

BRENNPUNKT

GESUNDHEITSPOLITIK 2-22



**Prämienschock
abwenden**

**Zwei Volksinitiativen
auf dem Prüfstand**

Kostentreiber Tardoc

Pakete zur Kostendämpfung endlich umsetzen!

Die Sparmassnahmen im Gesundheitswesen sind dringend und längst überfällig. Die Politik hingegen liess sich von der vorübergehend stabilen

Prämiensituation und dem vermeintlich komfortablen Reservenpolster der Krankenversicherer abhalten, endlich zu handeln – trotz aller Warnungen

der Krankenversicherer vor einem starken Anstieg der Leistungskosten in der Grundversicherung.



Probleme nicht auf dem Buckel der Versicherten austragen

Per Definition muss die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) schuldenfrei sein. Defizite werden über die Reserven gedeckt und diese mit Prämien erhöhungen in den Folgejahren wieder aufgefüllt. Auf diese Weise sorgen die Krankenversicherer für finanzielle Stabilität und Sicherheit in der OKP. Umso wichtiger ist, dass die Umsetzung der zahlreichen

Kostendämpfungsmassnahmen nun konsequent umgesetzt wird. Nur so lässt sich das Problem der stark steigenden Kosten zulasten der Prämienzahlerinnen und Prämienzahler erfolgreich an der Wurzel packen.

Heinz Brand
Präsident santésuisse

Werkzeuge sind vorhanden

Der Bundesrat hat es in der Hand, mit kurzfristig umsetzbaren Massnahmen namentlich bei den Medikamenten, Laborpreisen und Spitaltarifen die Belastung der Versicherten zu senken. Mittel- und längerfristig geht es darum, dass die Mittel für grösstmögliche Wirksamkeit und Qualität eingesetzt werden. Das Gesundheitssystem muss so weiterentwickelt werden, dass unnötige Kosten – die den Patientinnen und Patienten nichts bringen – endlich eliminiert werden. •

Einzeleistungstarif treibt Kosten an

Die Kosten im ambulanten Bereich des Gesundheitswesens sind im vergangenen Jahr auf ein neues Rekordniveau gestiegen. Mit einer raschen und unkoordinierten Einführung des neuen Einzeleistungstarifs Tardoc würde die finanzielle Situation noch verschärft.

Rekordhohe 12,1 Milliarden Franken wurden im vergangenen Jahr über den ambulanten Einzeleistungstarif Tarmed abgerechnet. Das sind 56 Prozent mehr als noch vor zehn Jahren, allein im 2021 betrug der Anstieg satte sieben Prozent. Diese Kostenentwicklung ist eindrücklich und für das Gesundheitswesen der Schweiz höchst problematisch. Für das kommende Jahr droht in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) deshalb eine happige Prämienhöhung, welche die Schweizerinnen und Schweizer empfindlich treffen dürfte. Umso wichtiger ist, dass der Bundesrat nun die richtigen Schlüsse zieht. Mit einer raschen und unkoordinierten Einführung des Einzeleistungstarifs Tardoc würde er die schwierige Kostensituation noch verschärfen.

