

Financement

En appliquant les principes énoncés ci-dessus, la nouvelle répartition du financement se présente comme il suit:

- 20% des frais engendrés par les soins extra-hospitaliers sont payés par le patient (par le biais de taxes). Actuellement, sa participation équivaut d'ailleurs déjà à ce pourcentage. Le canton passe un accord avec les caisses-maladie, selon lequel les assurances prennent en charge la moitié des frais incombant au patient afin de le décharger. Le canton supporte les dépenses supplémentaires des caisses-maladie.
- 20% des dépenses sont fournis par les organisations responsables, sous forme de cotisations des membres, de donations, de legs, etc. Les subventions de la Confédération sont comprises dans ces 20%. Ces organisations subviennent déjà à 16,5% des coûts à l'heure actuelle; elles devraient donc sans autre être en mesure de réunir 20%, même si les subventions fédérales devaient être supprimées.
- Les 60% restants seront pris en charge par le canton et par les communes. L'Etat contribuera au maximum pour la moitié; ce sont les communes financièrement faibles qui bénéficieront d'une contribution étatique maximale. Cette nouvelle répartition exige cependant des subventions étatiques plus élevées. Vu l'attribution des tâches, les communes continueront à verser une part plus importante que l'Etat.

Ce modèle de financement - qui pourra être transposé dans la pratique au moment où les caisses-maladie l'auront approuvé - ne se veut pas l'ultime et parfaite solution. Il peut sans autre être perfectionné au gré des expériences pratiques. Une chose toutefois est certaine: il faut enfin passer de la parole à l'acte. Une fois de plus, on peut appliquer la devise empirique: "Mieux vaut réaliser une bonne solution qu'en prévoir indéfiniment une meilleure".

P. Wiederkehr, conseiller d'Etat,  
directeur des affaires sanitaires du  
canton de Zurich

\* \* \* \* \*

SOINS A DOMICILE - L'AMORCE D'UNE SOLUTION

Un consensus semble s'établir sur la nécessité d'organiser les soins à domicile sur une base rationnelle. Par contre, des divergences subsistent quant à la manière de les financer.

## Financement

En Suisse alémanique, un certain nombre de communes prennent en charge les soins donnés par une infirmière de santé publique dont le salaire émerge au budget communal. Cette solution est favorable aux caisses-maladie qui voudraient ne pas perdre cet avantage. Mais, en Romandie surtout, on est loin d'une communalisation des soins à domicile.

Du côté des caisses-maladie, les lourdes pertes enregistrées dans l'assurance des frais de soins actionnent un frein qui ralentit un processus en marche, mais ne l'arrêtera pas.

Une solution devra être trouvée, si possible sans attendre la révision de la LAMA à laquelle les milieux officiels ne semblent plus croire. Dès lors, pourquoi ne pas rechercher une solution fédéraliste, c'est-à-dire une organisation cantonale pour l'application d'une ordonnance fédérale. Cette dernière prescrirait les actes infirmiers obligatoirement à la charge des caisses-maladie. Il est évident que les prestations prévues par l'actuelle ordonnance 7 sont insuffisantes pour permettre des soins à domicile dignes de ce nom. Elles devraient donc être complétées en tenant compte aussi de la qualification des aides-familiales qui ne peuvent pas être tenues à l'écart d'une organisation postulant le maintien des malades à domicile. L'intervention fédérale à ce niveau aurait l'avantage d'uniformiser le droit des assurés et laisserait à chaque canton le soin d'organiser le système se rapprochant le plus de ses traditions et de ses besoins.

Le passage de la réalité d'aujourd'hui à l'extension des soins prévus pour demain fait peur aux caisses-maladie. Elles craignent, à justes raisons, de devoir assumer des frais de traitements ambulatoires plus élevés alors que la diminution des frais hospitaliers se fera sentir avec un certain décalage.

C'est pourquoi nous préconisons une mesure transitoire sous forme d'un subside cantonal spécial destiné avant tout aux personnes susceptibles de mettre à contribution plus fortement leur assureur, c'est-à-dire les personnes âgées. Ainsi, les caisses trouveraient des recettes supplémentaires leur permettant d'éviter le report de dépenses nouvelles sur les cotisations. L'intervention des cantons prendrait fin soit lorsque la Confédération aura réparti ses subsides avec plus de logique en subsidiant les assurés à risques élevés ou lorsqu'on se rendra compte d'une stabilisation des coûts hospitaliers à la charge des caisses-maladie.

Mais il s'agit, nous le répétons, d'une mesure transitoire qui ne saurait nous dispenser de réfléchir à une solution à plus long terme. Nous pourrions imaginer, par exemple, d'appliquer aux organisations de soins à domicile le système de l'"enveloppe budgétaire" tel que le connaissent les hôpitaux vaudois. Chaque localité ou région fait une estimation de ses besoins sur la base des expériences antérieures et des nécessités nouvelles. Les dépenses budgétées sont financées par là ou les communes, les caisses-maladie et les malades, selon une clé à définir.

