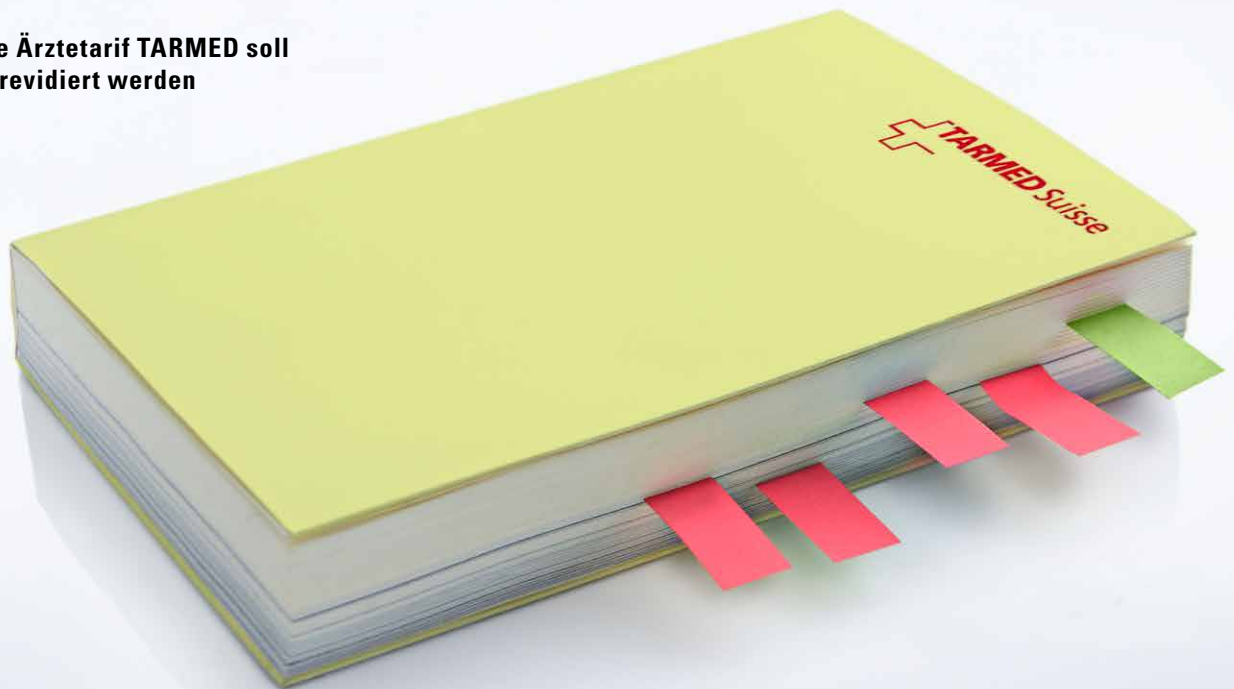


BRENNPUNKT

GESUNDHEITSPOLITIK 3 | 2016

Schritt für Schritt

Der ambulante Ärztetarif TARMED soll kapitelweise revidiert werden



Kühlen Kopf bewahren!

Die Totalrevision des ambulanten Ärztetarifs TARMED gemäss den Vorstellungen der Leistungserbringer würde absehbar Milliarden an Mehrkosten auslösen. Eine derart massive Mehrbelastung der Prämienzahlerinnen und -zahler zuzulassen, wäre höchst unverantwortlich. Der Bundesrat ist gut beraten, wenn er nichts überstürzt und es mit dem alten Sprichwort hält: «Gut Ding will Weile haben». •

Heinz Brand, Präsident santésuisse

Die vom Bundesrat gewährte Nachfrist zur Revision des ambulanten Ärztetarifs ändert nichts an den Konstruktionsmängeln: Der mengentreibende Einzelleistungstarif muss mindestens teilweise mit Pauschalen ersetzt werden. Eine Totalrevision bis Ende Oktober 2016 ist dagegen nicht realisierbar.

In Zusammenarbeit mit der fmCh tarifUNION wird santésuisse einen Vorschlag zur Integration von Pauschalen präsentieren können. Vorerst werden vier TARMED-Kapitel bearbeitet: Bildgebende Verfahren, Auge, Diagnostik und Therapie des Bewegungsapparates sowie Diagnostik und nichtchirurgische Therapie von Herz und Gefässen. Die klassischen Hausarztleistungen werden hingegen nicht in Pauschalen zusammengefasst.

