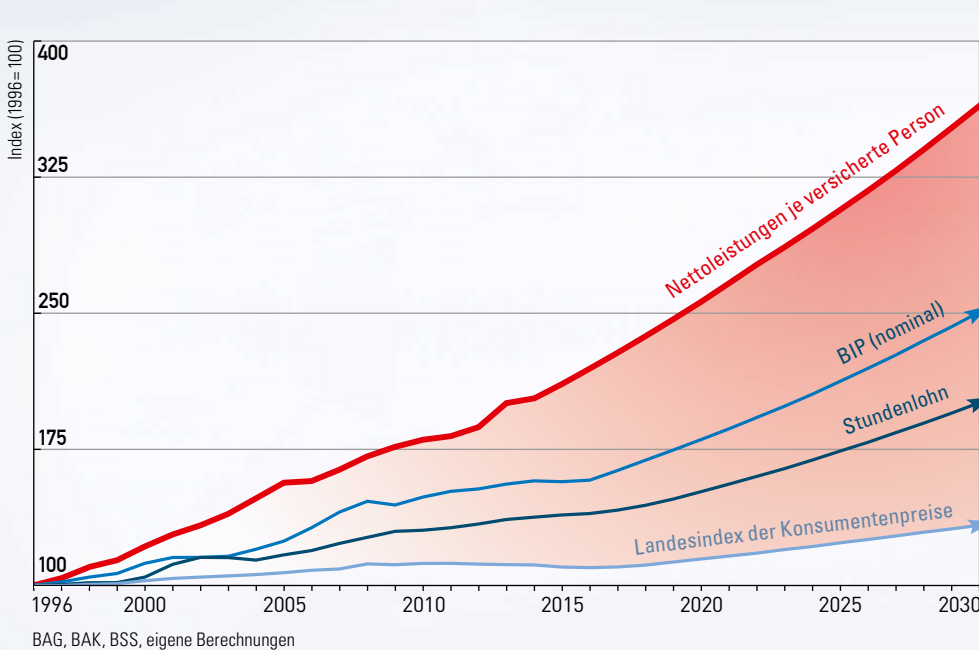


BRENNPUNKT

GESUNDHEITSPOLITIK 4 | 2015

Es droht finanzieller Kollaps auf Raten

Krankenversicherung muss bezahlbar bleiben



MEINUNG DES PRÄSIDENTEN

Wir verfügen über ein ausgezeichnetes Gesundheitswesen. Sein grosses Manko: Es ist ineffizient und deutlich zu teuer. Ohne wirksame Gegenmassnahmen verdoppeln sich die Kosten alle 15 Jahre. Dieses übermässige Kostenwachstum muss gebremst werden, wenn wir nicht offenen Auges in ein Finanzierungsfiasko laufen wollen. Im Vordergrund stehen dabei Effizienzsteigerungen, die keinen Leistungsabbau bedeuten müssen und sogar geeignet sind, unser Gesundheitswesen substantiell weiterzuentwickeln.

Heinz Brand, Präsident santésuisse

Das übermässige jährliche Kostenwachstum in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung von 4,5 Prozent führt zu einer Verdoppelung der Ausgaben alle 15 Jahre. Wirtschaftswachstum, Löhne und Renten vermögen nicht Schritt halten (siehe Grafik). Immer neue Ansprüche verschärfen die Situation.

Seit der Einführung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung steigen deren Kosten unaufhaltsam und verglichen mit anderen Indizes übermässig. Wenn die Politik nicht wirksame Korrekturen vornimmt, ist der finanzielle Kollaps auf Raten vorprogrammiert.

Mit der demografischen Alterung und dem medizinisch-technischen Fortschritt wird das Kostenwachstum von zwei unausweichlichen Faktoren angetrieben, die künftig zu finanziellen Mehrkosten führen werden. Alles andere als unausweichlich sind hingegen die beträchtlichen Ineffizienzen und gesetzlichen Bedingungen, die

in keiner Weise geeignet sind, mit den finanziellen Mitteln der Krankenpflegeversicherung haushälterisch umzugehen.