## Financement

S'il est facilement concevable d'imposer aux communes une prise en charge en pour cent des dépenses, il est par contre plus difficile de connaître la part des caisses et des malades. Nous nous permettrons de reprendre ici une idée émise il y a une dizaine d'années, mais sans succès, préconisant un versement forfaitaire des caisses-maladie. Elles connaissent le coût annuel infirmier par assuré (ou devraient le connaître). Elles pourraient, par conséquent, verser à l'organisation chargée des soins à domicile une somme fixe, par exemple Fr. 6.- par année et par assuré. Des statistiques précises, établies sur la base du travail de l'équipe soignante, serviraient à réévaluer chaque année la participation des caisses. Il est évident qu'un représentant des organismes assureurs doit siéger au comité des soins à domicile afin de participer à la gestion.

Et la participation de l'assuré aux frais prescrite par la LAMA? Elle pourrait être encaissée directement auprès du malade par l'association distribuant les soins. A notre avis, ce système aurait les avantages suivants:

- a) il responsabilise le malade qui sait, ainsi, que les soins ne sont pas gratuits.
- b) Les frais restent modestes et accessibles à la quasi totalité des bourses.
- c) Il y a relation financière directe entre celui qui fournit un service et celui qui le reçoit.
- d) Il supprime l'encaissement de la participation par les caisses-maladie et simplifie ainsi leur administration.
- e) Il permet une répartition rationnelle des soins et des aides par des infirmières et des aides familiales.
- f) Le financement est assuré par des communautés et des personnes directement concernées.

Vous aurez remarqué que, contrairement à la solution provisoire décrite plus haut, le canton n'est pas impliqué dans le financement. Selon nous, les tâches doivent être réparties de façon à ce que les gestionnaires directs soient aussi les payeurs. C'est pourquoi, dans notre conception, le canton organise l'hospitalisation et en finance la réalisation et la commune se charge des soins à domicile. En résumé, les recettes de ces derniers se composent de:

1. part forfaitaire des caisses-maladie
2. participation des assurés malades
3. paiement intégral des soins par les malades non assurés
4. couverture du déficit par la commune ou la région
5. dons, legs, divers.

Financement

Finanzierung

Nous avons pleinement conscience que cette conception très personnelle heurte un certain nombre d'idées reçues. Nous savons aussi qu'elle n'est pas la panacée universelle susceptible de normaliser le coût de la maladie. Elle n'a d'autre prétention que d'être une suggestion - une de plus - ouvrant des voies à la réflexion et à la concertation entre partenaires.

Roger DUVOISIN  
2046 Fontaines/NE

\* \* \* \* \*

## KRANKENPFLEGE ZU HAUSE - EIN LOESUNGSANSATZ

---

Allgemein scheint man sich heute über die Notwendigkeit einer Organisation der Krankenpflege zu Hause auf rationeller Basis einig zu sein. Darüber, wie diese Pflege finanziert werden soll, gehen die Meinungen jedoch noch immer weit auseinander.

Eine Anzahl Gemeinden in der Deutschschweiz übernehmen die von Gemeindegemeinschaften ausgeführte Krankenpflege zu Hause zu ihren Lasten und beziehen deren Löhne in ihr Budget ein. Diese Lösung kommt den Interessen der Krankenkassen entgegen, die auf diesen Vorteil ungern verzichten würden. Von einer Verstaatlichung der Hauskrankenpflege auf Gemeindeebene sind wir jedoch, vor allem in der Romandie, noch weit entfernt.

Seitens der Krankenkassen haben die hohen Verluste bei den Krankengeldversicherungen eine Bremse angezogen, die die im Gang befindliche Entwicklung verlangsamt, sie aber nicht zum Stillstand wird bringen können.

Eine Lösung für das Problem wird man auf jeden Fall finden müssen, wenn möglich ohne die Revision des KMVG abzuwarten, an die man in offiziellen Kreisen nicht mehr ernsthaft zu glauben scheint. Warum also nicht eine föderalistische Lösung anstreben, das heisst, eine kantonale Regelung zum Vollzug einer eidgenössischen Verordnung? Letztere hätte die Pflichtleistungen der Krankenkassen in der Krankenpflege zu Hause festzulegen. Die in der heutigen Verordnung 7 vorgesehenen Leistungen genügen eindeutig nicht, um eine Krankenpflege zu Hause zu gewährleisten, die diesen Namen auch verdient. Sie müssten also ergänzt werden, wobei auch die Qualifikationen der Hauspflegerinnen berücksichtigt werden müssten, die aus einer Regelung mit dem Ziel, Kranke zu Hause zu betreuen, nicht wegzudenken sind. Ein Eingreifen des

## Finanzierung

Bundes auf dieser Ebene hätte den Vorteil, das Recht der Versicherten zu vereinheitlichen, überliesse es aber gleichzeitig den einzelnen Kantonen, ihre Regelung so zu gestalten, wie es ihren Traditionen und Bedürfnissen am besten entspricht.

Der Uebergang von der heutigen Situation zu den erweiterten Pflegeleistungen von morgen löst bei den Krankenkassen Aengste aus. Sie befürchten zu Recht, für höhere ambulante Behandlungskosten aufkommen zu müssen, während die geringeren Spitalpflegekosten erst mit einer gewissen Verspätung spürbar würden.

