



# BRENNPUNKT

## GESUNDHEITSPOLITIK 1 | 2017

### Schlechter als ein Münzenwurf

EDI teilt Prämienregionen willkürlich ein



#### Falsch verstandene Solidarität

Mit seiner Neueinteilung der Prämienregionen bestraft das EDI das kostengünstigere Verhalten in ländlichen Gebieten. Der Drang zum Glätten von Prämienunterschieden dürfte politisch motiviert sein. Der Widerstand der betroffenen Kantone ist ernst zu nehmen, zumal neben gesetzgeberischen auch versicherungsmathematische Gründe gegen diesen Eingriff sprechen. •

Heinz Brand, Präsident santésuisse

Die Zweifel an der sachlichen Korrektheit der Vorschläge für neue Prämienregionen belegt nun eine versicherungsmathematische Analyse. Das Verdikt: Der Vorschlag aus Bundesbern ist unbrauchbar.

Mit Kostendaten auf Gemeindeebene der vergangenen fünf Jahre hat ein renommierter Krankenversicherer den Vorschlag des EDI für die Prämienregionen überprüft. Die Analyse zeigt, dass die heutigen Verhältnisse massiv «verschlimmbessert» würden. Im Kanton Bern würden ganze Regionen falsch eingeteilt. Die Bevölkerung müsste im Vergleich zu einer kostengerechten Einteilung künftig um durchschnittlich neun Prozent zu hohe Prämien bezahlen. Die Zuordnung einer Gruppe von ländlichen Gemeinden auf Basis der neu vorgeschlagenen Bezirksebene ist übrigens deutlich weniger kostengerecht, als wenn zur Einteilung Münzen geworfen worden wären.

#### Gesetzgeber für dumm verkauft?

Die kostengünstigen ländlicheren Gemeinden würden massiv benachteiligt. Was wiederum – mindestens de facto – gegen den Willen des Gesetzgebers ist: Während der Debatte zum Krankenversicherungsaufsichtsgesetz hat der Nationalrat nämlich einen Antrag der Linken, die Rabatte zwischen den Prämienregionen auf insgesamt 20 Prozent zu begrenzen, mit 128:58 Stimmen klar verworfen: Der Kürzungsantrag «will den politischen Einfluss auf die Prämien verstärken. Mit dem KVAG wollen wir aber genau das Gegenteil erreichen, nämlich die Entpolitisierung des Prämienfestsetzungssystems zugunsten einer rein versicherungsmathematischen Beurteilung», erklärte Ruth Humbel im Einvernehmen mit der bürgerlichen Mehrheit dazu. •

#### INHALTE

Bitte kein Blindflug!	2
Qualitätsmessungen ambulant	3

# Bitte kein Blindflug!

**Gesundheitspolitische Entscheidungen zur Ärztezulassung stehen auf wackeliger Datenbasis**

**Nach dem Willen des Parlaments soll eine dauerhafte Lösung den umstrittenen Zulassungsstopp für Ärztinnen und Ärzte ablösen. Damit soll die «optimale» ambulante Versorgung sichergestellt werden. Nur: wo liegt die richtige Ärztedichte, wenn die Datengrundlage unzureichend ist? Immerhin deuten internationale Vergleiche für die Schweiz viel mehr auf eine Über- als eine Unterversorgung hin.**

Die Ärztedichte in der Schweiz liegt mit 4,1 Ärzten auf tausend Einwohnerinnen und Einwohner gemäss den OECD-Zahlen von 2014 im internationalen Vergleich deutlich über dem Durchschnitt. Auch wenn bei diesem Vergleich der Ärzte mit direktem Patientenkontakt gewisse Vorbehalte angebracht sind, fallen doch die grossen Unterschiede ins Auge: Österreich ist mit fünf Ärzten Spitzenreiter, während beispielsweise Belgien auf drei Ärzte pro tausend Einwohner kommt.