Effizienz steigern statt Leistungen abbauen

Um das übermässige Kostenwachstum im Gesundheitswesen zu dämpfen, sind umfassende Anstrengungen aller involvierter Akteure gefragt. Im Vordergrund sollten Effizienzsteigerungen stehen, die ohne Leistungsabbau oder gar Rationierungen möglich sind. Notwendige Grundlagen dazu sind ein konsequenter Qualitäts- und Leistungswettbewerb der Leistungserbringer, was wiederum die Vertragsfreiheit zwischen Leistungserbringern und Krankenversicherern voraussetzt. •

INHALTE

| | |
|------------------------------------|---|
| Es braucht den Qualitätswettbewerb | 2 |
| Effizienzgewinne weitergeben | 3 |
| In Kürze | 4 |

Gesundheitssystem braucht Qualitätswettbewerb

Gefordert sind Qualitätstransparenz und die Lockerung des Vertragszwangs



Eine unbegrenzte Menge medizinischer Massnahmen zu garantierten Tarifen ist auf die Dauer nicht bezahlbar, volkswirtschaftlich nicht sinnvoll und mit Sicherheit kein Qualitätsmerkmal. Um effizienter zu werden und sich qualitativ weiterzuentwickeln, braucht unser Gesundheitssystem so rasch wie möglich einen funktionierenden Qualitätswettbewerb.

Ein funktionierender Qualitätswettbewerb stellt das Patientenwohl in den Mittelpunkt, in dem Leistungserbringer um die beste Versorgung des Patienten konkurrieren. Wichtiger Bestandteil des Qualitätswettbewerbes ist es, dass sich die Patienten vom Leistungserbringer ihrer Wahl behandeln lassen können. Die Leistungserbringer profilieren sich gegenüber ihrer Konkurrenz durch ihre Behandlungsqualität. Dies führt einerseits zu einer besseren Qualität und andererseits zur Kostenstabilisierung, da Folgemassnahmen von schlechter Qualität vermieden werden können. Vor allem im ambulanten Bereich kann nicht ausgewiesene oder ungenügende Qualität bisher nicht sanktioniert werden. Grundlagen für einen wirksamen Wettbewerb sind deshalb die umfassende Qualitätstransparenz und die Lockerung des Vertragszwangs.

Qualitätstransparenz als Voraussetzung

Die Qualitätstransparenz ist eine Kernvoraussetzung für einen echten Qualitätswettbewerb. Erst die transparente Information von Unterschieden in

der medizinischen Behandlungsqualität ermöglicht den Patienten echte Wahlfreiheit sowohl beim Spital wie auch beim Arzt. Von dieser Qualitätstransparenz ist das Schweizer Gesundheitswesen noch weit entfernt und damit auch vom Qualitätswettbewerb. Immerhin haben die Tarifpartner im stationären Bereich mit den Qualitätsmessungen des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) einen ersten wichtigen Meilenstein im Bereich Transparenz erreicht. Im ambulanten Bereich ist Qualitätstransparenz zu oft noch ein Fremdwort.

„

Der Patient will transparente, aussagekräftige und vergleichende Daten über die Qualität von Leistungen.

Es braucht transparente, aussagekräftige und vergleichende Daten über die Qualität von Leistungen. Diese bilden die Grundlage für einen fundierten Entscheid von Patientinnen und Patienten, wenn es um die Wahl eines Leistungserbringers und das Einverständnis für oder gegen eine Behandlung geht. Mit den Qualitätsmessungen des ANQ sind wichtige Voraussetzungen geschaffen worden, um im stationären Bereich die Transparenz deutlich zu steigern.

Lockerung des Vertragszwangs

Ein derzeit prägendes Element im Schweizer Krankenversicherungssystem ist der Vertragszwang. Alle anerkannten Leistungserbringer dürfen weitgehend unbegrenzt zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung abrechnen. Bei den stationären Leistungen erstellen die Kantone die kantonalen Spitallisten. Gelangt ein Spital auf die Spitalliste, werden diese Leistungen vom Wohnkanton und der Grundversicherung übernommen. Abgesehen von den «besonderen Versicherungsformen» (Managed-Care-Verträge) bleiben den Krankenversicherern keine Möglichkeiten, abzugeltende Leistungen von der Qualität der Leistungserbringung abhängig zu machen. Neben der Transparenz ist die Lockerung des Vertragszwangs ein weiteres wichtiges Element, um Qualitätswettbewerb unter den Leistungserbringern nicht nur zu etablieren, sondern auch durchzusetzen. Die Möglichkeit die Vergütung an die Behandlungsqualität zu knüpfen, würde die Leistungserbringer anspornen, sich durch ihre Behandlungsqualität von ihren Mitbewerbern abzuheben. Die Lockerung des Vertragszwangs bildet daher die zweite wichtige Grundlage für einen funktionierenden Qualitätswettbewerb unter den Leistungserbringern. •

Effizienzgewinne an Krankenversicherung weitergeben

Revision des Ärztetarifs TARMED muss ohne Kostenschub erfolgen

Damit unsere Krankenpflegeversicherung langfristig bezahlbar bleibt, ist es künftig unumgänglich, mit den Effizienzgewinnen das Kostenwachstum zu dämpfen. Heute landen die Effizienzgewinne überwiegend in den Taschen der Leistungserbringer.