Vereinfachte Abrechnung

Die aktuelle Tarifversion des TARMED umfasst in 38 Kapiteln mehr als 4000 Leistungspositionen. Allein sechs Kapitel verursachen mehr als 80 Prozent aller Kosten. Die Pauschalen werden die am häufigsten

abgerechneten Leistungsarten im TARMED umfassen. Dadurch entsteht eine deutlich einfachere Struktur mit weniger als 1000 Leistungen.

Bundesrat muss eingreifen können

Solange alle Ärzte mit den Krankenversicherern abrechnen dürfen, unterstützt santésuisse die subsidiäre Eingriffsmöglichkeit des Bundesrates in die Tarifstruktur. Bereits 2001 stellte eine Expertenstudie zu Händen der ständerätlichen GPK fest, dass ohne das Bestehen des Bundesrates auf einer kostenneutralen Umsetzung des TARMED massive Kostensteigerungen die Folge gewesen sein dürften. Aus Sicht von santésuisse kommt einem wirtschaftlich vertretbaren Tarif eine viel höhere Bedeutung zu als einem übereilten Abschluss zu Lasten der Prämienzahler. •

INHALTE

Der Prämienzahler als Mäzen	2
Wechselkurs für Reiche?	3
In Kürze	4

Der Prämienzahler als Mäzen der Pharmaindustrie?

Das Rezept gegen zu hohe Medikamentenpreise steht bereit. Es muss nur durchgesetzt werden.



Die Medikamentenkosten steigen weiterhin überdurchschnittlich. Das Rezept gegen zu hohe Preise steht aber bereit: Künftig muss konsequent das Kostengünstigkeitsprinzip umgesetzt werden. Die geplante Verordnungsänderung hingegen geht in die falsche Richtung.

Die Ausgaben der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) wachsen im ersten halben Jahr 2016 überdurchschnittlich: Für in der Apotheke bezogene Leistungen beträgt das Wachstum rund 6,4 Prozent, für Medikamente vom Arzt 4,7 Prozent, wie das im August publizierte Kostenmonitoring des BAG zeigt. Die Gründe dafür sind die fehlende und mangelhafte Umsetzung der gesetzlichen Grundlage bezüglich der Medikamentenpreisfestsetzung. Bereits seit 2009 wurden Massnahmen zur Kostendämpfung im Medikamentenbereich ergriffen. So wurde die regelmässige Überprüfung der Aufnahmekriterien aller in der Spezialitätenliste (SL) aufgeführten Arzneimittel alle drei Jahre vorgesehen. Leider wurde das im KVG verankerte Kostengünstigkeitsprinzip, auf das auch der Preisüberwacher wiederholt hingewiesen hat, nie konsequent umgesetzt. Mit seiner Inkonsequenz hat sich das EDI viel Ärger und Gerichtsverfahren eingehandelt.

Institutionelle Defizite

Das EDI hat im Jahre 2012 den therapeutischen Quervergleich (TQV) bei der Dreijahresüberprüfung aufgehoben. Dieser Schritt war offenbar rechtlich nicht ausreichend abgestützt, worauf das BAG nach Rekursen von einzelnen Pharmafirmen im letzten Dezember vor dem Bundesgericht verlor. Was von den 2012 angekündigten Einsparungen durch die Einigung des EDI mit den Pharmavereinigungen übrig bleibt, ist damit ungewiss. Einmal mehr zeigt sich das institutionelle Manko, dass Konsumenten- und Versichererverbände über kein Rekursrecht verfügen, um zu hohe Preise zu bekämpfen.

Konsequentes Kostengünstigkeitsprinzip verankern

Wären die Bundesbehörden rechtzeitig auf den Grundsatz des Kostengünstigkeitsprinzips, das sich aus Artikel 43 Absatz 6 KVG ableitet, eingeschwenkt, hätte dieser Rückschlag vermieden und eine wirksame Kostendämpfung erzielt werden können. Auch bei einer jährlichen gleichzeitigen Überprüfung hätte sich das EDI die jetzigen Probleme erspart. Konsequent angewendet bedeutet das Kostengünstigkeitsprinzip, dass die Krankenversicherung nur die günstigste Version einer Substanz vergütet, was nicht selten

ein Generikum ist. Wer trotzdem ein anderes Medikament will, muss die Differenz selbst bezahlen.