Zu grosse Freiheiten für Ärzte

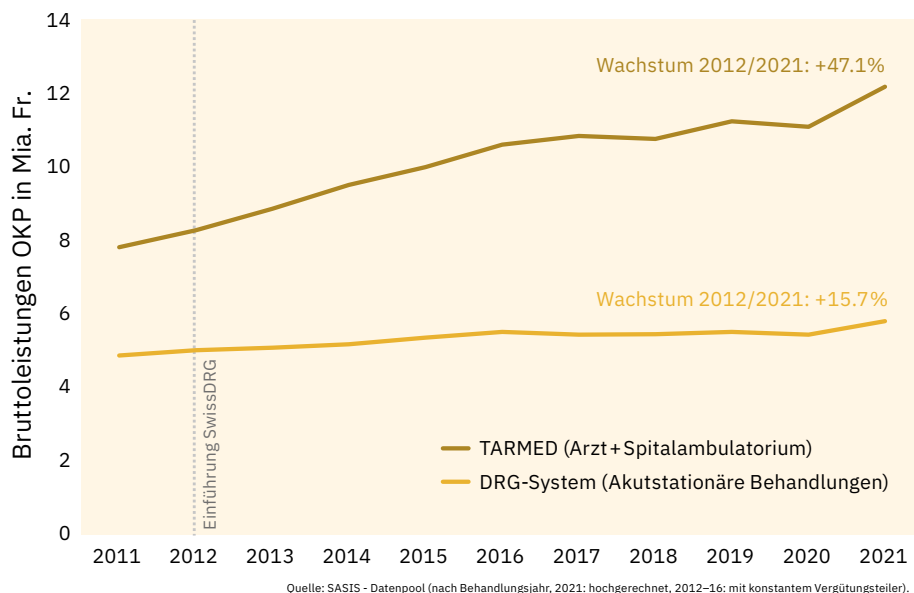
Aufgrund seiner Struktur würde der neue Einzeleistungstarif substanzielle Mehrkosten auslösen. Zudem weist er dieselben Fehlanreize auf, wie der bisherige Einzeleistungstarif Tarmed, wo die Ärztinnen und Ärzte zwischen tausenden Tarifpositionen auswählen können. Dadurch werden für gleiche Eingriffe oft sehr unterschiedliche Preise verrechnet.

Um die aktuelle Kostenentwicklung mittelfristig zu stabilisieren, muss das neue Tarifsystem auf der Basis von

Pauschalen, das von den Verbänden santésuisse, H+ und FMCH entwickelt wurde, rasch eingeführt werden. Denn: Pauschalen fördern die Effizienz in der Leistungserbringung und lassen sich aufgrund ihrer realen Kostenbasis jederzeit an die medizinische Entwicklung anpassen. Realistisch ist die Einführung im Jahr 2024 parallel mit

einem neuen Einzeleistungstarif. Dieser soll all jene Leistungen abdecken, die sich nicht pauschalisieren lassen. Die Grundlagen für das neue Tarifsystem hat das Parlament bereits in der Sommersession 2021 geschaffen. Damals entschied es, verbindlichen Pauschalen den Vorrang vor einem Einzeleistungstarif zu geben. •

Pauschalen wirken kostendämpfend



Kein erzwungener Reservenabbau

Die Reserven der Krankenversicherer schaffen längerfristige Stabilität bei der Prämienentwicklung. santésuisse hat immer wieder vor einem politisch erzwungenen Abbau dieser Sicherheiten gewarnt. Trotzdem mussten die Versicherer bereits im vergangenen Jahr auf ihre Reserven zurückgreifen und – unter grossem politischem Druck – die Prämien für das Jahr 2022 möglichst tief halten. Entsprechend wird sich die aktuelle Reservehöhe aufgrund der Kostenentwicklung schon im nächsten Jahr

drastisch verschlechtern. Eine weitere Dämpfung der Prämien über die Reserven wäre heute gefährlicher denn je. Sind diese einmal aufgebraucht, müssen die Krankenversicherer gleichzeitig die Prämien den Kostensteigerungen anpassen und Reserven aufbauen. Dieser doppelte Effekt führte in den Jahren 2010 und 2011 zu Prämien sprüngen von neun, bzw. sechs Prozent. Es braucht jetzt deshalb konkrete Antworten auf die drängendsten Fragen bei den Gesundheitskosten (s. Artikel Seite 3). •

Rezepte gegen den drohenden Prämienschock

Um den Kosten- und Prämienanstieg zu dämpfen, fordert santésuisse die Umsetzung von kurzfristig wirksamen Kostensenkungsmassnahmen im Umfang von 1,5 Milliarden Franken. Längerfristig müssen sich die Vergütungen von Leistungen in der Grundversicherung stärker an den Indikations- und Qualitätsergebnissen ausrichten.

Die Zahlen und Hochrechnungen zur Kostenentwicklung 2022 sehen nicht gut aus. In den ersten Monaten 2022 sind die Bruttoleistungen pro versicherte Person um rund fünf Prozent gestiegen. Für 2023 müssen sich die Prämienzahlerinnen und -zahler auf eine schmerzhaft hohe Prämienhöhe einstellen. Der Prämienanstieg könnte immerhin mit kurzfristig realisierbaren Massnahmen gemildert werden. santésuisse geht von einem Kostensenkungspotenzial von rund 1,5 Milliarden Franken bzw. 4,5 Prämienprozenten aus. Dazu gehören die Senkung der Labortarife um 25 Prozent, die Senkung der Medikamentenpreise auf das europäische Niveau, die Anpassung

der Vertriebsmarge von Medikamenten, die Umsetzung der vom Bund bereits durchgeführten Nutzenbewertungen von umstrittenen Medikamenten und Behandlungen sowie Anpassungen in der Tarifierung der stationär erbrachten Spitalbehandlungen.

