

Bewertung aktueller Projekte

→ Für eine neue

Schweizer Gesundheitspolitik

PROJEKTLEITUNG



DR. FRIDOLIN MARTY

ist Leiter Gesundheitspolitik bei economie-suisse und präsidiert die Arbeitsgruppe Gesundheit.

fridolin.marty@economiesuisse.ch

BEGLEITGRUPPE GESUNDHEITSBERICHT

Wir danken den Mitgliedern der Arbeitsgruppe Gesundheit für ihre Mitarbeit.

- Dominik Banny, JT Japan Tobacco International AG
- Dr. Jean-Christophe Britt, Novartis International AG
- Michaela Chvojka, hotelleriesuisse
- Dr. Jérôme Cosandey, Avenir Suisse
- Gregor Emch, Accenture AG
- Judith Fischer, vips Vereinigung Pharmafirmen in der Schweiz
- Marc-André Giger, PricewaterhouseCoopers AG
- Jürg Granwehr, scienceindustries
- Bruno Henggi, Interpharma
- Walter P. Hölzle, vips Vereinigung Pharmafirmen in der Schweiz
- Andreas Knöpfli, SWICO
- Christoph Krammer, Accenture AG
- Marcel Kreber, Verband Schweizerischer Mineralquellen und Softdrink-Produzenten
- Urs Martin, Hirslanden AG
- Thomas Meyer, Swiss Cigarette
- Dr. Stephan Mumenthaler, Novartis International AG
- Markus Nufer, Nufer Consulting AG
- Heinz Roth, Schweizerischer Versicherungsverband SVV
- Dr. Heiner Sandmeier, Interpharma
- Stefano Santinelli, Swisscom AG
- Felix Schneuwly, comparis.ch AG
- Guido Schommer, PKS Privatkliniken Schweiz
- Armin Schrick, Smith & Nephew Schweiz AG
- Marija Sommer, Philip Morris SA
- Fabian Stadler, FASMED Dachverband der Schweizerischen Handels- und Industrievereinigung Medizinaltechnik
- Ann-Karin Wicki, Schweizerischer Versicherungsverband SVV
- André Zemp, KPMG AG

Inhalt

Das Wichtigste in Kürze

- 02 Gesundheitspolitische Ideen transparent qualifizieren

Einleitung

- 04 Ein Bewertungsraster für Reformideen

1. Bewertung aktueller Projekte

Fünf Themen mit gesamtwirtschaftlicher Relevanz

- 06 Qualitätstransparenz und -sicherung
- 09 Finanzierung
- 14 Spitalfinanzierung
- 16 Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention
- 19 Krankenversicherungssystem

2. Synthese

- 22 Gesamtschau über die Beurteilung der Projekte

Bewertungsdiagramme

- 12 Zehn Bewertungsdiagramme zu allen Reformen

→ Gesundheitspolitische Ideen transparent qualifizieren

Die «Leitlinien der Wirtschaft» können als Raster für die Beurteilung von Vorstössen zur Gesundheitspolitik dienen.

Bewertung von Projekten anhand von fünf Eckpunkten

Die Grundlage für die Beurteilung gesundheitspolitischer Projekte bildet die Publikation «Für eine neue Schweizer Gesundheitspolitik: Leitlinien der Wirtschaft». Sämtliche Reformvorstösse werden nach dem gleichen Raster bewertet, die Bewertung orientiert sich an den fünf Eckpunkten einer guten Politik:

- **Hält das Projekt die ordnungspolitischen Grundsätze ein?**
- **Wird dadurch der Leistungswettbewerb gefördert?**
- **Ist das Projekt innovationsfreundlich?**
- **Was sind die finanzpolitischen Konsequenzen einer Reform?**
- **Wird der individuellen Selbstverantwortung Rechnung getragen?**

Falls alle fünf Fragen mit Ja beantwortet werden können, unterstützt die Wirtschaft das Projekt. Werden einige Fragen verneint, so muss die Position der Wirtschaft in einer gesamtheitlichen Beurteilung gefunden werden. In der Mitte dieser Publikation finden Sie eine visualisierte Form des Beurteilungsrasters für jedes einzelne Projekt.

Breite Auswahl an Ideen zum Gesundheitssystem

Fünf Themenkreise wurden aus der Fülle gesundheitspolitischer Vorstösse ausgewählt. Alle betreffen die nationale Gesundheitspolitik und haben gesamtwirtschaftliche Relevanz. Das Spektrum reicht von Versorgungsfragen (Qualität, interregionale Zusammenarbeit, Prävention) über Organisationsfragen (Krankenversicherungssystem, Vertragsfreiheit) bis hin zu Finanzierungsfragen (Spitalfinanzierung).

Die bundesrätliche Qualitätsstrategie verfolgt einen zentralistischen Ansatz und behindert die Innovation.

Um den Ansatz von *economiesuisse* zu verdeutlichen, schauen wir die Beurteilung des ersten Projekts an, nämlich die Qualitätsstrategie des Bundes. Die Umsetzung dieser Strategie muss nach drei der fünf genannten Kriterien negativ bewertet werden. Beim Wettbewerb halten sich positive und negative Elemente die Waage. Zwar wird durch die künftig verminderte Differenzierungsmöglichkeit ein wichtiges Wettbewerbselement eliminiert, doch gleichzeitig beabsichtigt der Bundesrat mit seiner Strategie, die Transparenz zu verbessern. Das belebt den Leistungswettbewerb. Die grösste Verschlechterung ertet die Wirtschaft bezüglich Ordnungspolitik und Innovation. Durch die geplante Zentralisierung wird die Rolle des Bundes ausgeweitet. Dies verschlechtert die Innovationsfähigkeit. Mehrere dezentrale Entscheidungsträger sind besser geeignet, ein innovatives Klima zu schaffen. Denn einer alleine weiss nahezu immer weniger als viele zusammen, was man sich im Multimediazeitalter geschickt zunutze machen kann (Crowd-Intelligence). Diese Einsicht müsste in die Qualitätsstrategie einfließen. Punkto Selbstverantwortung wird mit der verbesserten Transparenz ein noch negativerer Effekt vermieden. Denn zentrale Lösungen schwächen die Selbstverantwortung. In der Qualitätsstrategie bedeutet das eine Abkehr vom Subsidiaritätsprinzip. Bei der Finanzierung kann eine Verbesserung erwartet werden, denn einheitliche Qualitätskriterien können helfen, kostengünstigere Lösungen zu finden. Dies gilt sowohl für die Angebots- wie auch für die Nachfrageseite. Allerdings wird dies vor allem bezüglich Prozessentwicklung auf Kosten der Innovationsfähigkeit geschehen. Diese Innovationen fehlen dann, wenn es darum geht, die Leistungserbringung mittelfristig effizienter zu gestalten.

Kompass für die Detailanalyse

Klare Bewertungskriterien vereinfachen es, politische Herausforderungen konzeptionell anzugehen.

Der dargestellte Ansatz für die Bewertung von Projekten macht die Gesundheitspolitik der Wirtschaft transparent und konsistent. Zudem erlaubt er, rasch eine Grobbeurteilung vorzunehmen. Dieser Kompass hilft auch bei der anschliessenden Detailanalyse der Projekte. Schliesslich kann mit diesem Ansatz ein offener Ausgleich zwischen den verschiedenen Interessen der über 100 Branchenmitglieder von *economiesuisse* erreicht werden. Ziel ist es, die Schweizer Volkswirtschaft generell zu stärken, indem *economiesuisse* durch dieses konzeptionelle Vorgehen die kommenden Herausforderungen im Gesundheitswesen zu bewältigen hilft.