Unser Vorschlag wäre deshalb eine Uebergangsmassnahme in Form von kantonalen Subventionen, vor allem zugunsten jener, die für die Versicherungen ein höheres Risiko darstellen, also für die älteren Menschen. Die Kassen hätten dadurch zusätzliche Einnahmen und könnten darauf verzichten, neue Ausgaben auf die Versicherungsbeiträge abzuwälzen. Die Beteiligung der Kantone könnte wieder aufgehoben werden, sobald eine logischere, d.h. die Versicherten mit höherem Risiko unterstützende Neuverteilung der Bundessubventionen realisiert wäre oder aber eine Stabilisierung der von den Krankenkassen zu tragenden Spitalpflegekosten festzustellen wäre.

Wie gesagt handelte es sich dabei jedoch lediglich um eine Uebergangsmassnahme, die uns nicht von der Suche nach einer längerfristigen Lösung befreit. Wir könnten uns zum Beispiel vorstellen, bei den Hauskrankenpflege-Organisationen das System des "Rahmenbudgets" anzuwenden, wie es in den Waadtländer Spitälern praktiziert wird. Jede Ortschaft oder Region erstellt auf der Grundlage ihrer bisherigen Erfahrung und ihrer aktuellen Bedürfnisse einen Vorschlag. Die budgetierten Ausgaben werden dann durch die Gemeinde(n), die Krankenkassen und die Patienten nach einem noch zu bestimmenden Schlüssel finanziert.

Während man sich gut vorstellen kann, von den Gemeinden eine prozentuale Kostenbeteiligung zu fordern, fällt die Bestimmung des von den Kassen und von den Patienten zu tragenden Anteils dagegen bedeutend schwerer. Wir erlauben uns, an dieser Stelle eine schon einige Jahre alte, bisher jedoch erfolglose Idee wieder aufzugreifen, die die Ueberweisung eines Pauschalbeitrags durch die Krankenkasse fordert. Die Kassen kennen die jährlichen Pflegekosten pro Versicherungsnehmer (oder sollten sie zumindest kennen). Sie könnten somit der Hauskrankenpflege-Trägerorganisation einen festen Betrag überweisen, z.B. Fr. 6.-- pro Jahr und Versicherungsnehmer. Genaue statistische Erhebungen auf der Grundlage der Arbeit der Pflegeequipen würden eine jährliche Ueberprüfung der finanziellen Beteiligung der Kassen erlauben. Selbstverständlich müsste ein Vertreter der Versicherungsanstalten im Vorstand der Krankenpflegeorganisationen Einsitz haben und an deren Führung beteiligt sein.

Und die durch das KMVG vorgeschriebene Eigenleistung des Versicherten? Sie könnte durch die Pflegeorganisation direkt beim Patienten erhoben werden. Unseres Erachtens hätte ein solches System folgende Vorteile:

## Finanzierung

- a) es überträgt dem Patienten eine gewisse Verantwortung, indem ihm bewusst wird, dass die Pflege nicht gratis ist;
- b) die Kosten bleiben bescheiden und für fast jeden Geldbeutel tragbar;
- c) es entsteht eine direkte finanzielle Beziehung zwischen Pfleger(in) und Patient(in);
- d) die Einforderung des Patientenanteils durch die Krankenkassen entfällt, was für letztere die Administration erleichtert;
- e) Pflege und Hilfe können zwischen Gemeindeschwestern (-pfleger) und Hauspflegerinnen rationell aufgeteilt werden;
- f) die Finanzierung wird durch Vereine und direkt Betroffene gewährleistet.

Es dürfte dem Lesenden aufgefallen sein, dass bei diesem Modell - im Gegensatz zur weiter oben beschriebenen Uebergangslösung - der Kanton nicht an der Finanzierung beteiligt ist. Unseres Erachtens sollten die Aufgaben so verteilt werden, dass die direkten Träger jeweils auch selbst bezahlen. Deshalb organisiert in unserem Modell der Kanton die Hospitalisierung und finanziert den Spitalaufenthalt, während die Gemeinde die Krankenpflege zu Hause übernimmt. Die Finanzierung der letzteren setzt sich also wie folgt zusammen:

1. Pauschalanteil der Krankenkassen
2. Kostenanteil der versicherten Patienten
3. volle Uebernahme der Pflegekosten durch nicht versicherte Patienten
4. Defizitdeckung durch die Gemeinde oder Region
5. Spenden, Vermächtnisse, Verschiedenes.

Wir sind uns durchaus bewusst, dass dieses sehr persönliche Konzept eine gewisse Anzahl herkömmlicher Ideen verletzt. Wir betrachten es auch nicht als Allerweltsheilmittel, mit dem die Krankheitskosten normalisiert werden könnten. Der Vorschlag soll lediglich eine Anregung - eine mehr - sein, die dem gemeinsamen Nachdenken und der Absprache zwischen Partnern neue Wege öffnen könnte.

Roger DUVOISIN  
2046 Fontaines/NE