

Unhaltbare Forderung der Kantone

Langzeit- und Alterspflege gehören nicht in die einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Kosten



Gelbe Karte an die Kantone

Die Kantone wollen die einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS) nur mit Einbezug der Pflegekosten mittragen. Sie wollen damit die Gelegenheit wahrnehmen, von der verbreiteten Fehlplanung abzulenken und auf diese Weise mehr Pflegekosten auf die Prämienzahlerinnen und -zahler abwälzen. •

Heinz Brand, Präsident santésuisse

Die Forderung der Kantone, die Pflegekosten in EFAS einzubeziehen und die Krankenversicherung dadurch nochmals stärker zu belasten, ist nicht sachgerecht.

Mit der einheitlichen Finanzierung der ambulanten und stationären Leistungen (EFAS) beteiligen sich die Kantone, die das massgebliche Angebot im ambulanten Bereich steuern und lenken, an den daraus folgenden Kosten. Auch wird die medizinisch und volkswirtschaftlich häufig sinnvolle Verlagerung von stationär zu ambulant gestärkt. Nicht sachgerecht ist hingegen der Einbezug der Langzeit- und Alterspflege in EFAS. Effizienzgewinne sind dadurch nicht zu erzielen, die Kantone wollen einzig die Gelegenheit wahrnehmen, mehr Kosten auf die Prämienzahler abzuschieben. Davon besonders stark betroffen sind der Mittelstand und Familien, weil sie in der Regel keine Prämienverbilligung erhalten und die Prämienlast für mehrere Personen tragen müssen. Mit der Neuordnung der Pflegefinanzierung im Jahr 2011 wollte der Gesetzgeber eben gerade verhindern, dass aus der obligatorischen Krankenpflegeversi-

cherung (OKP) schleichend eine Pflegeversicherung wird. Wesentlich ist in diesem Zusammenhang, dass die OKP durch die demografische Alterung der Bevölkerung bereits einen immer höheren Beitrag an die Langzeitpflege leistet. Die Forderung der Kantone, die Pflegekosten in EFAS einzubeziehen und die OKP dadurch nochmals stärker zu belasten, ist deshalb nicht haltbar.

EFAS nimmt die Kantone in die Verantwortung

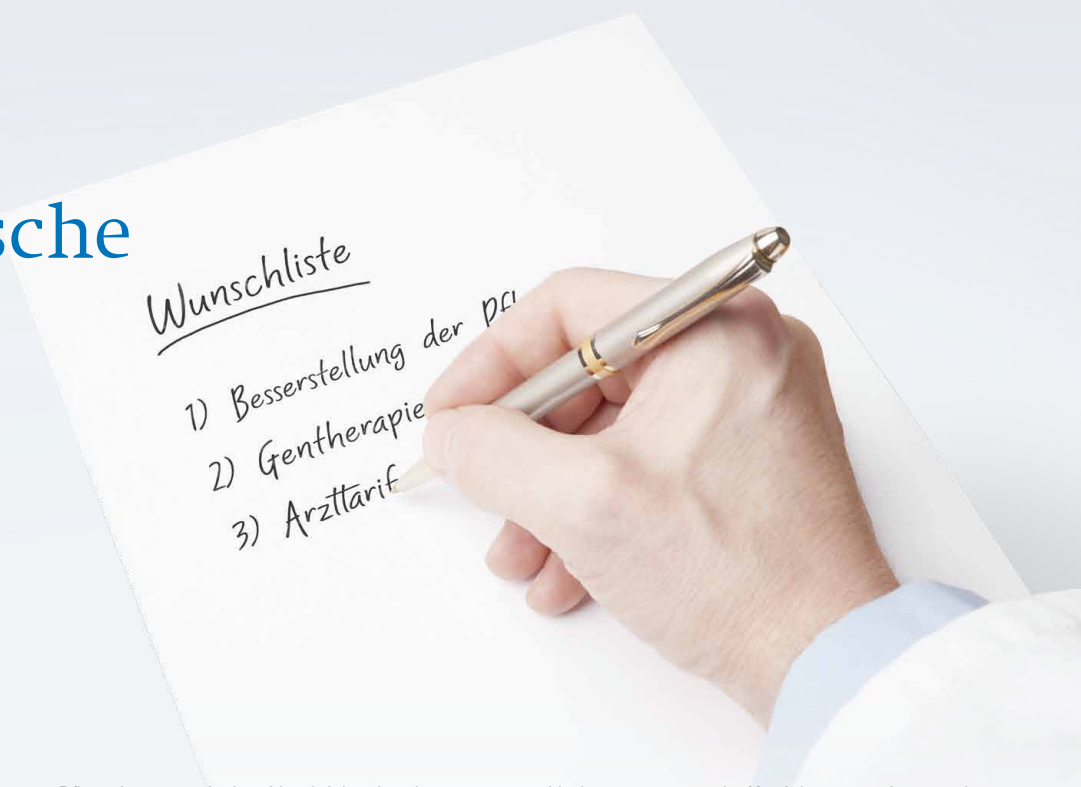
EFAS ist ein unerlässliches Instrument zur Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen und für eine faire Finanzierung. Die Kompetenzen der Kantone zur Zulassungssteuerung und die Verantwortung über die Folgekosten werden mit EFAS wieder besser in Übereinstimmung gebracht. Gerade bei der Zulassung von neuen Ärzten dürften die Kantone deshalb künftig zurückhaltender werden. •