→ Ein Bewertungsraster für Reformideen

Fünf Kriterien für die Bewertung gesundheitspolitischer Projekte

Der analytische Ansatz für die Beurteilung gesundheitspolitischer Projekte verwendet die fünf Kriterien, die in der Publikation «Für eine neue Schweizer Gesundheitspolitik: Leitlinien der Wirtschaft» dargelegt werden:

→ **Ordnungspolitik**

Es braucht marktwirtschaftliche Rahmenbedingungen für das Gesundheitswesen. Die öffentliche Hand kann nicht Regeln setzen und gleichzeitig mitspielen; sie muss sich auf die Festsetzung der Rahmenbedingungen beschränken. Die Erbringung von Dienstleistungen im Gesundheitswesen soll der Staat privaten Organisationen überlassen.

→ **Wettbewerb**

Transparenz und regulierter Wettbewerb erhöhen die Qualität im Gesundheitswesen. Deshalb müssen die Wettbewerbselemente zugunsten des Patientennutzens gestärkt werden. Dazu ist eine Förderung der Transparenz unabdingbar.

→ **Innovation**

Der Zugang zu hochwertigen und innovativen Behandlungsmethoden ist wichtig. Er muss für alle Patienten gewährleistet sein. Nur so können Innovationen breit angewendet und weiterentwickelt werden. Dies führt zu einem innovationsfreundlichen Umfeld.

→ **Selbstverantwortung**

Die Selbstverantwortung des Einzelnen soll gestärkt werden, um Gesundheitsschäden zu vermeiden und die Ressourcen sinnvoll zu nutzen. Die Bevölkerung ist nur dann bereit, sich mit dem Gesundheitssystem zu befassen, wenn sie dabei auch selbstverantwortlich handeln kann.

→ **Finanzpolitik**

Eine nachhaltige Finanzierung ist für ein effizientes und stabiles Gesundheitswesen unentbehrlich. Der solidarische Anteil an der Finanzierung aller Gesundheitsleistungen darf nicht stärker steigen als der private Anteil.

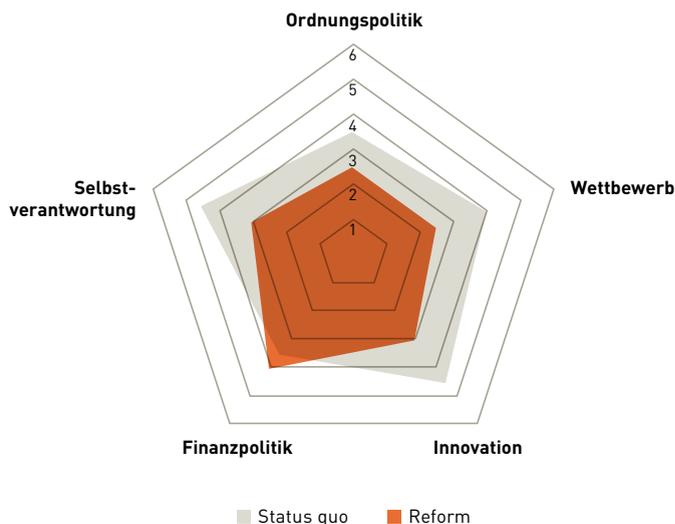
Mithilfe des Bewertungsrasters lässt sich nachvollziehbar darlegen, warum die Wirtschaft ein gesundheitspolitisches Projekt unterstützt oder ablehnt.

Gesundheitspolitische Initiativen, Gesetzesentwürfe, Vorstösse – im Folgenden als Projekte bezeichnet – lassen sich anhand dieser Dimensionen analysieren und visualisieren. Die fünf Kriterien der gesundheitspolitischen Leitlinien bilden somit die Richtschnur von economiesuisse für die Beurteilung von Reformbestrebungen im Schweizer Gesundheitswesen.

Mithilfe dieses Bewertungsrasters lässt sich in der Regel zeigen, ob gesundheitspolitische Projekte die Unterstützung der Wirtschaft finden. Dabei kann es durchaus vorkommen, dass ein Projekt nicht alle Kriterien erfüllt. In solchen Fällen muss eine gesamtheitliche Abwägung helfen, die Position der Schweizer Wirtschaft zu bestimmen. Die Gesundheitspolitik von economiesuisse wird dadurch transparent und konsistent. Die Bewertungen werden laufend aktualisiert.

Der Bewertungsraster als Diagramm

Die Übersicht mit den Bewertungsdiagrammen zu allen analysierten Projekten finden Sie auf den Seiten 12 und 13.



Online-Dossier Gesundheitsmarkt

In dieser Publikation kann nur ein Teil der vielen gesundheitspolitischen Projekte analysiert werden, die das Parlament in der neuen Legislatur beschäftigen werden. Weitere Informationen und aktuelle Bewertungen finden Sie im Internet unter:

 www.economiesuisse.ch/de/gesundheitsmarkt

→ Fünf Themen mit gesamtwirtschaftlicher Relevanz

GEMESSEN AN DEN LEITLINIEN DER WIRTSCHAFT, SIND VIELE REFORMVORSCHLÄGE FÜR DIE SCHWEIZERISCHE GESUNDHEITSPOLITIK KRITISCH ZU BEURTEILEN.

Zehn gesundheitspolitische Projekte wurden ausgewählt und anhand der Leitlinien der Wirtschaft beurteilt.

Auswahlkriterien für die Analyse

Die Auswahl der gesundheitspolitischen Projekte erfolgte anhand von drei Anforderungen:

1. Das Projekt betrifft die Kernthemen Ordnungspolitik, Wettbewerbspolitik, Innovationspolitik, Finanzpolitik und Eigenverantwortung
2. Das Projekt hat eine gesamtwirtschaftliche Bedeutung
3. Das Projekt betrifft die nationale Gesundheitspolitik

Zehn Projekte, die diese Anforderungen erfüllen, werden nachfolgend vorgestellt und beurteilt. Die entsprechenden Grundlegendokumente sind auf folgenden Internetseiten zu finden:

- Bundesamt für Gesundheit: www.bag.admin.ch
- Curia Vista Geschäftsdatenbank des Parlaments: www.parlament.ch
- Dialog Nationale Gesundheitspolitik: www.nationalegesundheitspolitik.ch

1 Qualitätstransparenz und -sicherung

1.1 Qualitätsstrategie des Bundes

Der zentrale Erlass im Gesundheitsbereich auf nationaler Ebene ist das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG). Das KVG garantiert heute den flächendeckenden Zugang zu qualitativ hochstehenden Leistungen der medizinischen Grundversorgung sowie zu spezialisierten Diagnose- und Therapiemethoden. Der Bund hat eine Aufsichtsfunktion zur Sicherung und Verbesserung der Qualität dieser medizinischen Leistungen. Mit einer Revision des KVG möchte der Bundesrat seine Kompetenzen nun ausbauen. Er beabsichtigt, hierfür ein nationales Netzwerk für Qualität zu schaffen. Dieses soll die bestehenden Aktivitäten in der Qualitätssicherung koordinieren und verstärken.

Zur Qualitätssicherung ist mehr Transparenz dringend angezeigt. Doch kann Qualität nicht zentral dirigiert werden.

