

Erfolgsmeldungen

11.9.06 (BAG): In den ersten sechs Monaten des laufenden Jahres sind die Kosten in der Grundversicherung im Vergleich zur Vorjahresperiode (-0,2%) nicht angestiegen. Vor einem Jahr lag die Kostensteigerung im ersten Halbjahr bei +10%. Erklärt wird dies durch die Reduktion des Taxpunktwertes bei Laboranalysen von 1 Fr. auf 90 Rp. (-7%, Vorjahresperiode +5%) und durch die Erhöhung des Selbstbehaltens bei Originalpräparaten, bei denen ein Generikum (kein Zuwachs, Vorjahresperiode +2,8%) erhältlich ist. Einschränkend wird erwähnt, dass im stationären Bereich (immerhin 23% der Gesamtkosten) wegen der laufenden Tarifverhandlungen mit der Rechnungsstellung zugewartet worden ist, so dass der Trend hier nicht sicher beurteilbar sei.

14.9.06 (BSV): Im Vergleich zum ersten Semester 2005 wurden im ersten Semester 2006 18% weniger gewichtete Neurennten zugesprochen. Im Vergleich zum ersten Semester 2003 beträgt der Unterschied gar -30%! Der Trend der Abnahme der erstmaligen Anmeldung, der schon 2005 sichtbar war, hat sich fortgesetzt. Die Quote der Ablehnung der erstmaligen Berentung erhöhte sich von 41% (erstes Semester 2005) auf 45%. Gleichzeitig soll auch der durchschnittliche IV-Grad abgenommen haben. Die Anzahl der Rentenbezüger soll sich stabilisiert haben. Das Defizit der IV soll sich wegen der Stabilisierung der Zahl der Rentenbezüger und der erhöhten Einnahmen als Folge des Wirtschaftsaufschwunges auf 1.2 Mia stabilisiert haben.

15.9.06 (santésuisse): 2007 ist mit einer nur moderaten Erhöhung (im Durchschnitt nicht mehr als 3%) der Prämien für die obligatorische Krankenversicherung zu rechnen. Nebst der im ersten Halbjahr 2006 gebremsten Kostenentwicklung im Gesundheitswesen (allerdings im Vergleich zum 2005, das seit 1996 das stärkste Kostenwachstum gezeigt hatte) werden dafür die neuen Reservevorschriften für die Krankenversicherungen und Entlastungen für Familien mit Kindern durch die Kantone verantwortlich gemacht.

Diese Erfolgsmeldungen haben mich beeindruckt ... und nachdenklich gestimmt. Die Übermittler der Erfolgsmeldungen machen die Öffentlichkeit darauf aufmerksam, dass nicht von einer Trendwende gesprochen werden kann, sondern dass die getroffenen Massnahmen fortgesetzt und neue (z.B. 5. IV-Revision, neue KVG-Revision, Reform der Spitalfinanzierung, Förderung von Managed Care und weitere Reduktion der Medikamentenpreise) getroffen werden müssen. Wie geht es dabei den Patienten, der Bevölkerung, den Health professionals? Wie steht es mit der Morbidität und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität? Waren vor 2003 30% der Erstrenten wirklich unberechtigt? Was geschieht mit den Menschen, bei denen eine IV-Rente abgelehnt wurde? Es wurde uns versichert, dass es nicht mehr Menschen gebe, die von den Sozialdiensten unterstützt werden müssen. Welche Rolle spielt der Wirtschaftsaufschwung? Geht es bei diesen

Erfolgsmeldungen möglicherweise auch darum, Argumente gegen die Initiative für eine Einheitskasse zu liefern?

Die Entwicklung, die sich in diesen Erfolgsmeldungen spiegelt, wird unsere Tätigkeit als Grundversorger stark beeinflussen. Unsere Gesellschaften werden sich intensiv damit beschäftigen und öffentlich Stellung beziehen müssen. Im Geiste des 1.4.06 wird es darum gehen, gesundheitspolitisch eine Hausarztmedizin, die den Patienten ins Zentrum ihrer Bemühungen stellt, aktiv zu vertreten und Verbündete zu suchen.

Mit anderen Worten: Definieren, was dem Patienten und der Bevölkerung nützt und in bezug zu den entsprechenden Kosten setzen.

