sono normalmente direttamente proporzionali al numero dei fornitori di prestazioni (in particolare a quello dei medici specialisti). Condizioni più severe nei confronti dei fornitori di prestazioni assumono così particolare importanza non soltanto nel quadro dell'autorizzazione di nuove prestazioni o della verifica di prestazioni già obbligatorie, bensì a livello più generale. A questo proposito è fondamentale rinunciare al principio della garanzia dei diritti acquisiti. In caso contrario trascorrerebbero anni se non addirittura decenni prima di poter avere effetti visibili.

In questo settore hanno un'importanza particolare anche il procedimento della fissazione delle tariffe e gli effetti di questo sulle parti tariffali, come è esposto nell'ambito della prossima tesi.

Si dovrebbero stabilire condizioni di autorizzazione supplementari sia nell'ambito dell'inasprimento dei criteri di qualità della struttura che riguardo ad altri aspetti. Per quanto

concerne l'inasprimento dei criteri di qualità della struttura, possono avere un ruolo positivo i certificati attitudinali regolamentati nell'ordinanza sulle prestazioni. Di conseguenza, in analogia alla regolamentazione concernente le ecografie da effettuare durante la gravidanza, anche in altri settori si potrebbero per esempio stabilire ulteriori condizioni riguardo all'esecuzione di prestazioni a carico dell'assicurazione di base delle cure medico-sanitarie. Così la prescrizione di medicinali coperti dall'assicurazione di base potrebbe essere subordinata ad altre condizioni (esempio: determinati medicinali possono essere prescritti solo da medici specialisti in centri ospedalieri e ospedali universitari). A questo punto va espressamente ricordato che la rinuncia alla garanzia dei diritti acquisiti ha un ruolo decisivo se si dovrà fornire un contributo al contenimento dei costi il più presto possibile. Nell'ambito di un'eventuale fissazione da parte delle autorità di una struttura tariffale unitaria si deve perciò rinunciare alla concessione dei diritti apparentemente regolarmente acquisiti. Di conseguenza i medici non potrebbero conteggiare le prestazioni che non corrispondono al loro perfezionamento professionale e alla loro formazione continua nemmeno qualora le avessero già fornite in numero sufficiente, regolarmente e in modo impeccabile dal punto di vista qualitativo prima dell'entrata in vigore delle nuove tariffe e le avessero conteggiate a carico dell'assicurazione malattie sociale.

Anche la prassi tuttora in uso relativa alla denominazione di singoli fornitori di prestazioni come ospedali universitari se si tratta di fornire prestazioni assai particolari, dovrebbe essere ulteriormente affinata. In tal modo nell'ambito dei benchmarks potrebbero essere autorizzati a fornire prestazioni speciali solo i fornitori di prestazioni meno cari, quindi per esempio solo due su cinque ospedali universitari.

Nell'ambito dell'autorizzazione di altri fornitori di prestazioni ai sensi dell'art. 38 LAMal si dovrebbe esaminare più dettagliatamente ad esempio se devono essere autorizzati solo quei fornitori di prestazioni che si trovano in una rete (integrazione orizzontale o verticale) e/o sono disposti a collaborare a un servizio di picchetto nell'ambito della rete (o al di là di essa). Entrambi i provvedimenti dovrebbero dare anche segnali positivi per formare reti della salute integrate e vie di trattamento e decorso integrate. Questo dovrebbe influenzare in modo positivo l'evoluzione di modelli assicurativi effettivamente alternativi.

I provvedimenti qui menzionati dovrebbero inoltre contribuire a garantire una buona qualità dell'assistenza.

Il ruolo chiave in questo ambito spetta alle parti interessate che, nel quadro del catalogo delle prestazioni obbligatorie, possono influire sull'ammissione, la radiazione o la relativizzazione di prestazioni.

3.3 Tariffe

Tesi 3: in particolare nell'ambito della procedura di fissazione delle tariffe le parti tariffali devono prestare più attenzione agli aspetti relativi all'efficacia, all'appropriatezza ed all'economicità ai sensi dell'art. 32 cpv. 1 LAMal e alle sovracapacità ai sensi dell'art. 49 cpv. 1 LAMal.

Nell'ambito della politica tariffale sia le parti tariffali che le autorità incaricate di fissare le tariffe hanno la possibilità di indicare il modo di procedere riguardo al contenimento dei costi. Il sanzionamento tariffale delle sovracapacità predominanti assume quindi un'importanza particolare. Non si può accettare che nell'ambito di convenzioni o decisioni tariffali le sovracapacità vengano sanzionate con ritardo.

La nozione di sovracapacità non può essere valutata esclusivamente riguardo al tasso di occupazione dei letti dell'ospedale poiché questa può essere influenzata dai fornitori di prestazioni in proporzioni da non sottovalutare. Nell'ambito delle richieste di fissazione delle tariffe la nozione di sovracapacità dovrebbe riferirsi coerentemente a regioni di 1.0-1.5 milioni di abitanti. In tal modo si potrebbe stimolare indirettamente un aumento dell'esecuzione intercantonale di pianificazioni ospedaliere ed impedire almeno in parte la creazione di altre capacità, volte a ridurre i sussidi cantonali in caso di ricoveri al di fuori del Cantone di domicilio.

Nell'ambito di trattative e fissazioni tariffali da parte delle autorità si dovrebbe tener maggior conto del numero dei fornitori di prestazioni o se possibile del numero di prestazioni prescritte per 1000 abitanti di un Cantone o di una regione (conformemente ai diversi rischi) rispetto alla situazione nazionale. Il valore del punto dovrebbe essere inversamente proporzionale a questa cifra. In tal modo anche le parti tariffali dovrebbero essere incentivate a convenire stimoli atti a limitare la quantità nell'ambito delle loro convenzioni.

Il concetto di sovracapacità deve essere inoltre osservato sempre più anche secondo il livello dell'assistenza fornita. Gli ospedali universitari dovrebbero quindi per esempio poter conteggiare gli stessi prezzi per lo stesso ventaglio di prestazioni, a condizione che non esistano altre sovracapacità nella regione. In tal modo si possono premiare gli ospedali universitari più efficienti e creare stimoli alla ricerca di efficacia ed efficienza o alla pianificazione delle rinunce per altri ospedali universitari.

Per quanto riguarda l'introduzione di nuovi modelli di indennizzo e la loro eventuale valutazione nell'ambito di procedimenti di ricorso si dà molta importanza al contributo relativo all'aumento dell'efficacia e dell'efficienza. In un ambiente contraddistinto da sovracapacità l'accertamento e la giustificazione dei costi effettivi non può diventare un campo d'attività centrale. Determinanti dovrebbero essere situazioni preventivate e quindi costi standard che si basano nel limite del possibile sulla quantità di pazienti definita interdisciplinariamente. In questo modo sarebbe possibile confrontare tra di loro anche pacchetti di prestazioni e prezzi.

In questo ambito la Confederazione e i Cantoni assumono un ruolo chiave. A queste due istanze spetta infatti fissare gli incentivi nell'ambito della procedura di fissazione delle tariffe. Più i Cantoni si baseranno su riflessioni relative all'aumento dei ricavi per i loro ospedali, più la Confederazione dovrà apportare le correzioni necessarie.

3.4 Prevenzione

Tesi 4: nei settori della cura sanitaria pubblica (Public Health) e della medicina preventiva individuale si deve dapprima rilevare la situazione effettiva e in base ad essa definire gli standard minimi a livello svizzero ed eseguire una ripartizione dei compiti ragionevole tra le parti della sanità pubblica.

E' praticamente impossibile effettuare una chiara delimitazione tra i compiti della public health e il settore della medicina preventiva individuale poiché questi campi coincidono in parte tra di loro. Invece di una delimitazione è quindi necessario procedere ad una ripartizione appropriata dei compiti tra questi due settori. Per poter eseguire tale ripartizione si ha bisogno innanzitutto di un rilevamento della situazione effettiva. In caso contrario si rischia di definire la ripartizione dei compiti al di fuori della realtà.

Se si deve realizzare il modello dei tre pilastri del Consiglio federale relativo alla promozione della salute e alla prevenzione, si devono definire standard minimi a livello svizzero e attuare una chiara ripartizione dei compiti tra Cantoni e assicurazione malattie. Una ripartizione dei compiti chiaramente definita a livello svizzero deve inoltre tener conto di possibili interdipendenze tra i diversi settori. Si deve prendere in considerazione quest'esigenza in particolare nell'ambito delle prestazioni obbligatorie della medicina preventiva dove per esempio in relazione alla loro applicazione e conformemente alla tesi 2 si devono stabilire condizioni più severe per i fornitori di prestazioni autorizzati.

In questo ambito il ruolo chiave spetta alla Confederazione.

«Pianificazione dell'assistenza»: resoconto della discussione

Roman Seiler, redazione CASH

A porte chiuse è possibile discutere sulla sanità in modo più serio. Lo ha dimostrato la discussione sulla "pianificazione dell'assistenza" tenutasi tra politici e rappresentanti di professionisti della sanità, pazienti e assicuratori. La consigliera federale Ruth Dreifuss ha constatato con soddisfazione che la discussione è stata "approfondita, aperta e sincera".

Sono state approvate tre tesi dell'economista sanitario Willy Oggier (cfr. il rapporto dell'esperto). Tuttavia, per lo meno nella discussione plenaria, Ueli Müller, presidente del Concordato degli assicuratori malattia svizzeri (CAMS) e moderatore del convegno, metteva in dubbio che i partecipanti sosterranno effettivamente queste tesi anche "quando si farà sul serio". L'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS) non ha presentato la quarta tesi di Oggier, che propone condizioni di autorizzazione più severe per i fornitori di prestazioni. Anche se l'economista sanitario non ha specificato se con questo intendeva la soppressione dell'obbligo di contrarre, se ne è discusso molto. Secondo Robert Fuchs, direttore della Caisse Vaudoise, il denaro deve seguire il paziente. Egli rifiuta ogni genere di pianificazione ospedaliera ed è convinto che una volta soppresso l'obbligo di contrarre entreranno in gioco le leggi del mercato. Franz Wyss, segretario centrale della Conferenza dei direttori cantonali della sanità (CDS), contesta questa affermazione precisando che in tal caso subentrerebbe il caos. Ha quindi contraddetto anche Marc-André Giger, direttore del CAMS, che intendeva definire criteri per impedire che l'accesso all'assicurazione malattie venga accordato a ogni persona diplomata. Secondo lui, infatti, qualsiasi altra soluzione spianerebbe la strada all'aumento dei costi.

Tesi 1:

«La pianificazione ospedaliera è necessaria per la sanità svizzera. Nell'ambito del settore ospedaliero il principio contrattuale non costituisce una sostituzione equivalente. La pianificazione ospedaliera e gli elenchi degli ospedali devono essere utilizzati in modo esteso e più coerente e in ogni caso a livello regionale. Tutte le persone interessate devono sostenere meglio gli sforzi intrapresi per limitare i costi nell'ambito dell'intera assicurazione di base.»

La discussione è stata avviata da Müller con la seguente domanda: «E' necessaria una pianificazione o possiamo lasciare che sia il mercato a dominare il settore sanitario?» La pianificazione ospedaliera ha suscitato una „gigantesca controversia“ con la quale diversi Consigli di Stato hanno dovuto fare i conti. Wyss ha sostenuto che nell'ambito della pianificazione ospedaliera viene intrapreso sempre molto. Müller ha controbattuto dicendo che viene fatto troppo poco.

In tal modo la controversia era più che mai aperta. Max Brentano, presidente della Società svizzera di farmacia, ha affermato che l'efficacia della pianificazione ospedaliera è relativa fintanto che gli ospedali privati possono addirittura accedere meglio al mercato. Andreas Haefeli della Federazione dei medici svizzeri (FMH) ritiene che la pianificazione ospedaliera sia necessaria e a lungo termine efficace. Lo avrebbe già dimostrato Bruno Hunziker, ex consigliere di Stato PLR deceduto, che - tra i primi - ha introdotto nel Canton Argovia una pianificazione ospedaliera e l'ha tenuta aggiornata. Haefeli ha criticato il fatto che nel settore sanitario non si usa pubblicare bandi di concorso. I Cantoni dovrebbero indicare quali prestazioni sono necessarie per l'assistenza sanitaria della popolazione. In seguito verrebbero definiti i mandati di prestazioni e messi a concorso. Questi dovrebbero essere eseguiti da fornitori di prestazioni privati o pubblici che offrono il miglior rapporto prezzo-prestazione. Peter Saladin, presidente di «H+ Gli ospedali svizzeri» era d'accordo con Haefeli alla condizione, però, che tutti gli ospedali siano soggetti alla stessa regolamentazione. Egli sostiene infatti che per compensare gli investimenti o per rendere pubblici i costi devono essere applicate le stesse regole. Cosa che attualmente non avviene.

E' stato anche sottolineato che al momento dell'assegnazione di mandati di prestazioni si devono diminuire le sovracapacità. Si deve anche impedire che i fornitori di prestazioni possano assicurarsi il meglio della torta. Per questo di dovrebbero offrire prestazioni miste. Tutti gli affiliati all'assicurazione di base devono essere curati e i servizi di pronto soccorso devono essere garantiti.

Nella pianificazione si dovrebbe includere anche il bisogno degli affiliati alle assicurazioni complementari. Inoltre Oggier esige espressamente una pianificazione estesa. Sostiene infatti che ci vuole una collaborazione intercantonale poiché le capacità potrebbero essere pianificate in modo efficace solo in regioni con 1-1,5 milioni di abitanti. Secondo Wyss in questo senso sono già stati compiuti grandi passi

avanti e pare che esista già un modello di collaborazione tra alcuni Cantoni della Svizzera centrale o tra alcune regioni della Svizzera romanda. Wyss ha aggiunto che la CDS intende anche discutere della possibilità di coordinare le offerte nell'ambito della medicina di punta. Il direttore cantonale della sanità lucernese Markus Dürri ha deplorato che con la LAMal sono state murate le frontiere cantonali. Chi acquista prestazioni in un altro Cantone deve pagare di più: il Canton Lucerna versa 18,5 milioni di franchi per prestazioni extracantonali. Con questi mezzi si potrebbero anche creare offerte all'interno del Cantone, ad esempio nell'ambito della neurochirurgia.

