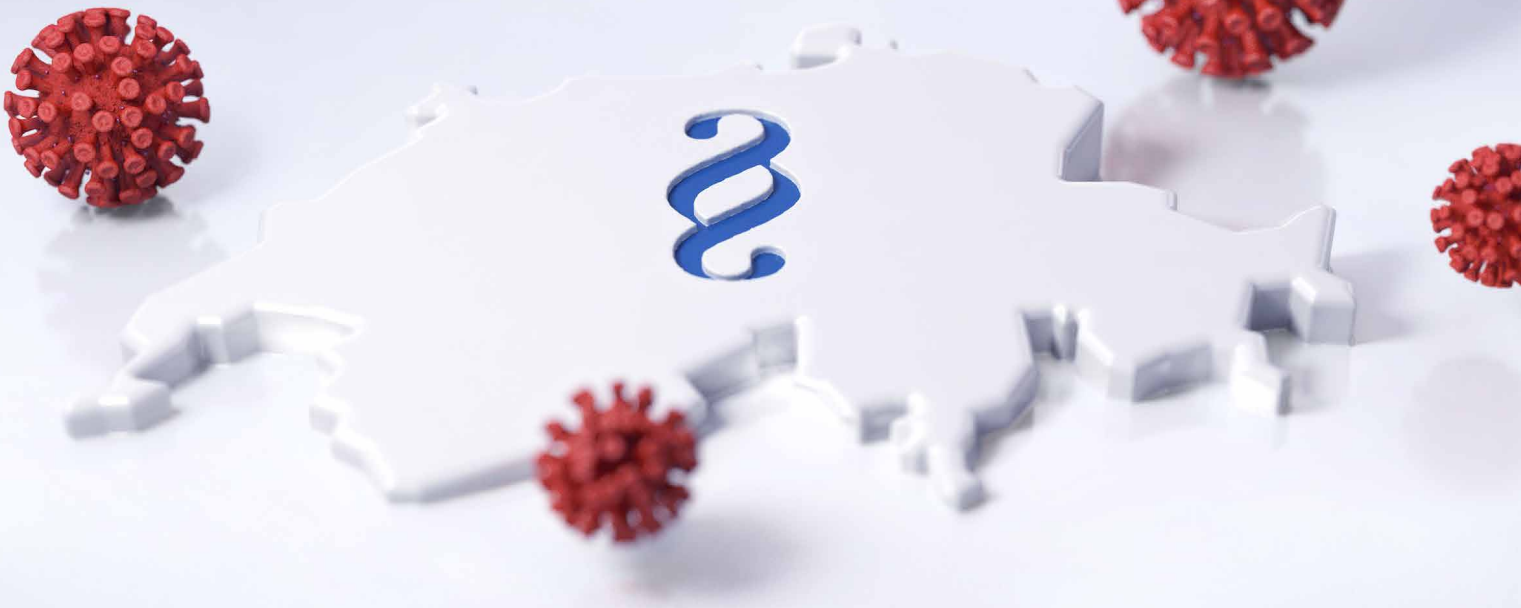


BRENNPUNKT

GESUNDHEITSPOLITIK 2 | 2020

Klare Zuständigkeiten

Prämiengelder gehören den Versicherten



Prämienzahler schonen!

Die Coronakrise fordert einen hohen Preis. Die Kosten stehen dabei nicht im Vordergrund, wenn es um die Überwindung der Coronakrise geht. Trotzdem müssen wir die finanziellen und volkswirtschaftlichen Folgen der Coronapandemie im Auge behalten. Das Parlament ist mehr denn je gefordert, bei den Ausgaben im Gesundheitswesen Disziplin walten zu lassen. Denn die Zeche für neue Ausgaben im Gesundheitswesen oder die Zweckentfremdung der Krankenversicherungsreserven zahlen letztlich immer die Prämienzahlerinnen und -zahler. •

Heinz Brand, Präsident santésuisse

Wie hoch die soziale Krankenversicherung letztlich mit den Kosten der Coronakrise belastet sein wird, kann heute noch nicht abgeschätzt werden. Die Forderung, dass die Krankenversicherer Lockdown-bedingte Spitaldefizite mitdecken sollen, ist unverantwortlich und widerspricht dem Epidemiengesetz.

Die Zahlen machen Hoffnung: Die täglich gemeldeten Ansteckungsfälle sind stark zurückgegangen. Die Anstrengungen zur Verhinderung der weiteren epidemischen Ausbreitung des Coronavirus in der Schweiz scheinen zu greifen. Offen bleibt vorerst, wie sich die Gesundheitskosten im Zuge der Coronakrise weiter entwickeln werden. Der Forderung, dass neben dem Bund auch die Krankenversicherer sich an den Lockdown-bedingten Einnahmeausfällen der Spitäler beteiligen müssten, ist deshalb gefährlich. Die Prämiengelder stehen jenen zu, die sie bezahlt haben: Den Prämienzahlern. Werden diese Gelder zweckentfremdet, würde sich das früher oder später schmerzhaft auf die Prämienlast auswirken.