Eine kostendämpfende Wirkung soll auch der gegenwärtig im Parlament in der Beratung stehende neue Artikel 47c im Krankenversicherungsgesetz entwickeln. Leistungserbringer und Versicherer sollen verpflichtet werden, in den Bereichen, in denen sie Tarife und Preise partnerschaftlich vereinbaren, Massnahmen zur Kostensteuerung umzusetzen. Die Kostensteuerungs-

elemente und die Massnahmen sind gezielt dort anzusetzen, wo unerklärbares Mengenwachstum entsteht.

Um die Kosten und Prämien nachhaltig zu dämpfen, müssen mittel- und langfristig weitere Massnahmen umgesetzt werden. Dazu gehören:

- Die Output-orientierte Gestaltung der Vergütung von Leistungen in der Grundversicherung. Konkret sollen sich die Vergütungen an den Indikations- und Qualitätsergebnissen ausrichten.
- Die Nutzenbewertung medizinischer Verfahren mittels Health Technology Assessment (HTA) soll systematischer und rascher erfolgen und die Kosteneinsparungspotenziale müssen konsequent ausgeschöpft werden.
- Amtstarife wie die Medikamentenpreise sollen regelmässig im Sinne des Prinzips der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit überprüft werden. •

INTERVIEW



Philippe Nantermod
Nationalrat (FDP), Mitglied der Gesundheitskommission SGK-NR

«Die Politik muss mehr Verantwortung übernehmen!»

Die Gesundheitskosten zu Lasten der OKP steigen stark. Der Schweiz droht ein unerfreulicher Prämienherbst. Wie ernst ist Ihrer Meinung nach die Lage?
Sehr ernst. Die Bürgerinnen und Bürger erwarten sowohl die Eindämmung der

Prämienentwicklung, d.h. des Kostenschubs, als auch die ständige Verbesserung der medizinischen Leistungen. Beides geht aber nicht gleichzeitig. Sobald die individuellen Wünsche eines Teils der Bevölkerung von der Allgemeinheit finanziert werden, ist das Vertrauen in das Gesundheitssystem gefährdet. Initiativen, die eine Deckelung der Leistungen oder eine Einheitskasse fordern, könnten letztendlich angenommen werden. Schliesslich würden die Qualität der Gesundheitsleistungen und die Wahlfreiheit spürbar zurückgehen.

Die Politik muss Verantwortung übernehmen. Und trotzdem sind zahlreiche wichtige Massnahmen zur Kostendämpfung auf die lange Bank geschoben worden – wie stehen Sie dazu?

Ich teile voll und ganz Ihre Einschätzung. Dazu zwei Beispiele: Beide

Kammern haben nach langer Debatte die Zulassung der Parallelimporte von Arzneimitteln und die Förderung des Wettbewerbs im Gesundheitssystem zurückgewiesen. Das Problem liegt darin, dass man die Rolle der OKP verkennt: Sie ist nicht da, um das Einkommen der Gesundheitsakteure zu sichern, sondern um die Leistungen der Patienten zu finanzieren.

Welche Massnahmen sind nun entscheidend?

Kurzfristig müssen die ambulanten Pauschalen endlich umgesetzt werden. Weiter ist meiner Meinung nach mehr Wettbewerb zwischen den Akteuren nötig. Die Gesundheitsbereiche ausserhalb der OKP, beispielsweise Zahnarztbehandlungen oder Optikerleistungen sind dem Aufwärtstrend der letzten zwanzig Jahre überhaupt nicht gefolgt. Das spricht für sich selbst. •



AUS DEM NATIONALRAT

Keine Experimente mit den Reserven der Krankenversicherer

Diverse Standesinitiativen fordern einen obligatorischen Reserveabbau, wenn die Solvenzquote eines Versicherers über 150 Prozent liegt. Gemäss einer kürzlich vorgenommenen Verordnungsänderung können die Krankenversicherer bereits freiwillig ihre Solvenzquote auf 100 Prozent senken. Somit ist man den Standesinitiativen bereits weit entgegengekommen.