Heute kann ein ambulanter Leistungserbringer eine weitgehend unbegrenzte Zahl medizinischer Massnahmen zu festgelegten Tarifen abrechnen. Eine wirksame Mengenbeschränkung oder gar Rationierung kennt das System nicht. Während sich die Löhne der Bevölkerung seit Jahren nur mässig entwickeln und viele Preise sogar rückläufig sind, steigen die Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung fortwährend übermässig an. Der grösste Kostentreiber ist der ambulante Bereich. Den aktuellen Revisi-

onsbemühungen des dort geltenden Ärztetarifs TARMED kommt deshalb eine besondere Bedeutung zu.

Revision ja, Kostenschub nein

Während die Notwendigkeit einer Revision unbestritten ist, ist für santésuisse und auch für den Bundesrat entscheidend, dass daraus keine Kostensteigerungen resultieren, wie das u.a. bei der Einführung des TARMED im Jahre 2004 und der Spitalfinanzierung im Jahre 2012 der Fall war. Dagegen wehren sich aber die Verbände der Leistungserbringer, die nach langem Hin und Her in eine «kostenneutrale neue Struktur» einwilligen wollen, sich aber gegen eine kostenneutrale Anwendung eines revidierten TARMED zur Wehr setzen. Aus Sicht von santésuisse heisst das: Die Verbände der Leistungserbringer wollen die

Effizienzgewinne nicht an die Krankenpflegeversicherung weitergeben und zudem den Umsatz im TARMED erhöhen. Dies hätte unweigerlich zur Folge, dass zu den üblichen Prämien erhöhungen nochmals eine Teuerung dazukommen würde.

Katze nicht im Sack kaufen

santésuisse ist nicht bereit, die Katze im Sack zu kaufen und fordert Instrumente, um bei der Umsetzung eines revidierten Ärztetarifs korrigierend einwirken zu können, wenn die Kosten wie befürchtet aus dem Ruder laufen. Bereits heute leiden die Prämienzahler an einer permanent übermässigen Kostenentwicklung in der Krankenversicherung. Ein zusätzlicher Kostenschub durch eine einseitige TARMED-Revision kann den Versicherten nicht zugemutet werden. •

Der Ärztetarif TARMED

Beim Ärztetarif TARMED können Zeit- und Handlungspositionen verrechnet werden, die in Arztpraxen oder ambulanten Spitalabteilungen erbracht werden. Jährlich werden rund 8.5 Mrd. Franken umgesetzt. In Folge technisch-medizinischem Fortschritt sind viele Behandlungszeiten («Minutagen») und z. B. auch Gerätepreise massiv überhöht. Auch sind die vor Jahren berechneten Auslastungen von Geräten für die Bildgebung wie Computertomographen zu tief. Vor allem bei hoch technisierten Eingriffen entstehen auf diese Weise seit Jahren hohe Effizienzgewinne, die von Ärzten bisher nicht an die Prämienzahler bzw. Patienten weitergegeben werden müssen.

- Bei der hochtechnisierten Radiotherapie wurde früher ein Achtstundentag mit 10 bis 12 Patientenbehandlungen eingerechnet, heute arbeiten moderne Computer viel rascher und besser, es können dreimal mehr Patienten pro Tag behandelt werden.
- Beim grauen Star (Katarakt) wurde früher zwei bis zweieinhalb Stunden Arbeit pro Patient berechnet, heute sind es meistens weniger als ca. 30 Minuten. Bei «optimaler Abrechnung» aus Sicht des Arztes können aber bis fünf Stunden abgerechnet werden.

