

BRENNPUNKT

GESUNDHEITSPOLITIK 2 | 2018

Ärztzulassung in der Sackgasse

Eine verpasste Chance



Gefordertes Parlament

Bei den kostendämpfenden Massnahmen gegen das übermässige Wachstum der Gesundheitskosten dürfte der Bundesrat noch etwas mutiger sein. Damit ist das Parlament gefordert, wo nötig im Interesse einer kostengünstigeren Lösung nachzubessern. •

Heinz Brand, Präsident santésuisse

Der Bundesrat verzichtet auf klare Rahmenbedingungen, um den Wildwuchs in der ärztlichen Versorgung zu Lasten des KVG zu unterbinden.

Die Ärztezulassung soll nach dem Willen des Bundesrates auch in Zukunft von jedem Kantons anders gehandhabt werden können. Anstatt den Auftrag des Parlamentes ernst zu nehmen und echte Alternativen zu den bisherigen Zulassungsstopps zu entwickeln, verteilt der Bundesrat nach allen Seiten Placebopillen. Auch wenn sich die Patienten schon lange nicht mehr an die Kantonsgrenzen halten, können die Kantone in einem Bereich weiterwurseln, in dem sie keine Finanzierungsverantwortung tragen. Eine Lockerung des Vertragszwangs bei Überversorgung oder entsprechende Tariffdifferenzierungen sind für den Bundesrat vom Tisch. Damit ist klar, dass eine schweizweit griffige und vor allem koordinierte Zulassungspolitik in weite Ferne rückt. Positiv zu bewerten sind immerhin die bundesrätlichen Signale zu Gunsten der gleichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen:

Gleichzeitig hat der Bundesrat die Chance verpasst, zu verhindern, dass sich die Kantone aus ihrer finanziellen Mitverantwortung im ambulanten Bereich ziehen können, also genau dem Bereich, den sie künftig nach eigenem Gutdünken steuern wollen.

Vorlage muss nachgebessert werden

Aus Sicht von santésuisse sind die Vorschläge des Bundesrates unausgewogen und führen noch weiter in die Sackgasse der Über- und Fehlversorgung statt daraus hinaus. Das Parlament wird die Vorschläge umfassend korrigieren müssen, wenn die Vorlage etwas zum Guten bewirken und tatsächlich die Kostenentwicklung dämpfen soll. •

INHALTE

Qualität endlich einfordern	2
Befremdliche Prioritäten bei der Kosteneindämmung	3
In Kürze	4

Die Verantwortung liegt bei den Leistungserbringern

Qualitätssicherung endlich durchsetzen



Die Qualitätssicherung in der medizinischen Leistungserbringung soll endlich flächendeckend durchgesetzt werden. Aus Sicht der Krankenversicherer sollte sich der Bund aber darauf beschränken, die Rahmenbedingungen und Anreize für einen echten Qualitätswettbewerb zu setzen.

Eines der Hauptprobleme des schweizerischen Gesundheitssystems ist dessen Ineffizienz, die zu übermässig hohen Kosten führt. Gemäss Experten und Bundesrat haben 20 Prozent der medizinischen Leistungen keinen Mehrwert für die Patienten. Vor allem im ambulanten Bereich haben sich Ärzte bislang geweigert, die gesetzlich geforderten Qualitätsprogramme standardmässig einzuführen und die Ergebnisse transparent zu machen. Nur wenn die Ergebnisqualität von medizinischen Eingriffen der einzelnen Ärzte und Spitäler bekannt und vergleichbar ist, hat der Patient eine echte Wahl.

Aus Sicht der Krankenversicherer sollte der Bund sich darauf beschränken, die Rahmenbedingungen und Anreize für einen echten Qualitätswettbewerb zu setzen. Die fachlich-inhaltliche Qualitätssicherung muss bei den Leistungserbringern verankert sein und entsprechende Rück-

koppelungseffekte mit deren Patientendaten in Praxen und Spitälern haben. Ansonsten bleiben die nationalen Programme ein wirkungsloser, aber teurer Papiertiger.

”
Der Bund soll sich darauf beschränken, die Rahmenbedingungen und Anreize für einen echten Qualitätswettbewerb zu setzen.

Qualitätssicherung erfordert Messdaten

Wenn nicht ausgewiesene oder ungenügende Qualitätsarbeit grundsätzlich gleich entschädigt wird wie optimale Qualität, wird sich bessere Qualität nicht so durchsetzen, wie das im Sinne der Patienten der Fall sein muss. Zur qualitätsorientierten Weiterentwicklung des schweizerischen Gesundheitssystems und der Krankenversicherung ist es deshalb unabdingbar, dass die im KVG verbindlich vorgesehene Qualitätsarbeit der Leistungserbringer auch tatsächlich durchgesetzt werden kann.