Sandra Schneider, caposezione dell'UFAS, ha ricordato che è solo dall'introduzione della nuova legge sull'assicurazione malattie (LAMal) agli assicurati vengono rimborsate le prestazioni extracantonali. E' stato criticato il fatto che questo indurrebbe a creare nuove capacità. Il consigliere di Stato Dürri propone perciò una pianificazione ospedaliera intercantonale composta «da 6 a 8 regioni d'assistenza». Si era d'accordo sul fatto che la medicina di punta debba essere pianificata a livello sovraregionale senza per questo trascurare la pianificazione regionale per l'assistenza di base.

E' invece rimasta in sospeso la questione relativa ad un miglior controllo delle spese nei settori semiospedaliero e ambulatoriale degli ospedali. Secondo Wyss questo è difficile. Con questa frase ha cercato diverse volte di evitare temi scottanti per i Cantoni. Infatti proprio nel settore ospedaliero ambulatoriale si ha un'impennata dei costi.

Tesi 2:

«In particolare nell'ambito della procedura di fissazione delle tariffe le parti tariffali devono prestare maggiore attenzione agli aspetti relativi all'efficacia, all'appropriatezza ed all'economicità ai sensi dell'art. 32 cpv. 1 LAMal e alle sovracapacità ai sensi dell'art. 49 cpv. 1 LAMal. Qui non si tratta di concedere riduzioni, ma di occuparsi delle lacune rilevate nel pacchetto delle prestazioni dei fornitori.»

Durante la discussione di questa tesi è sorto un interessante dibattito sui modelli

«Managed Care». Wyss ha invitato gli assicuratori-malattie ad impegnarsi maggiormente nell'ambito dei modelli di risparmio dei premi. Anche la consigliera federale Ruth Dreifuss ha voluto sapere in che ambito gli assicuratori hanno problemi. Fuchs ha deplorato che alcuni fornitori di prestazioni rifiutano semplicemente di collaborare. Nel Canton Vaud, infatti, i medici sono stati invitati a non aderire a nessun modello del medico di famiglia. Per questo motivo Fuchs ritiene ingiusto che vengano tacciati di lassismo. Il farmacista Brentano ha risposto che gli assicuratori dovrebbero offrire di più ai fornitori di prestazioni se vogliono motivarli a collaborare ai modelli «Managed Care». Precisa inoltre che, affinché la tradizione della solidarietà tra i fornitori di prestazioni si spezzi, non ci vuole solo tempo, ma anche pacchetti più interessanti da parte degli assicuratori.

Haefeli si è dichiarato favorevole all'espansione dei modelli «Managed Care» ritenendo che solo questi sistemi rendono responsabili i pazienti educandoli a non utilizzare la sanità come un self-service. Giger ha fatto notare il punto debole per gli assicuratori. Infatti, secondo lui finora ai modelli del medico di famiglia o all'HMO avrebbero aderito specialmente persone che causano costi esigui. Per questo motivo il potenziale di diminuzione dei costi è minimo. E' stato sottolineato a riguardo che si dovrebbero convincere gli assicurati che con l'adesione a una HMO non solo risparmierebbero sui premi, ma beneficerebbero anche di un'eccellente assistenza medica. Oggi ha osservato che gli assicuratori dovrebbero poter commettere i loro errori nel settore del «Managed Care». Secondo lui nel frattempo la Svizzera sarebbe diventata un Paese pioniere in Europa. E' rimasta in sospeso la questione di come risolvere il paradosso menzionato da Peter Saladin che consiste nel fatto che ogni assicurato vuole risparmiare sui premi, ma anche, in qualità di paziente, avere accesso alle prestazioni migliori. Per questo motivo i fornitori di prestazioni sono disposti ad offrire tutto. Michael Rindlisbacher, direttore di Innova, ha quindi richiesto che coloro che non aderiscono a un modello del medico di famiglia nell'ambito dell'assicurazione di base paghino premi più elevati.

Sono stati menzionati altri due argomenti per evidenziare gli aspetti efficacia, appropriatezza ed economicità. Oggi ha fatto notare che si deve impedire ad un ospedale come quello universitario di Zurigo (USZ) di affrontare una struttura dei costi più elevata di quella utilizzata da ospedali paragonabili con tariffe più elevate. Allo stesso modo anche al momento della determinazione del valore del punto deve

essere tenuto conto della quantità di specialisti a rischio e quindi deve essere rimessa in discussione la garanzia dei diritti acquisiti al momento dell'applicazione della TarMed. Il consigliere di Stato Dürr ha chiesto di prendere maggiormente in considerazione le nozioni della «Evidence based Medicine» e ha proposto di sopprimere i doppioni creando una cartella elettronica per ogni paziente. In questo caso potrebbero essere utili passaporti della salute.

Tesi 3:

«Nei settori della cura sanitaria pubblica (Public Health) si deve di nuovo differenziare tra l'assistenza sanitaria generale e la prevenzione individuale. Lo Stato - e quindi anche il finanziamento statale - non può lasciare i suoi compiti politico-sanitari nei confronti dell'insieme della popolazione (sana) per motivi d'opportunità. Si devono piuttosto definire gli standard minimi a livello svizzero ed eseguire una ripartizione dei compiti razionale tra le parti della sanità pubblica.»

Müller ha constatato che, di nuovo, è mancato il tempo per discutere sul tema della prevenzione. Si era d'accordo sul fatto che i ruoli di Confederazione, Cantoni e assicuratori-malattie devono essere chiariti. Il consigliere di Stato Dürr ha precisato che le misure preventive non possono essere introdotte finché ne è stata accertata la necessità. La consigliera federale Ruth Dreifuss ha sottolineato che intende discutere con i Cantoni su programmi di vaccinazione e screening. In questo ambito infatti molte cose non sono ancora chiare.

Qualità delle cure, razionamento e priorità

**Analisi preparata per
l'Ufficio federale delle assicurazioni sociali,
Berna**

Fred Paccaud, IUMSP, Losanna

gennaio 2000

K:\DIR\Direction\Rapport_draft2_mireille.doc

created : 07/02/2000//last rec : 09/02/2000//printed : 29/03/2000

version no. 15, 4848 words, 13 pages

1. Introduzione

Nell'ambito dei lavori preliminari volti a definire una politica sanitaria in Svizzera l'UFAS ha incaricato l'IUMSP di presentare in grandi linee i problemi relativi alla qualità delle cure. Più precisamente è stato chiesto di preparare un documento per i partecipanti alla giornata di riflessione organizzata dall'UFAS (28 febbraio 2000) dedicata al contenimento dei costi sanitari. Uno dei temi scelto per questo incontro è la qualità e il razionamento delle prestazioni sanitarie.

Questo mandato è stato discusso per la prima volta nel dicembre 1999 e affidato ufficialmente al mandatario il 22 dicembre 1999. In questo lasso di tempo limitato era indispensabile compiere una scelta. Quanto segue è un documento volto ad approfondire le questioni principali del mandante, ossia la ripartizione dei compiti tra le parti, i contratti inerenti la qualità e il razionamento.

Non è il caso qui di discutere i concetti di qualità delle cure per proporre una definizione tutt'al più originale. È tuttavia opportuno precisare qualche aspetto fondamentale.

Un primo aspetto consiste nel fatto che la qualità si è sviluppata contemporaneamente ai sistemi moderni di sanità, ossia a partire dalla metà del 19° secolo. Nomi quali Florence Nightingale (Regno Unito)² o Ernest Codman (Stati Uniti)³ sono familiari in questo campo. Ciò significa, tra l'altro, che la preoccupazione per la qualità e la sanità pubblica moderna sono nate contemporaneamente. Proprio in questo stesso movimento di modernizzazione si inseriscono anche le prime forme di controllo della qualità, cioè quelle riguardanti il controllo della formazione degli operatori sanitari (negli Stati Uniti: Flexner Reporten 1910; in Svizzera, Legge federale sulle professioni mediche 1876).

Un secondo aspetto consiste nel fatto che attualmente esistono innumerevoli definizioni più o meno operative inerenti la qualità delle cure. E' un segnale di giovinezza, vale a dire che la teoria della qualità delle cure si è sviluppata solo di recente, praticamente con i lavori di Donabedian (Stati Uniti) negli anni sessanta o quelli di Cochrane (Regno Unito) negli anni settanta⁴. Tra le definizioni disponibili rileviamo le seguenti :

- _ la qualità delle cure risulta dall'applicazione delle conoscenze e delle tecniche mediche, di modo che i benefici in termini di sanità vengano massimizzati senza per questo aumentare i relativi rischi⁵;
- _ *[la qualità delle cure corrisponde al]* livello delle prestazioni atto ad aumentare la probabilità di raggiungere un risultato positivo per la salute dell'individuo e della popolazione corrispondente alle conoscenze professionali disponibili⁶;
- _ la qualità delle cure riflette diversi punti di vista secondo il partner considerato:
 - la qualità secondo il cliente consiste in quello che il cliente e l'infermiere non professionista si aspettano da una prestazione; la qualità secondo i professionisti consiste nella conformità della prestazione ai bisogni definiti dai fornitori di prestazioni professionali e in quella agli standard d'utilizzazione delle tecniche e delle procedure ritenute necessarie per soddisfare i bisogni del paziente⁷; la qualità secondo l'amministratore consiste nell'utilizzazione più efficiente possibile delle risorse entro i limiti fissati dalle autorità sanitarie e da coloro che si assumono i costi.

La definizione proposta in questo documento è la seguente⁸ :

- _ la qualità nel sistema sanitario mira a soddisfare completamente la domanda di coloro che hanno maggiormente bisogno di cure, al costo più basso possibile ed entro i limiti fissati dalla struttura sanitaria.

Questa definizione introduce la nozione di prova (« mira a... »), ciò che corrisponde meglio alla situazione effettiva del sistema di cure. Con « soddisfare completamente la domanda » la definizione implica che il sistema di cure deve garantire a priori l'efficacia delle prestazioni fornite: questo permette d'insistere sulla necessità di effettuare prove sperimentali in clinica, sull'aggiornamento rigoroso delle conoscenze disponibili ("Evidence-Based Medicine") e sulla loro regolare messa a disposizione per mezzo di direttive di cure ("clinical guidelines").

« Completamente » significa anche misurare questa soddisfazione, ossia renderla visibile nel sistema (« outcome medicine »). Infine con la parola soddisfare si vuole insistere sul fatto che il vantaggio deve essere percettibile dal paziente secondo un sistema di misurazione esplicita della sua soddisfazione. L'articolazione tra domanda e bisogno permette d'insistere sul fatto che il sistema di cure deve aiutare il paziente ad esprimere la sua domanda (domanda vs. bisogno); ciò permette in particolare di tener presente che la domanda del paziente non è unicamente una domanda di guarigione. Parlando di « coloro che hanno maggiormente bisogno di cure » la definizione ricollega la qualità delle cure a una nozione centrale della sanità pubblica: vale a dire che i bisogni di cure possano essere espressi. La nozione del « costo più basso possibile » ricorda che le risorse sono limitate e quella di « limiti fissati dalla struttura sanitaria » la presenza di norme etiche che determinano anche la prassi delle cure.

Altre definizioni d'uso corrente meritano di essere ricordate qui di seguito :

- _ uno standard designa le qualità di una prestazione che serve da referenza; queste qualità sono identificabili e riconoscibili e, in genere, misurabili. Esempi classici di standard sono i valori di referenza di una campagna di depistaggio del cancro al seno, la durata di un ricovero in seguito ad una patologia o il numero di personale curante per letto;
- _ la promozione della qualità è la strategia destinata ad aumentare il livello degli standard. Gli incentivi finanziari orientati sulla qualità delle prestazioni o dei corsi sulla qualità delle cure sono esempi di strategie;
- _ la garanzia della qualità è una procedura destinata a garantire *a priori* il rispetto di uno standard. Un esempio tipico consiste nel sistema di penalità riguardante il personale curante le cui conoscenze al momento del controllo non soddisfano le esigenze. L'eliminazione dei prodotti sanguigni infetti, la doppia lettura delle mammografie di depistaggio o l'analisi prospettiva dell'adeguatezza dei ricoveri in ospedale secondo un protocollo definito⁹ sono due altri esempi inerenti la garanzia della qualità;

- il controllo della qualità è una procedura destinata a garantire *a posteriori* il rispetto di uno standard quando si effettua un esame dopo che la prestazione è stata fornita. Esempi di controllo della qualità sono gli esami sistematici e periodici del personale curante nell'ambito della formazione continua, il rilevamento periodico dei giorni di ricovero inadeguati, il controllo sierologico sistematico dei prodotti trasfusi.

2. Ripartizione dei compiti

Esiste una forte interazione tra la promozione della qualità delle cure e il modello sottostante inerente il sistema sanitario. A mo' di semplificazione si possono proporre tre modelli relativi all'organizzazione delle prestazioni sanitarie in modo da poter esaminare a quale modello di promozione della qualità corrisponde ognuno di essi.

- Il primo modello inerente l'organizzazione delle prestazioni sanitarie può essere definito un « modello professionale » : l'organizzazione è controllata dai professionisti e quindi anche il controllo della qualità. Questo modello di controllo della qualità porrà quindi l'accento sulla responsabilità individuale del personale curante, sulla sua integrità professionale e morale: la selezione e la formazione assumono quindi un'importanza maggiore in questo modello e questo è un modo per promuovere la qualità delle cure. Questo modello presuppone anche lo sviluppo e il mantenimento di corporazioni professionali forti, fissando gli standard di cura e garantendone il rispetto da parte dei membri. Queste corporazioni professionali difendono gli interessi dei professionisti a nome degli interessi della comunità. In generale il modello professionale di controllo della qualità si fonda su un approccio strutturale della qualità delle cure.
- Il secondo modello inerente l'organizzazione delle prestazioni sanitarie può essere definito un « modello burocratico ». Vista la crescente complessità dell'organizzazione del sistema sanitario (diversificazione delle attività di assistenza, specializzazione del personale, pagamenti esterni ai rapporti di cura ecc.), i professionisti affidano la gestione diretta del sistema a specialisti. In questo modello sono gli amministratori a coordinare il personale curante, a garantire la sopravvivenza contabile dell'istituzione di cure e a prendere una buona parte delle decisioni strategiche in funzione degli imperativi di gestione. L'accresciuta importanza dell'amministratore è accompagnata da diverse trasformazioni, anche linguistiche: il paziente diventa un beneficiario di prestazioni, gli operatori sanitari fornitori di prestazioni ecc. In questo sistema l'obiettivo del controllo della qualità consiste nel verificare che le regole siano rispettate. La qualità riguarda essenzialmente le strutture e i processi di cura (accreditamento, rassegna dell'utilizzazione, analisi degli standard della prassi ecc.).

