

# Brennpunkt

## Gesundheitspolitik 4/14

### Ärztstopp von heute ist Fehlplanung von morgen

Die aktuell diskutierte KVG-Revision zur Steuerung des ambulanten Bereichs zementiert die wirkungslose Zulassungssteuerung der Vergangenheit. santésuisse lehnt deshalb die Vorschläge des Bundesrates, die im Frühjahr ins Parlament kommen dürften, ab.

Die Diskussion über die Kostenentwicklung ist notwendig. Um das Kostenwachstum zu bremsen, braucht es aber bessere Methoden als kurzfristige planwirtschaftliche Eingriffe. Die Neuauflage des «Ärztstopps» ist weder liberal, noch wirksam oder nachhaltig.

#### Nutzlos bis kontraproduktiv

Der Vorschlag des Bundes zur Zulassungssteuerung in der ambulanten Versorgung widerspricht unserem freiheitlich-liberalen Gesundheitssystem und ist nicht nachhaltig. Die Planwirtschaft müsste mit immer neuen Eingriffen die eigenen Fehler korrigieren. Die bisherigen «Zulassungsstopps» haben weder das Mengenwachstum,<sup>1</sup> noch das Angebot an Ärzten zu begrenzen vermocht. Zwischen 2004 und 2012, im Zeitraum, als der «Zulassungsstopp» ohne Unterbruch galt, ist die Zahl der fakturierenden Ärzte um 24% von 18262 auf 22587 gestiegen.

#### Zuständigkeitsbereiche der Kantone: grösstes Kostenwachstum

Die vorgesehene kantonale Steuerung des ambulanten Bereichs ist aufwändig, zu kleinräumig und wettbewerbsfeindlich. Die Interessenkonflikte der Kantone würden in der Tendenz eine

politisch motivierte Steuerung statt eine wirtschaftlich effiziente Entwicklung zur Folge haben. Dass die Kantone den Zulassungsstopp neu auch für die spitalambulanten Bereiche anwenden können sollen, mutet fast schon ironisch an: Sind sie doch die Besitzer der meisten Spitäler und damit verantwortlich für jenen Bereich, der beim Kostenwachstum seit vielen Jahren mit Abstand am meisten Sorgen bereitet. Bezeichnenderweise sind die Kosten der spitalambulanten Versorgung, die in direktem Konkurrenzverhältnis zur freien Ärzteschaft stehen, in den Jahren 2003 bis 2013 mit 7,2% pro Jahr weit überdurchschnittlich gewachsen,<sup>2</sup> während die Kosten der freien Ärzteschaft mit 3,8% pro Jahr moderat gestiegen sind.

#### Mehr marktwirtschaftliche Anreize

Und zu guter Letzt würde die vom Bundesrat vorgeschlagene Steuerung bereits etablierte Leistungserbringer vor der Konkurrenz schützen, junge Ärzte hingegen systematisch benachteiligen. Solche Markteintrittsbarrieren sind aus vielerlei Gründen unerwünscht. Nur marktwirtschaftliche Anreize und freier Wettbewerb der Leistungserbringer geben jedem Arzt die gleiche faire



Verena Nold, Direktorin santésuisse

*Warum ist ein Zulassungsstopp nicht das probate Mittel, das Kostenwachstum in der sozialen Krankenversicherung zu dämpfen? Warum müssen im Heilmittelgesetz (HMG) Rabatte weiter möglich sein, aber transparent und patientenfreundlich geregelt werden? Warum darf die Revision des Ärztetarifs «TARMED» auf keinen Fall zu einem Kostenschub führen? Die Hintergründe und Antworten zu diesen Fragen präsentiert Ihnen santésuisse im aktuellen Brennpunkt zur Wintersession 2014.*

Chance ohne dass die Gesundheitskosten – und damit die Prämien – aus dem Ruder laufen. santésuisse befürwortet deshalb marktwirtschaftliche Instrumente zur Förderung von Kostenbewusstsein und Qualität in der sozialen Grundversicherung. Möglichkeiten dazu sind die Lockerung des Vertragszwangs und tiefere Tarife bei der Überversorgung in den Städten.