Die Erfahrung aus dem spitalstationären Bereich zeigt, dass erst mit Hilfe der auf Gesetzesebene verankerten Verknüpfung der Tarifierung mit der Messung der Ergebnisqualität eine flächendeckende Qualitätsmessung durchgesetzt werden kann. Die mit den Spitälern und Kliniken abgeschlossenen Tarifverträge verpflichten diese, die Qualitätsmessungen gemäss Messplan umzusetzen. Gestützt auf diese verbindlichen Grundlagen konnten im Bereich der Qualitätsmessung und transparenter Publikation der Messergebnisse grosse Fortschritte erzielt werden.

Wegweisende Korrekturen der nationalrätlichen Gesundheitskommission

Die ursprüngliche Vorlage des Bundesrates legte die Qualitätssicherung einseitig in die Hände des BAG. Die SGK-NR hat die notwendigen Korrekturen vorgenommen, um eine ausgewogene Vorlage zu erzielen, bei der die bestehenden, spezialisierten Organisationen wie ANQ und EQUAM die wichtigen Ansprechpartner bleiben, wenn die nationalen Programme ausgeschrieben werden. Auch dies dient der Transparenz und Qualitätssicherung. Zurecht hat die SGK-NR auch die vormalig einseitige Finanzierung der Koordinationsarbeiten und der nationalen Programme durch die Prämienzahler korrigiert. •

Befremdliche Prioritäten des Bundesrates

Bundesrat klammert Medikamente von Kostendämpfungsmassnahmen aus

Das erste Paket des Bundesrates mit Kostensenkungsmassnahmen fällt aus Prämiensicht ernüchternd aus. Der Bundesrat ignoriert die von den Experten vorgeschlagenen Kostendämpfungsmassnahmen im Bereich der patentgeschützten Medikamente.

Beim ersten priorisierten Massnahmenpaket des Bundesrates gegen das übermässige Kostenwachstum in der Krankenversicherung fehlen neun von zehn Vorschlägen aus dem Expertenbericht zu den Medikamenten. Die Interessen der Pharmaindustrie an überteuerten Medikamenten scheinen dem Bundesrat offenbar wichtiger zu sein als die berechtigten Interessen der Patienten und Prämienzahler an massvollen Medikamentenpreisen.

Unberücksichtigte Originalmedikamente

Bloss eine Massnahme verblieb im ersten Paket – das Referenzpreissystem für Generika, dessen Vernehmlassung bereits letztes Jahr angekündigt war. Das Referenzpreissystem ist durchaus geeignet, einen Beitrag zur Kostendämpfung im patentabgelaufenen Bereich zu leisten. Dem steht die Tatsache gegenüber, dass Originalpräparate in der Schweiz einen Marktanteil von 84 Prozent am gesamten Medikamentenumsatz haben. Dort

müssen die Massnahmen ansetzen. Gerade neu aufgenommene Medikamente sind in der Schweiz sehr teuer. Das starke Wachstum im Medikamentenmarkt entsteht vor allem dadurch, dass bewährte kostengünstige Präparate durch neue Medikamente substituiert werden. Es kann deshalb nicht sein, dass die patentgeschützten Medikamente von den Kostendämpfungsmassnahmen unberücksichtigt bleiben. Das Paket muss daher nachgebessert werden um gezielte Massnahmen, die auch den Bereich der patentgeschützten Medikamente erfassen.

Beschwerderecht gegen zu hohe Medikamentenpreise

Zu den minimalen Massnahmen im Medikamentenbereich gehört, den Versicherern eine Beschwerdemöglichkeit einzuräumen, um zu hoch anmutende Medikamentenpreise vor Gericht anzufechten – so wie das von den Experten vorgeschlagen wurde. Das Beschwerderecht, das der Bundesrat den Versicherern bei der Spital- und Pflegeheimlisten der Kantone geben will, ist wegweisend. Ein analoges Beschwerderecht sollte den Versicherern gegenüber der privatrechtlich organisierten Pharmaindustrie eingeräumt werden.

Auch die anderen Massnahmen im Medikamentenbereich, die der Expertenbericht nennt und der Bundesrat im ersten Paket ignoriert, sind für die Kostendämpfung wichtig. Dazu gehört das Kostengünstigkeitsprinzip für Medikamente (es ist entweder der Auslandpreisvergleich oder der therapeutische Quervergleich bei der Preisfestsetzung zu berücksichtigen – jeweils das tiefere Ergebnis wäre massgebend), die Förderung von Parallelimporten sowie die Lockerung des Territorialitätsprinzips mit der Möglichkeit zur Kostenübernahme von im Ausland beschafften Medikamenten durch die Krankenversicherer. •

”
Es kann nicht sein, dass die patentgeschützten Medikamente von den Kostendämpfungsmassnahmen unberücksichtigt bleiben.