„**Tatsache ist, dass die Prämienzahler weiterhin stark überhöhte Medikamentenpreise bezahlen.**

Verordnungsentwurf ignoriert Interessen der Prämienzahler

Tatsache ist, dass die Prämienzahler weiterhin stark überhöhte Medikamentenpreise bezahlen. Mit der gleich starken Gewichtung von Auslandspreisvergleich und TQV beim neuen Verordnungsentwurf des EDI wird das Kostengünstigkeitsprinzip des KVG weiterhin ignoriert. Rekurse befürchten muss das BAG nicht, da diese bisher nur von der Pharmaindustrie eingereicht werden können. Mit den geplanten Änderungen wird der therapeutische Quervergleich dazu führen, dass die Preissenkungen im Durchschnitt geringer ausfallen. Damit wird die Schweiz eine Hochpreis-



insel für vornehmlich im Ausland hergestellte Medikamente bleiben und die Prämienzahler müssen der florierenden Pharmaindustrie auch weiterhin einen Beitrag zur Standortförderung entrichten. Unzufriedene Pharmafirmen, die sich durch die Staffelung auf drei Jahre ungerecht behandelt fühlen, dürften bei der nächsten Preissenkung im Dezember 2017 Rekurse einreichen, was zu weiteren Verordnungsänderungen zugunsten der Pharmafirmen in vier Jahren führen wird. Gelöst werden könnte das Problem durch eine jährliche Überprüfung aller Medikamente. santésuisse, der Preisüberwacher und die Konsumenten fordern dies seit Jahren. •

Verhinderungsstrategie der FMH

Steuerung der ambulanten Versorgung



Die FMH will bei den Ärztezulassungen echten Qualitätswettbewerb ausschalten. Nach den Vorstellungen der FMH soll als «Qualitätskriterium» alleine der Ausbildungs- und Sprachnachweis für die Zulassung genügen.

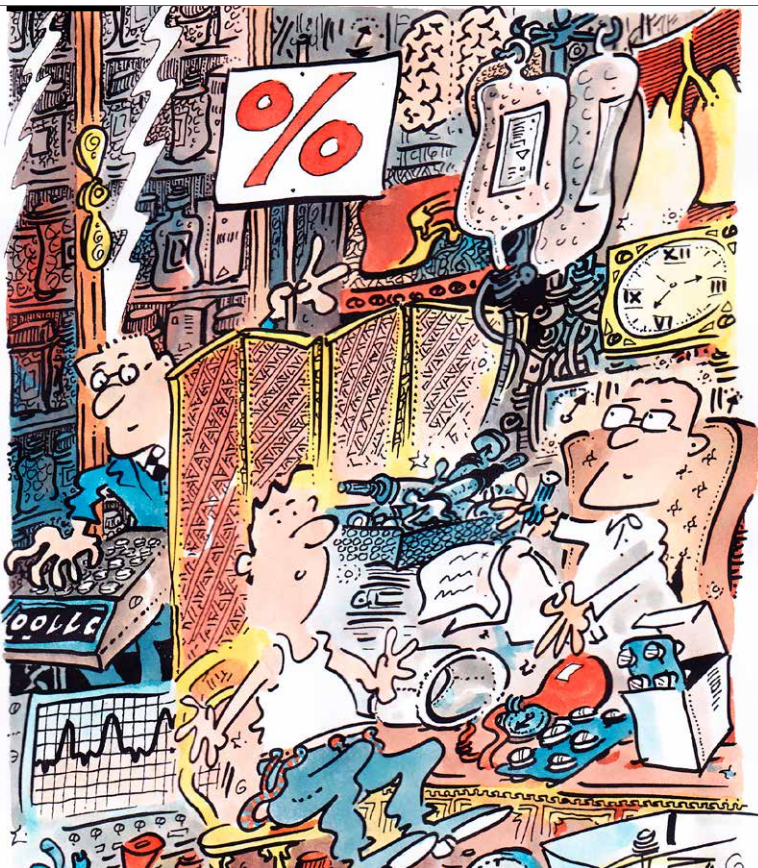
Dem Ärzteverband ist offenbar wenig an einem durchlässigen Qualitätswettbewerb gelegen. Jedenfalls enthält der Vorschlag der FMH zu entsprechenden Qualitätskriterien kein Element, welches die Leistungsqualität und -transparenz beinhaltet. Im Gegensatz zu den Ärzten haben die Spitäler den Schritt zu Outcome-Messungen mit transparent ausgewiesenen und vergleichbaren Qualitätsindikatoren bereits vollzogen. •

Wechselkurs für Reiche?



