



BRENNPUNKT

GESUNDHEITSPOLITIK 2 | 2016

Der Krug geht zum Brunnen bis er bricht

Sofortige Kurskorrektur bei der Revision des ambulanten Arzttarifs notwendig



Versicherteninteressen vor Eigeninteressen setzen

Mit der Revision der ambulanten Tarife nehmen Ärzte und Spitäler jährliche Mehrkosten in Milliardenhöhe in Kauf. Mit problematischen Methoden wollen etliche Kantone ihre eigenen Spitäler vor Konkurrenz schützen. In beiden Fällen stellen die Akteure ihre Interessen über das Interesse der Versicherten. Um Gegensteuer zu geben, sind neue und kreative Lösungen gefragt. Zum Beispiel mit mehr Qualitätswettbewerb und mehr Effizienz. •

Heinz Brand, Präsident santésuisse

Angesichts anhaltender Kostensteigerungen sind die von den Leistungserbringern bei der Revision des ambulanten Arzttarifs eingeforderten Zusatzkosten von jährlich über drei Milliarden Franken unverständlich und nicht vermittelbar.

«TARMED-Revision kaum mehr zu retten», «Realitätsfremde Forderungen der Ärzte», so titelten die Medien nach der Ablehnung von längerfristig kostenbegrenzenden Massnahmen durch die Ärztekammer. Die Tragweite des Entscheids wäre vor allem für die Prämienzahlerinnen und -zahler schwerwiegend. Sie müssten jedes Jahr prognostizierte Mehrkosten von über drei Milliarden Franken berappen.

Der Zustrom ausländischer Ärzte beweist, dass hierzulande von «armenössigen» Leistungserbringern keine Rede sein kann. Anleger wie die Migros erkennen zunehmend die finanzielle Attraktivität des ambulanten Bereichs – in Gruppenpraxen werden Gewinnmargen zwischen fünf und zehn Prozent erwartet. Die gesetzlichen Bestimmun-

gen verlangen, dass die ärztlichen Kosten für effizient erbrachte Leistungen gedeckt werden – aber nicht mehr.

Sofortige Kurskorrektur nötig

Anstatt später den Scherbenhaufen zu kitten, fordert santésuisse eine sofortige Kurskorrektur. Ziel muss ein innovativer und zukunftsgerichteter Arzttarif sein. Wegweisend sind qualitätsbezogene Leistungspakete bzw. Pauschalen, die mit einzelnen medizinischen Fachgesellschaften erarbeitet und getestet werden. Mit einem qualitätsbezogenen Arzttarif kann auch die Behandlungsqualität und – effizienz verbessert werden. Wichtigen Forderungen der Schweizer Gesundheitspolitik würde dadurch Rechnung getragen. •

INHALTE

Qualitätswettbewerb zum Durchbruch verhelfen	2
Freie Spitalwahl nur im eigenen Kanton?	3
In Kürze	4

Qualitätswettbewerb zum Durchbruch verhelfen

Alle reden von Qualität. Kaum jemand liefert handfeste Belege.

Wir rühmen uns gerne, das «beste Gesundheitswesen der Welt» zu haben. Überprüfbar ist die Behauptung nicht. Das muss sich ändern, wenn sich unser Gesundheitssystem nachhaltig und effizient weiterentwickeln soll.

Nach wie vor verweigern die Vertreter der ärztlichen Leistungserbringer jegliche Kooperation, die zu einer Konkretisierung der gesetzlichen Qualitätsanforderungen führen würde. Vor allem die systematische Qualitätsmessung und die transparente Ausweisung der Resultate werden strikt abgelehnt. Damit wird der Qualitätswettbewerb im ambulanten Bereich faktisch verhindert. Die standardmässige Qualitätssicherung bleibt zwanzig Jahre nach Inkraftsetzung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) toter Buchstabe. Gemäss KVG könnte die Weigerung von Leistungserbringern, sich an Massnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, mit Sanktionen betrafft werden. Selbst schwarze Schafe haben allerdings nichts zu befürchten: Mangels vergleichender Qualitätsmessungen haben die vom Gesetzgeber vorgesehenen Schiedsgerichte gar nichts zu beurteilen.

Keine Wahlfreiheit ohne Transparenz

Die fehlende Qualitätstransparenz von Leistungserbringern im KVG stellt einen Affront gegenüber jenen Patientinnen und Patienten dar, die unnötige Komplikationen davon getragen haben oder überflüssigerweise operiert wurden. Ein Patient kann seine Wahlfreiheit nur dann wahrnehmen, wenn er mehr als nur die «Freundlichkeit des Arztes» oder

«die Distanz zum nächsten Spital» beurteilen kann. Wenn schlechte oder unnötige Leistungen gleich vergütet werden wie optimale Massnahmen, lähmt dies die Bereitschaft der Beteiligten, der Qualitätsfrage die notwendige Aufmerksamkeit zu schenken.