- _ Il terzo modello inerente l'organizzazione delle prestazioni sanitarie corrisponde a un « modello industriale ». Questo modello abbandona i criteri interni al sistema a favore di una convalida esterna delle prestazioni (capacità di realizzare un profitto, quota di mercato ecc.). Non si tratta più unicamente di gestire un sistema, ma piuttosto di garantirne la redditività. Il paziente diventa un cliente e gli operatori sanitari diventano produttori. La qualità concerne essenzialmente i risultati delle cure, facendo particolarmente attenzione a soddisfare la domanda¹⁰.

L'enunciato di queste tre prospettive mostra che le strategie inerenti la promozione della qualità devono essere situate nel contesto generale di una politica sanitaria, in particolare l'organizzazione delle prestazioni. Questo punto è importante quando si discute la ripartizione dei compiti tra le parti come avviene attualmente in Svizzera:

- _ la LAMa attribuisce ai professionisti una responsabilità maggiore per promuovere la qualità delle cure: ad essi affida in particolare il compito di proporre le modalità di controllo e di garanzia della qualità; in base alla descrizione summenzionata si tratta implicitamente di un modello « professionale » del sistema sanitario;
- _ questo modello implicito si distacca molto dalla tendenza attualmente dominante nel sistema di cure: anzi, si moltiplicano i segni a favore di un modello « burocratico » (con il rafforzamento di coloro che si assumono i costi a livello istituzionale o assicurativo e che determinano le regole di funzionamento e di gestione del sistema di cure) se non addirittura a favore di un modello « industriale » (con lo sviluppo del « managed care » in un numero crescente di settori del sistema di cure);
- _ esiste quindi una divergenza tra due concetti che si vogliono far coesistere: da un lato, le organizzazioni professionali che dispongono solo di un potere ridotto (e in diminuzione) nella gestione del sistema, ma a cui si chiede di promuovere la qualità; dall'altro, i partner istituzionali (p. es. servizi cantonali della sanità pubblica) e assicurativi (p. es. casse malati) che sono potenti, ma che non sono legittimati a promuovere la qualità delle cure.

E' per esempio evidente che le direttive inerenti la prassi clinica varieranno a seconda che siano volute da un assicuratore o da una società medica di specialisti. Ora, in base alla situazione attuale, queste direttive sono create da professionisti (cioè da specialisti medici), ma la loro introduzione dipende essenzialmente dai partner istituzionali (assicuratori, amministrazioni ospedaliere, responsabili cantonali della sanità pubblica ecc.).

Questa situazione di crisi dovrebbe venir risolta scegliendo in modo più chiaro come orientare a medio termine l'organizzazione del sistema. Se si segue la logica attuale di sviluppo del sistema di cure, si deve prevedere di rafforzare in modo considerevole gli amministratori pubblici o privati che prenderanno decisioni in merito; sarebbe quindi meglio affidare esplicitamente a loro la responsabilità di promuovere la qualità delle cure. Questa promozione può (e dovrebbe) avvenire in collaborazione con i professionisti, ma l'iniziativa degli accordi e la responsabilità della loro introduzione devono essere di competenza dei responsabili del sistema.

Se, invece, si tratta di mantenere o di ripristinare il predominio dei professionisti nella promozione della qualità (ciò che implicitamente è l'obiettivo della LAMa attuale), si deve rinforzare la loro posizione nell'ambito dell'amministrazione del sistema di cure dando anche alle organizzazioni professionali poteri sostanziali di regolamentazione e di sanzioni.

La scelta tra queste due prospettive non si fonda su preferenze tecniche, ma evidentemente su una scelta di politica della sanità.

3. Contratti di qualità

3.1 Misurare la qualità delle cure

In tutti i contratti esistenti la « misurabilità » della qualità delle cure ha un ruolo centrale. Questi contratti propongono quindi elenchi di indicatori generici e specifici inerenti la qualità delle cure fra cui per esempio :

- _ qualità delle cure ospedaliere: tasso d'infezioni contratte durante il ricovero in ospedale, tasso d'infezioni delle ferite operatorie, tasso di mortalità, tasso di mortalità neonatale, tasso di mortalità perioperatorio (48 ore dopo l'anestesia), tasso di tagli cesarei, tasso di ricoveri non previsti (31 giorni dopo la partenza), tasso di ricoveri non previsti dopo un intervento ambulatoriale (48 ore dopo l'intervento), tasso di ritorni non previsti in un reparto di cure intense, tasso di ritorni non previsti nelle sale operatorie (...)
- _ qualità delle cure ambulatoriali : tasso di ritorni non previsti al pronto soccorso 72 ore dopo la partenza, numero di pazienti che hanno trascorso più di 6 ore al pronto soccorso, numero di pazienti che lasciano il pronto soccorso anticipatamente, tasso d'annullamento di interventi chirurgici ambulatoriali il giorno della programmazione (...)

In modo più generale si possono classificare i dati necessari per valutare la qualità del sistema di cure in tre categorie corrispondenti alla logica d'intervento nella qualità delle cure secondo Donabedian:

- _ i dati relativi alla struttura delle istituzioni di cura, ossia quelli relativi al volume e alla natura del personale curante, delle istituzioni che offrono prestazioni sanitarie ecc.;
- _ i dati relativi ai processi di cura, ossia quelli sul volume e la natura degli interventi. Per esempio, da diversi anni i servizi di anestesia di una dozzina di ospedali romandi effettuano valutazioni delle loro attività (tecniche utilizzate, infortuni sopraggiunti durante l'anestesia, tempo di permanenza in sala operatoria e in sala di risveglio ecc.): i dati raccolti possono essere analizzati in seno al reparto per esaminare la propria performance. Questi dati servono di solito a paragonare le cure fornite con uno standard che può essere esplicito (per esempio il confronto di una prestazione fornita con una « raccomandazione di prassi clinica »¹¹) o implicito (per esempio il confronto con un valore medio¹²). Il vantaggio principale degli standard espliciti consiste nell'obbligare il sistema a creare un valore di referenza, mentre il loro principale inconveniente sono i costi spesso considerevoli che implicano la creazione e l'aggiornamento di questi standard di referenza;
- _ i dati relativi ai risultati delle cure, espressi in termini di guarigioni, complicazioni, decessi, anni di vita guadagnati ecc. Il tasso d'infezione delle ferite operatorie è un indicatore classico della qualità delle cure ospedaliere¹³. Come summenzionato, la valutazione del risultato delle cure va nel senso dello sviluppo di un modello « industriale » delle cure basato sulla soddisfazione del cliente piuttosto che sulla conformità a regole professionali. Il vantaggio principale degli indicatori di risultato consiste nel fatto che danno un'idea diretta, permettendo segnatamente di rilevare problemi particolarmente gravi e di valutare la qualità dei diversi modi di procedere nell'affrontare un problema. Ciò avviene per esempio nel caso della mortalità evitabile¹⁴.

Qualunque sia il tipo di dati considerato, il problema centrale in Svizzera consiste nella mancanza di statistiche sanitarie. In particolare manca ancora oggi una struttura che riunisca, analizzi e diffonda i dati disponibili riguardanti le strutture, le attività e i risultati del sistema di cure. A fortiori manca una prospettiva per sviluppare nuove raccolte di dati e/o nuovi indicatori che interesserebbero la valutazione della qualità delle cure. Come per il resto della sanità pubblica, lo sviluppo di un sistema ragionevole di monitoraggio è indispensabile: esso deve permettere al tempo stesso di individuare precocemente eventuali anomalie strutturali e funzionali, di giungere a una diagnosi e di iniziare una strategia d'intervento.

Per questo motivo è nell'interesse della qualità delle cure che venga creato rapidamente un osservatorio della salute in Svizzera, attualmente in discussione. Questo osservatorio dovrebbe permettere in particolare di sviluppare un sistema moderno di routine inerente la statistica sanitaria i cui dati saranno poco costosi e copriranno ragionevolmente l'insieme del sistema sanitario svizzero fornendo elementi di monitoraggio, di valutazione e di analisi¹⁵.

Si deve infine osservare che tutte le iniziative in corso o prevedibili a corto termine (come quelle riguardanti la soddisfazione dei pazienti¹⁶) si riferiscono agli ospedali per la cura di malattie acute. È comunque verosimile che il settore ambulatoriale e quello delle cure di lunga durata richiederanno un particolare impegno nel prossimo futuro.

3.2 Qualità delle cure e strategie di sanità pubblica

Una delle caratteristiche del sistema di promozione della sanità, attualmente in via d'introduzione in Svizzera, consiste nel fatto che questo sistema si fonda su istituzioni di cura (p. es. gruppo di lavoro qualità negli ospedali) e qualche volta su specialità professionali (p. es. raccomandazioni inerenti la prassi clinica). Infatti la qualità delle cure non è ancora considerata come un problema di sanità pubblica, ovvero come un problema che fa parte delle strategie e delle politiche della sanità nella comunità.

La qualità delle cure non è soltanto un problema che sorge nell'ambito delle prestazioni (soddisfazione della domanda, efficacia, basso costo di produzione ecc.), ma anche un problema che dipende dai bisogni sanitari della popolazione. I sistemi di priorità nell'ambito della promozione della qualità, come già consigliato¹⁷, dovrebbero anche corrispondere ai sistemi di priorità utilizzati nel campo della sanità pubblica.

La pressione demografica ed epidemiologica, per esempio, metterà costantemente in primo piano le malattie degenerative e croniche, quali quelle cardiovascolari e neuropsichiatriche, i diversi tipi di cancro e le artrosi: per questo motivo si dovrebbe dare una forte priorità allo sviluppo dei sistemi di prevenzione di queste patologie. Contemporaneamente l'evoluzione logica del sistema sanitario lascia prevedere una forte crescita del settore ambulatoriale, della prevenzione e della promozione della sanità e delle cure dispensate da personale non professionista: è proprio in questi settori, quindi, che si deve incoraggiare lo sviluppo di concetti, di indicatori di qualità e di sistemi di raccolta di dati e non pensare solo all'ambito ospedaliero.

Un esempio tipico di questa situazione è il controllo della qualità nell'ambito dell'individuazione dell'insufficienza cardiaca. Questa malattia è spesso causa di ricoveri in ospedale, anche ripetuti, e soprattutto di trattamenti ambulatoriali; essa rischia di aumentare molto in futuro per motivi demografici (si tratta di una condizione evidentemente legata all'età dei pazienti), ma anche epidemiologici (l'aumento del numero di casi è in parte dovuto al successo del trattamento delle malattie coronarie, anche in Svizzera¹⁸). Gli studi effettuati in un certo numero di paesi industrializzati mostrano che esiste un deficit importante di qualità nel trattamento di questa patologia.

4. Razionamento delle cure

Malthus fu probabilmente uno tra i primi a proporre una teoria politica di razionamento¹⁹. Perché parlare di razionamento adesso e perché parlarne in particolare nel mondo della sanità?

Intuitivamente il problema del razionamento può essere definito con l'elenco seguente:

- _ asportazione di un tatuaggio
- _ trattamento dell'infertilità
- _ fisioterapia per ferite dovute alla pratica di uno sport
- _ cure infermieristiche a lungo termine
- _ cambiamento di sesso
- _ cure dentarie per gli adulti
- _ presa a carico della contraccezione

Questo elenco annovera interventi il cui diritto alla copertura dei costi da parte del sistema sanitario pubblico può essere (o è stato oppure sarà certamente) contestato, tanto più che la domanda di cure considerate legittime va crescendo, fosse solo per ragioni demografiche²⁰.

Nel suo senso più semplice il razionamento designa l'insieme delle procedure volte a migliorare le prestazioni sanitarie fornite in una comunità, tenuto conto del fatto che l'importo totale delle risorse disponibili in questa comunità è fisso. Il razionamento è legato a un sistema di priorità delle cure destinato a produrre, secondo criteri di scelta, un elenco d'individui beneficiari o di prestazioni autorizzate.

Diversi Paesi scandinavi sono intervenuti in modo esplicito nell'ambito del razionamento da più di 10 anni (la Norvegia nel 1987, la Finlandia nel 1994, la Svezia nel 1995). Essi hanno in comune un sistema sanitario finanziato dalle imposte. Anche se le decisioni inerenti il razionamento potrebbero essere prese con facilità dal punto di vista strutturale, questi Paesi hanno voluto procedere in modo accurato: ciò è dovuto in parte a una tradizione inerente le decisioni politiche nella comunità, ma anche al fatto che il sistema è molto decentralizzato (il finanziamento delle circoscrizioni sanitarie avviene in modo pro capite).

In Svezia un documento descrive dettagliatamente²¹ il processo di scelta e i risultati di questa politica di razionamento. Tre principi vi sono menzionati:

- _ il principio della dignità umana si fonda sul fatto che tutti gli esseri umani hanno stessa dignità e stessi diritti, indipendentemente dalle loro caratteristiche personali e dalla loro funzione all'interno della società; il principio della dignità umana è fondamentale, ma non costituisce una base sufficiente per esprimere preferenze. In effetti se le risorse sono limitate non si può pretendere tutto ciò a cui si potrebbe aver diritto;
- _ il principio del bisogno e della solidarietà prevede che le risorse siano assegnate alle attività o alle persone che ne hanno maggiormente bisogno; la solidarietà consiste nel prestare un'attenzione particolare ai bisogni di coloro che hanno poche possibilità di essere ascoltati o di esercitare i loro diritti: un caso tipico è quello dei malati psichici o dei bambini (che possono facilmente essere presi di mira dalle strategie di razionamento);
- _ il principio costi-efficacia regola la scelta tra gli interventi: questa scelta deve favorire gli interventi aventi un rapporto ragionevole tra costi e efficacia tenuto conto del miglioramento della sanità e dell'aumento della qualità di vita. Il principio costi-efficacia può essere applicato solo se i diversi metodi confrontati trattano la stessa malattia e non se il paragone avviene tra malattie diverse.