(DH, ARE, CMI)

<sup>1</sup> Mengen und Preise der OKP-Leistungen: Eine statistische Analyse der Jahre 2004 bis 2010, Prof. Dr. Reto Schleiniger et al., Dezember 2012.

<sup>2</sup> Durchschnittliche jährliche Wachstumsrate der Bruttoleistungen total.



# HMG: AUCH VERSICHERTE SOLLEN VON RABATTEN PROFITIEREN!

Die Revision des Bundesgesetzes über Arzneimittel und Medizinprodukte (HMG) wird gegenwärtig im Ständerat beraten. Der Markt der Arzneimittel und Medizinprodukte ist ein Milliardengeschäft, das sich niemand entgehen lassen will. Da haben Versicherte und Patienten Mühe, sich Gehör zu verschaffen. Dies betrifft zum Beispiel ein Beschwerde- und Antragsrecht bei Preisen und Zulassungen. Ein weiterer Punkt ist die Rückerstattung von Rabatten: heute entgehen den Versicherten Hunderte von Millionen Franken, die sich Händler und Leistungserbringer in die eigene Tasche stecken.



**Rabatte sollen auch den Versicherten zu Gute kommen.**

Das aktuelle HMG verbietet geldwerte Vorteile, um der «Vorteilnahme» von Herstellern, Importeuren, Grosshändlern und Leistungserbringern einen Riegel zu schieben. Diese sollen dazu gebracht werden, nicht mehr jene Produkte zu verkaufen oder zu dispensieren, die aufgrund der Herstellerrabatte die höchsten Gewinnspannen versprechen, sondern diejenigen, die für Versicherte und Patienten am wirksamsten sind und dazu das beste Preis-Leistungs-Verhältnis aufweisen. Rabatte sind zwar weiterhin erlaubt, doch sie sollen dem Käufer – also dem Patienten bzw. Versicherten – zugutekommen.

In der Praxis ist dies kaum der Fall. Art. 33, Abs. 3b HMG gestattet diese

Rabatte, ohne Verkäufer und Leistungserbringer explizit zu verpflichten, sie mindestens teilweise an die Versicherten weiterzugeben. Damit hat der Gesetzgeber eine Gesetzeslücke geschaffen, die im grossen Stil ausgenutzt wird. Das Bundesgericht hat 2012 bestätigt, dass Importeure, Grosshändler, Apotheker, selbstdispensierende Ärzte und Spitäler aufgrund der zu wenig präzisen Gesetzgebung nicht verpflichtet werden können, bei den Rabatten Transparenz zu schaffen und die Versicherten zu beteiligen.

Da es keine gesetzliche Grundlage gibt, eine Kontrolle zu ermöglichen, entgehen den Versicherten jedes Jahr Hunderte von Millionen Franken. Die Versorgungsnetze verwenden

den diese Mittel z.B. für Qualitätssicherung und Weiterbildung. Ärzte und Apotheker begnügen sich nicht selten damit, ihre Gewinne zu erhöhen. Die Spitäler können die Rabatte in ihre Betriebsrechnung einfließen lassen und so ihre Kosten verringern. Die den Spitälern eingeräumten Rabatte werden zum Teil mit dem Ziel gewährt, dass Patienten die verschriebenen Medikamente nach der Entlassung weiter einkaufen, notabene ohne Rabatte. Mit anderen Worten, was die eine Hand gibt, nimmt die andere wieder zurück.