Die Krankenversicherer haben zu Beginn der Krise rasch reagiert und dafür gesorgt, dass die Kostengutsprachen stets erfolgten. Und sie haben sich dafür eingesetzt, dass die Tarife auf die aktuelle Krisensituation angepasst wurden. So konnten die Leistungen auch in der ausserordentlichen Lage vergütet werden. Mit den Reserven lassen sich zudem allfällige Mehrkosten decken, ohne dass die Prämien deswegen erhöht werden müssen. Die Krankenversicherer werden auch in Zukunft gefordert sein, beispielsweise, wenn es darum geht, ein nationales Impfprogramm gemeinsam mit andern Akteuren zu finanzieren.

Verantwortung liegt beim Bund

Wenn es eine nationale Finanzierung von Spitaldefiziten geben soll, müsste ja im gleichen Zuge eine nationale Spitalplanung eingeführt werden. Ansonsten würden nach dem Giesskannenprinzip alle Defizite gedeckt und als Folge davon blieben Strukturen erhalten – ohne Rücksicht auf Effizienz- und Nutzenkriterien. Für derartige Defizite stehen in Übereinstimmung mit dem Epidemiengesetz Bund und Kantone in der Verantwortung. •

Ein Ja zur Kostendämpfung

Auf das erste Paket müssen weitere Massnahmen folgen.



Das erste Kostendämpfungspaket des Bundesrates verdient – bis auf punktuelle Anpassungen bei wenigen Massnahmen – weitgehende Unterstützung. Allerdings braucht es rasch noch deutlich griffigere Massnahmen, um die Qualität und Wirksamkeit der Gesundheitsversorgung zu verbessern.

Das Potenzial der Massnahmen des Bundesrates zur Kostensenkung ist gross – ohne dass unser Gesundheitswesen an Qualität einbüßen würde. Die rasche Umsetzung der Massnahmen liegt im Interesse der Prämien- und Steuerzahler sowie der Patientinnen und Patienten. Im ersten Paket kommen sieben Massnahmen mit direktem Einfluss auf die Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in die parlamentarische Beratung. Nicht enthalten sind das Kostenziel und Referenzpreise für patentabgelaufene Medikamente.

Rechnungskopie an die Patienten

Endlich durchgesetzt werden soll die Pflicht zum Versand einer Rechnungskopie an den Versicherten. Anders als dies die vorberatende Gesundheitskommission fordert, soll diese Pflicht aber nicht den Krankenversicherern, sondern den Leistungserbringern obliegen, da diese im Zweifelsfall auch zu den Leistungen Auskunft geben müssen. Patientinnen und Patienten sollen wissen und überprüfen können, was medizinische und medikamentöse Massnahmen hierzulande tatsächlich kosten. Zudem

müssen diese Abrechnungen einfach verständlich sein. Das ist heute leider nicht der Fall. Darunter leidet die Transparenz. Wiederholt fehlerhafte oder unvollständige Rechnungen müssen auch sanktioniert werden können. Gesetzliche Vorgaben ohne Sanktionsmöglichkeiten bei Nichteinhaltung sind nicht wirksam. Ebenfalls sollen neu Bussen gegen Leistungserbringer bei Verletzung der Anforderungen bezüglich Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen sowie bezüglich Rechnungsstellung ausgesprochen werden können.

Einheitliche ambulante Tarifstrukturen

Im ambulanten Bereich soll aufgrund der allgemein positiven Erfahrungen mit diagnosebezogenen Fallpauschalen SwissDRG eine vergleichbare Tariforganisation geschaffen werden. Diese Massnahme ist sinnvoll, allerdings soll sich die Organisation ausschliesslich mit dem ambulanten Ärztetarif beschäftigen. Zudem sollte der Bundesrat seine Rolle darin sehen, sicherzustellen, dass die von der neuen Organisation erarbeiteten Tarifstrukturen den gesetzlichen Vorgaben entsprechen, insbesondere der Kostenneutralität. Auf Organisationsvorgaben ist zu verzichten. Letzteres sollte seine subsidiäre Aufgabe bleiben. Die Einführung einer grundsätzlichen Pflicht zu gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifstrukturen für ambulante Patientenpauschaltarife folgt der aktuellen Rechtsprechung des Bundesgerichts. Ausnahmen sollten aber weiterhin möglich sein. Eine unumgängliche Massnahme stellt die Pflicht



für Leistungserbringer und Versicherer dar, dem Bundesrat oder der zuständigen Kantonsregierung kostenlos die notwendigen Daten für die Festlegung, Anpassung und Genehmigung von Tarifen und Preisen zu liefern. Es muss jedoch sichergestellt werden, dass doppelte Erhebungen vermieden werden und dass die Erhebungen verhältnismässig sind.