Generelle Einschätzung

Im schweizerischen Gesundheitswesen fehlt es an Transparenz bezüglich Daten zur Qualität und den Resultaten medizinischer Leistungen. Im Fokus der Diskussion stehen meistens die Kosten. Für die Anbieter von Gesundheitsleistungen besteht bis heute kaum ein Anreiz, Qualitätsdaten zu erheben und zu publizieren. Anstatt das Anreizsystem unter Berücksichtigung der Qualität über Preise und Tarife zu verbessern, erschallt oft der Ruf

nach einer Intervention des Bundes. Eine zentrale Lenkung der Qualität wird jedoch nicht zum Ziel führen. In der Qualitätssicherung ist unbedingt das Subsidiaritätsprinzip beizubehalten. Demnach sollten die Rahmenbedingungen auf Gesetzes- und Verordnungsebene so ausgestaltet werden, dass mit funktionierenden wettbewerblichen Anreizen und wenn nötig mit Sanktionsregeln die Ziele erreicht werden. So können die Kantone als Zulasser der Leistungserbringer verbindliche, minimale Qualitätsstandards durchsetzen. Der Bund soll indes seine Rolle auf die Sicherstellung der nötigen, mit den Sozialversicherungen kompatiblen Rahmenbedingungen beschränken. Die Umsetzung der Qualitätsstrategie mit wettbewerblichen Anreizen bleibt vornehmlich eine Aufgabe der Akteure, namentlich der Leistungserbringer, ihrer Zulieferer und der Versicherer. Entsprechend sind diese von Beginn weg aktiv einzubeziehen. Ein nationales Qualitätsinstitut oder ein zentrales Kontrollorgan unter der Schirmherrschaft des Bundesrats braucht es dafür nicht. Selbst das geplante Netzwerk des Bundes birgt Gefahren: Zentralisiert man die Qualitätsverbesserungen, so ist der Weg zu den Leistungserbringern oft zu lang. Die Akteure müssen dezentral eingebunden werden, damit sie die Qualitätsvorgaben effektiv umsetzen.

Gute Qualität ist eine Aufgabe der Leistungserbringer und soll auch von diesen finanziert werden.

Der Bund kann durchaus aktiv werden, wenn es darum geht, die schweizweit verbindlichen Qualitätsindikatoren zu vereinheitlichen. Aber auch dies muss in enger Zusammenarbeit mit den Akteuren geschehen. Zudem können Health Technology Assessments (HTAs) die Qualitätstransparenz (Outcome) erhöhen. Um generell die Transparenz im Gesundheitswesen zu verbessern, soll vermehrt Versorgungsforschung gemacht werden, damit man mittelfristig Versorgungsziele definieren kann. Register für spezifische Krankheiten (z. B. Krebsregister) können hierfür gute Dienste leisten. Die Finanzierung dieser Massnahmen sollte über den ordentlichen Bundeshaushalt laufen. Eine Zusatzfinanzierung über die Krankenversicherungsprämien lehnt die Wirtschaft ab. Gute Qualität ist eine genuine Aufgabe der Leistungserbringer, die auch von ihnen finanziert werden muss.



**Bewertungsraster
«Qualitätsstrategie»
auf Seite 12**

Position economieuses

economieuses befürwortet koordinative Anstrengungen des Bundes zur Verbesserung der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen, lehnt aber ein nationales Qualitätsinstitut sowie ein im Bundesamt für Gesundheit (BAG) institutionalisiertes Netzwerk, wie es nun der Bundesrat vorschlägt, ab.

1.2 Versorgungsqualität (Spitzenmedizin und interregionale Zusammenarbeit)

Das schweizerische Gesundheitswesen ist föderalistisch aufgebaut. Dank der Initiative des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) und der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) wurde 1998 ein Prozess unter dem Namen «Nationale Gesundheitspolitik Schweiz» in Gang gebracht. Dessen Ziel ist es, die Gesundheitspolitiken des Bundes und der Kantone besser aufeinander abzustimmen. Parallel dazu haben sich die Kantone mit der Unterzeichnung der Interkantonalen Vereinbarung zur Hochspezialisierten Medizin (IVHSM) zur gemeinsamen Planung und Zuteilung der hochspezialisierten Medizin (HSM) verpflichtet.

Tiefe Fallzahlen sind für die Qualitätsentwicklung in einem Spital alles andere als förderlich.

Generelle Einschätzung

Unter der stark föderalen Struktur der Gesundheitsversorgung leidet die Versorgungsqualität. Die Fallzahlen in manchen Spitälern sind sehr gering und gefährden damit eine nachhaltige Qualitätsentwicklung. Durch interregionale Zusammenarbeit, die auch vor Kantonsgrenzen nicht haltmachen darf, können Versorgungsschwerpunkte geschaffen werden. Dadurch erhöhen sich die Fallzahlen pro Versorgungseinheit, was die Qualität im System verbessert. Zudem werden die Infrastrukturkosten auf mehr Patienten verteilt, dadurch erhöht sich die Versorgungseffizienz. Für die Spitzenmedizin müssen gesamtschweizerische Zentren mit einer starken Anziehungskraft für ausländische Patienten gebildet werden, damit sich die Versorgungsstrukturen den Nachbarstaaten angleichen. In vergleichbaren Ländern existieren pro Region viel weniger Zentren, trotzdem weisen sie vergleichbare Gesundheitsindikatoren auf. Die heutige Infrastruktur in der Schweiz ist deshalb wenig effektiv und zudem kostenintensiv. Dies belastet sowohl die Prämienzahlenden als auch die öffentliche Hand. Mittel- und langfristig werden aber nicht die Kosten das Hauptproblem sein. Weil die besten Fachleute in spitzenmedizinische Zentren im Ausland mit höheren Fallzahlen abwandern werden, sind Qualität, Innovation und weltweite Spitzenpositionen gefährdet.

Es braucht eine klare Definition jener Leistungen, die dem Bereich der hochspezialisierten Medizin zugerechnet werden sollen.

Das Parlament hatte 2007 beschlossen, dass der Bund einheitliche Kriterien für Qualität und Wirtschaftlichkeit erlassen soll. Die eigentliche Planung und Koordination der hochspezialisierten Medizin blieb aber den Kantonen überlassen. Deshalb entstand die Interkantonale Vereinbarung zur Hochspezialisierten Medizin (IVHSM). Im Jahr 2010 wurde das Gremium operativ tätig. Nach vier Jahren Erfahrung äussern sich betroffene Spitäler kritisch: Die Prozessabläufe bei der IVHSM seien zu wenig standardisiert. Die Transparenz der Entscheide erachten viele als ungenügend. Die Kriterien seien nicht breit abgestützt und würden nach dem Entscheid im Rahmen eines Monitorings auch nicht systematisch angewandt. Aus Sicht der Wirtschaft ist eine enge und klare Definition nötig, welche Leistungen in den Bereich der hochspezialisierten Medizin gehören. Als Kriterien dafür sollen der Infrastrukturbedarf, Expertise und die Komplexität der Leistung dienen.

Eine verstärkte internationale Ausrichtung im stationären Bereich hilft Überkapazitäten auszulasten und verbessert die finanzielle Tragbarkeit.



Bewertungsra-
ster
«IVHSM»
auf Seite 12

Position economiesuisse

economiesuisse steht für eine Bereinigung der Infrastruktur im stationären Bereich ein und setzt zudem auf die Attraktivität für zahlungskräftige Patienten aus dem Ausland, um allfällige Überkapazitäten auszulasten. Insbesondere würde sich durch die internationale Ausrichtung die finanzpolitische Tragbarkeit der Spitzenmedizin verbessern. Diese ist auf eine zeitgemässe Infrastruktur angewiesen. Die Strukturbereinigung und internationale Ausrichtung soll aufgrund eines Leistungswettbewerbs erfolgen. Die Spitzenmedizin macht hier keine Ausnahme. Auch hier braucht es primär auf Effizienz- und Qualitätsparameter ausgerichtete politische Entscheide, damit mit den richtigen Anreizen die Fokussierung rasch vollzogen werden kann. Die Interkantonale Vereinbarung zur Hochspezialisierten Medizin muss sich operativ verbessern. Insbesondere braucht es objektive Kriterien, was als Spitzenmedizin gelten soll. Der Begriff soll dabei eng gefasst werden.