Es gibt jedoch kein verbindliches Verfahren, das es gestatten würde, Transparenz über den Umfang und die Verwendung der Rabatte zu schaffen. Angesichts des hohen Anteils, den die Krankenkassenprämien heute an den Lebenshaltungskosten ausmachen, können negative Anreize, die von Rabatten ohne Transparenz ausgehen, nicht mehr länger toleriert werden. Die Qualität und Effizienz der Versorgung müssen mit den Prinzipien der Vertraulichkeit betrieblicher Informationen und der unternehmerischen Freiheit ins Gleichgewicht gebracht werden. Dass dies möglich ist, zeigen die Entwürfe für die Art. 57a, 57b und 57c. *santésuisse*, die hier die Position der Versicherten vertritt, fordert, dass die Rabatte nicht nur transparent geregelt werden, sondern auch zwingend anteilig zwischen Leistungserbringern und Versicherten aufgeteilt werden.

*(ASC, VLE)*



# ARZTTARIF TARMED OHNE MEHRKOSTEN REVIDIEREN

Seit dem 1. Januar 2004 rechnen Ärzte und Spitäler ihre ambulant erbrachten Leistungen mit dem Arzttarif TARMED ab. Dass Revisionsbedarf besteht, ist heute unter den Parteien, die den TARMED erarbeitet haben, unbestritten. Die Leistungserbringer stellen sich allerdings bislang gegen die vom Bundesrat und den Krankenversicherern geforderte Kostenneutralität der Revision.

Seit der Einführung der Kostensteuermassnahmen sind die Kosten des TARMED stark gestiegen. Die Kostensteigerung ist alleine auf die Zunahme der Anzahl erbrachter Leistungen und nicht auf eine Preissteigerung zurückzuführen.

## Überfällige Revision

Seit der Einführung fand keine Gesamtrevision des TARMED mehr statt. Der Tarif ist nicht mehr aktuell. Er widerspiegelt weder die aktuelle Kostensituation noch deckt er alle in der Arztpraxis und im Spital erbrachten ambulanten Arztleistungen ab. Zudem gibt es Leistungen, die zu hoch tarifiert sind. Unter den Tarifpartnern besteht Einigkeit darüber, dass der TARMED revidiert werden muss, offen ist jedoch, wie. Im Grundsatz müssen sich alle Tarifpartner des TARMED, also die Spitäler Schweiz H+, die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH, die Zentralstelle für Medizinaltarife ZMT sowie der Verband der Schweizer Krankenversicherer santésuisse über eine gemeinsame Stossrichtung der Revision einig sein. Dieser Konsens liegt nicht vor.

## Subsidiäre Kompetenz des Bundesrats droht

Der Teufel steckt bekanntlich im Detail. Bis zum heutigen Zeitpunkt haben sich die Parteien weder über die Inhalte, die Methode noch über den Zeitplan einer allfälligen Revision einigen können. Falls es zu keiner Einigung kommt, wird der Bundesrat den Tarifpartnern einen revidierten Tarif vorschreiben. Einen Vorgeschmack darauf haben die Tarifpartner im Rahmen der Besserstellung der Hausarztmedi-

zin erfahren. Da sich die Tarifpartner über die Art und Höhe der Besserstellung der Hausärzte nicht einigen konnten, hat der Bundesrat im Rahmen seiner Kompetenz kurzerhand die Besserstellung im Umfang von 200 Millionen Franken auf den 1. Oktober 2014 verfügt. Die Details für die Umsetzung der Verordnung mussten von den Tarifpartnern erarbeitet werden, damit der Arzt entsprechend Rechnung stellen kann. Nur so kann auch eine kostengünstige Rechnungskontrolle beim Krankenversicherer gewährleistet werden.

