



BRENNPUNKT

GESUNDHEITSPOLITIK 3 | 2015

Verordnungen sind zusehends ein Ärgernis

Aktivismus verhindert nachhaltige Lösungen



MEINUNG DES PRÄSIDENTEN

Die Stossrichtung des EDI lässt aufhorchen: Die Selbstverantwortung der Versicherten bei den Franchisen soll eingeschränkt, mit der Aufsichtsverordnung der unternehmerische Spielraum der Krankenversicherer beschnitten und in der ambulanten Versorgung die Planwirtschaft zementiert werden. Offenkundig fehlen dem EDI Konzepte zur langfristigen Sicherstellung einer hochwertigen und zugleich bezahlbaren Krankenversicherung. Jedenfalls dürfte die durch den Aktionismus der Verwaltung verursachte Verunsicherung der Prämienzahler nur die Einheitskassenbefürworter freuen.

Heinz Brand, Präsident santésuisse

Das Verordnungswesen in der Krankenversicherung erweist sich immer mehr als Ärgernis. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen werden strapaziert oder gar missachtet. Die Leidtragenden sind Versicherte, Patienten und die Krankenversicherung insgesamt. Die wichtigen Zukunftsfragen hingegen bleiben auf der Strecke.

Diesen Sommer wurden drei allesamt umstrittene Verordnungen in die Vernehmlassung geschickt: Es begann mit der Aufsichtsverordnung (KVAV), danach folgte die Verordnung KVV, welche von den Leistungserbringern Daten abverlangt, die zum «gläsernen Patienten» führen würden. Der neuste Coup ist die Verordnung, die Franchisen abschaffen und Rabatte reduzieren will.

Schlecht beraten, schlecht geraten

Sowohl die Aufsichtsverordnung als auch jene zur Reduktion der Franchisen und Rabatte sind in der Öffentlichkeit regelrecht zerzaust worden. Beim Vorschlag, Franchisen abzuschaffen und Rabatte zu reduzieren, hat eine grosse Zeitung «kaum je

einen solchen Unmut» in ihren Foren konstatiert. Für einen Versicherungsabschluss muss sich eine Person gerade mal vier Fragen stellen (welcher Versicherer, welches Versicherungsmodell, welche Franchise; Unfalleinschluss ja oder nein). Von einer Überforderung dürfte in den meisten Fällen keine Rede sein. Die Abstimmungsanalyse zur Einheitskasse zeigt klar, dass die Bevölkerung die Vielfalt und Wahlfreiheit im heutigen System schätzt und keinen «Einheitsbrei» will. •

INHALTE

Ambulante Planwirtschaft und kein Ende	2
Sinnvoller Umgang mit dem Territorialprinzip!	3
In Kürze	4

Ambulante Planwirtschaft und kein Ende

Vertane Chance, um das Verhältnis zwischen Leistungserbringern, Krankenversicherern und dem Staat neu zu regeln

Statt einen Schritt vorwärts zu machen und den Zulassungsstopp über Bord zu werfen, bleibt die Politik einfach stehen: Die anvisierte Etablierung der bisherigen Lösung verhindert zwar die totale Planwirtschaft durch die Kantone. Doch einmal mehr wird die Chance vertan, das Verhältnis zwischen Leistungserbringern, Krankenversicherern und dem Staat neu zu regeln.

Die Mehrheit der nationalrätlichen Gesundheitskommission schlägt vor, in die Vorlage zur Steuerung des ambulanten Bereichs einzutreten. Statt den Vorschlägen des Bundesrates zu folgen, soll aber die befristete Lösung des Zulassungsstopps ins definitive Recht übergehen.

Zunftweisende Diskussion blockiert

Im Grundsatz müssen die Krankenversicherer jede Massnahme eines anerkannten Leistungserbringers bezahlen. In einem Zulassungsstopp sollen Kantone dies unterbinden können, wenn es zu viele solche Anbieter gibt, indem sie neue Ärzte etc. nicht zur Berufsausübung zulassen. Eine solche Steuerung des ambulanten Bereichs ist weder liberal, noch sinnvoll und alles andere als gerecht. Die «zweitbeste Lösung» wie sie zuweilen genannt wird, verhindert eine vertiefte Diskussion der Schweizer Gesundheitspolitik über eine langfristig bezahlbare und zugleich qualitativ hochstehende Krankenversicherung.