INHALT

Teure Sonderwünsche	2
Zulassungssteuerung	3

Teure Sonderwünsche

Immer neue Begehrlichkeiten zu Lasten der Prämienzahler



Wunschliste

- 1) Besserstellung der Pflege
- 2) Gentherapie
- 3) Arzttarif

Die Liste neuer und teurer Begehrlichkeiten im Gesundheitswesen wächst dauernd. Es droht ein zusätzlicher Kostenschub in Milliardenhöhe. Im Sinne der Prämienzahler fordert santésuisse, haushälterisch mit den Mitteln umzugehen. Werden die teuren Sonderwünsche erfüllt, ist die Krankenversicherung bald nicht mehr bezahlbar. Die Folge wären Rationierung und Zweiklassenmedizin. santésuisse steht jedoch ein für das Solidaritätsprinzip in der Krankenversicherung.

In der SRF-Samstagsrundschau vom 10. August 2019 betonte santésuisse-Präsident Heinz Brand, dass der medizinische Fortschritt den Patientinnen und Patienten auch in Zukunft zugänglich gemacht werden müsse – ohne dabei das soziale Versicherungssystem an die Wand zu fahren. Ansonsten drohe eine Zweiklassenmedizin. Der gleichwertige Zugang aller Versicherten zu den Gesundheitsleistungen ist eine wichtige Errungenschaft unseres Gesundheitswesens zur Vermeidung einer Zweiklassenmedizin. Damit das so bleibt, müssen die Prämien für die Versicherten bezahlbar bleiben. Aufgrund von teuren Sonderwünschen drohen mittelfristig Mehrkosten von bis zu 10 Milliarden Franken – pro Jahr notabene.

Sonderwünsche ohne Ende: Pflege, Ärztetarife, Medikamente, Kinderspitäler, Psychologen, Dolmetscher, etc.

Mit der Pflegeinitiative sollen die Pflegefachpersonen bessergestellt werden – obwohl die Schweizer

Pflege im europäischen Vergleich schon heute gut dasteht. Mit der Anzahl der Pflegenden pro tausend Einwohner nimmt die Schweiz in Europa einen Spitzenplatz ein. Zudem bewegen sich die Löhne in der Pflege im schweizerischen Durchschnitt. santésuisse schätzt die Zusatzkosten der Pflegeinitiative mittels realistischer Szenarien auf bis zu fünf Milliarden Franken. Bei den ambulanten Leistungen ergeben sich, sofern der neue Ärztetarif Tardoc tatsächlich eingeführt wird und je nach Variante, ebenfalls deutlich höhere Kosten von zwei bis drei Milliarden Franken jährlich.

Mit neuen teuren Medikamenten verspricht die Pharmaindustrie die Heilung seltener Krankheiten und fordert dafür immer höhere Preise, die fernab jeder realistischen Kostenbasis liegen. Schon in fünf Jahren könnten mit diesen Medikamenten Zusatzkosten von einer Milliarde Franken jährlich entstehen. Weitere Zusatzkosten drohen durch höhere Ärztetarife in einzelnen Kantonen, bei den Kinderspitälern, den Psychologen oder den Dolmetschern.

Reformen sind dringend nötig

santésuisse erarbeitet derzeit in Zusammenarbeit mit dem Verband der chirurgisch und invasiv tätigen Ärzte FMCH einen auf Pauschalen basierenden Tarifvorschlag. Dieser soll das Einkommen nicht mehr an den Zeitaufwand binden, sondern auf die erbrachte Leistung abstellen. Dadurch sollen die Akumulation von Einzelleistungen nach Gutdünken verhindert und die Qualität verbessert werden.

Verbesserungen erhofft sich santésuisse auch von der im Frühling vom Parlament verabschiedeten Qualitätsvorlage. Dank ihr werden Leistungen endlich messbar und unterscheidbar. Ziel muss sein, dass sukzessive nur noch wirksame Behandlungen zugelassen sind und vergütet werden. santésuisse wird zudem weiterhin gegen die zu hohen Medikamentenpreise vorgehen und sich dafür einsetzen, die unnötigen Kosten der Über- und Fehlversorgung zu eliminieren. •

”

Der medizinische Fortschritt muss den Patientinnen und Patienten auch in Zukunft zugänglich sein – ohne dabei das soziale Versicherungssystem zu gefährden.