Nel 1992 è stato pubblicato un rapporto sul razionamento in Nuova Zelanda²¹. In questo Paese, dove il sistema sanitario è altamente nazionalizzato, esiste una forte tradizione di sanità pubblica. L'intera operazione neozelandese è stata gestita da un « Core Service Committee » istituito nel 1992. Per organizzare questo razionamento delle prestazioni sono stati scelti i quattro criteri seguenti: profitto, rendimento, equità e osservanza dei valori sociali.

Esistono altri esempi di razionamento più o meno completo, come quello dello Stato dell'Oregon o di New York (Public Health Priorities Planning Project²²) o anche da parte di gruppi d'assicurazione (Group Health Cooperative de Puget Sound). L'analisi delle strategie di razionamento utilizzate attualmente nei paesi sviluppati mostra che esse vertono su tre grandi impostazioni:

- limitare i beneficiari, ossia utilizzare una o più caratteristiche individuali di modo che una determinata persona non possa più essere scelta per una determinata cura: età, nazionalità, stato di salute generale costituiscono possibili esempi. L'uso dell'età in particolare suscita parecchie discussioni, in parte emozionali, ma con un fondamento etico ragionevole²³. Si deve prestare attenzione al fatto che molte tecniche di razionamento inerenti il letto del malato (ossia il razionamento implicito che può essere osservato quotidianamente nel sistema di cure) si fondano su una limitazione dei beneficiari²⁴;
- limitare gli interventi, ossia preparare un elenco esaustivo di prestazioni da fornire alla comunità. Il tentativo più celebre è sicuramente quello dell'Oregon: questo elenco si prefiggeva l'obiettivo di fornire un accesso universale alle cure a tutti i cittadini dell'Oregon senza per questo aumentare i costi sanitari globali. In questo caso il razionamento ha quindi lo scopo di aumentare la copertura della popolazione senza però aumentare le spese. Le caratteristiche del sistema dell'Oregon consistono nell'utilizzare una regola formale per la valutazione del rapporto costi-efficacia al fine di stabilire una scala ordinata degli interventi²⁵. Questo elenco comprende circa 700 interventi la cui efficacia è stata provata (in questo senso si tratta di un razionamento puro e non di un razionamento del sistema sanitario per mezzo dell'eliminazione di procedure inefficaci). Ogni procedura è designata con un punteggio che tiene conto del « rendimento » della stessa in base a un calcolo che prende in considerazione la differenza dello stato di salute di un paziente con o senza intervento, la durata del beneficio e il costo dell'intervento. Questo sistema ha avuto una storia movimentata legata in parte alla battaglia costituzionale volta a stabilire se l'elenco violasse o meno alcuni diritti fondamentali (American with Disabilities Act);
- ridefinire gli obiettivi del sistema di cure, in particolare limitarne le ambizioni e togliere alcuni interventi che fanno parte della tecnica medica e non della cura: si tratta di un ragionamento tenuto di frequente per escludere ad esempio interventi di tipo cosmetico (p. es. asportazione di un tatuaggio, nell'elenco summenzionato). Il governo dei Paesi Bassi ha così cercato di escludere dall'elenco delle prestazioni la contraccezione e la fisioterapia.

Ognuna di queste tre impostazioni, che non si escludono l'una con l'altra, comporta delle difficoltà. Nelle discussioni attuali in Svizzera queste sono le più pertinenti:

- _ le società democratiche sembrano avere difficoltà a rendere esplicito un razionamento anche se tollerano strategie implicite²⁶ : infatti il razionamento esplicito ha molti difetti legati allo sviluppo di una «burocrazia del razionamento», in particolare quando si tratta di patologie difficili, variabili da un individuo all'altro e che cambiano rapidamente da un luogo all'altro²⁷. Queste qualità del razionamento implicito non vengono abbandonate facilmente, anche se è noto che un razionamento esplicito permette una scelta più razionale e più equa. Si tratta di un problema generale nelle società sviluppate che devono fare coesistere valori repubblicani (basati sulla conoscenza) con valori democratici (basati sulla maggioranza);
- _ le tecniche utilizzate per valutare i punteggi di ogni intervento (come nel caso dell'elenco dell'Oregon) sono spesso mal conosciute (misurazione dei costi, stato di salute ecc.): ciò rende questi elenchi fragili e quindi poco credibili;
- _ quando si consulta tutta la popolazione riguardo a questi progetti di razionamento, di solito si costata che essa dà la preferenza agli interventi efficaci piuttosto che a quelli inefficaci, ma non necessariamente a quelli efficienti piuttosto che a quelli inefficienti²⁸⁻²⁹;
- _ A quale livello decisionale si effettua la scelta è di per sé un problema organizzativo: decisioni governative sono probabilmente più eque, ma decisioni locali (a livello cantonale o comunale) vengono sicuramente accettate più facilmente. Questa questione merita di essere analizzata accuratamente in un Paese come la Svizzera.

4.1 Sopra e sottoutilizzazione delle cure

Un ultimo punto merita infine di essere evidenziato: si tratta del rapporto tra razionamento e qualità. Non vi è nessuna ragione teorica o pratica di pensare che un aumento reale della qualità delle cure diminuisca il costo delle operazioni ed eviti durevolmente ogni forma di razionamento.

L'ideale è di prendere un esempio reale tratto da una serie di studi condotti a Losanna da un gruppo che si è occupato della qualità delle cure in diverse procedure. Per studiare la qualità delle gastroscopie in una vasta clientela ambulatoriale³²⁻³¹, questo gruppo ha confrontato gli esami realmente eseguiti con le raccomandazioni inerenti la prassi che definiscono le cure ideali. Si ottiene così la tabella seguente:

Tabella 1. Ripartizione dei pazienti con sintomi gastro intestinali superiori secondo la necessità delle cure e la realizzazione di un'endoscopia digestiva del tratto gastro intestinale superiore

	<i>Endoscopia <u>necessaria</u> del tratto gastro intestinale superiore</i>	<i>Endoscopia <u>non</u> <u>necessaria</u> del tratto gastro intestinale superiore</i>	<i>Totale</i>
Endoscopia del tratto gastro intestinale superiore <u>effettuata</u>	24	39	63
Endoscopia del tratto gastro intestinale superiore <u>non effettuata</u>	72	476	548
Totale	96	515	611

Si nota subito che la qualità del sistema non è cattiva. La maggior parte dei pazienti riceve una cura adeguata; sono quelli che si situano sulla diagonale della tabella: 500/611. Tuttavia in questo sistema aumentare la qualità significa aumentare i costi: in cifre assolute i bisogni non coperti (a 72 pazienti non è stata effettuata un'endoscopia considerata come necessaria) superano gli eccessi di prescrizioni (a 39 pazienti è stata effettuata un'endoscopia considerata come inutile). Questo caso non è un'eccezione nel nostro sistema di cure^{32 33 34 35 36 37 38 39 40} visto che la sottoutilizzazione delle cure è frequente ed eliminabile solo con un enorme sforzo finanziario.

Parimenti non è troppo ragionevole sperare che avvengano miracoli concentrando le attività, ottenendo simultaneamente un miglioramento della qualità e una diminuzione dei costi. Anche se a riguardo sono stati effettuati numerosi lavori, le relazioni tra il volume e i risultati non sono uniformi e si è ben lungi dall'avere una teoria molto convincente di questi aspetti. In questo ambito si può costatare che esiste una relazione volume-risultato per certi interventi e per determinate patologie, mentre per altri non è stato possibile stabilirne una. Probabilmente non esistono regole valide in modo uniforme per tutti gli ambiti inerenti le cure; l'ideale consiste nell'esaminare ad hoc ogni situazione.

5. Referenze

† Varianti strutturali e formali per i rapporti di esperti (22.12.1999)

- ² Nightingale F. Notes on hospitals. London : Parker and son, 1859
- ³ Donabedian A. The end result hospital : Ernest Codman's contribution to quality assessment and beyond. *Milbank Q* 1989;67:233-56
- ⁴ Cochrane A. Effectiveness and efficiency : random reflections on health services. London : Nuffield Provincial Trust, 1972
- ⁵ Donabedian A. Exploration in quality assessment and monitoring. Vol 1, The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, MI : HAP (Health Administration Press), 1980
- ⁶ Lohr KN (ed) Medicare : a strategy for quality assurance. Vol. 1 and 2. Committee to design a strategy for quality review and assurance in Medicare Division of Health Care Services Institute of Medicine. Washington, DC : Kathleen N. Lohr, ed., 1990
- ⁷ Oevretveit J. Health service quality : An introduction to quality methods for Health Service. Oxford : Blackwell scientific publications, 1992
- ⁸ Paccaud F. Contrôle de la qualité des soins : aspects épidémiologiques. *Schweiz Med Wochenschr* 1993;123:254-60
- ⁹ Santos-Eggimann B, Paccaud F, Blanc T. Medical appropriateness of hospital utilization: an overview of the Swiss experience. *Int J Quality Health Care* 1995;7:227-32
- ¹⁰ Paccaud F, Gutzwiller F. Santé publique et marché de soins. Editorial. *Méd Hyg* 1998;56:251
- ¹¹ Bourquin MG, Wietlisbach V, Rickenbach M, Perret F, Paccaud F. Time trends in the treatment of acute myocardial infarction in Switzerland from 1986 to 1993 : Do they reflect the advances in scientific evidence from clinical trials ? *J Clin Epidemiol* 1998;51:723-32
- ¹² Santos-Eggimann B. Utilisation de la coronarographie en Suisse : une étude de population. *Schweiz Med Wochenschr* 1987;117:747-55
- ¹³ Troillet N, Eisenring Page PC, Praz G. Etude pilote pour un programme de surveillance des infections du site chirurgical dans des hôpitaux régionaux en Suisse. *Méd Hyg* 1998;56:1857-61
- ¹⁴ Burnand B, Scherer F, Cathieni F, Vader JP, Paccaud F. Evaluation de l'impact du système de santé sur la qualité des soins dans le canton du Valais. Une analyse exploratoire. Lausanne : Unité d'évaluation des soins, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Juin 1999
- ¹⁵ Mc Kee M. Routine data : a ressource for clinical audit ? *Qual Health Care* 1993;2:104-11
- ¹⁶ Burnand B, Lorenzini M, Vader JP, Paccaud F. La mesure de la satisfaction des patients : Une introduction au concept et aux modalités. *Cah Méd Soc* 1995;39:281-90
- ¹⁷ Faisst K, Schilling J. Qualitätssicherung- Bestandesaufnahme (Forshungsbericht nr.10/99). Bern : BSV, 1999
- ¹⁸ Bourquin MG, Wietlisbach V, Rickenbach M, Perret F, Paccaud F. Time trends in the treatment of acute myocardial infarction in Switzerland from 1986 to 1993 : Do they reflect the advances in scientific evidence from clinical trials ? *J Clin Epidemiol* 1998;5:723-32
- ¹⁹ Ross EB. The Malthus Factor : Poverty, Politics and Population in Capitalist Development. London and New York : ZED Books, 1998
- ²⁰ Paccaud F, Santos-Eggimann B. Vieillissement de la population, besoins de santé et réponse sanitaire. *Méd Hyg* 1999;2042-4
- ²¹ Honigsbaum F, Calltorp J, Hem C, Holmström S. New Zealand. In : Honigsbaum F, Calltorp J, Hem C, Holmström S. Priority setting processes for healthcare in Oregon, USA, New Zealand, the Netherlands, Sweden and the United Kingdom. Oxford : Radcliffe Medical Press, 1995:23-34
- ²² New York State Public Health Council : Public Health Priorities Planning Project
- ²³ Williams A, Evans JG. The rationing debate : rationing health care by age. *BMJ* 1997;314:820-5
- ²⁴ Swenson MD. Scarcity in the intensive care unit : principles of justice for rationing ICU beds. *Am J Med* 1992;92:551-5

- ²⁵ Bodenheimer T. The Oregon health plan - Lessons for the nation (two parts). *N Engl J Med* 1997;337:651-5 and 337:720-23
- ²⁶ Grogan CM. Deciding on access and levels of care : a comparison of Canada, Britain, Germany, and the United States. *J Health Politics, Policy & Law* 1992;17:213-32
- ²⁷ Hunter DJ. Rationing health care : the political perspective. *Brit Med Bull* 1995;5:876-84
- ²⁸ McIver S. Information for public choice. *Brit Med Bull* 1995;5:900-13
- ²⁹ Bowling A. Rationing as a public choice. *BMJ* 1996;312:670
- ³⁰ Froehlich F, Burnand B, Pache I, Vader JP, Fried M, Schneider C, Kosecoff J, Kolodny M, DuBois RW, Brook RH, Gonvers JJ. Overuse of upper gastrointestinal endoscopy in a country with open-access endoscopy : a prospective study in primary care. *Gastrointest Endosc* 1997;45:13-19.
- ³¹ Froehlich F, Pache I, Burnand B, Vader JP, Fried M, Kosecoff J, Kolodny M, DuBois RW, Brook RH, Gonvers JJ. Underutilization of upper gastrointestinal endoscopy. *Gastroenterology* 1997;112:690-697.
- ³² Paccaud F et al. Overuse and underuse of medical care : a case study. Submitted
- ³³ Struthers AD. Identification, diagnosis and treatment of heart failure : could we do better ? *Cardiology* 1996;87(suppl):29-32
- ³⁴ Fargason CA, Bronstein JM, Johnson VA. Patterns of care received by Medicaid recipients with urinary tract infections. *Pediatrics* 1995;96:638-42
- ³⁵ Struthers AD. Identification, diagnosis and treatment of heart failure : could we do better ? *Cardiology* 1996;87(suppl):29-32
- ³⁶ Friday GA, Khine H, Lin MS, Caliguiri LA. Profile of children requiring emergency treatment for asthma. *Ann Allergy Asthma Immunol* 1997;78:221-4
- ³⁷ Whittle J, Wickenheiser L, Venditti LN. Is warfarin underused in the treatment of elderly persons with atrial fibrillation? *Arch Intern Med* 1997;24;157:441-5
- ³⁸ Soumerai SB, McLaughlin TJ, Spiegelman D, Hertzmark E, Thibault G, Goldman L. Adverse outcomes of underuse of beta-blockers in elderly survivors of acute myocardial infarction. *JAMA* 1997;8;277:115-21
- ³⁹ George J, Binns VE, Clayden AD, Mulley GP. Aids and adaptations for the elderly at home : underprovided, underused, and undermaintained. *Br Med J Clin Res* 1988;296:1365-6
- ⁴⁰ Avorn J, Gurwitz JH. Drug use in the nursing home. *Annals Intern Med* 1995;123:195-204

«Garanzia della qualità»: resoconto della discussione

Daniele Piazza, Televisione Svizzera/ TSI

Nel suo intervento introduttivo al seminario, la consigliera federale Ruth Dreifuss ha sottolineato che “vi è ancora molto da fare nel controllo della qualità inteso come fattore di riduzione dei costi”. Un’osservazione ampiamente confermata dalla discussione nel gruppo di lavoro sulle garanzie della qualità. E’ emerso chiaramente che siamo soltanto agli inizi di un processo. Non stupisce quindi che il gruppo di lavoro non sia stato in grado di elaborare tesi o proposte concrete su possibili criteri e indicatori di qualità.