Private Kartelle und Interessenkonflikte bleiben

Die bisherigen Zulassungsstopps sind gekennzeichnet durch die Interessenkonflikte der Kantone, deren ambulanten Spitalabteilungen in direktem

Wettbewerb mit den niedergelassenen Ärzten stehen, wobei sie dieselben Leistungen auch noch teurer erledigen. Die bereits etablierten Ärzte wiederum haben ein Interesse, die unerwünschte Konkurrenz von jungen Ärzten zu verhindern. Wer als Leistungserbringer zugelassen ist, besitzt faktisch das ganze Berufsleben das Recht, zu Lasten des KVG abrechnen zu dürfen. Wer nicht zugelassen ist, besitzt ein faktisches Berufsverbot. Dies widerspricht jeder freiheitlich-liberalen Ordnung.

”
Zulassungs- und Finanzierungsfragen müssen flexibler und durchlässiger geregelt werden.

Berufszulassung und Finanzierung trennen

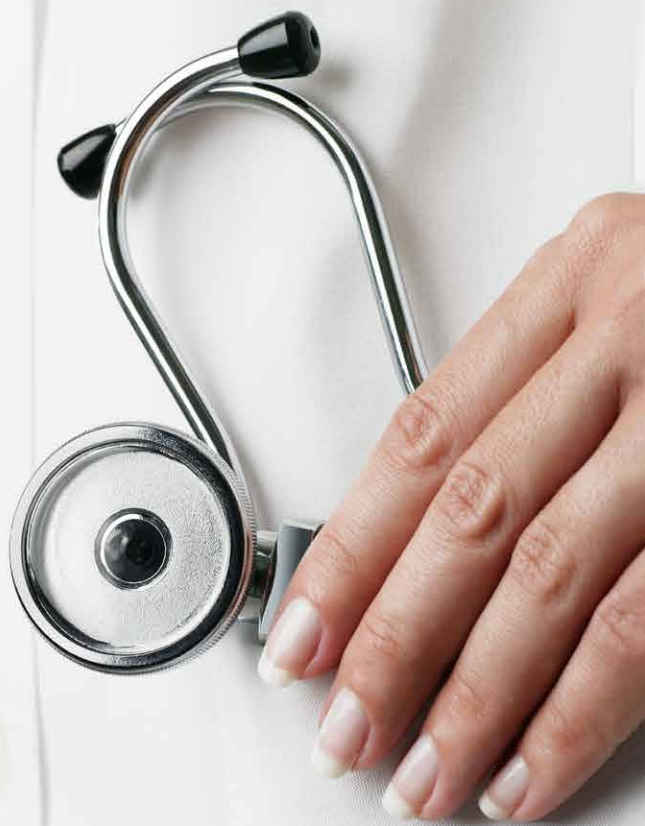
Studien des Gesundheitsobservatoriums Obsan zeigen bei allen Entwicklungsszenarien bis ins Jahr 2030, dass die Schweiz in ein Ärztemanko geraten

wird. Die ärztliche Berufsausübung sollte deshalb gefördert statt mit Zulassungsstopps behindert werden. Damit aber die Kosten der obligatorischen Krankenversicherung nicht ungebremst anwachsen, müssen die Zulassungs- und Finanzierungsfragen flexibler und durchlässiger als bisher geregelt werden. Dazu braucht es die Entkoppelung von der Berufszulassung und der Abrechnung zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung. Vorstellbar sind in erster Linie Einschränkungen, wenn die Leistungsqualität nicht transparent ausgewiesen wird oder es andere diesbezügliche Vorbehalte gibt, z. B. die Nichtbeherrschung der örtlichen Landessprache. Auch kommt eine Flexibilisierung der bisher weitgehend unbegrenzten Abrechnungsmöglichkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung keinem «Berufsverbot» für Ärzte gleich. Die wahren Berufsverbote und die Diskriminierungen entstehen vielmehr bei der Weiterführung bisheriger oder neuer Zulassungsstopps. •

