



BRENNPUNKT

GESUNDHEITSPOLITIK 1 | 2018

Mandatsverbot von Krankenversicherern

Dolchstossversuch am Milizparlament



Lösungen gemeinsam suchen

Den Anstieg der Gesundheitskosten zu bremsen, ist dringend notwendig. Die Verlagerung von medizinischen Eingriffen in den günstigeren ambulanten Bereich ist deshalb zu begrüßen. In der Gesamtbeurteilung der Auswirkungen muss aber auch die finanzielle Mitbeteiligung der Kantone diskutiert werden. •

Heinz Brand, Präsident santésuisse

Die Bundesversammlung wird zum reinen Berufsparlament. Dies wäre die Konsequenz bei einer Annahme der Volksinitiative «Für ein von den Krankenkassen unabhängiges Parlament».

Die Volksinitiative «Für ein von den Krankenkassen unabhängiges Parlament», für die zurzeit Unterschriften gesammelt werden, will Parlamentarierinnen und Parlamentariern die Annahme von Krankenversichermandaten verbieten. Eine solcher in die Bundesverfassung geschriebener Ausschluss der Krankenversicherer hätte weitreichende Folgen. Das von der Initiative vorgesehene Verbot von Nebentätigkeiten von Bundesparlamentariern im Umfeld von Krankenversicherern ist unter dem Aspekt der Rechtsgleichheit äusserst problematisch, weil vergleichbare Konstellationen in sehr vielen Bereichen von Wirtschaft und Gewerbe anzutreffen sind.

Der Anfang vom Ende des Milizparlaments

Um die von der Initiative gewollte Ungleichbehandlung zu korrigieren, müssten deshalb alle Bereiche, in denen private Anbieter Leistungen als öffentliche Aufgaben erbringen, ebenfalls mit Unvereinbarkeitsregeln belegt werden. Zu diesem Kreis gehören beispielsweise die berufliche Vorsorge, Unfallversicherungen oder weitere staatlich direkt oder indirekt gesteuerte Wirtschaftsbereichen wie die Landwirtschaft, der öffentliche Verkehr oder die Bildung. Eine derart weit gehende Beschränkung der ausserparlamentarischen Betätigungsfelder für die Mitglieder der Bundesversammlung wäre eine erhebliche Einschränkung des aktiven und passiven Wahlrechts und ein entscheidender Schritt in Richtung eines Berufsparlaments. •

INHALTE

Ambulante Operationslisten	2
Prämien und Ergänzungsleistungen	3
In Kürze	4

Ambulante Operationslisten

Stationäre Kapazitäten nach unten anpassen



Die vom BAG und einzelnen Kantonen vorgeschlagenen Operationslisten für zwingend ambulant durchzuführende Eingriffen ermöglichen substanzielle Kosteneinsparungen. Damit die Prämien- und Steuerzahlerinnen und -zahler gleichermassen davon profitieren, braucht es Anpassungen bei der Finanzierung, aber auch bei der teuren Spitalinfrastruktur und den Prozessen.

Berechnungen von santésuisse zeigen, dass mit den vom BAG und einzelnen Kantonen vorgeschlagenen zwingend ambulant durchzuführenden Eingriffen Einsparungen von bis zu 135 Millionen Franken pro Jahr möglich sind. Verlagert werden fast 50 000 Eingriffe.

Unumgängliche Strukturanpassungen

Eine Reihe von Kantonen, Luzern, Zug, Zürich und Wallis, wenden bereits heute kantonale Operationslisten an. Obwohl die Listen eine zahlenmässig bedeutende Verlagerung von Operationen nach sich ziehen, war bislang vor allem von den öffentlichen Spitälern nur wenig zur konkreten Umsetzung der Vorgaben zu hören. Vertreter von Privatspitälern schätzen, dass es zur Auslastung eines Operationssaals 2000 ambulante Eingriffe pro Jahr braucht. Um wirtschaftlich zu sein, müssen jedoch