Beschwerderecht zur kantonalen Spital- und Pflegeheimplanung

Einer seit langem geäusserten Forderung von santésuisse kommt das auf Organisationen der Versicherer von nationaler oder regionaler Bedeutung erweiterte Beschwerderecht gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen zur Spital- und Pflegeheimplanung nach. Zurzeit sind keine einzige Institution und kein Akteur klageberechtigt in Sachen Überversorgung infolge einer falschen Spital- und Pflegeheimplanung eines Kantons. Gegen entsprechende Kostenfolgen hat heute niemand eine Beschwerdemöglichkeit. •

„

Die rasche Umsetzung der Massnahmen liegt im Interesse der Prämien- und Steuerzahler.

Herausforderung Demografie

Die Förderung der diplomierten Pflegenden geht am Kern des Problems vorbei.

In den kommenden Jahren wird die Zahl älterer Menschen zunehmen und damit wird auch der Bedarf an Pflegeleistungen wachsen. Der Fokus der Pflegepolitik muss deshalb auf der langfristigen Sicherung der Versorgung liegen. Die einseitige Förderung der diplomierten Pflegefachleute löst das Problem nicht.

Die Bewältigung der Coronakrise hat die grosse Bedeutung der Pflege ins Bewusstsein gerückt. In den Spitälern der stark betroffenen Regionen war die Belastung der Pflegerinnen und Pfleger teilweise sehr hoch. Gleichzeitig wurde auch deutlich, dass die Belastung besonders in der Intensivpflege besonders hoch war. Aus dieser Beobachtung heraus muss auch der aktuelle und künftige Pflegebedarf differenziert betrachtet werden. Die Coronakrise hat gezeigt, dass es genügend ausgebildete Fachpersonen in der Intensivpflege braucht. Die hochspezialisierten Bereiche machen hingegen nur einen geringen Teil des gesamten Spektrums der Pflegeaufgaben aus. In einer Gesamtbetrachtung der Pflege ist denn auch die drängendste Herausforderung der demografisch bedingte Mehrbedarf an Pflegeleistungen. Dafür braucht es Anpassungen in der Ausbildung und einen einfacheren Einstieg in die Pflegeberufe. Denn primär betrifft der künftige Mehrbedarf die Basispflege. Die einseitige Förderung der diplomierten Pflegefachleute löst das Problem des steigenden Pflegebedarfs nicht, weil der Mehrbedarf nicht bei den sehr gut ausgebildeten Pflegefachleuten anfällt.

Mengenausweitung verhindern

Im europäischen Vergleich ist der Pflegefachberuf in der Schweiz gut aufgestellt, was Kompetenzen, Entlohnung und Anzahl Beschäftigte pro Patient betrifft. Weiter verfügt der Pflegeberuf aufgrund der demografischen Entwicklung über eine hohe Jobsicherheit und ausgezeichnete Entwicklungsperspektiven. Das Parlament ist gut beraten, die langfristige Sicherung der Pflege über Partikularinteressen zu stellen.

Der Bundesrat befürchtet mit dem indirekten Gegenentwurf Mengenausweitungen und lehnte deshalb die selbstständige Abrechnung von Pflegeleistungen gegenüber den Krankenversicherungen grundsätzlich ab. Um bei der selbstständigen Abrechnung von Pflegeleistungen eine übermässige Mengenausweitung zu vermeiden, sollten deshalb zwingende Vereinbarungen zwischen den Versicherern und den Pflegevertretern vorausgesetzt werden, falls keine ärztliche Anordnung vorliegt. Im Vereinbarungsfall würden die Krankenversicherer mit den Pflegevertretern Effizienz- und Qualitätskriterien aushandeln, welche für die Abrechnung von Leistungen ohne Anordnung erfüllt sein müssten.

Fokus auf Versorgungssicherheit

Der einseitige Fokus des Begehrens auf die im internationalen Vergleich sehr gut gestellten diplomierten Pflegefachkräfte ist kaum gerechtfertigt. Der Hauptfokus in der Pflegepolitik muss aus Sicht von santésuisse auf der Sicherung der Versorgung liegen. Mit der wachsenden Zahl älterer Menschen zeichnet sich in Zukunft ein Mehrbedarf in der Pflege ab. Deshalb müssen in erster Linie der Wiedereinstieg in einen Pflegeberuf sowie die Möglichkeiten eines Quereinstiegs erleichtert werden, damit der künftige Mehrbedarf in der Pflege gedeckt werden kann. •

„
Die drängendste Herausforderung in der Pflege ist der demografisch bedingte Mehrbedarf an Pflegeleistungen