„  
**Die Arbeitspensen der Ärzte sind nicht bekannt.**

Das Gesundheitsobservatorium Obsan gibt gestützt auf die FMH-Ärztestatistik, ebenfalls für das Jahr 2014, für die Ärzte in freier Arztpraxis eine schweizweite Dichte von 2,1 auf tausend Einwohner an. Der Kanton Uri liegt mit 0,89 am unteren Ende,

während Basel-Stadt mit 4,16 obenaus schwingt. Dieser Indikator ist wenig aussagekräftig, weil keine Umrechnung auf Vollzeitäquivalente möglich ist, da gemäss Obsan die Angaben zum Arbeitspensum auf freiwilliger Basis erhoben werden und die Stichprobe sehr klein ist.

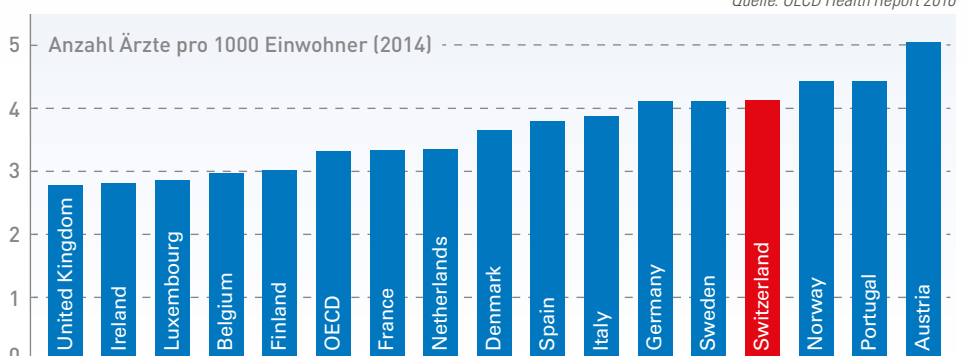
## Lenken mit verbundenen Augen?

Die bisherigen Versuche der Versorgungssteuerung waren weitgehend unwirksam. Dies zeigt sich unter anderem daran, dass der Kostenvergleich zwischen Kantonen mit und ohne Einschränkungen der Ärztezulassung keine signifikanten Unterschiede gezeigt hat. Jeder Kanton hat zwar den Überblick über die von ihm erteilten Berufsausübungsbewilligungen. Was er hingegen nicht weiss, ist das Arbeitspensum der ambulant tätigen Ärzte und allfällige Veränderungen. Verzerrend wirken sich auch der Ausbau der Spitalambulatorien und das Vordringen branchenfremder Investoren wie der Migros bei den Gruppenpraxen aus. Um ein vollständigeres Bild zu erhalten, müssten Daten

hinsichtlich Veränderungen der Praxisstruktur, zum Beispiel Eingliederung einer Einzelpraxis in eine Gruppenpraxis, aber auch zur Übergabe, beziehungsweise Aufgabe von Praxen infolge Pensionierung vorliegen.

## Keine planwirtschaftlich gesteuerte ambulante Versorgung

Eine Versorgungssteuerung mit wenig aussagekräftigen Indikatoren ist ungeeignet, um den Status quo zu verbessern, sie dürfte sogar neue Ungerechtigkeiten und Verzerrungen schaffen. Die Patientinnen und Patienten sollen sich vielmehr davon überzeugen können, dass sie von einem Leistungserbringer mit ausgewiesener guter Behandlungsqualität und -effizienz behandelt werden. Ein Sachverhalt der für die meisten, aber eben nicht für alle Leistungserbringer, zutreffen dürfte. Prämien- und Steuergelder für schwarze Schafe lehnt santésuisse ab. Vor dem Hintergrund rasant steigender Kosten ist dies nicht länger zu verantworten. •



# Qualitätsmessungen auch bei ambulanten Leistungen

Vergütung soll mit Qualität verknüpft werden

Seit mehr als 20 Jahren sind die gesetzlichen Bestimmungen zu Qualitätsarbeit im Krankenversicherungsgesetz festgeschrieben sind, doch ist seither wenig passiert. Immer noch fehlen im ambulanten Bereich konkrete Lösungsvorschläge, wie medizinisch erbrachte Leistungen eines Spitals oder eines Arztes nach objektiven Kriterien bewertet und ausgewiesen werden können. **santésuisse fordert die standardisierte Qualitätsmessung der ambulanten Leistungserbringung.**