Während der tatsächliche Wechselkurs zum Euro heute weniger als CHF 1,10 beträgt, basieren die Medikamentenpreise der Spezialitätenliste auf einem Kurs von CHF 1,26. Unsere Patienten und Versicherten müssen damit bereits aufgrund realitätsferner Wechselkursannahmen zusätzlich rund 15 Prozent mehr für die weitgehend im Ausland hergestellten Medikamente bezahlen. Hinzu kommen die massiven Aufschläge, die fälschlicherweise mit der höheren Kaufkraft in der Schweiz begründet werden, aber die weitgehend Medikamente betreffen, die im günstigeren Ausland – zum Teil in Billiglohnländern – produziert werden. •

In Kürze



Das weltliche Gesicht der Götter in Weiss.

Weiterhin hohe Zahl von Betreibungen

Heute stellen die Betreibungsämter jährlich über 2,8 Millionen Zahlungsbefehle aus. Wenn die Entwicklung in gleicher Weise anhält, wird die Zahl der Betreibungen bis 2020 die 3 Millionen-Marke erreichen. Dieser Entwicklung sind auch die Krankenversicherer ausgesetzt. Aktuell werden jedes Jahr 360 000 Versicherte von den Krankenversicherern betrieben. Am häufigsten werden bei einem finanziellen Engpass Steuerrechnungen nicht bezahlt, danach folgen die Krankenkassenprämien und die Telefonrechnungen. Dass die Krankenversicherer mit Nachdruck und effizient ihr Mahnwesen betreiben, liegt im Interesse aller Versicherten, da dadurch die Solidarität erhalten und gestärkt wird. Seit dem 1. Juli 2016 dürfen Konsumkredite höchstens zu 10 Prozent verzinst

werden. Ob sich die Massnahme auch auf die ausstehenden Krankenkassenprämien und die Zahlungsmoral auswirken wird, wird sich weisen. •

Neue Physiotherapie-Tarifstruktur von H+ und Curafutura stösst auf Widerstand

Der Spitalverband H+ und der Krankenversichererverband Curafutura haben dem Bundesrat einen Vorschlag für eine neue Physiotherapie-Tarifstruktur zur Genehmigung eingereicht. Das Tarifwerk wurde ohne Einbezug des Physiotherapie-Verbandes Physioswiss und ohne Mitwirkung von santésuisse und den Unfallversicherern erarbeitet. Physioswiss lehnt die Tarifstruktur ab, da sie die seit dem 1. April 2014 geltende Erhöhung der Taxpunktwerte um 8 Rappen zunichte mache. •

BLOG-TELEGRAMM

Die meistgesuchten Krankheitsbilder im Spitalfinder

Mit dem santésuisse-spitalfinder können Versicherte im Internet auf den ersten verständlichen und vollständigen Qualitätsvergleich von Schweizer Akutspitälern zugreifen. Der santésuisse-spitalfinder gibt Informationen über die generelle Qualität eines Spitals oder erlaubt die gezielte Suche nach einem Krankheitsbild. Bei den rund 4000 Abfragen im Zeitraum von März bis Juli ist die Orthopädie mit insgesamt fünf der meistgesuchten Krankheitsbilder stark in den Top 10 vertreten. Die restlichen fünf Krankheitsbild-Bereiche Herz, Gehirn, Gynäkologie, Urologie und Übrige sind mit jeweils einem Krankheitsbild in den Top Ten vertreten. Weiter fällt auf, dass von den zehn Eingriffen sieben sogenannte Wahleingriffe sind, welche planbar sind und bei denen ein Vergleich zwischen verschiedenen Spitälern Sinn macht. •

→ <http://santesu.is/se0s7>