Rückfall verhindern

Kantone müssen endlich die ärztliche Versorgung wirksam steuern



Der Auftrag des Parlaments, eine dauerhafte und wirksame Nachfolgeregelung zum Ärztestopp zu finden, droht zu versanden. Nachdem der Ständerat der Vorlage die Zähne gezogen hat (vgl. NZZ vom 4. Juni 2019), wird der Nationalrat korrigieren müssen.

Die Kantone haben sich in der Frage der ambulanten Versorgungssteuerung durchgesetzt. Sie behalten das letzte Wort bei der Ärztezulassung. Das ist an sich nicht weiter schlimm. Allerdings müssen die Kantone konsequenterweise aber auch gewährleisten, dass sie die Zulassung von Ärzten wirklich steuern und begrenzen. Die Kantone sollen einschreiten müssen, wenn die Kosten bei bestimmten Kategorien von Leistungserbringern aus dem Ruder laufen.

Bisherige «Zulassungsstopps»: Viel Placebo, wenig Wirkung

Die diversen Versionen der bedarfsabhängigen Zulassungssteuerung wurden bisher ungenügend oder gar nicht umgesetzt. So macht es punkto Kostendämpfung wenig Sinn, wenn zwar ausländischen Ärzte die Eröffnung der Praxis untersagt wird, diese Ärzte aber in den Spitälern angestellt werden, wo eine Konsultation im Durchschnitt das Doppelte kostet. Und ob das nicht genug wäre, erwirbt sich mit dieser Anstellung jeder ausländische Arzt nach drei Jahren «Klinik» das Recht, die eigene Praxis dennoch zu eröffnen. Weiter ist es der Wirkung der Zulassungssteuerung wenig förderlich, wenn ein Kanton vollzieht und der andere gar nicht: Da

das Angebot den Markt bestimmt und sich die Patienten immer weniger an die Kantons Grenzen halten, trifft das Nichtstun auch jene Kantone, die sich Mühe geben, das Überangebot an Ärzten einzudämmen.

Regelung nach Gutdünken der Kantone?

Der Nationalrat hat die Lehren aus der bisherigen «Laissez-faire-Situation» gezogen und eine Lösung präsentiert, die Wirkung verspricht: Die Kantone erhalten die ultimativ geforderte Zulassungssteuerung definitiv, aber sie müssen auch deren Wirkung gewährleisten. Der Ständerat hat der nationalrätlichen Lösung hingegen die Zähne gezogen: Die Kantone würden die geforderten zusätzlichen Kompetenzen definitiv erhalten, ohne jede Verantwortung zu übernehmen und ohne sich rechtfertigen zu müssen. Gemäss Ständerat könnte niemand mehr gegen die Überversorgung und ihre Kostenfolgen vorgehen. Ein Beschwerderecht hätten einzig die nicht zugelassenen Leistungserbringer. Falls die gänzlich unausgewogene Version des Ständerates obzugen sollte, gewinnt das kürzliche Zitat einer führenden Gesundheitspolitikerin noch mehr an Bedeutung: «Der Kantönligeist ist der grösste Kostentreiber der Krankenversicherung!» •

Finanzierung der Kindermedizin: Zu tiefe Tarife oder zu wenig effiziente Spitäler?

Die Kinderspitäler beklagen nicht kostendeckende Tarife. Der Blick in die aktuellen Tarifstrukturen relativiert die Forderungen. Zudem stellt sich die Effizienzfrage.

Die Kinderspitäler haben medienwirksam Alarm geschlagen. Die Tarife seien nicht kostendeckend und die optimale Versorgung der kleinen Patientinnen und Patienten gefährdet. Das Krankenversicherungsgesetz sagt dazu: Leistungen müssen angemessen vergütet und die Kosten gedeckt werden. Allerdings ist die gewichtigste Rahmenbedingung ebenso klar formuliert: die Leistungen müssen effizient, das heisst wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich erbracht werden. Betriebliche Ineffizienzen, die zu hohen, ungedeckten Kosten führen, sollen nicht durch die Prämienzahlenden finanziert werden müssen. Eine Meinung, die auch der Bundesrat vertritt.