zwei Operationssäle betrieben werden. Nicht jedes Spital wird die Zahl von 4000 Eingriffen pro Jahr erreichen. Folglich muss sich jedes Spital mit der Frage auseinandersetzen, ob und wie die ambulanten Eingriffe erbracht werden sollen. Auch werden durch die Verlagerung die stationären Strukturen entlastet. Folglich müssten die stationären Kapazitäten angepasst werden. Die tieferen Fallzahlen müssten dazu führen, dass die vielerorts geplanten, zum Teil massiven Erneuerungsinvestitionen für die kantonalen Spitäler nach unten korrigiert werden. Konsequenterweise müsste der nach wie vor spürbare «Kantönlicheist» einer interkantonalen Ressourcenplanung Platz machen.

Prämienzahler werden zur Kasse gebeten

Die Zusammensetzung der Operationslisten hat einen bedeutenden Einfluss auf die Höhe der Kostenverschiebung und führt zu Zusatzbelastungen für die Prämienzahlerinnen und -zahler. Die vom BAG vorgeschlagenen sechs Eingriffe führen für das Gesamtsystem zu Einsparungen von rund 100 Millionen Franken. Die Kostenfolgen aus diesen Eingriffen belaufen sich für die Prämienzahler auf überschaubare 10 Millionen Franken. santésuisse hat auch die Kostenfolgen der zusätzlichen fünf Eingriffe von den kantonalen Listen berechnet. Unter Einbezug dieser Eingriffe steigt die zu

erwartende Kosteneinsparung für das Gesundheitssystem auf bis zu 135 Millionen Franken pro Jahr. Allerdings steigt die Zusatzbelastung für die Krankenversicherer in diesem Fall auf 77 Millionen Franken pro Jahr. Dieser starke Anstieg der ambulanten Kosten ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass im ambulanten Arzttarif TARMED teure Materialkosten, wie zum Beispiel für Stents bei der Behandlung von Herzerkrankungen, separat in Rechnung gestellt werden. Alleine die Behandlung von verengten Herzkranzgefässen führt aus diesem Grund zu ambulanten Mehrkosten von gegen 40 Millionen Franken.

Pauschalen und einheitliche Finanzierung

Die Verlagerung von stationären Eingriffen ist in vielen Fällen als insgesamt kostensparend zu begrüssen. Um Fehlanreize auszuschalten, sind Begleitmassnahmen notwendig. santésuisse unterstützt deshalb die Entwicklung von ambulanten Pauschalen, damit finanzielle Fehlanreize verringert werden. Weiter soll die Kostenverlagerung nicht einseitig den Prämienzahlerinnen und -zahlern aufgebürdet werden. Für diesen Ausgleich ist eine einheitliche Finanzierung notwendig, bei der sich die Kantone zu gleichen Teilen an den stationären wie an den ambulanten Gesundheitskosten beteiligen. •

Prämien und Ergänzungs- leistungen

Bundesrat mit pragmatischer Lösung



An die Ergänzungsleistungen soll die effektiv bezahlte Krankenkassenprämie angerechnet werden können, falls sie tiefer liegt, als der kantonale Durchschnitt. Und ein Krankenversicherer soll nicht benachteiligt werden, wenn er Bezüger von Ergänzungsleistungen versichern muss. Der Vorschlag des Bundesrats erfüllt beide Anforderungen.

Das Wachstum der Ergänzungsleistungen soll gebremst werden, soweit besteht Einigkeit. Allerdings verfehlt der Vorschlag des Ständerates sein Ziel, wonach die Krankenkassenprämien künftig gerecht und zugleich sparsam an die Ergänzungsleistungen angerechnet werden sollen. Heute wird pauschal die kantonale Durchschnittsprämie angerechnet. Die unerwünschte Folge ist, dass für diejenigen EL-Bezüger, die bei einer überdurchschnittlich günstigen Kasse versichert sind, der angerechnete Betrag höher ausfällt als die effektiv zu bezahlende Prämie.