Artikel 77 der Verordnung über das Krankenversicherung (KVV) nimmt alle Leistungserbringer in die Pflicht: «Die Leistungserbringer oder deren Verbände erarbeiten Konzepte und Programme über die Anforderungen an die Qualität der Leistungen und die Förderung der Qualität.» Die Leistungserbringer sind dieser Anforderung in unterschiedlichem Ausmass nachgekommen: Bei den Spitälern, Laboratorien, Ergotherapeutinnen und Zahnärzten sind Qualitätskonzepte ausgearbeitet worden und diese werden konsequent umgesetzt. Hingegen ist im ambulanten Arzttarif TARMED der Anhang 6 leer geblieben, in welchem die Qualitätssicherung vereinbart hätte werden sollen. Auch in den Bereichen Pflegeheime, Spitex oder Physiotherapie haben die Tarifpartner keine Konzepte zur Qualitätssicherung vereinbart. Der Grund: Bisher gibt es keine rechtlichen Möglichkeiten, die Leistungserbringer zu zwingen, die entsprechenden Hausaufgaben zu machen.

Die fünf Leistungserbringerbereiche mit den grössten OKP-Umsätzen verursachen zusammen 89 Prozent der gesamten OKP-Kosten. An diesem Anteil der Top-Five findet die Qualitätssicherung nach Art. 77 KVV lediglich bei 39 Prozent der OKP-Kosten statt. Die restlichen 61 Prozent werden von keinen umgesetzten Qualitätsverträgen oder -vereinbarungen erfasst. Das Fazit zwanzig Jahre nach Inkrafttreten der Gesetzespflicht: Die Leistungserbringer haben die im KVG vorgesehene Aufgabe zur Qualitätssicherung überwiegend nicht umgesetzt.

» **santésuisse fordert die standardisierte Qualitätsmessung der ambulanten Leistungserbringung.**

## Vergütung ambulanter Leistungen an Qualität knüpfen

Die Gesundheitskommission des Nationalrates (SGK-NR) hat am 3. Februar 2017 die Qualitätsvorlage des Bundesrates konkretisiert und wegweisende Entscheide zugunsten qualitativ hochstehender medizinischer Leistungen gefällt. Zur Durchsetzung der Qualitätsarbeit der Leistungserbringer, der Transparenz und der Sanktionierung der Ergebnisse für den ambulanten Bereich sollen analoge gesetzliche Formulierungen etabliert werden wie im stationären Bereich.

Stationäre Leistungen müssen gemäss Art. 49 Abs. 1 KVG in der notwendigen Qualität erbracht werden, und die Tarife orientieren sich an der Entschädigung jener Spitäler, welche die tarifierte obligatorisch versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen. Erst mit Hilfe dieser auf Gesetzesebene verankerten Verknüpfung der Tarifierung mit der Messung der Ergebnisqualität konnte im stationären Spitalbereich eine flächendeckende Qualitätsmessung im stationären Bereich durchgesetzt werden.

Im stationären Bereich unternehmen die Tarifpartner und diverse Organisationen bereits heute Qualitätsanstrengungen mit positivem Resultat. Sie weisen vergleichende Qualität mit entsprechenden Indikatoren aus. Auf diesen Arbeiten soll weiter aufgebaut werden. Folgt das Parlament der SGK-NR, wird sich unser Gesundheitssystem positiv weiterentwickeln und effizienter werden. •



# In Kürze

## Überhöhte Medikamentenpreise sind nicht gebannt

Nach einem dreijährigen Unterbruch wird der Bundesrat die Überprüfung der Medikamentenpreise wieder aufnehmen.