Längere Behandlungszeiten für Kinder

Nach dem bundesrätlichen Eingriff von 2014 in die ambulante Tarifstruktur TARMED kann für die Behandlung von Kindern – und älteren Patienten – mehr Zeitaufwand abgerechnet werden als für die Behandlung erwachsener Patientinnen und Patienten. Auch für Elterngespräche ist ein höherer Zeitaufwand als bei Erwachsenen vorgesehen. Überhaupt sind die im separaten Kapitel für Kinder und Jugendmedizin tarifierten Leistungen hinsichtlich der hinterlegten Zeitaufwendungen grosszügiger ausgestaltet: Der Arzt kann zum Teil bis zu 45 Minuten für die regelmässig notwendigen Vorsorgeuntersuchungen eines Kindes aufwenden. In Kombination mit den übrigen, abrechenbaren TARMED-Leistungen ist der pauschale Vorwurf, bei den Kleinsten würde gespart, nicht angebracht. Dasselbe gilt für den stationären Bereich. Hier gelten höhere Fallpauschalen als bei Erwachsenen. •

In Kürze



Ambulante Operationslisten: Noch kein eindeutiges Ergebnis

santésuisse hat die Kostenentwicklung der Kantone mit und ohne Liste für ambulant durchzuführende Eingriffe verglichen.

Mit Eingriffen, die vermehrt ambulant statt stationär durchgeführt werden, sollen Behandlungskosten eingespart werden. santésuisse hat die Kostenentwicklung der Kantone mit und ohne Liste für ambulant durchzuführende Eingriffe verglichen. Einige kantonale Listen sind bereits seit Mitte 2017 oder Anfang 2018 in Kraft. Die Verlagerung und die Kostenfolgen müssten demnach bereits im ersten Halbjahr 2018 spürbar sein. Dazu wurden die Behandlungen der ersten Halbjahre 2017 und 2018 um die alljährlich entstehende Rechnungsverzögerung bereinigt und auf das ganze Jahr hochgerechnet. In den Kantonen mit Liste ist das Wachstum der gesamten Bruttoleistungen in der Akutsomatik, also sowohl von Kantonen und Krankenversicherern finanziert, etwas geringer als in Kantonen ohne Liste. Dies würde darauf hinweisen, dass durch die Verlagerung in den ambulanten Bereich Kosten eingespart werden. Insgesamt ist aber der in den Kostendaten zu beobachtende Einspareffekt derart gering – und die Unterschiede zwischen den Kantonen derart gross – dass (noch) nicht von einem Spareffekt gesprochen werden kann. •

santésuisse lehnt Gegenvorschlag zur Pflegeinitiative ab

Unnötige und teure Akademisierung bringt den Patienten nichts – treibt aber die Prämien in die Höhe.

Der indirekte Gegenentwurf zur Pflegeinitiative will den Pflegefachpersonen einen Sonderstatus einräumen, der Prämien- und Steuerzahler massiv stärker belastet. Die Rahmenbedingungen für die Pflege sind bereits heute gut. Um den künftigen Personalbedarf zu decken, braucht es punktuelle Anpassungen im Bereich der Ausbildung. Im Hinblick auf den demografisch bedingten Mehrbedarf an Pflegeleistungen fordert santésuisse einen einfacheren Einstieg in die Pflegeberufe auf Stufe Berufslehre. santésuisse lehnt den Gegenentwurf ab und teilt die Auffassung des Bundesrats, dass auf Ebene der Gesetzgebung kein Handlungsbedarf besteht. Allenfalls sinnvolle Verbesserungen können mit der bestehenden gesetzlichen Grundlage erfolgen. Das EDI ist denn auch den Anliegen der Initianten durch die faktische Aufhebung der ärztlichen Anordnung von Pflegeleistungen per 1. Januar 2020 bereits maximal entgegengekommen. •

BLOG-TELEGRAMM

Langzeitpflege: Die Kostenbombe tickt

Gemäss einer HSG-Studie werden bis ins Jahr 2040 die Kosten für die Langzeitpflege aufgrund der demografischen Entwicklung von heute 15 auf gut 31 Milliarden Franken ansteigen. Wie und durch wen dieser Kostensprung zu stemmen ist, darüber wurde anlässlich des Rahmenprogramms der santésuisse-Generalversammlung diskutiert. •

→ bit.ly/2X6yZkM

Versicherte sind 2018 ihrem Versicherer treu geblieben

Der Risikoausgleich zwischen den Krankenversicherern wird weiter verfeinert. Neu werden Daten zum Medikamentenbezug berücksichtigt. Die mit der Durchführung des Risikoausgleichs beauftragte «Gemeinsamen Einrichtung KVG» hat bei einem Probelauf mit den Kostendaten der Jahre 2017 und 2018 die Zu- und Abgänge von Versicherten berücksichtigt. Als «Nebenprodukt» davon sind die bisher nur aus Befragungen bekannten Angaben zu den Kassenwechseln erhärtet worden. 93 Prozent der erfassten Personen sind ihrem Versicherer treu geblieben – und dies, obwohl die Prämien auf das Jahr 2018 um durchschnittlich vier Prozent erhöht wurden. Ein Indiz, dass die Mehrheit der Versicherten mit ihrer Krankenkasse zufrieden ist. •

→ santesu.is/senv3