Wir sind herausgefordert, Prioritäten und «Erfolg» zu definieren (und zu messen!). Langfristig werden wir nicht darum herum kommen – entgegen der Haltung vom 1.4.06 –, sowohl zu den Kostenfragen wie auch zu der Frage des Nutzens Stellung zu beziehen. Sonst werden wir auch in Zukunft nur über die Kosten und das Sparen mitdiskutieren können.

*Marzio Sabbioni,
Präsident SGPPM*



Résultats positifs

11 septembre 2006 (OFSP): Durant les six premiers mois de l'année en cours, les coûts de l'assurance de base n'ont pas augmenté par rapport à la même période de l'année dernière (-0,2%). Il y a un an, l'augmentation des coûts pour le premier semestre se montait à +10%. Ce résultat s'explique par la réduction de la valeur du point des prestations médicales pour les analyses de laboratoire de 1 franc à 90 centimes (-7%, même période de l'année précédente: +5%) et par l'augmentation de la franchise pour les préparations originales qui peuvent être remplacées par un médicament générique (pas d'augmentation, même période de l'année précédente: +2,8%). Il faut toutefois mentionner que, pour le domaine des soins stationnaires qui correspond à 23% des frais globaux, la facturation a été retardée en raison des négociations tarifaires en cours. En conséquence, la tendance ne peut pas être évaluée avec certitude.

14 septembre 2006 (OFAS): Par rapport au premier semestre 2005, on a attribué 18% de nouvelles rentes (pondérées) en moins au premier semestre 2006. Cette différence est même de -30% par rapport au premier semestre 2003! La tendance à la réduction des premières inscriptions, déjà visible en 2005, s'est poursuivie. Le taux de refus de première rente a progressé de 41% (premier semestre 2005) à 45%. Dans le même temps, le degré moyen AI aurait diminué également. Le nombre de bénéficiaires de rentes se

rait stabilisé. Compte tenu de la stabilisation du nombre de bénéficiaires de rente et de la hausse des recettes résultant de la reprise économique, le déficit de l'AI serait stabilisé à 1,2 milliards.

15 septembre 2006 (santésuisse): Pour 2007, il faudra prévoir une augmentation seulement modérée (en moyenne pas plus de 3%) des primes pour l'assurance maladie obligatoire. Outre le coup de frein donné au premier trimestre 2006 à l'évolution des frais de santé publique (mais en comparaison avec 2005 qui fut l'année enregistrant la plus forte croissance des coûts depuis 1996), on attribue cette évolution aux nouvelles prescriptions en matière de réserves imposées aux caisses-maladie et aux exemptions pour les familles avec enfants.

Ces résultats positifs m'ont impressionné et rendu quelque peu songeur. Ceux qui les transmettent attirent l'attention du public sur le fait qu'on ne peut parler d'un changement de tendance mais qu'il faut poursuivre les mesures engagées et en prendre de nouvelles (par exemple la cinquième révision de l'AI, la nouvelle révision de la LAMal, la réforme du financement des hôpitaux, la promotion du managed care et autres réductions des prix des médicaments). Qu'adviendra-t-il, dans ce contexte, des patients, de la population, des professionnels de la santé? Quelle sera la morbidité et comment évoluera la qualité de vie en termes de santé? Est-ce que 30% des premières rentes

étaient injustifiés avant 2003? Qu'arrive-t-il aux personnes qui se voient refuser une rente AI? On nous a assuré que les services sociaux n'ont plus à assister personne. Quel est le rôle de la reprise économique? Ces communications de résultats constituent-elles peut-être également des arguments contre l'initiative d'une caisse-maladie unique?

L'évolution qui se reflète dans ces résultats influencera fortement notre activité de médecins fournissant des soins de base. Nos sociétés s'y intéresseront intensément et devront prendre position publiquement. Dans l'esprit du 1^{er} avril 2006, il s'agira de rechercher des alliés et de défendre activement, en termes de politique de santé, une médecine générale qui place le patient au centre de ses intérêts.

En d'autres termes: définir ce qui est utile au patient et à la population et le comparer aux coûts correspondants. Il nous appartient de préciser (et de mesurer) les priorités et le «succès» des résultats. A long terme, nous ne pourrons pas nous abstenir, même si ce n'était pas l'esprit du 1^{er} avril 2006, de prendre position sur les problèmes de coûts et la question de l'utilité. A défaut, à l'avenir, nous ne pourrons participer qu'à la discussion concernant les coûts et les économies.

Marzio Sabbioni,
Président SSMPP