Definizione della qualità

Buona parte della discussione è ruotata attorno all’esigenza di definire la qualità nel settore della sanità. Da un lato è stato ricordato che esistono tante definizioni quanti sono gli esperti, da un altro è stato osservato che non vi è nulla di più pratico di una buona teoria nella misura in cui riduce i rischi di muoversi alla cieca. Una definizione è utile come base su cui elaborare i criteri per misurare la qualità. Tale definizione dipende a sua volta dall’organizzazione e dalla ripartizione dei compiti nel settore della sanità. Ma già qui le cose si complicano poiché la Svizzera si muove a cavallo fra due sistemi con modalità ed approcci diversi : la qualità gestita dai professionisti e la qualità controllata dagli assicuratori e dagli amministratori . Questo dualismo ha contribuito ad inibire i tentativi del gruppo di lavoro di formulare una definizione della qualità nel settore della sanità. Tentativi che taluni hanno d’altronde definito piuttosto accademici.

Come misurare la qualità

La discussione è diventata più concreta quando si è dibattuto sui criteri per misurare la qualità nel settore della sanità. Ne sono scaturite delle riflessioni e dei suggerimenti puntuali, senza tuttavia giungere all’elaborazione di tesi strutturate.

Si è osservato che nell’industria la qualità è giudicata esauriente “quando ritorna il cliente e non il prodotto”. Uno slogan che si addice agli ospedali privati secondo cui il paziente è un cliente che deve tornare e la qualità è messa in relazione alla

soddisfazione dei clienti. Immediata la replica : contrariamente ai clienti dell'industria o dell'economia, le cure sanitarie richiedono la partecipazione dei pazienti. Se il paziente non ritorna, non significa necessariamente che è scontento.

Vi sono stati riferimenti a modelli stranieri, dagli Stati Uniti ai paesi scandinavi, dal sistema pragmatico della Scozia, cui bastano 38 criteri per la misurare la qualità, al sistema burocratico della Germania con ben 990 indicatori di qualità.

Dal canto suo l'UFAS (Ufficio federale delle assicurazioni sociali), più che di indicatori preferisce parlare di 5 obiettivi da raggiungere nella qualità delle cure :

1. miglioramento costante
2. gestione della qualità basata sui dati
3. il paziente al centro dell'attenzione
4. evitare prestazioni inutili
5. evitare i costi provocati da una cattiva qualità.

Secondo i rappresentanti dei medici il miglioramento della qualità passa in primo luogo attraverso la ricerca e la formazione permanente.

Le organizzazioni dei pazienti suggeriscono di rivalutare il ruolo dei medici di famiglia e mettono l'accento sui trapianti e le cure di lunga durata dove si avvertono le conseguenze della mancanza di personale.

Dal canto loro gli ospedali privati sollecitano delle direttive da parte dell'amministrazione, ma anche dei medici. Spetterà poi agli ospedali confrontarsi con queste direttive. Le cliniche private si orientano sulle regole di mercato e ciò significa soddisfare il cliente non soltanto con l'assistenza medica, ma anche con i servizi alberghieri. Questo tipo di qualità ha però un prezzo.

Relazione qualità - costi

L'opinione dominante è che nel settore della sanità la qualità ha effetti benefici sui costi. Se le cure sono qualitativamente elevate, diminuiscono le complicazioni ed i ricoveri in ospedale e quindi diminuiscono anche i costi.

I controlli di qualità costano qualcosa nella fase introduttiva, ma successivamente prevarranno nettamente gli effetti positivi sul contenimento dei costi.

Per essere efficiente, la promozione della qualità deve permeare tutta la struttura sanitaria, dall'alto al basso, dalle sale operatorie ai servizi igienici, dai capi fino alle addette alle pulizie.

Durante la discussione è stata sottolineata anche l'importanza di associare ai controlli di qualità tutti i partner nel settore della sanità, sviluppando nel contempo una visione d'insieme. Bisogna insomma sganciarsi dagli approcci settoriali, dove agiscono gli interessi particolari. Occorre sventare il fenomeno dello scaricabarile tenendo presente le interconnessioni nei processi sanitari (lo stesso paziente è curato in un ospedale, i cui costi vanno a carico dei cantoni, e in seguito viene assistito in ambulatorio e dallo Spitex, finanziati dai comuni).

Conclusione

La garanzia della qualità sull'insieme del settore della sanità sta muovendo i suoi primi passi. E' questa la conclusione emersa dalla discussione in seno al gruppo di lavoro sulla garanzia della qualità.

Il direttore dell'UFAS Otto Piller ha ricordato che l'industria privata ha impiegato 40 anni per mettere a punto criteri omogenei di qualità. All'inizio erano guardati con sospetto, erano considerati inutili e fastidiosi. Adesso vengono menzionati con orgoglio e sono considerati indispensabili.

Anche per il settore della sanità sembra ormai giunto il momento di elaborare criteri esaurienti ed uniformi per garantire, migliorare e controllare la qualità.

**Convegno sulla LAMal del Dipartimento federale dell'interno
(28 febbraio 2000)**

Misure per il contenimento dei costi nella e con la LAMal

**Strumenti speciali per influire sui costi dell'assicurazione malattie e
del settore sanitario**

(Dr. Markus Moser)

Prefazione

Quali strumenti che influiscono sui costi, contrariamente alle disposizioni con obbligo e effetto diretto (p.es. il volume legale delle prestazioni), si intendono quelle regolamentazioni della LAMal che mettono a disposizione degli interessati strumenti speciali in grado di influire sui costi e sui premi dell'assicurazione-malattie. Gli interessati decidono di propria iniziativa quale uso farne.

Le regolamentazioni possono indirizzarsi a:

1. le autorità

- Stanziamento globale di bilancio per gli ospedali e le case di cura, art. 51 LAMal
- Provvedimenti straordinari: stanziamento globale di bilancio per gli ospedali e le case di cura; fissazione di tariffe da parte dell'autorità che approva (art. 54 e 55 LAMal).

2. I fornitori di prestazione

- Principio della proporzionalità nell'ambito della fornitura di prestazioni (art. 56 cpv. 1 LAMal).

3. Gli assicuratori

- Controllo delle prestazioni nel singolo caso, medici di fiducia, art. 57 LAMal
- Controllo del principio di proporzionalità nell'ambito della fornitura di prestazioni e rifiuto o restituzione delle prestazioni in caso di violazione del principio, art. 56 LAMal
- Proposta al tribunale arbitrale di escludere fornitori di prestazioni in caso di violazione del principio di proporzionalità e per mancanza della qualità nella fornitura di prestazioni, art. 59 LAMal

4. Le parti tariffali

- Convenzioni tariffali particolari come tariffa temporale, tariffa forfettaria per paziente, tariffa forfettaria per gruppo d'assicurati/Capitation ecc.), art. 43 LAMal
- Ulteriori elementi nelle convenzioni tariffali (controllo della qualità, gestione dei singoli casi ecc), art. 56 cpv. 5 LAMal
- Forme particolari di assicurazione con scelta limitata dei fornitori di prestazioni (HMO, sistema del medico di famiglia ecc.), art. 41 cpv. 4 LAMal

In relazione a una revisione della LAMal vengono proposti nuovi strumenti, segnatamente:

- l'ampliamento dello stanziamento globale di bilancio cantonale a tutte le prestazioni della LAMal;
- soppressione dell'obbligo per gli assicuratori di stipulare tariffe con tutti i fornitori di prestazioni autorizzati a praticare (soppressione dell'obbligo di contrarre).
TERMDAT

Tesi relative a tre strumenti

In merito ai seguenti strumenti si formulano alcune tesi:

- Controllo delle prestazioni da parte degli assicuratori
- Autorizzazione dei fornitori di prestazioni (soppressione dell'obbligo di contrarre)
- Stanziamento globale di bilancio

1. Controllo delle prestazioni da parte degli assicuratori

Il controllo delle prestazioni rientra nei compiti tradizionali di un assicuratore-malattie e si basa sul principio contenuto nell'art. 56 cpv. 1 LAMal secondo il quale il fornitore di prestazioni deve limitare le prestazioni a quanto esige l'interesse dell'assicurato e lo scopo della cura.

Attualmente, gli assicuratori-malattie assicurano questo controllo soprattutto nei modo seguente:

- controllando i conteggi nel singolo caso, spesso con l'aiuto del loro medico di fiducia;
- essendo passati recentemente a un controllo sistematico delle fatture di singoli fornitori di prestazioni con un sostegno EED;
- presentando in base ai loro accertamenti richieste di restituzione ai fornitori di prestazioni quando la violazione del principio contenuto nell'art. 56 cpv. 1 LAMal è provata.

Controllando il singolo caso il rapporto tra costi e ricavi risulta molto spesso sfavorevole per l'assicuratore. Per questo motivo, ancora oggi numerose fatture sono pagate senza che un controllo approfondito venga effettuato. Il controllo sistematico delle fatture migliorerà questa situazione. In caso di richiesta di restituzione però le esigenze probatorie richieste dai tribunali sono elevate. Queste procedure finiscono sovente con un accordo. Esse hanno soprattutto una funzione preventiva. Il controllo retrospettivo attualmente non dà risultati che eliminano sistematicamente prestazioni superflue e eccessive.

Tesi 1

1. Un controllo retrospettivo delle prestazioni non basta. Prima di tale controllo deve aver luogo l'acquisto delle prestazioni. Le convenzioni tariffali devono quindi divenire accordi relativi all'acquisto di prestazioni (p. es. mediante la fissazione di standard di cura, di regole sull'assegnazione a medici specialisti, di obblighi per gli assicuratori di informare circa le differenze dei costi tra i fornitori di prestazioni).
1. Nel caso ideale, gli accordi sull'acquisto di prestazioni si basano su tutto l'iter di cura di un paziente (medico di famiglia-farmacista-medico specialista-ospedale per le cure acute-riabilitazione-spitex).
- Il paziente diventa un consumatore bene informato. Per questo motivo nelle convenzioni si deve tener conto degli interessi degli assicurati. Gli assicurati possono essere inclusi negli accordi in quanto viene data loro la possibilità di scegliere.

La tesi 1 può essere realizzata già nell'ambito della LAMal attualmente in vigore. I destinatari sono in primo luogo gli assicuratori, i quali non sfruttano ancora abbastanza le possibilità e i margini di manovra della LAMal.

2. Autorizzazione dei fornitori di prestazioni

La sanità è in senso lato un mercato d'offerta. Un'offerta elevata porta a costi più elevati. L'esistenza di un rapporto tra la densità dei medici e i costi dell'assicurazione malattie è provata. Le grandi differenze nella concentrazione di medici tra determinate regioni in Svizzera non significano che nelle regioni del Paese che presentano una densità inferiore di medici l'assistenza medica sia oggi insufficiente. Con una diminuzione dell'offerta attuale in molte regioni della Svizzera è possibile ridurre i costi senza per questo minacciare l'assistenza medica.

Il diritto in vigore, secondo cui tutti i detentori di un determinato diploma con conferimento dell'autorizzazione cantonale ad esercitare la professione ottengono il diritto di praticare a carico delle assicurazioni sociali (obbligo di contrarre), non è necessario per garantire l'assistenza medica della popolazione. Se si tiene conto dell'evoluzione dei costi e della libera circolazione delle persone tra l'UE e la Svizzera, questo diritto non sarà più sostenibile in futuro.

Tesi 2

- L'obbligo di contrarre non può più essere mantenuto nella sua forma attuale.

- L'obiettivo principale di una soppressione dell'obbligo di contrarre non consiste nel limitare il numero dei fornitori di prestazioni, ma nell'influire sul comportamento di quelli autorizzati.
- In caso di soppressione dell'obbligo di contrarre gli assicuratori-malattie devono scegliere i fornitori di prestazioni in base ad un progetto di assistenza che si fondi sul bisogno, sui mandati di prestazioni e sui criteri di valutazione di qualità e costi.

L'obbligo di contrarre può essere soppresso solo con una modifica di legge. Tuttavia, già oggi gli assicuratori possono e devono elaborare progetti di assistenza e criteri di valutazione di qualità e costi dei fornitori di prestazioni. Questi progetti possono essere già realizzati ai sensi della LAMal attualmente in vigore nell'ambito della forma particolare d'assicurazione con scelta limitata del fornitore di prestazioni.

3. Stanziamento globale di bilancio

Il bilancio è uno strumento efficace per controllare i costi e offre la base per una visione completa di costi e vantaggi delle cure mediche. Il bilancio è più efficace di:

- un blocco di prezzi e controlli dei prezzi come previsto all'art. 55 LAMal poiché questi diventano inefficaci in seguito ad una crescita della quantità;
- una limitazione del volume delle prestazioni che permette di evitarne il cumulo;
- una soppressione dell'obbligo di contrarre se non è accompagnata da un progetto di assistenza (v. tesi 2).

Le odierne regolamentazioni della LAMal relative a uno stanziamento globale di bilancio per ospedali e case di cura quale strumento di gestione ordinario o quale provvedimento straordinario limitato nel tempo non bastano poiché i bilanci per ospedali e case di cura non permettono di osservare globalmente il decorso delle cure e di conseguenza in linea di principio non possono essere definite come stanziamento globale di bilancio.