In Kürze



Kostenübernahme von Coronavirus-Test geklärt

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) hat das Faktenblatt zu den Coronavirus-Tests per 15. Mai 2020 aktualisiert. Es schafft Klarheit für Kostenübernahme von Labortests während der Phase der schrittweisen Lockerung von Schutzmassnahmen. So sollen neu alle symptomatischen Personen getestet werden. In diesen Fällen übernimmt die OKP die Kosten für den Test und die ärztliche Konsultation. Stationär hospitalisierte Patienten sollen unabhängig vom Schweregrad der Symptome systematisch auf das Coronavirus getestet werden. In diesen Fällen übernimmt die OKP die Kosten für die Analyse. Nicht erkrankte Personen, bei welchen die Analyse auf das Coronavirus empfohlen wird, sollen die Kosten der Analyse nicht selber tragen müssen. Diese gehen zu Lasten des Kantons. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn von der Kantonsärztin oder dem Kantonsarzt ein Test angeordnet wird. Dies gilt auch für das Gesundheitspersonal bei Verdacht auf eine Erkrankung aufgrund des berufsbedingten Kontakts mit infizierten Personen. In diesen Fällen kommt die Unfallversicherung für die Kosten auf. •

Ärztliche Zulassungssteuerung: verpasste Chance

santésuisse hat sich stets für eine griffigere Lösung bei der Ärztezulassung eingesetzt. Die Schweiz liegt bei der ärztlichen Versorgung weit

über dem Durchschnitt der OECD-Staaten. Die Kosten dieser Über- und Fehlversorgung gehen primär zu Lasten der Prämienzahler; über Prämienverbilligungen müssen aber auch die Steuerzahler das Übermass berappen. Um der Überversorgung mit Ärzten Herr zu werden, wäre eine Lockerung des Vertragszwangs das adäquate Mittel gewesen. Das Parlament konnte sich zu diesem Schritt leider nicht durchringen. Die Limitierung der Ärztezulassungen ist Aufgabe der Kantone. Allerdings enthält das Gesetz weder klare Anweisungen für die Beschränkung der Ärztezulassung, noch sollen die Kantone eine finanzielle Mitverantwortung an den Zulassungsentscheiden tragen. Immerhin wollte der Nationalrat den Krankenversicherern mit dem Beschwerderecht die Möglichkeit geben, bei überbordender Entwicklung in der Ärztezulassung allenfalls korrigierend einzugreifen. Der Ständerat wollte den Krankenversicherern dieses Recht nicht zugestehen. Jetzt sind die Parlamentarierinnen und Parlamentarier gefragt, in der Einigungskonferenz die Rechte der Prämienzahler doch noch stärker zu gewichten. Es wird interessant sein, wie sich das Gesetz auf die Kostenentwicklung in der Krankenversicherung, und damit zulasten der Prämienzahler, auswirken wird. Die Kantone stehen nun in der Verantwortung, mit den Instrumenten, die ihnen das Gesetz gibt, bei übermässiger Kostenentwicklung konsequent einzuschreiten. •

BLOG-TELEGRAMM

Einheitliche Erfassung des Pflegebedarfs

Zur Ermittlung des Pflegebedarfs kommen in Schweizer Pflegeheimen derzeit drei verschiedene Informatiklösungen zum Einsatz. Dies sorgt für eine Ungleichbehandlung der Patienten und verursacht unbegründete Mehrkosten zulasten der Prämienzahlenden. Eine Vereinheitlichung tut not.

In der Schweiz gibt es derzeit rund 1600 Pflegeheime für Menschen, die ihren Alltag zu Hause – auch mit Unterstützung – nicht mehr selber bewerkstelligen können. In diesen Institutionen werden pro Jahr beinahe 33 Millionen Pflgetage geleistet, an rund 90 000 Klientinnen und Klienten. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) leistet an die KVG-pflichtige Pflege im Pflegeheim einen Beitrag pro Tag, in Abhängigkeit der für den Patienten aufgewendeten Zeit. Zur Ermittlung der Pflegebedarfsstufe sind in Schweizer Pflegeheimen drei verschiedene Informatiklösungen im Einsatz. Welche Systeme in den Institutionen zum Einsatz kommen, bestimmen die jeweiligen Kantone. Was in der Praxis dazu führen kann, dass zwei Personen mit demselben Pflegebedarf, je nach angewendetem Prüfsystem, in unterschiedliche Bedarfsstufen eingeteilt werden. Für santésuisse ist ein gesamtschweizerisch einheitliches System zur Ermittlung des Pflegebedarfs ein Gebot der Stunde. Wenn die Pflegebedarfsermittlung einheitlich definiert und durchgeführt wird, profitieren die Patientinnen und Patienten in den Pflegeheimen, weil die heutige Ungleichbehandlung dann zumal vom Tisch sein wird. •

→ <http://santesu.is/segge>