2 Finanzierung

2.1 Vertragsfreiheit statt Zulassungsstopp oder gar Steuerung

Das Parlament debattiert seit Einführung des KVG immer wieder über eine allfällige Aufhebung des Kontrahierungszwangs. Letztmals forderte die Motion Stahl eine teilweise Einführung der Vertragsfreiheit. Ihr Gegenvorschlag zum Zulassungsstopp für Ärzte wurde vom Nationalrat am 10. September 2014 mit grosser Mehrheit angenommen. Der Ständerat lässt sich jedoch viel Zeit mit der Behandlung dieses Geschäfts.

Solange ein Kontrahierungszwang gilt, gibt es für die Anbieter wenig Anreize, sich durch Kosteneffizienz und Qualität auszuzeichnen.

Generelle Einschätzung

Der Kontrahierungszwang verpflichtet die Krankenversicherer, mit sämtlichen von den Kantonen zugelassenen Leistungserbringern zusammenzuarbeiten. Demnach darf jeder Leistungserbringer allen Versicherern Rechnung stellen. Diese müssen die Rechnung im Rahmen des KVG bezahlen. Dieser Zwang widerspricht einer freiheitlichen Wirtschaftsordnung. In diesem Zwangssystem haben Leistungserbringer wenig Anreiz zu Kosteneffizienz und Qualität. Denn bei Kontrahierungszwang und Einzelleistungskatalog kann man auch über Tarifoptimierung die Marge erhöhen. Die Patienten sind davon nicht direkt betroffen, doch die Kassen müssen alles bezahlen. Ein Abwerben durch effizientere Leistungserbringer oder eine «Abstimmung mit den Füßen» durch die Patienten findet in diesem System kaum statt. Preisdifferenzierung ist nicht möglich, und der Qualitätswettbewerb ist eingeschränkt. Die Qualitätstransparenz ist schlecht und wird durch die Einschränkung der Werbung für medizinische Leistungen zusätzlich behindert.

Ordnungs- und wettbewerbspolitisch ist die Aufhebung des Kontrahierungszwangs deshalb nötig. Vertragsfreiheit ist ein wichtiges Standbein einer freiheitlichen Wirtschaftsordnung. Da die Bindung des Patienten zum Arzt

stets stärker ist als zum Versicherer, würde die Vertragsfreiheit auch die Position der Versicherten stärken. Die Versorgungssicherheit wird für die Bevölkerung garantiert, wenn jede Krankenversicherung für das gesamte Behandlungsspektrum Ärzte innerhalb einer zumutbaren Distanz unter Vertrag haben muss. Dies zu überprüfen ist Aufgabe der öffentlichen Hand. Die Effizienz der Leistungserbringung verbessert sich, wenn die Krankenversicherer spezifischere Tarife aushandeln können. Und auch die Ärzte haben dann die Möglichkeit, auf sie zugeschnittene Tarife zu erhalten. Die heutige Tarifblockade könnte dadurch aufgebrochen werden. Darüber hinaus werden auch die Versorgungsstrukturen ausgeglichener: Heute gibt es in den Zentren zu viele Leistungserbringer und in peripheren Gebieten tendenziell einen Mangel. Mit Tarifen, die in Gebieten mit tiefer Ärztedichte höher wären und in den anderen Gegenden tiefer, könnte das Leistungsangebot ausgeglichener gestaltet werden. Die Gefahr einer Fehlversorgung würde damit entschärft.

Ersetzt man den Zulassungsstopp für Ärzte durch eine staatliche Zulassungssteuerung, riskiert man erst recht eine Fehlversorgung.

Leider beschritt das Parlament einen anderen Weg und führte einen provisorischen Zulassungsstopp ein, der bereits mehrmals verlängert worden ist. Diese Regelung bedeutet eine Marktabschottung gegenüber jungen Ärztinnen und Ärzten. Im Juni 2016 läuft der Zulassungsstopp aus. Aus diesem Grund hat der Bundesrat ein Nachfolgegesetz geplant. Den Stopp möchte er durch eine Zulassungssteuerung ersetzen. Damit gerät die ambulante Versorgung vom Regen in die Traufe. Denn eine staatliche Steuerung ist immens komplexer umzusetzen als ein Zulassungsstopp und setzt demokratisch legitimierte Versorgungsziele voraus. Sie limitiert nicht nur die Zahl der Leistungserbringer, sondern greift direkt in die Leistungserbringung ein. Eine solche Massnahme behindert die Versorgungsinnovation und führt über kurz oder lang zu Fehlversorgungen.¹

economiesuisse setzt sich für die Vertragsfreiheit der Leistungserbringer ein. Die könnte auch Tarifblockaden lösen.



Bewertungsraster
«Kontrahierungszwang
vs. Vertragsfreiheit»
auf Seite 12



Bewertungsraster
«Zulassungsstopp»
auf Seite 12

Position economiesuisse

economiesuisse befürwortet die Vertragsfreiheit in der Grundversicherung, da sie im Gegensatz zu einer zentralen Steuerung als dezentrales Instrument dynamischer gestaltet werden kann. Der Druck auf beide Tarifpartner könnte zudem Tarifblockaden lösen, denn die Krankenversicherer müssten genügend Ärzte kontrahieren und die Ärzte hätten nicht mehr automatisch einen Vertrag. So gäbe es für beide Seiten einen Anreiz, die Tarifverhandlungen abzuschliessen. Zulassungsstopp oder Zulassungssteuerung dagegen sind schwerfällig und bürokratisch. Sie schliessen junge Ärztinnen und Ärzte aus dem Markt aus und verschärfen damit den drohenden Ärztemangel. Sie werden der ambulanten Versorgung mittel- und langfristig mehr als der stationären schaden. Das bremst die durch den medizinischen Fortschritt zunehmende und volkswirtschaftlich sinnvolle Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich. Trotzdem ist der Zulassungsstopp einer Zulassungssteuerung vorzuziehen.

→ ¹ In der Schlussabstimmung am 18. Dezember 2015 hat der Nationalrat die Vorlage des Bundesrats knapp abgelehnt. Im Januar 2016 beschloss die Kommission für Soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerats (SGK-S) ein Kommissionspostulat, mit dem der Bundesrat beauftragt wird, verschiedene Szenarien zur künftigen Steuerung der bedarfsabhängigen Zulassung im ambulanten wie auch im spitalambulanten Bereich in einem Bericht vorzulegen. Ausgenommen von einer Zulassungsbeschränkung wären die ärztlichen Grundversorger.

2.2 Kostenbeteiligung

Eine hohe Kostenbeteiligung bedeutet mehr Eigenverantwortung für die Versicherten. Trotzdem ist die Eigenverantwortung ein langjähriger Zankapfel zwischen den politischen Lagern. Für die einen ist sie ein Kernelement eines funktionierenden Gesundheitswesens. Andere befürchten, dass eine höhere Selbstbeteiligung zu einer Entsolidarisierung führt, weil gesunde und reiche Versicherte weniger Prämien bezahlen als arme und kranke. Nun hat sich das Bundesamt für Gesundheit (BAG) zu letzterer Haltung bekannt. Unter dem Stichwort Transparenz will das Amt die Franchisestufen vereinfachen. Konkret will es die Kostenbeteiligung reduzieren.

Das Bundesamt für Gesundheit bemängelt, dass gesunde Versicherte die hohen Wahlfranchisen nutzen, um bei den Grundversicherungsprämien zu sparen.