La considerazione globale nell'ambito di un bilancio non può limitarsi a un Cantone poiché gli assicurati possono rivolgersi a tutti i fornitori di prestazioni autorizzati in grado di curarli indipendentemente dalle frontiere cantonali (art. 41 cpv. 1 LAMal). La reazione dei Cantoni riguardo all'obbligo di cofinanziare trattamenti extracantonali (art. 43 cpv. 3 LAMal) non è adeguata ai bisogni effettivi della popolazione. Non si può abusare dei medici cantonali come fossero doganieri. I Cantoni devono risolvere le particolarità per adempiere ai loro obblighi nel caso di trattamenti ospedalieri extracantonali mediante convenzioni intercantionali e non mediante ostacoli amministrativi.

Un'organizzazione decentralizzata della sanità, cui non sono estranei aspetti di politica nazionale, rimane anche per il futuro la soluzione adatta alle condizioni in Svizzera. Le grandi differenze di costi tra le diverse regioni nel settore della sanità sono un dato di fatto che non può essere spiegato unicamente con fattori oggettivi (demografia, prestazioni centrali per terzi, cofinanziamento differenziato dei Cantoni ecc.). Le differenze continuerebbero ad esistere anche se la sanità fosse regolamentata maggiormente dalla Confederazione, e rischierebbero di portare a conflitti ancora più pronunciati. Questo avverrebbe sia nel caso della ripartizione fra i singoli Cantoni di uno stanziamento globale di bilancio nazionale e di fondi incassati a livello centrale oppu-

re nel caso della fissazione di pianificazioni del fabbisogno da parte della Confederazione. Nel settore della sanità, soluzioni decentralizzate non significano comunque soluzioni cantonali, ma convenzioni intercantionali.

Tesi 3

Lo stanziamento globale di bilancio è uno strumento efficace per controllare i costi solo a determinate condizioni quadro.

- Deve trattarsi di un bilancio globale, vale a dire che deve comprendere tutte le prestazioni e tutti i fornitori di prestazioni autorizzati per una cerchia di assicurati prestabilita. Stanziamenti globali di bilancio cantonali senza convenzioni intercantionali non adempiono tale condizione.
- Il bilancio deve essere fondato su una convenzione conclusa tra assicuratori e fornitori di prestazioni. I bilanci ordinati dalle autorità non raggiungono l'obiettivo perseguito della limitazione dei costi poiché possono essere aggirati ed inoltre facilmente resi assurdi dai fornitori di prestazioni (rifiuto di fornire prestazioni importanti con relativa pubblicità).
- I fornitori di prestazioni registrati nel bilancio devono assumere in comune i loro obblighi al fine di permettere una considerazione globale dell'iter di cura (assegnazione a uno specialista o ricovero in ospedale). Bilanci rigidi per un singolo fornitore di prestazioni nel campo delle cure ambulatoriali impongono a quest'ultimo compiti relativi all'assunzione dei rischi che non devono essere assunti da esso, ma dall'assicuratore.

Lo stanziamento globale di bilancio quale bilancio convenuto conformemente a quanto summenzionato può essere realizzato già oggi. Le parti tariffali hanno a loro disposizione numerose varianti di convenzioni. La LAMal, infatti, non contiene un elenco esaustivo di determinati generi di tariffe. In particolare è possibile realizzare lo stanziamento globale di bilancio convenuto, nell'ambito di forme assicurative con scelta limitata dei fornitori di prestazioni. Questa forma d'assicurazione include anche gli assicurati nella convenzione, ciò che corrisponde in modo ideale all'obiettivo dello stanziamento globale di bilancio.

25. 1.2000/Dr. M. Moser

Allegati:

Dalla statistica dell'UFAS sull'assicurazione malattie 1998:

- Leistungen je Versicherten nach Kostengruppen (Tab. B. 10-A und B. 10-B) (Prestazioni per assicurato secondo i gruppi di costo (tab. B. 10-A e B. 10-B))
- Indizes der Kosten in der Krankenpflege-Grundversicherung je Versicherten, der Löhne und der Preise 1985-1998 (Graphik 3 und Graphik 4) (Indici dei costi nell'assicurazione di base delle cure medico-sanitarie per assicurato, dei salari e dei prezzi 1985-1998 (grafico 3 e grafico 4))
- Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Tab. F. 01) (Premi dell'assicurazione malattie obbligatoria (tab. F. 01))

Grafici speciali (fonte, statistiche dell'UFAS)

- Vergleich der Kostenentwicklung pro Kopf in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der IV (med. Massnahmen) (Confronto dell'evoluzione dei costi pro capite nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e nell'AI (provvedimenti sanitari))
- Kantonale Verteilungen Ärztedichte und durchschnittliche Prämie in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Distribuzioni cantonali dei medici e premi medi nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie)

«Provvedimenti straordinari»: resoconto della discussione

Hansueli Schöchli, redazione «Der Bund»

All'inizio della discussione si è constatato che finora, per quanto riguarda il contenimento dei costi, la LAMal non ha prodotto gli effetti voluti e che ora è necessario elaborare provvedimenti. In base ai temi «Controllo delle prestazioni da parte degli assicuratori», «Autorizzazione dei fornitori di prestazioni», «Stanziamiento globale di bilancio» e «Clausola del bisogno», in merito ai quali degli esperti hanno elaborato ampie tesi, il gruppo doveva formulare raccomandazioni ed eventualmente considerazioni su proposte concrete.

1. Controllo delle prestazioni da parte degli assicuratori

Il gruppo si è espresso a favore del principio contrattuale. Lo Stato deve avere solo un ruolo secondario. Allo stesso tempo si era d'accordo sul fatto che i contratti tra assicuratori-malattie e fornitori di prestazioni non avrebbero dovuto limitarsi a regolare solo la questione delle tariffe, bensì andare oltre. Non basta quindi che le casse controllino le fatture solo a posteriori. Al centrò della discussione dovrebbe piuttosto essere la conclusione di accordi globali sull'acquisto di prestazioni. La tesi di lavoro ha fatto riferimento in particolare, quali punti concreti, agli standard di cura, all'assegnazione a medici specialisti e agli obblighi reciproci di informazione. L'autore di tale tesi ha localizzato le opportunità di risparmio segnatamente nell'iter di cura di un paziente (dal medico di famiglia al medico specialista o all'ospedale) e nell'offerta generalmente eccessiva dei fornitori di prestazioni.

Sporadicamente è stata tuttavia criticata l'insufficienza di dati a disposizione delle casse malati. Il gruppo è dell'opinione che proprio in questo ambito ci sia la possibilità di migliorare la situazione grazie ad un accordo globale con i fornitori di prestazioni che comprenda l'obbligo di scambiarsi i dati.

Un ampio consenso regnava sul fatto che negli accordi le discussioni legate ai prezzi dovrebbero essere separate il più possibile dagli obiettivi fondamentali. Un commento tipico a questo proposito è stato il seguente: «Gli obiettivi non possono essere compromessi da discussioni legate al denaro.»

Tutti hanno sottolineato il fatto che coloro che prendono parte alle trattative devono avvertire una pressione che li spinga a concludere l'accordo. In altre parole in caso di fallimento gli interessati saranno confrontati a disposizioni statali, un'opzione, questa, meno gradevole.

2. Autorizzazione dei fornitori di prestazioni

La chiara opinione espressa dagli esperti, secondo cui l'obbligo di contrarre non può più essere mantenuto nella sua forma attuale, ha dato il via a una discussione animata. Vi è stata unanimità sul fatto che non si tratta di escludere dal mercato una gran parte dei fornitori di prestazioni. In primo piano vi è quindi piuttosto l'intenzione di influenzare il loro comportamento. Si era d'accordo anche sulla necessità di definire in modo chiaro i limiti tra accesso al mercato della salute (autorizzazione ad esercitare la professione) e accesso al "mercato LAMal": il primo non deve dare adito automaticamente al secondo.

Tuttavia diversi esponenti hanno espresso dubbi in merito alla soppressione dell'obbligo di contrarre. In questo modo, ad esempio, verrebbe messa in questione la pianificazione ospedaliera cantonale. C'è anche chi ha espresso obiezioni concrete, eccone una: se un Cantone avesse già ridotto in quantità relativamente importanti le sue capacità ospedaliere, per gli assicuratori malattie ciò comporterebbe un obbligo effettivo di contrarre. Si è discusso anche del pericolo di comportamenti di tipo cartellistico. Alla domanda se trattative individuali tra casse malati e fornitori di prestazioni siano possibili non è stata fornita nessuna risposta. Diversi partecipanti sono del parere che soprattutto gli ospedali pubblici, che hanno il dovere di rispettare l'uguaglianza di diritti, potranno difficilmente prendere in considerazione richieste particolari da parte delle casse.

I partecipanti si sono trovati d'accordo su un ulteriore punto. La soppressione dell'obbligo di contrarre renderebbe necessaria l'introduzione di "provvedimenti d'accompagnamento" che garantiscano la sicurezza nell'ambito dell'assistenza e standard qualitativi minimi per i fornitori di prestazioni. Per motivi di tempo non è stato possibile discutere concretamente l'eventuale struttura di tali standard.

3. Stanziamento globale di bilancio

Secondo la tesi di lavoro elaborata dagli esperti lo stanziamento di bilancio deve essere globale. Più concretamente: il bilancio deve includere tutte le prestazioni e tutti i fornitori di prestazioni autorizzati ad esercitare per un gruppo di assicurati precedentemente determinato. La nozione di "stanziamento globale di bilancio" ha tuttavia acceso fortemente gli animi di alcuni esponenti del gruppo che la collegavano a termini quali "economia pianificata", "burocrazia" e "inefficienza". Inoltre si è accennato al fatto che l'applicazione dello strumento in questione in Germania, in Svezia e in Inghilterra ha riscosso poco successo. L'autore della tesi di lavoro ha tenuto in seguito a chiarire che uno stanziamento globale di bilancio può funzionare soltanto se si basa su un accordo concluso tra assicuratori-malattie e fornitori di prestazioni, visto che i budget ordinati dallo Stato possono essere aggirati abbastanza facilmente o resi futili con il rifiuto di importanti prestazioni.

Questa precisazione ha saputo calmare un po' gli animi anche se i dubbi non sembrano essere completamente dissipati. Comunque alcuni fornitori di prestazioni hanno sottolineato il fatto che l'idea riassunta sotto il titolo "strumento stipulato tramite contratto" spaventi meno di quella di uno "stanziamento globale di bilancio attraverso statale" e che inoltre possa effettivamente contribuire a contenere i costi.

4. Clausola del bisogno

In conclusione c'è stato giusto il tempo di dire qualche parola a proposito della nuova clausola del bisogno prevista dall'art. 55a LAMal che conferisce temporaneamente al Consiglio federale il diritto di limitare le autorizzazioni a praticare di fornitori di prestazioni. Un sondaggio lampo all'interno del gruppo relativo a considerazioni e proposte in merito ai criteri d'applicazione dell'articolo summenzionato ha portato alla luce soprattutto dubbi. Tra gli argomenti toccati vi sono il pericolo di una burocrazia straripante, le elevate spese di controllo, le potenziali ingiustizie, l'inefficacia per quanto riguarda cambiamenti nel comportamento dei fornitori di prestazioni e la difficile attuabilità di fronte ai diversi bisogni nelle diverse regioni.

Misure volte al contenimento dei costi della LAMal

4 aprile 2000

Seminario del Dipartimento federale dell'Interno (DFI)

Berna, Hotel «Kreuz», Zeughausgasse 41

Nell'ambito del contenimento dei costi la legge sull'assicurazione malattie (LAMal) stabilisce soprattutto condizioni quadro per la ripartizione dei ruoli delle diverse parti attive nel settore della sanità. L'efficacia può quindi essere ottenuta solo se si agisce in stretta collaborazione. Nel quadro di un seminario organizzato dal Dipartimento federale dell'interno vengono discussi problemi appartenenti a diverse sfere di competenze e che richiedono la disponibilità ad agire di diverse parti interessate. Partendo dalla premessa che per l'applicazione delle misure di contenimento dei costi non vi è alcuna alternativa alla collaborazione tra le parti attive nel settore della sanità, gli interessati dovranno elaborare "un'unità di misura" per l'applicazione delle misure di contenimento dei costi.

1. Situazione iniziale

La legge sull'assicurazione malattie (LAMal) prevede una serie di misure volte *expressis verbis* a contenere i costi. Altre sono implicitamente possibili. In primo luogo, la LAMal stabilisce nell'ambito del contenimento dei costi condizioni quadro per la ripartizione dei ruoli delle diverse parti attive nel settore della sanità. L'efficacia può quindi essere ottenuta solo se si agisce in stretta collaborazione.

Al momento attuale gli interessati assumono le proprie responsabilità in questo senso in modo assai diverso. Inoltre, molte misure proposte dalla Confederazione a livello di legge o di ordinanza, come ad esempio il piano finanziario globale, si scontrano con un atteggiamento di rifiuto.

2. Obiettivi del seminario

- **Presentazione** delle misure di contenimento dei costi previste dalla LAMal e del loro potenziale.
- **Discussione** sulle difficoltà di introduzione ed applicazione degli strumenti necessari.
- **Dibattito** tra le parti sulle misure di contenimento dei costi. Scopo: recuperare e rilanciare le misure arenatesi.

3. Temi

Oggetto del seminario sono i 3 temi seguenti:

A pianificazione dell'assistenza

autorizzazione dei fornitore di prestazioni; pianificazione ospedaliera; tariffe in relazione ad assistenza e cliniche universitarie; prevenzione;

B garanzia della qualità

responsabilità di Confederazione e Cantoni; contratti di garanzia della qualità e contratti tariffali; razionalizzazione;

C misure straordinarie previste dalla LAMal

piano finanziario globale; diritto d'urgenza; economicità dei fornitori di prestazioni; esclusione di fornitori di prestazioni.

4. Partecipanti

(cfr. elenco a parte)

Dai partecipanti si attende un contributo attivo ai lavori di gruppo.

5. Organizzazione della giornata

Al termine della parte dedicata all'esposizione dei fatti il plenum si dividerà in tre gruppi, ognuno dei quali affronterà una delle tematiche sopraccitate.