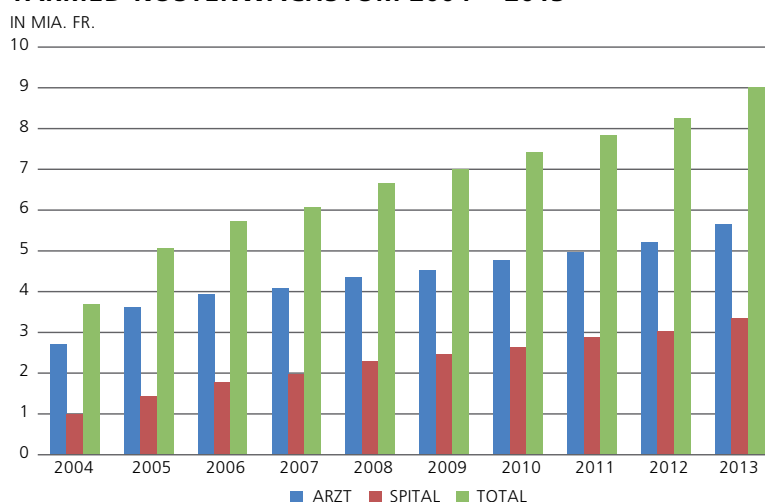
## Revision ohne Mehrkosten

Der Arzttarif TARMED entspricht heute nicht den gesetzlichen Vorgaben des Krankenversicherungsgesetzes. Die Eidgenössische Finanzkontrolle hat in ihrem Bericht vom November 2010 darauf hingewiesen, dass die Leistungstarifierung

nicht auf einer transparent und plausibel nachvollziehbaren Kostenrechnung basiert. Damit ist davon auszugehen, dass die Tarifierung von medizinischen Leistungen nicht korrekt ist. Zudem ermöglicht der TARMED durch eine Anpassung der Abrechnungspraxis eine Gewinnoptimierung beim Arzt. Für santésuisse kommt eine Revision nur in Frage, wenn damit keine Mehrkosten für den Prämienzahler entstehen. Diese Kostenneutralität ist eine wichtige kostendämpfende Massnahme bei der Tarifgestaltung. Auch das Bundesamt für Gesundheit hat sich unmissverständlich für die Einhaltung der Kostenneutralität ausgesprochen. Es ist zu hoffen, dass sich die FMH klar zur Einhaltung der Kostenneutralität bekennt und damit die Grundlage für eine gemeinsame Revision des TARMED legt.

(PRH, MG)

## TARMED-KOSTENWACHSTUM 2004 – 2013



Die TARMED-Kosten im ambulanten Bereich stiegen von 3,7 Mrd. Franken im Jahr 2004 auf 9,0 Mrd. Franken im Jahr 2013.



## IN KÜRZE

### Reserven nicht antasten

santésuisse lehnt drei Standesinitiativen des Kantons Genf ab. *Ers-tens* sollen mit einer Änderung des KVG bei einem Kassenwechsel die Sicherheitsreserven der wechselnden Person auf die neue Kasse übertragen werden können. santésuisse lehnt diese Initiative, welche die soziale Grundversicherung destabilisieren würde, ab. Die Reserven müssen dem gesamten Versichertenkollektiv eines Krankenversicherers zur Verfügung stehen, nicht einzelnen Personen. Der Vorschlag ist versicherungstechnisch nicht begründbar und widerspricht dem Solidaritätsgedanken des KVG. Mit den Prämien werden die Krankheitsrisiken im laufenden Jahr bezahlt, einschliesslich der notwendigen Reserven. Eine Mitnahme von Reserven beim Kassenwechsel widerspricht dem Umlageverfahren des KVG. Darin liegt auch der Unterschied zum Kapitaldeckungsverfahren bei den Pensionskassen.