In Kürze



santésuisse unterstützt die einheitliche Finanzierung ambulant und stationär

Die Gesundheitskommission des Nationalrates (SGK-NR) hat sich im Grundsatz für die Neuordnung der Finanzierung unseres Gesundheitssystems im Bereich der obligatorischen Krankenversicherung ausgesprochen. Damit will die Kommission die Kantone in die Pflicht nehmen, sich künftig an allen krankenversicherten Kosten anteilmässig zu beteiligen. Dies ist konsequent, weil die Kantone über die Spital- und Pflegeheimkosten sowie über die Zulassung von weiteren Leistungserbringern und damit wesentlich über die Kosten entscheiden. Die neue Finanzierungsordnung ist die Voraussetzung, damit die Kosten zwischen den Prämienzahlern und Kantonen künftig nachhaltig und fair aufgeteilt werden können.

Seit Jahren findet in den Kantonen ein Wettrennen unter den Spitälern statt, ohne dass die Kantone sich an den ambulanten medizinischen Kosten beteiligen, denn diese werden zu 100 Prozent vom Prämienzahler bzw. Krankenversicherer getragen. Die gleiche Finanzierung aller medizinischen Leistungen der Grundversicherung kann Abhilfe schaffen und zu einer nachhaltig fairen Finanzierung führen.

Das kostenbasierte Modell ist transparent

santésuisse favorisiert bei der Aufteilung der Kantongelder die kostenbasierte Einspeisung. Diese bemisst sich an den tatsächlichen Gesund-

heitskosten im aktuellen Jahr. Die kostenbasierte Einspeisung entspricht dem heutigen System bei der stationären, dual-fixen Finanzierung, bei der die Anteile der Kantone nach den tatsächlich angefallenen Rechnungen aufgeteilt werden. Ein Teil von rund 75 Prozent würde bei der neuen Finanzierung demnach der Versicherer bezahlen, rund 25 Prozent blieben dem zuständigen Kanton. santésuisse begrüsst, dass die nationalrätliche Kommission die kostenbasierte Variante als favorisierte Lösung in die Vernehmlassung geschickt hat. •

Ergänzungsleistungen – anrechenbare Krankenkassenprämie

Nachdem die Vorschläge im Parlament zur anrechenbaren Prämie an die Ergänzungsleistungen sich immer mehr von einer praktikablen Lösung entfernten, hat die ständerätliche Gesundheitskommission jetzt für einen Lichtblick gesorgt: Die anrechenbare Prämie soll künftig höchstens dem kantonalen Durchschnitt entsprechen oder effektiv angerechnet werden, wenn sie darunter liegt. Damit hat die SGK-SR den bereits guten Vorschlag des Bundesrates nochmals optimiert. Es ist zu hoffen, dass die Differenzbereinigung im Sinne der SGK-SR erfolgt. •

Tarifeingriff des Bundesrats zulasten der Spezialärzte war rechtens

Das Bundesgericht hat entschieden, dass der Bundesrat bei der Anpassung der TARMED-Tarifstruktur lineare Kürzungen vornehmen darf. Die zur Hirslanden-Gruppe gehörende Luzerner Privatklinik St. Anna hat den im Juni 2014 vom Bundesrat genehmigten Eingriff in den ambulanten Arzttarif TARMED zulasten der Spezialärzte als widerrechtlich und nicht anwendbar angefochten. Konkret stellte die Klinik dem Krankenversicherer Assura ambulante Leistungen nach dem alten, höheren Tarif in Rechnung. Ein Vorgehen, das von Assura nicht akzeptiert und in der Folge ein Fall für das Schiedsgericht wurde. Das Schiedsgericht entschied, dass der Krankenversicherer verpflichtet ist, die höhere Rechnung zu bezahlen. Gegen diesen Entscheid hat Assura beim Bundesgericht Beschwerde erhoben und nun Recht bekommen.

Konkret hat das oberste Gericht entschieden, dass der Bundesrat bei der Anpassung der TARMED-Tarifstruktur lineare Kürzungen vornehmen darf. Dabei ist es dem Bundesrat erlaubt, auch politischen Anliegen – in diesem Falle die Förderung der Hausarztmedizin – Rechnung zu tragen. santésuisse begrüsst diesen Entscheid. Für die Krankenversicherer bedeutet er Rechtssicherheit. Zudem verhindert er zusätzliche Rückforderungskosten seitens der Spitäler. •