Kleinen Krankenkassen droht Konkurs

Der Ständerat will nun, dass für die EL-Anrechnung nur noch maximal die Prämie des drittgünstigsten Krankenversicherers herangezogen werden dürfe. Die administrative Folge davon wäre, dass jedes

Jahr Zehntausende von EL-Bezügern zum Kassenwechsel gezwungen würden. Denn der drittgünstigste Krankenversicherer ist über mehrere Jahre kaum je derselbe. Alleine schon der Zwang zur massenweisen Aufnahme von EL-Bezügern würde gerade bei kleinen, regional tätigen Kassen zu starken Prämienchwankungen und einem massiven Aufstockungsbedarf bei den Reserven führen.

” **Kleine Kassen dürfen nicht unverschuldet aus dem Markt gedrängt werden.**

Verteuerung in der Westschweiz

Der Vorschlag des Ständerates mit der Anrechnung der drittgünstigsten Prämie führt ausserdem besonders in den Westschweizer Kantonen zu einer Verteuerung gegenüber dem Status quo. Oft sind in diesen Kantonen die günstigsten Versicherer in der Regel grosse Kassen. Dadurch kann der kostentreibende Fall eintreten, dass die

anzurechnende Prämie höher ist als die kantonale Durchschnittsprämie.

Sparsame und nachhaltige Lösung

Der neue Vorschlag des Bundesrates ist im Vergleich zur Lösung des Ständerates zugleich realitätsnah und sparsam. Als Ausgangspunkt soll zwar weiterhin die kantonale Durchschnittsprämie gelten. Die Kantone dürfen aber neu die tatsächliche Prämie eines EL-Bezügers anrechnen, wenn diese tiefer als der kantonale Durchschnitt ist. Die Vorteile liegen auf der Hand. Keinem EL-Bezüger muss vom Kanton mehr angerechnet werden, als er selber für die Krankenversicherung bezahlt. Und über den kleinen Kassen hängt nicht das Damoklesschwert, dass sie von marktfremden Einflüssen unverschuldet aus dem Markt gedrängt werden könnten. Dem Spargebot bei den Ergänzungsleistungen ist damit Genüge getan, ohne dass die Krankenversicherung destabilisiert wird. •

In Kürze



Bundesrat Alain Berset anlässlich der 5. Nationalen Gesundheitskonferenz am 29. Januar 2018 in Bern.

FMCH und santésuisse einigen sich auf ambulante Pauschaltarife

santésuisse hat mit dem Verband der invasiv und chirurgisch tätigen Ärztinnen und Ärzte (FMCH) den Vertrag über einen ambulanten Pauschaltarif unterzeichnet. Im Preis einer ambulanten Pauschale sind die Vor- und Nachbereitung einer Behandlung inbegriffen. Wer mit Pauschalen abrechnen will, verpflichtet sich zur Teilnahme an qualitätssichernden Massnahmen.

Ein erstes Paket dieser ambulanten Leistungspauschalen wurde für den Fachbereich Augenchirurgie entwickelt. Vorbehältlich der Tarifgenehmigung durch die kantonalen Gesundheitsdirektionen, gelten für Operationen des grauen und grünen Stars (Katarakt und Glaukom) sowie Eingriffe am Glaskörper (Intravitreale Injektion) gemeinsam vereinbarte Leistungspauschalen.

Dem neuen Tarifvertrag können sämtliche Augenchirurgen wie auch alle Krankenversicherer beitreten. Weitere Pauschalen für die Fachbereiche Handchirurgie, Radiologie, Kinderchirurgie sowie Orthopädie sind in Vorbereitung.

Ärztinnen und Ärzte, die mit diesen Pauschalen abrechnen, verpflichten sich zur Teilnahme an einem europäischen Qualitätssicherungsprogramm, das unter anderem die Indikationen sowie die Komplikationsrate bei Eingriffen erfasst. •