*Zweitens* sollen die Reserven kantonal gebildet werden. santésuisse lehnt diesen Vorstoss ab, weil sich Volk und Stände in der Volksabstimmung zur Einheitskasseninitiative deutlich gegen eine Kantonalisierung der obligatorischen Krankenversicherung ausgesprochen haben und sich kantonale Reserven nachteilig auf die Versicherten auswirken. Wegen kleinerer Kollektive müssten die kantonalen Mindestreserven um ein Vielfaches höher sein, um dieselben Risiken absichern zu können. Besonders kleine Kollektive eines Versicherers und die Versicherten in kleineren Kantonen würden systematisch benachteiligt. *Drittens* soll für die Sicherheitsreserven eine Obergrenze festgelegt werden. santésuisse lehnt diese Massnahme als überholt und systemfremd ab. Die Minimalreserven werden heute risikobasiert berechnet, wobei ein Minimum eingehalten werden muss. Vor zu hohen Reserven müssen Versicherte nicht geschützt werden, da sämtliche Geldmittel nur zum Zweck der sozialen Krankenversicherung verwendet werden dürfen und im System verbleiben.

### Gegen eine strikte Trennung von Grund- und Zusatzversicherung

Der in der Gesundheitskommission des Ständerats in der Beratung stehende Vorschlag des Bundesrates für eine strikte Trennung von Grund- und Zusatzversicherung würde zu einer erheblichen finanziellen Mehrbelastung in beiden Versicherungsbereichen führen. Im Auftrag von santésuisse hat die Boston Consulting Group die Mehrkosten einer Trennung im Vergleich zur heutigen Situation berechnet, basierend auf dem Wegfall der Synergien von Grund- und Zusatzversicherung. Die Mehrkosten betragen für beide Versicherungsbereiche insgesamt 400 Mio. Franken pro Jahr. Ohne gemeinsame Administration würden beide

## Blog-Telegramme

### Rosen und Kakteen

Die Einheitskasse hat politisch und medial viel Staub aufgewirbelt. Im Blog erlaubt sich santésuisse, den einzelnen Pro- und Antagonisten Rosen und Kakteen zu verteilen. Die Schweizer Stimmbürger erhielten den grössten Strauss Rosen, die verschiedenen privaten und öffentlichen Medien berichteten unterschiedlich ausgewogen, Kakteen und Stechpalmen setzte es für die Kampagnenleitung, welche mit irreführenden Grafiken operierte.

Mehr unter: [santesu.is/semfh](http://santesu.is/semfh)

### Der Schwarze Peter im Gesundheitswesen

In der aktuellen Ausgabe des Verbandsmagazins infosantésuisse wurde ein unsichtbarer Akteur im Gesundheitswesen interviewt: Der Schwarze Peter äusserte sich auch zu politischen Themen wie der «Prämienexplosion», Off-Label-Use von Medikamenten, Aufsichtsgesetz, Datenschutz, Rechnungskontrolle, Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Tarifverhandlungen. (GPA)

Mehr unter: [santesu.is/sempp](http://santesu.is/sempp)



Versicherungsbereiche merklich verteuert: Die Verwaltungskosten in der Grundversicherung würden um 220 Mio. Franken zunehmen, diejenigen des Zusatzversicherungsbereichs um 180 Mio. Franken. Demnach profitieren heute die Versicherten in der Grundversicherung und die Zusatzversicherten vom gemeinsamen Betrieb. Gut 80% der Zusatzversicherten verlören zudem den von ihnen gewählten «Service aus einer Hand». Sie würden zwangsläufig mit mehreren Ansprechpartnern konfrontiert, was insbesondere für ältere und erkrankte Personen Komplikationen zur Folge hätte. (PRH)

## IMPRESSUM

**HERAUSGEBER** santésuisse – Die Schweizer Krankenversicherer, Ressort Kommunikation, Römerstrasse 20, Postfach, 4502 Solothurn, Tel. 032 625 41 41, Fax: 032 625 41 51, E-Mail: [redaktion@santesuisse.ch](mailto:redaktion@santesuisse.ch), Homepage: [www.santesuisse.ch](http://www.santesuisse.ch), Blog: [www.monsieur-sante.ch](http://www.monsieur-sante.ch) **REDAKTION** Daniel Habegger, Paul Rhyn **LAYOUT** Henriette Lux **PRODUKTION** City-Offset, Solothurnstrasse 84, 2540 Grenchen **FOTOS** Keystone/Prisma