Generelle Einschätzung

Das Bundesamt für Gesundheit schreibt: *«Ziel der Wahlfranchisen war, dass sich die Versicherten selbstverantwortlicher verhalten, da sie sich stärker an den Kosten beteiligen und entsprechend tiefere Prämien bezahlen. Es hat sich jedoch gezeigt, dass höhere Kostenbeteiligungen heute nur teilweise dazu führen, dass Leistungen zurückhaltender in Anspruch genommen werden. Gesunde Versicherte nutzen die Wahlfranchisen unter anderem, um Prämien zu sparen. Dies kann dazu führen, dass die Solidarität in der sozialen Krankenversicherung geschwächt wird.»*² Das Amt will aus diesem Grund die Franchisestufen reduzieren.

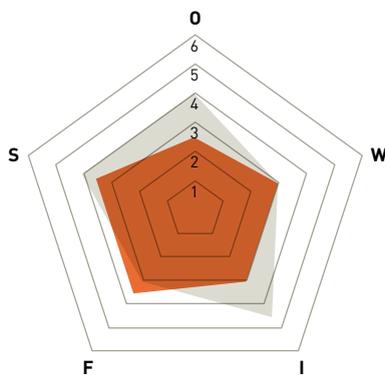
Die Kostenbeteiligung besteht aus Franchisen und Selbstbehalt. Die Franchise muss bezahlt werden, bevor der Krankenversicherer Kosten übernimmt. Fast die Hälfte der Versicherten wählt eine Franchisestufe, die über dem gesetzlichen Minimum liegt. Der Selbstbehalt kommt erst bei der Kostenübernahme durch die Versicherung zum Tragen. Er besteht im Normalfall aus einem prozentualen Anteil an den Behandlungskosten. In der Grundversicherung beträgt der Anteil zehn Prozent bis zu einem Maximalbeitrag von 700 Franken pro Jahr. Somit entfällt ab Gesamtkosten von 7000 Franken plus Franchise die Kostenbeteiligung ganz. Für Patienten ergibt das eine maximale Kostenbeteiligung von 1000 Franken bei einer Franchise von 300 Franken bzw. 3200 Franken bei einer Franchise von 2500 Franken. Der Anteil der Kostenbeteiligung ist in den letzten zehn Jahren um rund einen Prozentpunkt gesunken und seit Einführung des KVG im Jahr 1996 nur leicht gestiegen (von 13,5 auf 13,9 Prozent der Kosten). Das ist bemerkenswert, da der Anteil der Grundversicherung an den Gesundheitskosten stetig zunimmt. Somit wäre es naheliegend, dass im wachsenden Bereich der Grundversicherung die Eigenverantwortung mehr Gewicht erhält. Nur so bliebe ihre Bedeutung im gesamten Gesundheitswesen etwa ähnlich hoch. Aus diesem Grund müsste die Kostenbeteiligung in der Grundversicherung erhöht werden. Beispielsweise könnten Mehrjahresverträge in Kombination mit hohen Wahlfranchisen helfen, die Eigenverantwortung der Versicherten zu stärken. Zugleich würden die Wahlmöglichkeiten erhöht. Auch die Minimalfranchisen sollten in Anbetracht des Ausbaus der Grundversicherung erhöht werden.

→ ² Bundesamt für Gesundheit (BAG): Weniger Franchisestufen (Faktenblatt).

→ Bewertungsdiagramme zu allen Reformen

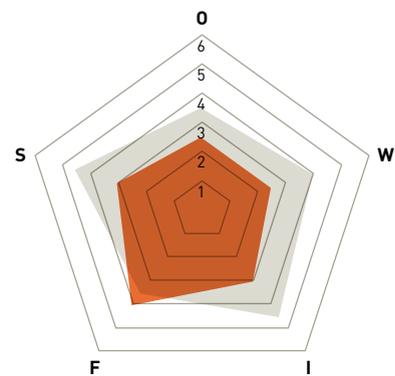
Das Diagramm veranschaulicht die jeweilige Ausprägung der fünf analysierten Dimensionen für jedes Reformprojekt. Orange steht für die Reform, Grau für den Status quo. Je grösser die Fläche, desto wirtschaftsfreundlicher wird die Thematik beurteilt. Wenn das orange Feld grösser ist, dann wird die Reform von der Wirtschaft gutgeheissen. Ist das graue Feld grösser, so befürworten wir den Status quo. Ein Extremfall stellt die Einheitskasse dar. Der graue Bereich überragt den orangenen Bereich bei Weitem. Entsprechend wird diese Idee von der Wirtschaft klar verworfen. Etwas milder, aber immer noch durchwegs negativ wird das Krankenversicherungsaufsichtsgesetz (KVAG) beurteilt. Am anderen Ende des Spektrums sind die Vertragsfreiheit und die monistische Finanzierung zu finden. Hier sind die orangenen Flächen am grössten. Eine differenzierte Beurteilung verlangt das DRG-System: orange und graue Flächen zeigen in unterschiedlichen Bereichen Wirtschaftsfreundlichkeit an.

→ Qualitätsstrategie



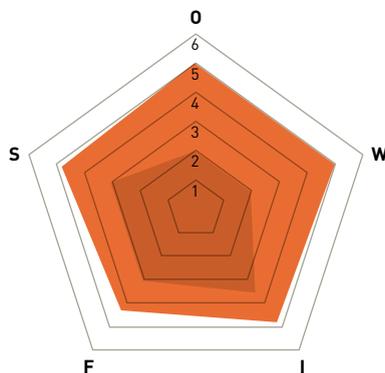
■ Status quo ■ Reform

→ IVHSM



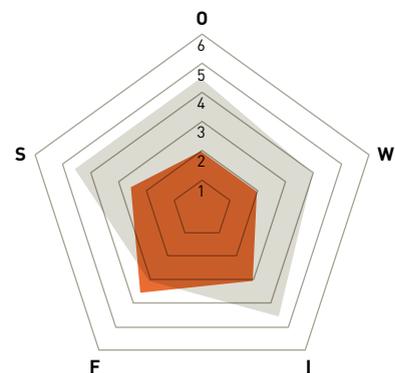
■ vor Umsetzung ■ nach Umsetzung

→ Kontrahierungszwang vs. Vertragsfreiheit



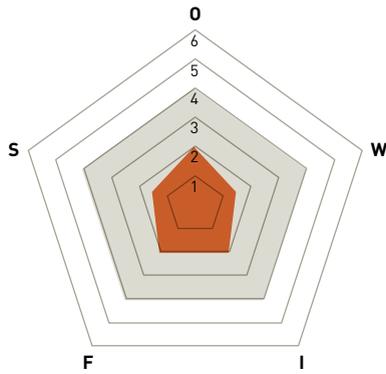
■ Kontrahierungszwang ■ Vertragsfreiheit

→ Zulassungsstopp



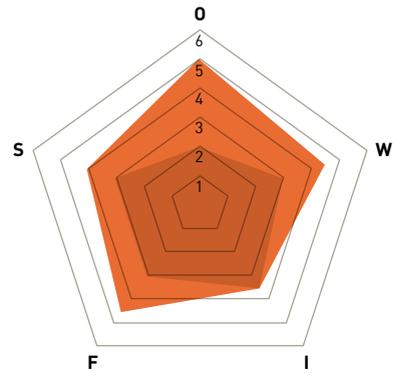
■ keine Regelung ■ Zulassungsstopp

→ Kostenbeteiligung (Franchisen)