- Brevi rapporti di esperti indipendenti (previamente distribuiti) fungeranno da base dei lavori di gruppo.
- Gli obiettivi principali dei gruppi di lavoro sono: dibattito, approvazione, rifiuto e eventualmente riformulazione di tre tesi (distribuite nel corso del seminario) da parte di ciascun gruppo e in particolare delle questioni di **deficit**, **necessità di agire** e **parti interessate principali** (= ricerca progressiva di un consenso).

- Ogni gruppo di lavoro sarà moderato da uno **specialista (dell'economia, dei Cantoni o della Confederazione)**.
- Nel pomeriggio, i risultati emersi dai singoli gruppi saranno esposti al plenum da **relatori professionali (giornalisti)** e successivamente discussi.

6. Programma del seminario (provvisorio)

Luogo	Hotel «Kreuz», Zeughausgasse 41, 3011 Berna		
09.30	Inizio del seminario		
10.00	Lavoro di gruppo		
	A pianificazione dell'assistenza	B garanzia della qualità	C misure straordinarie
	Pausa		
	A pianificazione dell'assistenza	B garanzia della qualità	C misure straordinarie
12.00	Pranzo		
13.30	Rapporto gruppi A e B		
	Dibattito gruppi A e B		
	Pausa		
13.30	Rapporto gruppo C		
	Dibattito gruppo C		
16.30	Punto della situazione e conclusioni		
17.00	Informazione per i media		

7. Lingua

Le lingue del seminario sono il tedesco, il francese e l'italiano. L'interpretazione simultanea dei rapporti e degli interventi non è prevista.

8. Segreteria del seminario e informazioni

Tel. 031 322 91 12, B. Baumann

Divisione principale assicurazione malattie e infortuni

Ufficio federale delle assicurazioni sociali

Effingerstr. 20

3003 Berna

Arbeitstagung «Massnahmen des KVG zur Kostendämpfung», Bern, 4. April 2000, Hotel «Kreuz»

Gruppe A «Versorgungsplanung»

Zusammensetzung:

Name	Vorname	Funktion	Organisation
Allet	Charles		Service de la santé publique du canton du Valais
Braun	Thomas K.	Leiter KUV	Schweiz. Versicherungsverband
Brentano	Max	Präsident	Schweiz. Apothekerverein
Cortesi	Giovanni		Bundesamt für Sozialversicherung
Dual	Ruth	Präsidentin	Dachverband Schweiz. Patientenstellen DVSP
Dürr	Markus	Regierungsrat	Gesundheits- und Sozialdepartement
Giger	Marc-André	Direktor	Konkordat Schweizerischer Krankenversicherer (KSK)
Haefeli	Andreas	Mitglied TarMed-Verhandlungsdelegation	
Kuster	Erica	Präsidentin	Fédération Suisse des Associations professionnelles de domaine de la Santé (FSAS)
Rindlisbacher	Michael	Direktor	Innova
Saladin	Peter	Präsident	H+ Die Spitäler der Schweiz
Schaffner	Catherine		Service de la santé publique du canton de Vaud
Schneider	Sandra	Sektionschefin	Bundesamt für Sozialversicherung
Thiévent-Schlup	Martine	Cheffe	Division des Recours au Conseil Fédéral/OFJ
Wyss	Franz	Zentralsekretär	Schweiz. Sanitätsdirektorenkonferenz

Moderation:

Müller	Ueli	Präsident	Konkordat Schweizerischer Krankenversicherer (KSK)
--------	------	-----------	--

Berichterstattung:

Seiler	Roman	Redaktor	Redaktion «Cash»
--------	-------	----------	------------------

Experte:

Oggier	Willy		Gesundheitsökonomische Beratungen
--------	-------	--	-----------------------------------

Gruppenraum:

«Tavel», 2. OG

Gruppe B «Qualitätssicherung»

Zusammensetzung:

Name	Vorname	Funktion	Organisation
Bürkler	Paul	Vorstandsmitglied Spitex Verband Schweiz	Spitex Verband Schweiz
Deschenaux	François-X.	Generalsekretär	FMH
Fuchs	Robert	Direktor	La Caisse Vaudoise
Hügli	Ernst	Vorstandsmitglied SVPK	
Jaquet	Veronique	Juriste	Office fédéral de la justice
Kessler	Margrit	SPO-Präsidentin	SPO
Langenegger	Manfred		Bundesamt für Sozialversicherung
NN		Dienstschef	Gesundheits- und Sozialfürsorgedirektion FR
Ochsner	Beat	Direktor	OeKK
Ouverney	Daniel		Groupe Mutuel
Reimann	Ernst	Chef Amt für Zusatzleistungen AHV/ IV	Schweiz. Städteverband
Tille	Marianne	Secrétaire générale	FRC
Wiedmer	Daniel	Abteilungschef	Bundesamt für Sozialversicherung

Moderation:

Burgener	Thomas	Regierungsrat	Departement für Gesundheit, Sozialwesen und Energie, Sion
----------	--------	---------------	--

Berichterstattung:

Piazza	Daniele	Redaktor	Televisione della Svizzera Italiana, Bern
--------	---------	----------	---

Experte:

Paccaud	Fred		IUMSP, Lausanne
---------	------	--	-----------------

Gruppenraum:

«Anker», 2. UG

Arbeitstagung «Massnahmen des KVG zur Kostendämpfung», Bern, 4. April 2000, Hotel «Kreuz»

Gruppe C «Ausser ordentliche Massnahmen»

Zusammensetzung:

Name	Vorname	Funktion	Organisation
Brunschweiler	Martin	stv. Generalsekretär	Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich
Elmiger	Franz	Geschäftsleiter	Verband christlicher Institutionen vci
Engler	Conrad	Leiter Pharma Information	Interpharma
Fäh	Barbara	Projektleiterin	Bundesamt für Gesundheit
Frei	Walter	Redaktor	Konkordat Schweizerischer Krankenversicherer (KSK)
Frund	Vinciane		OFSP Geschäftsbereich Gesundheitspolitik
Guisan	Yves	Vize-Präsident	FMH
Haudenschild	Christoph	Geschäftsführer	H+ Die Spitäler der Schweiz
Hölzle	Walter P.	Präsident	VIPS
Jung	Manuel	wiss. Adjunkt	Surveillance des prix
Kocher	Ralf		Bundesamt für Sozialversicherung
Mazenauer	Beatrice	Zentralsekretärin	Spitex Verband Schweiz
Mesnil	Marcel	Generalsekretär	Schweiz. Apothekerverein
Mösle	Hansueli	Zentralsekretär	HVS
Mühlemann	Daniel	Präsident	ASC
Vogler	Hanspeter	Wissensch. Mitarbeiter	Gesundheits- und Sozialdepartement

Moderation:

Britt	Fritz	Vizedirektor	Bundesamt für Sozialversicherung
-------	-------	--------------	----------------------------------

Berichterstattung:

Schöchli	Hansueli	Redaktor	Redaktion «Der Bund»
----------	----------	----------	----------------------

Experte:

Moser	Markus		PricewaterhouseCoopers AG
-------	--------	--	---------------------------

Gruppenraum:

«Bubenbergl Erlach», 2. UG

Beiträge zur sozialen Sicherheit

In dieser Reihe veröffentlicht das Bundesamt für Sozialversicherung Forschungsberichte (fett gekennzeichnet) sowie weitere Beiträge aus seinem Fachgebiet. Bisher wurden publiziert:

Aspects de la sécurité sociale

Sous ce titre, l'Office fédéral des assurances sociales publie des rapports de recherche (signalés en gras) ainsi que d'autres contributions relevant de son champ d'activité. Ont déjà été publiés:

Aspetti della sicurezza sociale

Sotto questo titolo, l'Ufficio federale delle assicurazioni sociali pubblica dei rapporti di ricerca (segnalati in grassetto) nonché altri contributi inerenti alla sua sfera d'attività. La maggior parte dei rapporti appare in tedesco e in francese.

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Forschungsbericht: Wolfram Fischer, Möglichkeiten der Leistungsmessung in Krankenhäusern: Überlegungen zur Neugestaltung der schweizerischen Krankenhausstatistik. Nr. 1/94	EDMZ* 318.010.1/94 d
Rapport de recherche: Wolfram Fischer, Possibilités de mesure des Prestations hospitalières: considérations sur une réorganisation de la statistique hospitalière. N° 1/94	OCFIM* 318.010.1/94 f
Rapport de recherche: André Bender, M. Philippe Favarger, Dr. Martin Hoesli: Evaluation des biens immobiliers dans les institutions de prévoyance. N° 2/94	OCFIM* 318.010.2/94 f
Forschungsbericht: Hannes Wüest, Martin Hofer, Markus Schweizer: Wohneigentumsförderung – Bericht über die Auswirkungen der Wohneigentumsförderung mit den Mitteln der beruflichen Vorsorge. Nr. 3/94	EDMZ* 318.010.3/94 d
Forschungsbericht: Richard Cranovsky: Machbarkeitsstudie des Technologiebewertungsregister. Nr. 4/94	EDMZ* 318.010.4/94 d
Forschungsbericht: BRAINS: Spitex-Inventar. Nr. 5/94	EDMZ* 318.010.5/94 d
Rapport de recherche: BRAINS: Inventaire du Spitex. N° 5/94	OCFIM* 318.010.5/94 f
Forschungsbericht: Jacob van Dam, Hans Schmid: Insolvenzversicherung in der beruflichen Vorsorge. Nr. 1/95	EDMZ* 318.010.1/95 d

* EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern

* OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Bern

* UCFSM = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna

** BSV = Bundesamt für sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern

** OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne

** UFAS = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Forschungsbericht: BASS: Tobias Bauer. Literaturrecherche: Modelle zu einem garantierten Mindesteinkommen. Nr. 2/95	EDMZ* 318.010.2/95 d
Forschungsbericht: IPSO: Peter Farago. Verhütung und Bekämpfung der Armut: Möglichkeiten und Grenzen staatlicher Massnahmen. Nr. 3/95	EDMZ* 318.010.3/95 d
Rapport de recherche: IPSO: Peter Farago. Prévenir et combattre la pauvreté: forces et limites des mesures prises par l'Etat. N° 3/95	OCFIM* 318.010.3/95 f
Bericht des Eidgenössischen Departementes des Innern zur heutigen Ausgestaltung und Weiterentwicklung der schweizerischen 3-Säulen-Konzeption der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge. Oktober 1995	EDMZ* 318.012.1/95 d
Rapport du Département fédéral de l'intérieur concernant la structure actuelle et le développement futur de la conception helvétique des trois piliers de la prévoyance vieillesse, survivants et invalidité. Octobre 1995	OCFIM* 318.012.1/95 f
Rapporto del Dipartimento federale dell'interno concernente la struttura attuale e l'evoluzione futura della concezione svizzera dei 3 pilastri della previdenza per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità. Ottobre 1995	UCFSM* 318.012.1/95 i
Universität Zürich, Interdisziplinäre Vorlesungsreihe 1995/96: Das neue KVG – Was ändert sich im Gesundheitswesen? Die Referate. Teil I	BSV** 96.217
Universität Zürich, Interdisziplinäre Vorlesungsreihe 1995/96: Das neue KVG – Was ändert sich im Gesundheitswesen? Die Referate. Teil II	BSV** 96.538
Interdepartementale Arbeitsgruppe "Finanzierungsperspektiven der Sozialversicherungen" (IDA FiSo 1): Bericht über die Finanzierungsperspektiven der Sozialversicherungen (unter besonderer Berücksichtigung der demographischen Entwicklung). Nr. 1/96	EDMZ* 318.012.1/96 d
Groupe de travail interdépartemental "Perspectives de financement des assurances sociales" (IDA FiSo): Rapport sur les perspectives de financement des assurances sociales (eu égard en particulier à l'évolution démographique). N° 1/96	OCFIM* 318.012.1/96 f
Forschungsbericht: Laura Cardia-Vonèche et al.: Familien mit alleinerziehenden Eltern. Nr. 1/96	EDMZ* 318.010.1/96 d
Rapport de recherche: Laura Cardia-Vonèche et al.: Les familles monoparentales. N° 1/96	OCFIM* 318.010.1/96 f
Bericht der Arbeitsgruppe "Datenschutz und Analysenliste / Krankenversicherung". Nr. 2/96	BSV** 96.567
Rapport du groupe de travail "Protection des données et liste des analyses / assurance-maladie". N° 2/96	OFAS** 96.568

- | |
|--|
| <p>* EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern
 * OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Bern
 * UCFSM = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna
 ** BSV = Bundesamt für sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern
 ** OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne
 ** UFAS = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna</p> |
|--|

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Berufliche Vorsorge: Neue Rechnungslegungs- und Anlagevorschriften; Regelung des Einsatzes der derivativen Finanzinstrumente; Verordnungstext / Erläuterungen / Fachempfehlungen. Nr. 3/96	EDMZ* 318.010.3/96 d
Prévoyance professionnelle: Nouvelles prescriptions en matière d'établissement des comptes et de placements. Réglementation concernant l'utilisation des instruments financiers dérivés. Texte de l'ordonnance / commentaire / recommandations. N° 3/96	OCFIM* 318.010.3/96 f
Previdenza professionale: Nuove prescrizioni in materia di rendiconto e di investimenti. Regolamentazione concernente l'impiego di strumenti finanziari derivati. N° 3/96	UCFSM* 310.010.3/96 i
Forschungsbericht: Martin Wechsler, Martin Savioz: Umverteilung zwischen den Generationen in der Sozialversicherung und im Gesundheitswesen. Nr. 4/96	EDMZ* 318.010.4/96 d
Forschungsbericht: Wolfram Fischer: Patientenklassifikationssysteme zur Bildung von Behandlungsfallgruppen im stationären Bereich. Nr. 1/97	EDMZ* 318.010.1/97 d
Forschungsbericht: Infrass: Festsetzung der Renten beim Altersrücktritt und ihre Anpassung an die wirtschaftliche Entwicklung. Überblick über die Regelungen in der EU. Nr. 2/97	EDMZ* 318.010.2/97 d
Forschungsbericht: Heinz Schmid: Prämien genehmigung in der Krankenversicherung. Expertenbericht. Nr. 3/97	EDMZ* 318.010.3/97 d
Rapport de recherche: Heinz Schmid: Procédure d'approbation des primes dans l'assurance-maladie. Expertise. N° 3/97	OCFIM* 318.010.3/97 f
Forschungsbericht: Eine Zusammenarbeit zwischen IPSO und Infrass: Perspektive der Erwerbs- und Lohnquote. Nr. 4/97	EDMZ* 318.010.4/97 d
Forschungsbericht: Stefan Spycher, BASS: Auswirkungen von Regelungen des AHV-Rentenalters auf die Sozialversicherungen, den Staatshaushalt und die Wirtschaft. Nr. 5/97	EDMZ* 318.010.5/97 d
Forschungsbericht: Günther Latzel, Christoph Andermatt, Rudolf Walther, BRAINS: Sicherung und Finanzierung von Pflege- und Betreuungsleistungen bei Pflegebedürftigkeit. Band I und II. Nr. 6/97	EDMZ* 318.010.6/97 d