Gemäss der Verordnungsänderung wird den Krankenversicherern weiterhin keine Handhabe eingeräumt, gegen überhöhte Medikamentenpreise vorzugehen. Rekurrieren gegen einen Entscheid des Bundesamtes für Gesundheit dürfen nämlich weiterhin nur die Hersteller. Die Erhöhung der Abstandsregeln der Generika zu den Originalprodukten wird für die Prämienzahler gewisse Einsparungen bringen. Die Massnahme genügt aber nicht. Schon lange verweist santésuisse auf die dringend nötigen Preisabschläge für die Generika, die im Vergleich zu den Referenzländern um 50 Prozent zu teuer sind. Akzeptable vorübergehende Lösung ist die in den Verordnungen vorgesehene Vergrösserung des Preisabstands zum Originalprodukt. Diese müsste zügig durch ein griffiges Festbetragssystem ersetzt werden, das beispielsweise in den Niederlanden und Dänemark längst schon praktiziert wird. Allerdings ignoriert die Verordnungsanpassung weiterhin das gesetzlich verankerte Kostengünstigkeitsprinzip. Mit dessen konsequenter Anwendung und der Förderung der Generika könnten jährlich rund 600 Millionen Franken eingespart werden; überhöhte Vertriebsmargen machen weitere 460 Millionen Franken aus. Einsparungen im Medikamentenbereich von einer Milliarde Franken würden die Versicherten um drei bis vier Prämienprozent jährlich entlasten. •

## Das Gros der Prämienzahler zu Unrecht verdächtigt

«Die Zahl der Krankenversicherten, welche ihre Prämien nicht zahlen, wächst stark an» oder «Immer mehr Krankenversicherte zahlen ihre

Prämien nicht». So oder ähnlich schallte es durch den Blätterwald, nachdem das Bundesamt für Gesundheit (BAG) eine Depesche über ausbleibende Zahlungen für die Krankenkassenprämien verbreitete. Anlass zu dieser Unruhe bot die Nachricht, wonach im Jahr 2015 die Zahl der Prämienschuldnerinnen und -schuldner gegenüber dem Vorjahr um 20,4 Prozent gestiegen sei. Gleichzeitig mit der Information lieferte das BAG die Ursache für die Versäumnisse: steigende Prämien. Trotz Prämienverbilligungen gäbe es zunehmend mehr Versicherte, die ihre Prämien nicht bezahlen könnten oder wollten. Bei näherem Betrachten der Faktenlage hat sich herausgestellt, dass der Kommunikation des BAG eine Verwechslung der Daten zugrunde lag: Die Anzahl Personen, welche ihre Prämien nicht bezahlt haben, nahm 2015 gegenüber 2014 lediglich um 6,3 Prozent zu. Hingegen stiegen die ausstehenden Geld-Forderungen aus der Krankenversicherung um 20,4 Prozent auf 285 Millionen Franken. Das BAG hat auf seiner Webseite eine Korrektur publiziert. •

## IV-Revision: «kostenneutrale Umgestaltung» à la Bundesbern

In seiner neusten Botschaft zur Revision der Invalidenversicherung (IVG) spricht der Bundesrat von «kostenneutraler Umgestaltung», nachdem in der Vernehmlassung die Mehrheit der Kantone, der Parteien und Wirtschaftsverbände Einsparungen verlangt hatten. Tatsächlich sollen aber Aufwände von 120 Millionen Franken in die Krankenversicherung verlagert werden. Damit werden die Prämienzahlenden immer mehr zur «Milchkuh der Nation».

## BLOG-TELEGRAMM

### Die «Pflegethemen», gut gemeint und dennoch falsch

Die Pflegefachfrauen und -männer wollen eine bessere Anerkennung und Förderung der Pflege als wichtigen Bestandteil der Gesundheitsversorgung. Die Mitte Januar lancierte Volksinitiative «Für eine starke Pflege» fordert dafür einen eigenen Artikel in der Bundesverfassung. Verlangt wird unter anderem, dass gewisse Pflegeleistungen in eigener Verantwortung zulasten der obligatorischen Grundversicherung abgerechnet werden können. Für die Krankenversicherer sind einige Anliegen der Pflegefachpersonen nachvollziehbar, insbesondere die bessere Anerkennung der Kompetenzen. Dennoch steht santésuisse der jetzt lancierten Volksinitiative kritisch gegenüber. Eine Verankerung in der Verfassung ist unnötig. Zum anderen hat sich in der Vergangenheit gezeigt, dass mit jeder neuen Zulassung von Leistungserbringern die Kosten zu Lasten der Grundversicherung gestiegen sind. •

→ <http://santesuisse.ch/sepnw>