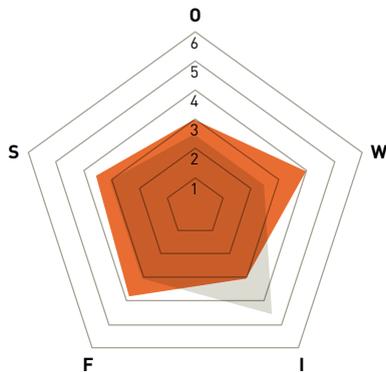
■ Status quo ■ Vorschlag Bundesrat

→ Duale vs. Monistische Finanzierung



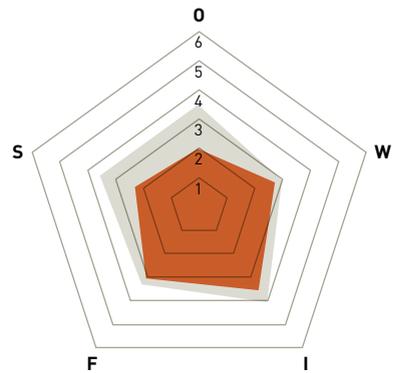
■ Dual ■ Monistisch

→ DRG-System



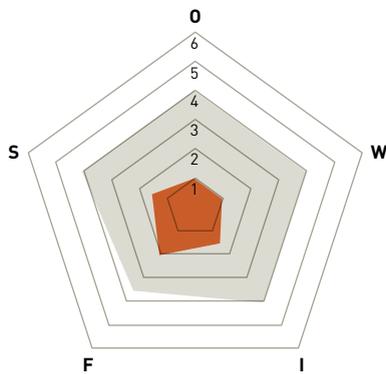
■ alte Finanzierung ■ neue Finanzierung

→ NCD-Strategie



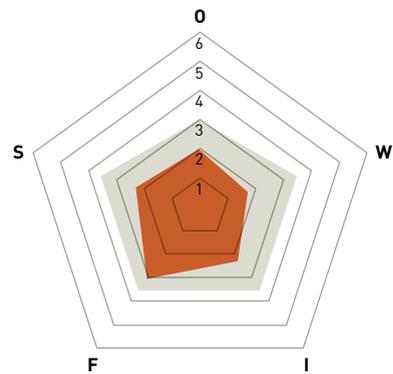
■ Status quo ■ Vorschlag Bundesrat

→ Einheitskasse



■ Status quo ■ Einheitskasse

→ KVAG



■ ohne Gesetz ■ mit Gesetz

Versicherungen sollten bei den Franchisen mehr Spielraum erhalten. Eine Senkung der Kostenbeteiligung lehnt die Wirtschaft ab.



Bewertungsraster
«Kostenbeteiligung»
auf Seite 13

Position economiesuisse

economiesuisse befürwortet das System der Wahlfranchisen. Diese sollten ausgebaut statt abgebaut werden. Den Versicherungen soll erlaubt werden, höhere Wahlfranchisen mit Mehrjahresverträgen zu kombinieren. Eine Senkung der Kostenbeteiligung lehnt die Wirtschaft jedoch strikte ab. Im Gegenteil: Sowohl Minimal- wie Maximalfranchisen sollten erhöht werden.

3 Spitalfinanzierung

Seit dem 1. Januar 2012 wurden in der Schweiz flächendeckend Fallpauschalen (DRG) eingeführt. Dies beinhaltet einen Wechsel von der bisherigen Objekt- zur heutigen Leistungsfinanzierung. Basis dieses Systemwechsels ist der Bundesbeschluss zur Spitalfinanzierung vom 21. Dezember 2007. Der Monismus, also die Finanzierung der stationären Leistungen aus einer Hand, wurde im Parlament mehrmals lanciert. Nun ist der «Dialog Nationale Gesundheitspolitik» gefordert. Diese Plattform von Bund und Kantonen soll einen Vorschlag erarbeiten, wie eine monistische Lösung aussehen soll. Der Dialog wird jedoch erst aktiv, wenn die neue Spitalfinanzierung evaluiert ist.

Die zweigleisige Finanzierung im stationären Bereich schafft Intransparenz und falsche Anreize.

3.1 Monismus einführen

Generelle Einschätzung

Die im internationalen Vergleich hohen Gesundheitskosten in der Schweiz sind vor allem auf die hohen Kosten der stationären Versorgung zurückzuführen. Grund dafür sind föderalistische Spitalplanungen, zu viele stationäre Einrichtungen, die Intransparenz und die fehlende Kostenwahrheit bei der Finanzierung. Zwar wurde die Transparenz mit der neuen Spitalfinanzierung verbessert (siehe S. 15), doch das Problem der fehlenden Kostenwahrheit blieb ungelöst. Es wird durch die duale Finanzierung verursacht. Die Spitalleistungen begleichen nämlich sowohl die Krankenversicherer als auch die Kantone. Im Gegensatz zum ambulanten Sektor, der ausschliesslich von den Krankenversicherern finanziert wird, übernehmen diese bei stationären Leistungen durchschnittlich nur rund 45 Prozent der Kosten. Den Rest begleicht der jeweilige Kanton. Diese zweigleisige Finanzierung schafft Anreize, die Leistungen je nach Akteur eher stationär oder ambulant zu erbringen. Diese Entscheidung sollte jedoch nicht aus finanziellen Gründen, sondern medizinisch oder aufgrund der Versorgungsstrukturen gefällt werden. Deshalb ist die heutige, duale Finanzierung im stationären Bereich aus ordnungspolitischen, wettbewerblichen wie auch finanzpolitischen Gründen abzulehnen. Bei einer monistischen Finanzierung bezahlt eine einzige Partei (der Monist) sämtliche Leistungen. Dieses Prinzip gilt heute bei den ambulanten Leistungen und sollte in Zukunft auch für die stationären Leistungen eingeführt werden.

Von einer monistischen Finanzierung, verbunden mit Vertragsfreiheit, sind deutliche Effizienzgewinne zu erwarten.



Bewertungsraster
«Duale vs. Monistische
Finanzierung»
auf Seite 13

Position economiesuisse

Eine zentrale Voraussetzung für die Realisierung von Effizienzgewinnen durch das monistische System ist die Aufhebung des Kontrahierungszwangs im stationären Bereich. Spitallisten stellen in einem monistischen Finanzierungssystem grundsätzlich einen Fremdkörper dar. Die Steuerung soll durch die Nachfrage generiert werden. economiesuisse setzt sich für eine monistische Finanzierung ein, welche mithilfe der Vertragsfreiheit beträchtliche Effizienzgewinne bewirken könnte.

Die Weiterentwicklung der diagnosebezogenen Fallpauschalen muss auf eine Steigerung der Qualitätstransparenz abzielen.

3.2 Neue Spitalfinanzierung bringt Vorteile

Generelle Einschätzung

Die per 2012 eingeführten, diagnosebezogenen Fallgruppen (Swiss-DRG) verbessern die Transparenz in der Finanzierung der Spitäler. Deren Leistungen lassen sich nun leichter miteinander vergleichen. Die Krankenhäuser können sich durch die Qualität ihrer Leistungen und ihr Kosten-Nutzen-Verhältnis profilieren. So wird die Spitallandschaft transparenter und der Leistungswettbewerb kann funktionieren. Zudem braucht es Qualitätsindikatoren, die gesammelt und vergleichbar gemacht werden müssen. Auch bei der Weiterentwicklung des Tarifs muss die Verbesserung der Qualitätstransparenz im Vordergrund stehen.

Ordnungspolitisch problematisch ist die Mehrfachrolle der Kantone, weil sie sowohl als Spitalplaner, Leistungserbringer und -finanzierer, als auch als Schiedsrichter bei einem Tarifstreit zwischen Spital und Versicherer agieren. Ebenfalls heikel ist die duale Rolle der Kantone bei der Erstellung von Spitallisten, bei der sie als Regulator und Leistungserbringer den Wettbewerb zwischen öffentlichen und privaten Spitälern einschränken können.

Viele Kantone versuchen nämlich, die eigenen (öffentlichen) Spitäler auf die Spitallisten zu bringen, ohne sich dem Leistungsvergleich mit den privaten Anbietern zu stellen. Zudem ist die finanzielle Transparenz eingeschränkt: bei den Infrastrukturen ebenso wie bei den gemeinwirtschaftlichen Leistungen, die teilweise weiterhin extensiv gewährt werden, obwohl es so im Gesetz nicht vorgesehen ist. Hier müssten vermehrt Anstrengungen gemacht werden, damit öffentliche und private Spitäler gleich lange Spiesse haben und der interkantonale Vergleich möglich wird.