- | | |
|---------|---|
| * EDMZ | = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern |
| * OCFIM | = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Bern |
| * UCFSM | = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna |
| ** BSV | = Bundesamt für sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern |
| ** OFAS | = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne |
| ** UFAS | = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna |

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Interdepartementale Arbeitsgruppe "Finanzierungsperspektiven der Sozialversicherungen (IDA FiSo) 2": Analyse der Leistungen der Sozialversicherungen; Konkretisierung möglicher Veränderungen für drei Finanzierungsszenarien.	EDMZ* 318.012.1/97 d
Groupe de travail interdépartemental "Perspectives de financement des assurances sociales (IDA FiSo) 2": Analyse des prestations des assurances sociales; Concrétisation de modifications possibles en fonction de trois scénarios financiers.	OCFIM* 318.012.1/97 f

- | |
|--|
| <p>* EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern</p> <p>* OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Bern</p> <p>* UCFSM = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna</p> <p>** BSV = Bundesamt für sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern</p> <p>** OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne</p> <p>** UFAS = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna</p> |
|--|

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Publikationen zur Untersuchung "Neue Formen der Krankenversicherung"	
Publications relatives à l'étude des nouvelles formes d'assurance-maladie	
Übersicht – Synthèse	
Forschungsbericht: Rita Baur, Wolfgang Hunger, Klaus Kämpf, Johannes Stock (Prognos AG): Evaluation neuer Formen der Krankenversicherung. Synthesebericht. Nr. 1/98	EDMZ* 318.010.1/98 d
Rapport de recherche: Rita Baur, Wolfgang Hunger, Klaus Kämpf, Johannes Stock (Prognos AG): Rapport de synthèse: Evaluation des nouveaux modèles d'assurance-maladie. N° 1/98	OCFIM* 318.010.1/98 f
Materialienberichte / Befragungen – Dossiers techniques / Enquêtes	
Forschungsbericht: Rita Baur, Doris Eyett (Prognos AG): Die Wahl der Versicherungsformen. Untersuchungsbericht 1. Nr. 2/98	EDMZ* 318.010.2/98 d
Forschungsbericht: Rita Baur, Doris Eyett (Prognos AG): Bewertung der ambulanten medizinischen Versorgung durch HMO-Versicherte und traditionell Versicherte. Untersuchungsbericht 2. Nr. 3/98	EDMZ* 318.010.3/98 d
Forschungsbericht: Rita Baur, Doris Eyett (Prognos AG): Selbstgetragene Gesundheitskosten. Untersuchungsbericht 3. Nr. 4/98	EDMZ* 318.010.4/98 d
Forschungsbericht: Rita Baur, Armin Ming, Johannes Stock, Peter Lang (Prognos AG): Struktur, Verfahren und Kosten der HMO-Praxen. Untersuchungsbericht 4. Nr. 5/98	EDMZ* 318.010.5/98 d
Forschungsbericht: Johannes Stock, Rita Baur, Peter Lang (Prognos AG); Prof. Dr. Dieter Conen: Hypertonie-Management. Ein Praxisvergleich zwischen traditionellen Praxen und HMOs. Nr. 6/98	EDMZ* 318.010.6/98 d
Materialienberichte – Dossiers techniques	
Forschungsbericht: Stefan Schütz et al.: Neue Formen der Krankenversicherung: Versicherte, Leistungen, Prämien und Kosten. Ergebnisse der Administrativdatenuntersuchung, 1. Teil. Nr. 7/98	EDMZ* 318.010.7/98 d
Forschungsbericht: Herbert Känzig et al.: Neue Formen der Krankenversicherung: Alters- und Kostenverteilungen im Vergleich zu der traditionellen Versicherung. Ergebnisse der Administrativdatenuntersuchung, 2. Teil. Nr. 8/98	EDMZ* 318.010.8/98 d
Rapport de recherche: Gabriel Sottas et al.: Données administratives de l'assurance-maladie: Analyse de qualité, statistique élémentaire et base pour les exploitations. N° 9/98	OCFIM* 318.010.9/98 f
Die Fragebogen der Versichertenbefragung (5 Teile) sind erhältlich bei: Bundesamt für Sozialversicherung, Sektion Statistik, Hr. Herbert Känzig, 3003 Bern (Tel. 031 / 322 91 48)	

* EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern

* OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Bern

* UCFSM = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna

** BSV = Bundesamt für sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern

** OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne

** UFAS = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Forschungsbericht: Tobias Bauer, (BASS): Kinder, Zeit und Geld. Eine Analyse der durch Kinder bewirkten finanziellen und zeitlichen Belastungen von Familien und der staatlichen Unterstützungsleistungen in der Schweiz Mitte der Neunziger Jahre. Nr. 10/98	EDMZ* 318.010.10/98 d
Forschungsbericht: Tobias Bauer (BASS): Auswirkungen von Leistungsveränderungen bei der Arbeitslosenversicherung. Im Auftrag der IDA FiSo 2. Nr. 11/98	EDMZ* 318.010.11/98 d
Forschungsbericht: Stefan Spycher (BASS): Auswirkungen von Leistungsveränderungen bei der Witwenrente. Im Auftrag der IDA FiSo 2. Nr. 12/98	EDMZ* 318.010.12/98 d
Forschungsbericht: André Müller, Felix Walter, Renger van Nieuwkoop (ECOPLAN); Stefan Felder: Wirtschaftliche Auswirkungen von Reformen der Sozialversicherungen. DYNASWISS – Dynamisches allgemeines Gleichgewichtsmodell für die Schweiz. Im Auftrag der IDA FiSo 2. Nr.13/98	EDMZ* 318.010.13/98 d
Forschungsbericht: S.P. Mauch, R. Iten, S. Banfi, D. Bonato, T. von Stokar (INFRAS); B. Schips, Y. Abrahamsen (KOF/ETH): Wirtschaftliche Auswirkungen von Reformen der Sozialversicherungen. Schlussbericht der Arbeitsgemeinschaft INFRAS/KOF. Im Auftrag der IDA FiSo 2. Nr. 14/98	EDMZ* 318.010.14/98 d
Forschungsbericht: Spartaco Greppi, Raymond Rossel, Wolfram Strüwe (BFS): Der Einfluss des neuen Krankenversicherungsgesetzes auf die Finanzierung des Gesundheitswesens. Bericht im Rahmen der Wirkungsanalyse KVG. Nr. 15/98	EDMZ* 318.010.15/98 d
Rapport de recherche: Spartaco Greppi, Raymond Rossel, Wolfram Strüwe (OFS): Les effets de la nouvelle loi sur l'assurance-maladie dans le financement du système de santé. Rapport établi dans le cadre de l'analyse des effets de la LAMal. N° 15/98	OCFIM* 318.010.15/98 f
Bundesamt für Sozialversicherung (Herausgeber), Forum 1998 über das Rentenalter / sur l'âge de la retraite. Die Referate / Les exposés des conférenciers (April/avril 1998), Nr. 16/98	EDMZ* 318.010.16/98 df
Forschungsbericht: Robert E. Leu, Stefan Burri, Peter Aregger: Armut und Lebensbedingungen im Alter. Nr. 17/98	EDMZ* 318.010.17/98 d
Prof. Dr. Thomas Koller: Begünstigtenordnung zweite und dritte Säule. Gutachten. Nr. 18/98	EDMZ* 318.010.18/98 d
Prof. Dr. Thomas Koller: L'ordre des bénéficiaires des deuxième et troisième piliers. Rapport d'expertise. N° 18/98	OCFIM* 318.010.18/98 f

* EDMZ	= Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern
* OCFIM	= Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Bern
* UCFSM	= Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna
** BSV	= Bundesamt für sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern
** OFAS	= Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne
** UFAS	= Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Forschungsbericht: Mikroökonomische Effekte der 1. BVG-Revision. Schlussbericht. INFRAS. Nr. 19/98 d	EDMZ* 318.010.19/98 d
Rapport de recherche: INFRAS: Effets microéconomiques de la 1 ^{re} révision de la LPP. Rapport final N° 19/98	OCFIM* 318.010.19/98 f
Forschungsbericht: Makroökonomische Effekte der 1. BVG-Revision. Schlussbericht. KOF/ETHZ, Zürich. Nr. 20/98 d	EDMZ* 318.010.20/98 d
Rapport de recherche: KOF/ETHZ: Effets macroéconomiques de la 1 ^{re} révision de la LPP. Rapport final N° 20/98	OCFIM* 318.010.20/98 f
Forschungsbericht: Die sozialpolitische Wirksamkeit der Prämienverbilligung in den Kantonen; Dr. Andreas Balthasar; Interface Institut für Politikstudien; Nr. 21/98 d	EDMZ* 318.010.21/98 d
Rapport de recherche: Dr. Andreas Balthasar (Interface Institut d'études politiques): Efficacité sociopolitique de la réduction de primes dans les cantons. N° 21/98	OCFIM* 318.010.21/98 f
Forschungsbericht: Stefan Spycher (BASS): Wirkungsanalyse des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung. Nr. 1/99	EDMZ* 318.010.1/99 d
Forschungsbericht: Kurzfassung von 1/99. Nr. 2/99	EDMZ* 318.010.2/99 d
Rapport de recherche: Condensé du n° 1/99. N° 2/99	OCFIM* 318.010.2/99 f
Rapport de recherche: Institut de santé et d'économie ISE en collaboration avec l'Institut du Droit de la Santé IDS: Un carnet de santé en Suisse? Etude d'opportunité. N° 3/99	OCFIM* 318.010.3/99 f
Forschungsbericht: Inhaltsanalyse von Anfragen bei PatientInnen- und Versichertenorganisationen. Dr. med. Karin Faisst MPH, Dr. med. Julian Schilling, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich. Nr.4/99	OCFIM* 318.010.4/99 d
Bundesamt für Sozialversicherung (Herausgeber). Bedarfsleistungen an Eltern. Öffentliche Fachtagung, Referate / Congrès de spécialistes ouvert, Exposés. Zürich. Nr. 5/99	OCFIM* 318.010.5/99 df
Forschungsbericht: Die ärztliche Beurteilung und ihre Bedeutung im Entscheidungsverfahren über einen Rentenanspruch in der Eidg. Invalidenversicherung. Ruth Bachmann, Cornelia Furrer (Interface, Institut für Politikstudien). Nr. 6/99	EDMZ* 318.010.6/99 d

* EDMZ	= Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern
* OCFIM	= Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Bern
* UCFSM	= Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna
** BSV	= Bundesamt für sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern
** OFAS	= Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne
** UFAS	= Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Forschungsbericht: Christopher Prinz, Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung, Wien: Invalidenversicherung: Europäische Entwicklungstendenzen zur Invalidität im Erwerbsalter. Band 1 (Vergleichende Synthese). Nr. 7/99	EDMZ * 318.010.7/99 d
Forschungsbericht: siehe Nr. 7/99. Band 2 (Länderprofile). Nr. 8/99	EDMZ * 318.010.8/99 d
Forschungsbericht: Bekämpfung sozialer Ausgrenzung. Band 3. Sozialhilfe in Kanada und in der Schweiz. (OECD). Nr. 9/99	EDMZ * 318.010.9/99 d
Forschungsbericht: Karin Faisst, Julian Schilling, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich: Qualitätssicherung – Bestandesaufnahme. Nr. 10/99	EDMZ * 318.010.10/99 d
Forschungsbericht: Neue Finanzordnung mit ökologischen Anreizen: Entlastung über Lohn- und MWST-Prozente? Ecoplan. Nr. 1/00	EDMZ * 318.010.1/00 d
Forschungsbericht: Freie Wahl der Pensionskasse: Teilbericht. PRASA. Nr. 2/00	EDMZ * 318.010.2/00 d
Forschungsbericht: Stefan Spycher, BASS: Reform des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung? Studie 2: Empirische Prüfung von Vorschlägen zur Optimierung der heutigen Ausgestaltung. Nr. 3/00	EDMZ * 318.010.3/00 d
Forschungsbericht: Wilhelmine Stürmer, Daniela Wendland, Ulrike Braun, Prognos: Veränderungen im Bereich der Zusatzversicherung aufgrund des KVG. Nr. 4/00	EDMZ * 318.010.4/00 d
Forschungsbericht: Spartaco Greppi, Heiner Ritzmann, Raymond Rossel, Nicolas Siffert, Bundesamt für Statistik: Analyse der Auswirkungen des KVG auf die Finanzierung des Gesundheitswesens und anderer Systeme der sozialen Sicherheit. Nr. 5/00	EDMZ * 318.010.5/00 d
Rapport de recherche: Spartaco Greppi, Heiner Ritzmann, Raymond Rossel, Nicolas Siffert, Office fédéral de la Statistique: Analyse des effets de la LAMal dans le financement du système de santé et d'autres régimes de protection sociale. N° 5/00	OCFIM* 318.010.5/00 f
Bundesamt für Sozialversicherung (Herausgeber). Tagungsband der Arbeitstagung des Eidg. Departement des Innern: Massnahmen des KVG zur Kostendämpfung / La LAMal, instrument de maîtrise des coûts / Misura della LAMal per il contenimento dei costi. N° 6/00	EDMZ * 318.010.6/00 dfi

* EDMZ	= Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern
* OCFIM	= Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Bern
* UCFSM	= Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna
** BSV	= Bundesamt für sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern
** OFAS	= Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne
** UFAS	= Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna