

BRENNPUNKT

GESUNDHEITSPOLITIK 4 | 2017

Rationierung mit Globalbudgets

Ei des Kolumbus noch nicht gefunden



Phantomschmerz Ärztemangel?

Gebetsmühlenartig wird der Ärztemangel heraufbeschworen. Eine santésuisse-Analyse kommt indessen gerade zum gegenteiligen Schluss: bis 2030 soll uns ein ambulantes Überangebot drohen. Höchste Zeit also für eine entpolitisierte, auf Fakten basierende Versorgungsplanung. •

Heinz Brand, Präsident santésuisse

Eine Ausgabenbegrenzung mit Globalbudgets darf nicht zu schlechterer Qualität und inakzeptablen Wartezeiten führen. Die Beispiele aus dem Ausland weisen aber in diese Richtung. Und Inlandbeispiele sind ungeeignet, da sie nur den stationären Bereich betreffen, und somit umgangen werden können.

Viele der von einer internationalen Expertengruppe dem Bundesrat vorgeschlagenen kostensenkenden Massnahmen sind zu begrüßen, zum Beispiel bei den Medikamenten oder der überkantonalen Versorgungsplanung. Laut BAG sind 20 Prozent der Leistungen unwirksam oder nicht notwendig. Ausgerechnet der für die Bevölkerung folgeschwerste Rat der Experten, die Deckelung der Gesundheitsausgaben mit Globalbudgets, könnte negative Folgen für die Patienten haben, falls keine patientengerechte Umsetzung gefunden wird und statt mehr Effizienz Rationierung und mehr Zweiklassenmedizin die Resultate wären.

Globalbudget kann Patientinnen und Patienten treffen

In den Niederlanden und Deutschland, beides Länder, die mindestens teilweise ein Globalbudget eingeführt haben, hat die Massnahme keine Dämpfung des Kostenwachstums bewirkt. Dafür ist mit schädlichen Nebenwirkungen zu rechnen: Leistungen werden hinausgeschoben oder in andere, nicht gedeckelte Bereiche verlagert. Diese verdeckte Rationierung weicht den Versicherungsanspruch der Patientinnen und Patienten in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung auf. Betroffen wären vor allem die ältere Bevölkerung sowie polymorbide und chronisch Kranke. •

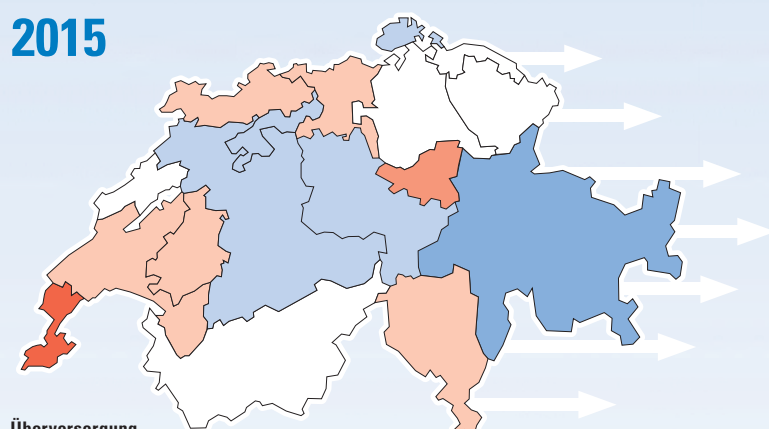
INHALTE

Drohendes ambulantes Überangebot	2
Ambulant vor stationär	3
In Kürze	4

Drohendes ambulantes Überangebot statt Ärztemangel

Mit Versorgungsregionen gegen den «Kantönligeist»

2015



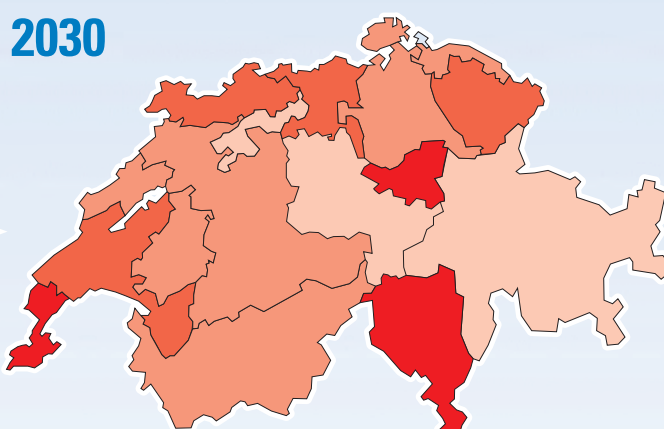
Überversorgung

1.50 – 2.00
1.35 – 1.50
1.20 – 1.35
1.05 – 1.20
0.95 – 1.0

Unterversorgung

0.50
0.65 – 0.50
0.80 – 0.65
0.80 – 0.95

2030



Links Gynäkologie und Geburtshilfe 2015, Grafik rechts: Gynäkologie und Geburtshilfe 2030

Der öffentlichen Angstmacherei zum Trotz: Eine datenbasierte Projektion von santésuisse der ambulanten Versorgungssituation bis ins Jahr 2030 sagt für die meisten Bereiche eine schweizweite Überversorgung statt einen Ärztemangel voraus. Die Lockerung des Vertragszwangs und eine über die Kantonsgrenzen hinausgehende Versorgungsplanung sind griffige Rezepte um den Kostenanstieg zu bremsen.

Versorgungsregionen statt Kantonsgrenzen sollen zu einem besser auf den Bedarf abgestimmten medizinischen Angebot führen. Eine von santésuisse durchgeführte Analyse der ambulanten Versorgung und der Patientenströme stützt diese Forderung, die letzthin bereits die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) erhoben hat. Die spezialärztliche ambulante Versorgung verschiebt sich in den meisten Facharztdisziplinen stark in die Zentren. Eine überkantonale oder sogar zentrale Versorgungsstruktur drängt sich auf. Ähnliches ist im stationären Bereich zu beobachten. Je nach Leistungsbereich sind in

der Akutsomatik zwischen neun und zwölf und keineswegs 26 Versorgungsregionen sinnvoll. Am Wohn- oder Arbeitsort wird insbesondere die medizinische Grundversorgung in Anspruch genommen.

2030: ambulante Überversorgung droht

Wohin geht die Entwicklung in den nächsten Jahren? Als schweizerischen Benchmark hat die santésuisse-Analyse die Ärztedichte 2015 herangezogen. Im Vergleich zur OECD war die Schweiz bereits damals mehr über- als unterversorgt, allerdings mit deutlichen regionalen Unterschieden im Versorgungsgrad. Eine Projektion ins Jahr 2030 zeigt, dass mit Ausnahme weniger Facharztgruppen eine Überversorgung zu erwarten ist, und zwar auch dann, wenn die Nachfrage nach medizinischen Leistungen aus soziodemographischen sowie medizinisch-technischen Gründen weiterhin zunimmt.

Bilden von Versorgungsregionen

Die heutige Versorgungsplanung und -steuerung fördert mit ihrem Fokus auf die Kantone die Über- und Fehlversorgung. Die Mehrheit der Kantone investiert ohne angemessene Koordi-

nation mit den Nachbarkantonen Steuergelder in ihre Gesundheitsinfrastrukturen. Sie schaffen neue Ambulatorien und planen teure Spitalerweiterungen, immer mit dem Hinweis auf den verfassungsrechtlichen Versorgungsauftrag. Strukturerhaltung und gezieltes Standortmarketing stehen somit vielfach vor Effizienz und Qualität. Um eine Überversorgung zu verhindern, müssen der Planungshorizont über die Kantonsgrenzen hinausgehen und überkantonale Versorgungsregionen geschaffen werden. Das spitalambulante Angebot ist zwingend in die Versorgungsplanung und -steuerung einzubeziehen. Der Bund soll eine Definition der Ärztedichte gemäss Bedarf verlangen, mit Richtwerten oder Bandbreiten pro Versorgungsregion und Facharztgruppe.

Lockerung Vertragszwang

Als weitere wirksame Massnahme soll bei Überversorgung der Vertragszwang gelockert werden. Eine Massnahme, die notabene auch von der vom Bundesrat eingesetzten Expertengruppe und vom Parlament geprüft werden will. Sie erkennen darin eine kostendämpfende Wirkung und einen positiven Einfluss auf die Qualität der Leistungen. •

Ambulant vor stationär

Versorgungsplanung und Finanzierungsfragen hängen zusammen



Der Zukunftstrend der Ambulantisierung und eine national zu harmonisierende ambulante Operationsliste sind zusätzliche Gründe, weshalb die gleiche Finanzierung aller Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) möglichst rasch eingeführt werden muss.

Der allgemeine Trend zur ambulanten Durchführung von Eingriffen führt zu einem laufenden Ausbau der Spitalambulatorien und Notfallstationen. Der dadurch ausgelöste Wachstumsschub verlangt nach wirksamen Massnahmen bei den Angeboten und den Tarifen. Eine zusätzliche Prämienbelastung in der Grundversicherung als Folge der Verlagerung muss vermieden werden.

Gleiche Finanzierung von ambulant und stationär muss rasch kommen

Mehrere Kantone haben Listen für zwingend ambulant durchzuführende Eingriffe eingeführt oder beschlossen. Die Listen sind in Umfang und Umsetzungsvorgaben uneinheitlich. Unterschiedliche Kantonslisten, die zudem eine Ungleichbehandlung der Patienten bedeuten würden,

lehnt santésuisse ab und fordert deshalb eine schweizweit harmonisierte Regelung. Operationslisten alleine führen noch nicht zu einem am tatsächlichen Bedarf ausgerichteten Angebot. Für eine am Bedarf orientierte Versorgung müssen zuerst die bestehenden Fehlanreize ausgeräumt werden. Heute dürften in erster Linie tarifarische Fehlanreize zur stationären Durchführung von grundsätzlich ambulant durchführbaren Eingriffen beitragen.

„
Zuerst müssen die bestehenden tarifarischen Fehlanreize ausgeräumt werden.

Patientenwohl im Zentrum

Der Entscheid für eine stationäre oder ambulante Behandlung sollte jedoch im Interesse des Patienten von der medizinischen Indikation und

nicht von tarifarischen Anreizen geleitet sein. Um das Patientenwohl ins Zentrum zu stellen, müssen deshalb alle ambulanten und stationären Leistungen gleich finanziert werden. Die gleiche Finanzierung ist nicht eine bloss Kostenverlagerung wie die GDK behauptet, sondern hat positive Effekte: Erstens werden die Interessen der Prämienzahler geschützt; sie sollen vom Zukunftstrend zur Ambulantisierung nicht mit einem Prämienanstieg bestraft werden. Zweitens werden die Interessen der Patienten gewahrt, indem sie die optimale medizinische Behandlung am richtigen Ort erhalten. Ob die Behandlung ambulant oder stationär erfolgt, hängt nicht mehr vom Finanzierungsmodus, sondern nur noch von medizinischen Kriterien ab. Weiter sollen die Kantone ihre weitgehend unkoordinierte Ausrüstung im ambulanten Bereich auch finanziell mitverantworten müssen. •

In Kürze



Einteilung der Prämienregionen weiter auf Gemeindeebene

Die Einteilung der Prämienregionen soll auch künftig auf Grundlage der Kostenunterschiede der Gemeinden erfolgen. santésuisse begrüsst die Absicht der nationalrätlichen Gesundheitskommission (SGK-NR), die Rahmenbedingungen für die Einteilung der Prämienregionen zu präzisieren. Wenn man die Prämienregionen neu nach Bezirken oder gemäss Vorschlag des BAG nach Bezirken und sogenannten MS-Regionen festlegen würde, wäre dies nachweislich weniger kostengerecht als die heutige Situation. Die Bevölkerung in Gemeinden mit systematisch tieferen Kosten müsste Gemeinden mit permanent höheren Kosten quersubventionieren. Dass bei der Berechnung der anrechenbaren Kostenunterschiede die durchschnittlichen Krankheitskosten der Bevölkerung einer Gemeinde ausschlaggebend bleiben sollen, ist sachgerecht. Pflegeheimstandorte etc. können dabei ohne weiteres derart berücksichtigt werden, dass die Standortgemeinden keine Nachteile erfahren. •

Schleppende Senkung der MiGeL-Preise

Die Krankenversicherer vergüten jährlich rund 550 Millionen Franken für ärztlich verschriebene medizinische Mittel und Gegenstände. Dazu gehören Wundverbandsmaterial, Inkontinenzhilfen, Atemgeräte oder Blutzuckermessstreifen. Viele der in der Mittel- und Gegenstände-Liste (MiGeL) gelisteten Höchstvergütungspreise sind deutlich zu hoch. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) hat sich im Dezember 2016 dazu verpflichtet, bis Ende 2017 die Preise derjenigen Produkte zu überprüfen, die insgesamt zwei Drittel der MiGeL-Kosten verursachen. Wie sich nun zeigt, verläuft die Preisüberprüfung bei den hochvolumigen Produkten schleppend und eine Einführung der revidierten MiGeL per 1. Januar 2018 ist sehr unwahrscheinlich. Es ist eher vom 1. Juli 2018 oder sogar vom 1. Januar 2019 auszugehen. Die vollständige Überprüfung der Hilfsmittel-Liste soll nach Angaben des BAG bis Ende 2019 abgeschlossen sein. •

BLOG-TELEGRAMM

Ausbleibende Anpassungen der Medikamentenpreise kosten Millionen

Gemäss Verordnung müssen alle Medikamentenpreise, die von der obligatorischen Grundversicherung bezahlt werden, mindestens alle drei Jahre überprüft werden. Das BAG hat 2017 nach einer mehrjährigen Pause die Überprüfung der gelisteten Medikamente wieder aufgenommen. Die Preisanpassungen sollten gemäss bundesrätlicher Verordnung per 1. Dezember 2017 verfügt werden. Es werden einige, teils deutliche Preissenkungen erwartet, dies auch im Zusammenhang mit dem tiefer liegenden Wechselkurs von CHF 1.09 gegenüber dem Jahr 2014 (CHF 1.29). Laut BAG können die neuen Preise erst per 1. Januar 2018 verfügt werden. Begründet wird die Verzögerung damit, dass die neuen «Spielregeln» für die Überprüfung (seit 1. März 2017 in Kraft) deutlich aufwändiger in der Umsetzung seien. santésuisse schätzt die für jeden Monat Verzögerung unnötig anfallenden Medikamentenkosten auf 25 Millionen Franken. •

→ <http://santesu.is/sezh8>