Die Effizienzgewinne durch den medizinisch-technischen Fortschritt sind der wichtigste Grund, weshalb die Durchschnittslöhne bei hoch technisierten Fachrichtungen (Radiologen, Orthopäden usw.) oft ein Vielfaches der Löhne bei wenig technisierten Arztberufen (Allgemeinmediziner, Psychiater, Kinderärzte) ausmachen. Die ursprüngliche Absicht des TARMED war es aber, die Grundversorger besserzustellen. santésuisse hat 2014 ein Sparpotential von 600 Mio. Franken errechnet. Aufgrund bekannter Forderungen der FMH aus dem Jahr 2012 rechnet santésuisse hingegen mit Kostenfolgen des Tarifrevisionsprojektes von rund 1,5 Mia. Franken. •

In Kürze



Marktexklusivität für Medikamente ist innovationsfeindlich und kosten-treibend

santésuisse lehnt eine Einführung der Marktexklusivität für Medikamente, beispielsweise zur Therapie seltener Krankheiten, ab. Die Marktexklusivität verhindert durch einen 10-jährigen Forschungsstopp Innovationen für neuere bessere Medikamente. Lediglich die Firma mit der Monopolstellung profitiert davon und kann ihren Gewinn maximieren. Die Patienten werden schlechter gestellt und alternative Behandlungen werden nicht zugelassen. Der Ständerat hat in der Herbstsession die innovationshemmende und kontraproduktive Marktexklusivität abgelehnt. Das Heilmittelgesetz befindet sich in der Differenzbereinigung beim Nationalrat. •

Medikamente: Rabatte und ihre kostensenkenden Anreize beibehalten

In der Schweiz sind viele Medikamente zu teuer. Rabatte sind ein wichtiges Instrument, um wirtschaftlichere Medikamentenpreise zu erzielen. Der Ständerat hat in der Herbstsession Rabatte befürwortet, allerdings bleibt die Formulierung bzw. der Geltungsbereich bei der Rabattfrage noch unklar. santésuisse ist der Meinung, dass die Verwendung der Rabatte von den Tarifpartnern ausgehandelt und transparent ausgewiesen werden soll. Die Anreize um Rabatte auszuhandeln, müssen erhalten bleiben. Ihre Abschwächung wäre das faktische Ende der Rabatte. •

Telefonwerbung:

Nur noch mit vorheriger Zustimmung

santésuisse unterstützt politische Bestrebungen, wonach in der Telefonwerbung nur noch mit vorheriger transparenter Zustimmung der angerufenen Person Werbeanrufe getätigt werden dürfen. Diese als «Opt-in» bezeichnete Lösung entspricht dem in mehreren europäischen Ländern zu beobachtenden Trend und müsste im Gesetz über den unlauteren Wettbewerb (UWG) verankert werden. Erfasst werden müssten auch die von Schweizer Telefonmarketing-Anbietern über Dritte getätigten Anrufe aus dem Ausland. •

Gesundheit 2020: Der falsche Weg

Der falsche Weg zu mehr Effizienz im Gesundheitswesen dürfte die bundesrätliche Strategie von «Gesundheit 2020» sein. Anders als vom Bundesrat dargestellt, dürften die Massnahmen nicht kostendämpfend sein. 4 der 36 Massnahmen, die santésuisse extern berechnen liess, würden zusätzliche Kosten von rund 2 Mrd. Franken pro Jahr verursachen, was rund 8 Prämienprozenten entsprechen würde. •

BLOG-TELEGRAMM

santésuisse lanciert Spitalfinder

Der neue Spitalfinder von santésuisse erlaubt es der Bevölkerung, sich auf einfache Weise über die Patientenzufriedenheit und Behandlungsqualität in Schweizer Akutspitälern zu informieren. Dargestellt werden die Qualitätsindikatoren Fallzahlen, Sterblichkeit, Patientenzufriedenheit, Wundinfekte, Stürze und Druckgeschwüre. Datengrundlage sind die öffentlich verfügbaren Qualitätsindikatoren des ANQ und des BAG. •

→ santesu.is/semss

Unnötige Trennung von Grund- und Zusatzversicherung

Die vom Bundesrat angestrebte strikte Trennung von Grund- und Zusatzversicherung im Sinne von «chinesischen Mauern» würde beide Versicherungsbereiche massiv verteuern und zu Mehrkosten von insgesamt 400 Mio. Franken pro Jahr führen. Die gesamte Krankenversicherung würde komplizierter, die freie Wahl der Versicherten beschränkt und der beliebte «Service aus einer Hand» verunmöglicht. Am 28. September 2014 hat die Schweizer Bevölkerung die Einheitskasse, die eine strikte Trennung von Grund- und Zusatzversicherung beabsichtigte, deutlich abgelehnt. •

→ santesu.is/sep0t