15.020 : KVG

Steuerung des ambulanten Bereichs – santésuisse empfiehlt Nichteintreten

santésuisse empfiehlt, der Minderheit der nationalrätlichen Gesundheitskommission zu folgen und nicht auf die Vorlage zur Steuerung des ambulanten Bereichs einzutreten. Nur eine Krankenversicherung, welche genügend und gut qualifizierte Leistungserbringer hat und zugleich finanzierbar bleibt, kann ihren Zweck längerfristig erfüllen. Dazu sind freiheitlich-marktwirtschaftliche Lösungen notwendig, welche die Berufszulassung und die Abrechnung zu Lasten der Krankenversicherung entkoppeln. Zulassungsstopps sind eine reine Symptombekämpfung und sie benachteiligen systematisch den ärztlichen Nachwuchs. •



Sinnvoller Umgang mit dem Territorialprinzip!

Im Ausland gekaufte Medikamente helfen Prämien senken



Viele Patienten und Prämienzahler versuchen ihren Beitrag zur Dämpfung der Kostenentwicklung zu leisten und stellen fest, dass sie rezeptpflichtige Medikamente im Ausland viel günstiger einkaufen können. santésuisse fordert zugunsten der Prämienzahlerinnen und -zahler die Aufhebung des überholten und kostentreibenden Territorialprinzips für Medikamente.

Einige Krankenversicherer haben bereits begonnen, im Ausland auf Rezept gekaufte Medikamente zu vergüten. Mit dieser Praxis verstossen diese Krankenversicherer jedoch gegen das Territorialprinzip, das die Vergütung von im Ausland eingekauften Leistungen verbietet. Inländische Anbieter werden vor ausländischem Wettbewerb geschützt und das überhöhte Preisniveau in der Schweiz zementiert. Besonders bei den Medikamenten hat mit der heutigen Mobilität mit Einkäufen in den Nachbar-

ländern und Ferien im Ausland das Territorialprinzip seinen Sinn weitgehend verloren. Medikamente sind häufig globale Markenprodukte oder nach Patentablauf bewährte Wirkstoffe, die auch von Schweizer Firmen wie Novartis als globale Brands angeboten werden. Das Argument der Qualitätssicherung kann deshalb nicht ernsthaft geltend gemacht werden.

”

Die Versicherten erwarten Massnahmen, welche die Prämien senken.

Aus heutiger Sicht ist das Territorialprinzip bei Medikamenten überholt und deshalb aufzuheben. Dies umso mehr, als die Kostenentwicklung für 2016 wieder steigende Prämien erwarten lässt. Die Ver-

sicherten erwarten endlich griffige Massnahmen, welche die Prämienlast tatsächlich senken. Es ist zu begrüssen, dass das BAG nun das Gespräch mit den Krankenversicherern sucht, damit das bereits vielfach praktizierte kostensparende Verhalten von Versicherten und Krankenversicherern auf eine rechtlich korrekte Basis gestellt wird. •

Prämienaufschlag – 3 bis 4 Prozent sind kein Pappenstiel

santésuisse rechnet wegen der anhaltend steigenden Gesundheitsausgaben in der obligatorischen Grundversicherung für 2016 mit einem Prämienanstieg von durchschnittlich drei bis vier Prozent. Auffallend stark steigen die Kosten im ambulanten Arzt- und Spitalbereich. Diese Aussichten sind alarmierend, weil im aktuellen Wirtschaftsumfeld nicht mit markanten Lohnerhöhungen zu rechnen ist, während die Prämienlast bei den Versicherten jährlich weiter steigt. •



In Kürze



12.080 : Heilmittelgesetz. Änderung: Rabatte sichern, Marktexklusivität ablehnen

In der Herbstsession ist die Differenzbereinigung zum revidierten Heilmittelgesetz traktandiert. Zu Gunsten wirtschaftlicherer Medikamentenpreise ist bei den Rabatten dem Nationalratsentscheid vom 4. Mai 2015 zu folgen. Abzulehnen ist hingegen der knappe Entscheid des Nationalrats zu Gunsten einer «Marktexklusivität». Dieser Artikel ist innovationshemmend, kostentreibend und somit nicht im Interesse der Patienten. Im Sinne des Ständeratsbeschluss vom 10. Dezember 2014 ist die Marktexklusivität deshalb abzulehnen. •

Keine TARMED-Revision auf dem Buckel der Versicherten!

Seit nunmehr über fünf Jahren ist die von den Tarifpartnern im Prinzip unbestrittene Revision des ambulanten Arzttarifs TARMED blockiert. Einigkeit herrscht darin, dass die Revision eine sachgerechte und betriebswirtschaftlich korrekte Vergütung der ambulanten medizinischen Leistungen zum Ziel haben muss. Gemäss den Vorgaben des Bundesrates muss die Tarifrevision kostenneutral umgesetzt werden. Weiter verlangt der Bundesrat unter anderem die Offenlegung der Grundlagen, des Berechnungsmodells und den Daten sowie den Einbezug von Kostensenkungen aufgrund von Effizienzsteigerungen. 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. •

«Fit und glücklich» mit dem BAG?

Das umstrittene Präventionsgesetz scheiterte im Dezember 2012 an der Finanzierungsfrage. Im Rahmen der Nationalen Strategie zur Prävention von nichtübertragbaren Krankheiten (NCD-Strategie) planen das BAG, private Gesundheitsligen und Interessierte jetzt einen Neuanfang unter Ausschluss des Parlaments. Bei der Finanzierung steht auch der Weg über die Krankenversicherung zur Diskussion (Art. 19–20 KVG).

Aus Sicht von santésuisse sind Gesundheitsförderung und Prävention Aufgaben der öffentlichen Hand und folglich von Bund und Kantonen zu finanzieren. Jede zusätzliche Belastung der Versicherten auch für Gesundheitsförderung und Prävention müsste aus Sicht von santésuisse sehr gut begründet werden und ausgewiesene Mehrwerte für die Versicherten beinhalten. Die laufend steigenden Gesundheitskosten sind bereits heute eine der grössten Sorgen der Schweizer Bevölkerung. •

BLOG-TELEGRAMM

Top Ten der Fallpauschalen

Mit gut 23 Prozent bilden die Spitäler stationär den grössten Kostenblock im OKP-Kuchen von 28,6 Milliarden (inkl. Selbstbehalt und Franchise). Die interessante Frage ist: Welche Eingriffe verursachen am meisten Kosten? Und welche Leistungen werden am häufigsten erbracht? Dank der Einführung der neuen Spitalfinanzierung und den Fallpauschalen lässt sich dies neu feststellen. Die Hitliste der SwissDRG-Behandlungen aufgrund der Bruttokosten zeigt, dass der Einsatz einer Hüftprothese auf Rang eins liegt. Berücksichtigt ist der Zeitraum vom 1. Januar bis 30. April 2015 und die Kosten, die in der Grundversicherung (OKP) angefallen sind. Am zweitmeisten Umsatz generierte der Einsatz eines künstlichen Kniegelenkes. Auf Rang drei liegen die natürlichen Geburten. •

→ santesu.is/seog3 (Die Plätze 4–10)

Neue Spitalfinanzierung: Kostenschub von einer halben Milliarde

Welche Auswirkung hat die Einführung der Neuen Spitalfinanzierung mit den Fallpauschalen (SwissDRG) auf die Spitäler und den Prämienzahler? santésuisse-Zahlen zeigen: Um zwölf Prozent nahmen die Kosten vom Jahr 2011 auf das Jahr 2012 zu, als die Neue Spitalfinanzierung mit den Fallpauschalen eingeführt wurde. Zieht man von den zwölf Prozent rund drei Prozent für das durchschnittliche jährliche Wachstum ab (Erfahrungswert), bleiben neun Prozent Mehrkosten in den Spitälern stationär allein aufgrund der Einführung der neuen Spitalfinanzierung, das entspricht 556 Millionen oder rund zwei Prämienprozent. •

→ santesu.is/sek3m