„**Leistungserbringer, die sich der Qualitätssicherung und -messung systematisch entziehen, müssen tariflich sanktioniert werden können.**“

Qualitätsvorlage des Bundesrates

Der Handlungsbedarf für mehr Qualität und Effizienz in der Krankenversicherung ist unbestritten. Die bundesrätliche Vorlage 15.083 KVG, Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit, ist aber der

falsche Weg:

- Nationale Programme des Bundes würden die notwendige Akzeptanz und Breitenwirkung nicht entfalten: Die fachlich-inhaltliche Qualitätssicherung muss von den Leistungserbringern und ihren Fachgesellschaften «sur terrain» umgesetzt werden.
- Die formalen Kriterien der Qualitätssicherung und ihrer Überprüfung sollen nicht Sache des Bundes, sondern der Tarifpartner sein.
- Leistungserbringer, die sich der Qualitätssicherung und –messung systematisch entziehen, müssen tariflich sanktioniert werden können. Diesbezüglich bringt die Vorlage keinen Fortschritt.
- Die in der Vorlage vorgesehene Finanzierung der behördlichen Massnahmen und der nationalen Programme zu Lasten der Versicherten ist abzulehnen. Die notwendige Qualität ist bereits in den Tarifen inkludiert.

santésuisse empfiehlt, die Vorlage mit klaren Vorgaben an den Bundesrat zurückzuweisen.

Ja zu mehr Qualität

Unbestritten sind die Ziele der bundesrätlichen Qualitätsvorlage. Zur Umsetzung hat santésuisse bereits vor längerer Zeit eine Qualitätsplattform vorgeschlagen, der die Tarifpartner, die Kantone, die Patientenorganisationen sowie der Bund als Koordinator angehören sollen. Diese Akteure würden partnerschaftlich mit den bestehenden Organisationen für Qualitätsprogramme (ANQ, EQUAM, QUALAB, Stiftung für Patientensicherheit etc.) zusammenarbeiten. Anders als in der Vorlage des Bundes müsste auch die Finanzierung partnerschaftlich geregelt werden. •

Freie Spitalwahl nur im eigenen Kanton?

Das Parlament muss Schlupflöcher in der Spitalfinanzierung schliessen

Das beste Spital ist öfter im anderen Kanton. Das wissen auch die Kantone. Mit diversen Hürden versuchen sie, die eigenen Bürgerinnen und Bürgern vom ausserkantonalen Spital fern zu halten. Um die schweizweit freie Spitalwahl zu sichern und den Qualitätswettbewerb zu stärken, muss das KVG nachgebessert werden.

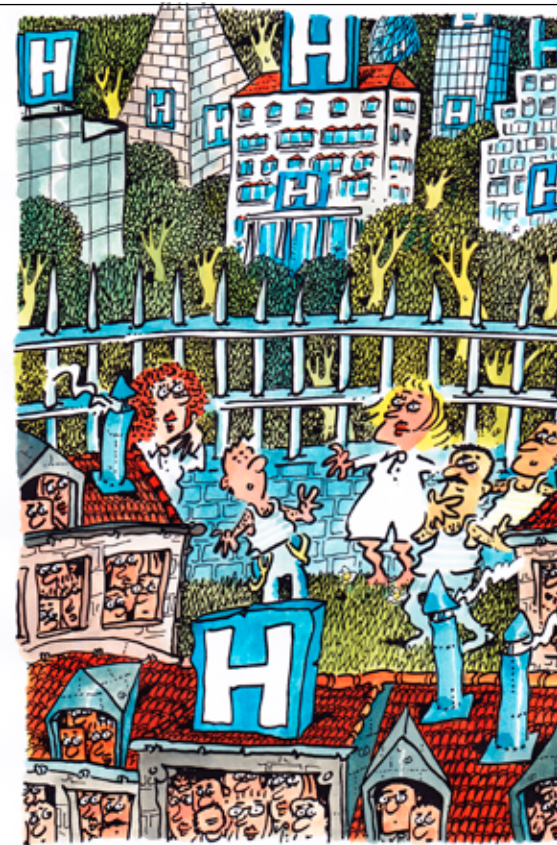
Seit 2012 können die Patientinnen und Patienten schweizweit ihr Spital frei wählen. «Könnten», muss präzisiert werden: Etliche Kantone bauen finanzielle Hürden auf oder wenden juristische Schlaumeiereien an, um die Spitalwahl ihrer Bürger zu erschweren.