Beliebte Spitäler sollen nicht über die Spitallisten an einem Ausbau ihrer Kapazitäten gehindert werden.

Aus Sicht der Wirtschaft müssen Spitallisten die Versorgung sicherstellen und durch eine Mindestplanung eine Unterversorgung verhindern. Eine Überversorgung kann planerisch nicht verhindert werden, ohne dass der Leistungswettbewerb gleichzeitig ad absurdum geführt wird. Gefragte Spitäler sollen nicht via Spitallisten daran gehindert werden, die nötigen Kapazitäten bereitzustellen. Nur so funktioniert der Wettbewerb. Bei der Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung gibt es zusätzlich einige Fallgruben, wie Ausgleichsfonds und die aktuell diskutierte Grossgeräte-regulierung im Kanton Waadt zeigen. Damit werden die profitablen Spitäler geschwächt.

Die Einführung von Swiss-DRG und die neue Spitalfinanzierung alleine lösen nicht alle Probleme. Die kantonalen Umsetzungen dürfen das positive Potenzial der neuen Finanzierung nicht behindern. Besonders beachtet werden muss, dass sich mit der neuen Tarifgestaltung generell die Anreize verändern. Damit die Einführung von Swiss-DRG beispielsweise die Innovationsanreize nicht reduziert, sind integrierte Versorgungsmodelle einzuführen. Durch die ganzheitliche Betrachtung wird die Effizienz von innovativen Behandlungsmethoden offenkundig. Der bessere Einbezug der Wirtschaft würde eine solche volkswirtschaftliche Betrachtung erleichtern. Bekannte Schwächen wie die ungenügende Abbildung hochspezialisierter Therapien oder die schlechtere Innovationsfinanzierung könnten zusätzlich durch Innovations- und Zusatzentgelte behoben werden.

Kantonale Auflagen an Listenspitäler dürfen den Wettbewerb zwischen den Anbietern nicht behindern.



**Bewertungsraster
«DRG-System»
auf Seite 13**

Position economiesuisse

economiesuisse befürwortet die neue Spitalfinanzierung mit den diagnosebezogenen Fallpauschalen. Allfälligen negativen Auswirkungen für den Zugang zu Innovationen muss mit tarifären Mitteln begegnet werden. Die Wirtschaft sollte, insbesondere bei Tarifrevisionen, besser eingebunden werden. Durch kantonale Auflagen an Listenspitäler darf der vom Parlament angestrebte (regulierte) Wettbewerb nicht verhindert werden.

4 Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention

Das geplante Bundesgesetz über Prävention und Gesundheitsförderung scheiterte im Jahr 2012 knapp an der Ausgabenbremse. Im November 2013 hat der «Dialog Nationale Gesundheitspolitik» – die ständige Plattform von Bund und Kantonen – den Start für die Erarbeitung einer nationalen Strategie zur Prävention von nicht übertragbaren Krankheiten bis Ende 2016 beschlossen. Die NCD-Strategie soll die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung verbessern sowie Rahmenbedingungen schaffen, die ein gesünderes Verhalten vereinfachen.

Mit seiner NCD-Strategie will der Bundesrat die Wirksamkeit der Prävention gegen Krebs, Herz-Kreislauf-Probleme und psychosoziale Risiken verbessern.

Generelle Einschätzung

Aus dem Blickwinkel veränderter Krankheitslasten müssen die Tätigkeiten des Bundes zu Epidemien und Krankheiten überdacht werden. Heute sind an die Stelle von Tuberkulose und anderen Infektionskrankheiten vor allem Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und psychosoziale Risiken getreten. Mit einer Strategie gegen diese nicht übertragbaren Krankheiten (NCD-Strategie) möchte der Bundesrat die öffentlichen Präventionsaktivitäten besser koordinieren. Der Wirrwarr an Zuständigkeiten und Finanzierungsströmen behindert koordinierte Anstrengungen zur Bekämpfung dieser Volkskrankheiten.

Die beste Krankheitsprävention ist eine gut funktionierende Wirtschaft. Wohlstand ist Garant für eine zufriedene und gesunde Bevölkerung, denn Arbeitslosigkeit ist ein wichtiger Risikofaktor für physische und psychische Krankheit. Dasselbe gilt für Armut und schlechte Bildung. Deshalb müssen die Rahmenbedingungen für die Wirtschaft intakt bleiben. Eine freiheitliche und offene Gesellschaft begünstigt Innovation und stetigen Fortschritt. Von beidem profitiert die Bevölkerung direkt. Im Fokus stehen die Erhaltung der Wettbewerbsfähigkeit der Betriebe und die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in einem anspruchsvollen, globalisierten Umfeld. Die Verwischung von Arbeits- und Freizeit mit neuen Arbeitsformen wie Home-Office und der ständigen Erreichbarkeit sind dabei wichtige gesellschaftliche Rahmenbedingungen der Wirtschaft, die Selbstdisziplin und Verantwortungsbewusstsein erfordern. Diese Entwicklung bietet aber den Arbeitnehmern neue Chancen für mehr Kreativität bei gleichzeitig höherer Zeitautonomie und der Wirtschaft eine bessere Produktivität.

Um die verfügbaren Mittel zielgerichtet einsetzen zu können, muss zunächst die Datenlage im Bereich Epidemiologie verbessert werden.

Die Bevölkerung wird in entwickelten Ländern immer älter. Damit verändern sich auch die Krankheitslasten. Nicht übertragbare Krankheiten im Bereich Herz-Kreislauf, Atmungsorgane, Krebs und Diabetes sind im Vormarsch. Diese durch gesunde Ernährung und ausgewogene sportliche Betätigung teilweise vermeidbaren Erkrankungen verursachen viel Leid und sind kostspielig. Wenn sie reduziert werden können, profitieren alle. Die öffentliche Hand hat rund 1,5 Milliarden Franken pro Jahr für die Krankheitsprävention zur Verfügung. Dieses Geld gilt es zielgerichtet einzusetzen. Zunächst muss der Bund die Datenlage im Bereich der Epidemiologie verbessern. Nur wer den Status quo kennt, kann geeignete Massnahmen vorschlagen. Nach einer Umsetzungsphase kann so gemessen werden, ob diese auch tatsächlich wirken. Dafür braucht es messbare Ziele. Mit einer solchen Monitoring-, Evaluations- und Korrekturschleife werden die Gelder zielgerichtet und effektiv eingesetzt. Dabei müssen im Rahmen der Regulierungsfolgenabschätzung allfällige negative Auswirkungen auf andere Bereiche in Betracht gezogen werden. Die Gesundheit der Bevölkerung ist ein wichtiges Ziel. Sie steht aber nicht über allen anderen Zielen wie Freiheit, Wohlstand, Sicherheit, Gerechtigkeit, Gleichbehandlung usw.

Der Bund muss die verschiedenen Interessengruppen in die Strategie und Planung der Prävention einbeziehen.

Präventive Massnahmen sind vielfältig und können sowohl von der öffentlichen Hand als auch von anderen Akteuren umgesetzt werden. Zu rigide Vorgaben im öffentlichen Gesundheitssektor behindern private Aktivitäten und können diese sogar verdrängen (Crowding-out). Dies muss unbedingt vermieden werden. Dafür ist es nötig, die Stakeholder, insbesondere die Privatwirtschaft, in die Strategie und Planung der Prävention einzubeziehen. Die Wirtschaft muss vermehrt als Partnerin im Bereich Public Health wahrgenommen werden. Auch mit Blick auf die demografische Entwicklung und den Fachkräftemangel ist eine gesunde Bevölkerung unabdingbar für eine funktionierende und prosperierende Volkswirtschaft.