AUS DEM STÄNDERAT

Vorstösse gefährden Stabilität der Prämien

Diverse Kantone verlangen mit Standesinitiativen im Parlament Mitsprache bei der Prämien genehmigung. Die Gefahr besteht, dass das Genehmigungsverfahren verzögert und die Prämien politisch festgelegt werden. Eine weitere Motion fordert einen automatischen Rückzahlungsmechanismus für zu hohe Prämien. Dieser würde jedoch zu starken Prämien schwankungen und damit zu Unsicherheiten führen. Grund: Im Falle von stark steigenden Kosten müssten die Prämienzahlerinnen und -zahler mit Nachzahlungen und steigenden Prämien spätestens für das Folgejahr rechnen – ein Albtraum für viele sowie ein Spiel mit dem Feuer für das gesamte Gesundheitswesen.

Alle Geschäfte schnell und übersichtlich online abrufbar >



Zwei Volksinitiativen auf dem Prüfstand

Das Parlament behandelt derzeit die Kostenbremse-Initiative der Mitte und die Prämientlastungs-Initiative der SP. Beide Initiativen sind gut gemeint, aber entweder schwer umsetzbar oder zu extrem.

Die Krankenversicherer rechnen fürs kommende Jahr mit einem starken Kostenanstieg, der voll zulasten der Prämienzahler geht. Sie unterstützen deshalb zahlreiche Massnahmen, mit welchen das Wachstum gedämpft werden kann. Auch die Initianten der Kostenbremse- und der Prämientlastungs-Initiative inkl. Gegenvorschläge wollen die Prämienzahler grundsätzlich entlasten. Sie versuchen dies mit ganz unterschiedlichen Ideen.

Kostenbremse-Initiative kaum umsetzbar

Die Kostenbremse-Initiative will die Kostensteigerung im Gesundheitswesen mit generellen Kostenzielen in den Griff bekommen. Auch der indirekte Gegenvorschlag sieht globale Kostenziele vor. Beide Vorschläge wären in der Praxis jedoch schwer zu realisieren. Hingegen befürwortet santésuisse eine Steuerung der Kostenentwicklung in Tarifverträgen im Sinne eines Bottom-up-Ansatzes: Die Kosten sind möglichst dort zu steuern, wo ungerechtfertigte Kostensteigerungen aufgrund von Fehl- und

Überversorgung effektiv entstehen. Die Vorschläge der nationalrätlichen Gesundheitskommission gehen allerdings zu wenig weit. Es braucht verbindlichere Massnahmen. So müssen beispielsweise die Amtstarife regelmässig gemäss den Prinzipien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW) überprüft werden. Weiter sind die Ergebnisse der Health Technology Assessment (HTA) des Bundes endlich konsequent umzusetzen – mit dem Ziel, dass Leistungen, welche nicht den WZW-Kriterien entsprechen, nicht mehr durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) vergütet werden.

SP-Initiative nicht zielführend

Die Prämientlastungs-Initiative der SP verlangt eine Prämientlastung für die Versicherten. Sie sollen nicht mehr als 10 Prozent ihres verfügbaren Einkommens für die Prämien aufwenden müssen. Dieser Ansatz lenkt vom eigentlichen Problem ab: der Kostenentwicklung. Egal ob die Kosten über Prämien oder Steuermit tel beglichen werden – sie treffen die Haushalte genauso. Zudem ist die Initiative zu extrem und würde die Kantone finanziell stark belasten. santésuisse unterstützt stattdessen den vergleichsweise moderaten indirekten Gegenvorschlag des Bundesrates. Die finanziell stärkere Verpflichtung der Kantone würde dazu führen, dass sie haushälterischer mit den zur Verfügung stehenden Mitteln umgehen müssten. •

IMPRESSUM santésuisse – Die Schweizer Krankenversicherer, Römerstrasse 20, Postfach, 4502 Solothurn, 032 625 41 41, redaktion@santesuisse.ch, santesuisse.ch