«Kettentarife» und «Verhinderungsquoten»

Bei der Debatte zur neuen Spitalfinanzierung erklärten die Kantone, ausserkantonale Behandlungen, die sie selber anbieten, gar nicht finanzieren zu wollen. Der Gesetzgeber entschied sich aber für die schweizweit freie Spitalwahl und den entsprechenden Qualitätswettbewerb. Aus Rücksicht auf die Kantone wurde hingegen für ausserkantonale Spitalbesuche die Minimalvergütung zum tiefsten entsprechenden Tarif in einem

Listenspital des Wohnkantons festgelegt. Eine parteiübergreifende Minderheit äusserte schon damals Bedenken und sollte Recht behalten: Statt den politischen Willen des Gesetzgebers ernst zu nehmen, setzen etliche Kantone unrealistisch tiefe Referenztarife fest, um den Besuch von ausserkantonalen Spitälern finanziell unattraktiv zu machen. Der eine oder andere Kanton setzt dazu auf eigenem Gebiet sogar «imaginäre» Tiefstarife an, die gar nie angewendet werden. So jüngst der Kanton Neuenburg, der damit die Konkurrenz im Berner Jura ausbremsen will (Der Bund, 25. Februar 2016). Die Referenztarife, welche die schweizweit freie Spitalwahl sichern sollten, werden so nicht selten zu «Ketten», welche den Patienten finanziell ans kantonseigene Spital binden.

Eine ganz neue Dimension in Sachen Vermeidungsstrategien von ausserkantonalen Hospitalisierungen hat sich jüngst der Kanton Waadt ausgedacht: Kantone, die Quoten für bestimmte Behandlungen festgelegt haben, sollen demnach ausserkantonale Patienten mitzählen müssen. Damit würde die Höchstzahl rascher erreicht und die entsprechenden ausserkantonalen Spitäler wären auch für Waadtländer Patienten nicht mehr verfügbar (RTS 11. Februar 2016).

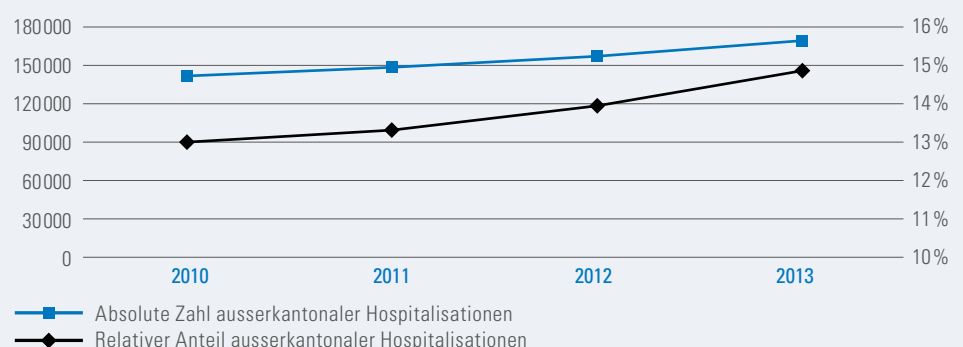


Freie Spitalwahl durchsetzen

Etliche Kantone nutzen bestehende Schlupflöcher in der Gesetzgebung aus, um die schweizweit freie Spitalwahl und den Qualitätswettbewerb systematisch zu unterlaufen. Vier Jahre nach der Einführung der neuen Spitalfinanzierung ist deshalb Zeit gekommen, den nächsten Schritt zu tun: Das Parlament muss die laufenden Evaluationen zur Spitalfinanzierung nützen, um diese zu optimieren und der schweizweit freien Spitalwahl und dem Qualitätswettbewerb zum Durchbruch zu verhelfen. •

Freie Spitalwahl gewinnt an Attraktivität

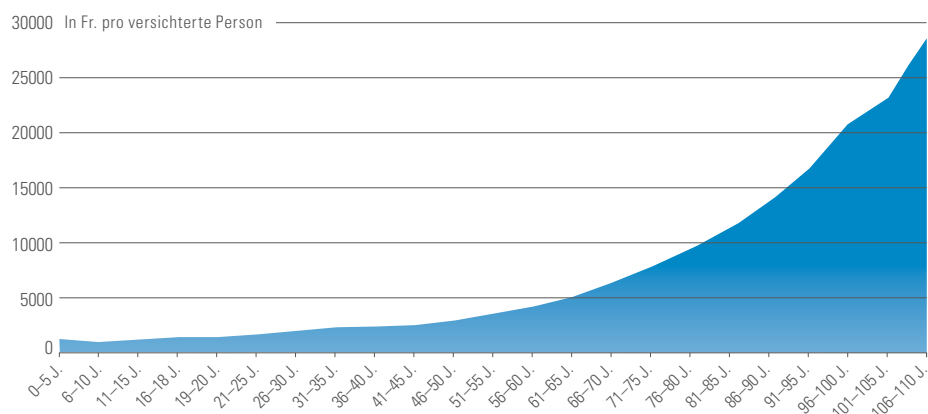
Die freie Spitalwahl gewinnt an Attraktivität. Einigen Kantonen ist dies ein Dorn im Auge. Sie nutzen das frühere Entgegenkommen des Parlaments aus, um ihren Bürgern die ausserkantonale Spitalwahl zu vergraulen.



Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser und Krankenhausstatistik; Eigene Auswertung Obsan

In Kürze

BruttolLeistungen pro versicherte Person nach Altersklassen 2014



Ausser bei den ganz kleinen Kindern nehmen die Gesundheitskosten mit steigendem Alter laufend zu. Nach dem 50. Altersjahr ist eine Beschleunigung auszumachen. (SASIS-Datenpool)

Im Alter fallen höhere Gesundheitskosten an

Der Einfluss von demografischen Veränderungen auf die Gesundheitskosten ist laut mehreren Studien, unter anderem des Obsan (Bericht 53, Neuenburg, 2012), kleiner als gemeinhin angenommen. Viel stärker ist der Einfluss des medizinischen Fortschritts und des gestiegenen medizinischen Angebots. Trotzdem stellen vor allem die «Baby Boomer», die sich jetzt dem Pensionsalter nähern, eine grosse Herausforderung für die soziale Krankenversicherung dar, weil die Gesundheitskosten nach dem 50. Altersjahr beschleunigt zunehmen.

Die Studie des Obsan hält in ihrem Ausblick auf die nächsten Jahre fest: «Die Nachfrage nach medizinischen Leistungen (Nutzung der Pflege) wird auch weiterhin aus demographischen Gründen wachsen. Nicht nur, sondern auch wegen der chronischen Krankheiten und Polymorbidität.» •

Kostspieliger Aufschub der Preisanpassungen bei den Medikamenten

Das Bundesgericht hat das BAG angewiesen, bei seinen periodischen Auslandpreisvergleichen

auch einen Vergleich der Wirksamkeit mit anderen Produkten gleicher Indikation beziehungsweise ähnlicher Wirkungsweise durchzuführen. Das Urteil hat zur Folge, dass die Preise erst 2017 wieder angepasst werden. Das Krankenversicherungsgesetz (KVG) verlangt für die Übernahme von therapeutischen Leistungen durch die Grundversicherung deren Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit wie auch die Kostengünstigkeit. Statt gemäss dem Gesetz für die Festsetzung der Medikamentenpreise das Resultat des günstigeren Kriteriums zu nehmen, wird eine Gewichtung von $\frac{2}{3}$ Auslandpreisvergleich und $\frac{1}{3}$ therapeutischer Quervergleich vorgenommen. Die seit letztem Jahr gültige Verordnung verpflichtet das BAG, alle drei Jahre den Preis eines Medikaments zu überprüfen. Um hier die Medikamente nicht zu unterschiedlichen Zeitpunkten zu überprüfen und somit ungleich zu behandeln, sollten alle gleichzeitig überprüft werden. Aus Sicht der Prämienzahler ist eine Aufteilung der Überprüfung auf mehrere Jahre unverständlich und führt nur zu ungerechtfertigten Erlösen von mehr als 300 Mio. Franken zugunsten der Pharmaindustrie, finanziert durch die Prämienzahler. •

BLOG-TELEGRAMM

Dürfen Krankenversicherer Gewinn machen?

Jetzt ist wieder Berichtssaison. Auch die Krankenversicherer publizieren ihre Jahresabschlüsse, in denen mitunter von Millionengewinnen die Rede ist. Die in den Jahresberichten als «Gewinn» deklariert Zahlen betreffen ausschliesslich den Zusatzversicherungsbereich, denn die Grundversicherung muss von Gesetzes wegen «selbsttragend» sein. Allfällige Gewinne in der Grundversicherung werden den gesetzlichen Reserven gutgeschrieben. Das Krankenversicherungsgesetz (KVG) verlangt von den Krankenversicherern, dass sie mit den Grundversicherungsprämien die Leistungen und Verwaltungskosten decken. Wenn die Prämieinnahmen in einem Kanton deutlich über den kumulierten Kosten in diesem Kanton liegen, kann der Krankenversicherer im betreffenden Kanton im Folgejahr einen Prämienausgleich vornehmen (Art. 17 Abs. 1 KVAG). •

→ <http://santesuisse.ch/senqh>