Aus liberaler Sicht muss bei allen staatlichen Informationen, Hilfestellungen und Massnahmen immer primär der Mensch selbst sein Verhalten anpassen können. Die Eigenverantwortung ist in einem freiheitlichen Staatsverständnis ein hohes Gut, das zu respektieren ist. Die öffentliche Hand soll nur dort eingreifen, wo dies die Privatwirtschaft nicht kann oder will. Das Bonmot von John Maynard Keynes, wonach «man die Pferde zum Brunnen führen kann, sie aber selbst saufen müssen», trifft für den Präventionsbereich ganz besonders zu. Deshalb muss der selbstbestimmte Mensch im Zentrum aller Massnahmen stehen. Die Eigenverantwortung kann niemandem abgenommen werden. Mit einer verstärkten Bildung über Gesundheitsthemen, insbesondere bei den Jugendlichen, wird die Gesundheitskompetenz verbessert. Dies ermöglicht der Bevölkerung eine eigenverantwortliche Entscheidung auf der Grundlage von fundiertem Wissen. Durch spezifische Anreizsysteme kann prekäres Verhalten vermieden werden. Eine generelle Bonus-Malus-Kultur im Bereich der Risikofaktoren ist aus Sicht der Wirtschaft jedoch unerwünscht und widerspricht einer freiheitlichen Gesellschaftsordnung.

Öffentliche Präventionskampagnen sollen private Aktivitäten in diesem Bereich nicht behindern, sondern unterstützen.



Bewertungsraster
«NCD-Strategie»
auf Seite 13

Position economisesuisse

economisesuisse begrüsst eine bessere Koordination im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung. Ziele und Massnahmen der staatlich finanzierten Prävention von Bund, Kantonen und NGOs müssen, unter Einbezug der Privatwirtschaft, aufeinander abgestimmt und periodisch überprüft werden. Öffentliche Präventionsaktivitäten dürfen private Initiativen nicht behindern, sondern sollen diese begünstigen. Die Eigeninitiative der Menschen und die Gesundheitsbildung müssen deshalb gezielt gefördert werden.

5 Krankenversicherungssystem

Seit der Einführung des heutigen Krankenversicherungssystems wird stetig versucht, dieses gründlicher zu regulieren. Die Kassen sollen stärker beaufsichtigt werden oder gar ganz in einer staatlichen Organisation aufgehen. In regelmässigen Abständen werden beispielsweise Initiativen für eine Einheitskasse lanciert und vom Volk verworfen. Das letzte Mal hat das Volk am 28. September 2014 eine Volksinitiative für die Einführung einer öffentlichen Krankenkasse mit 61,8 Prozent Nein-Stimmen abgelehnt. Schon im März 2007 wurde die Einheitskasse mit 71,2 Prozent Nein-Stimmen vom Volk abgewiesen. Nun ist eine parlamentarische Initiative hängig, die kantonale Einheitskassen einführen will. In der Phase der Umsetzung steckt das neue Krankenversicherungsaufsichtsgesetz. Hier hatte der Bundesrat eine Verordnung vorgeschlagen, die grosse Opposition hervorrief. Dazu sind zwei Motionen hängig.

Die Einheitskasse nimmt den Versicherten die Wahlfreiheit und setzt die Leistungserbringer einem Nachfragemonopol aus.

5.1 (Kantonale) Einheitskasse

Eine Einheitskasse würde die heute 59 Krankenversicherer³ ersetzen. Alle Einwohner der Schweiz müssten sich bei der gleichen Kasse versichern. Diese Einschränkung ist ordnungspolitisch verfehlt. Nur mit einem wettbewerblichen System ist die Wahlfreiheit der Versicherten gewährleistet und eine Qualitätskonkurrenz unter den Leistungserbringern möglich. Die Versicherten können dann frei zwischen miteinander im Wettbewerb stehenden Krankenkassen wählen. Bei einer Einheitskasse fällt diese Wahlfreiheit weg, und die Leistungserbringer stehen einem Nachfragemonopol gegenüber. Eine solche Situation wird mittelfristig zu schlechten Versorgungsstrukturen und insbesondere zu Wartezeiten führen, wie man sie heute im Ausland beobachten kann. Der Kassenwettbewerb sollte mittelfristig durch die Einführung der Vertragsfreiheit ergänzt werden. Die Krankenversicherer verhandeln dann mit den Leistungserbringern über Preise und Tarife. Heute müssen die Krankenversicherer Rechnungen von allen zugelassenen Leistungserbringern begleichen.

Kantonale Einheitskassen würden die interkantonale Zusammenarbeit bei der Gesundheitsversorgung weiter erschweren.

Eine aktuelle parlamentarische Initiative verlangt eine föderalistische Lösung mit kantonalen Einheitskassen. Ein solcher Ansatz würde die Situation zusätzlich verschlechtern. Neben den Nachteilen einer monopolistischen Einheitskasse werden mit kantonalen Einheitskassen die föderalistischen Strukturen zusätzlich zementiert. Dies verschlechtert die interkantonale Zusammenarbeit bei der Leistungserbringung. Insbesondere bei der Spitzenmedizin und bei der Behandlung von seltenen Krankheiten müssen Versorgungszentren ohne Rücksicht auf den Verlauf von Kantonsgrenzen gebildet werden. Zudem kann eine generelle Strukturbereinigung bei den stationären Anbietern nur interkantonale erfolgreich sein.

→ ³Über 80 Prozent der Versicherten versichern sich bei den grössten zehn Krankenversicherungen.



Bewertungsraster
«Einheitskasse»
auf Seite 13

Position economiesuisse

economiesuisse lehnt nationale oder kantonale Einheitskassen ab. Der Kassenwettbewerb ist ein wichtiger Treiber für ein effizientes Gesundheitswesen.

Die Aufsicht über die Krankenversicherer hat in den vergangenen Jahren zufriedenstellend funktioniert.

Die Festsetzung der Prämien soll auch weiterhin Sache der Krankenversicherer sein. Die Aufsicht soll lediglich Missbräuche verhindern.

5.2 Krankenversicherungsaufsichtsgesetz (KVAG)

Die Wirtschaft setzt sich für eine griffige Aufsicht über die soziale Krankenversicherung ein. Eine erhöhte Transparenz kann den Wettbewerb zwischen den Krankenversicherern verbessern. Die Erfahrung von fast 20 Jahren Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) hat indes gezeigt, dass der Handlungsbedarf in der Grundversicherung nicht primär in einer verstärkten Aufsicht liegt. Im Gegenteil: Mit lediglich drei Insolvenzen kleinerer Krankenversicherer hat sich die Aufsicht im Grossen und Ganzen bewährt. Dies ist bemerkenswert, weil der Krankenversicherungsbereich seit 1996 einer grossen Dynamik unterworfen ist. Von ehemals 145 Anbietern sind heute nur noch 59 in der Grundversicherung tätig.⁴ Durch den Wettbewerbsdruck konnten sich die Versicherer aber den steigenden Anforderungen stets anpassen. Die bisherige Aufsicht hat dies zu Recht zugelassen. Auch mit dem neuen Krankenversicherungsaufsichtsgesetz (KVAG) muss den Kassen genügend Spielraum für Anpassungen eingeräumt werden. Sollten sich die Versicherer nicht mehr ausreichend differenzieren können, entstünde ein Klumpenrisiko. Verschiedene Lösungsansätze der Versicherer sind in einem dynamischen Umfeld wichtig. Auf diese Weise erneuert sich das System, ohne instabil zu werden. Der Krankenversicherungsmarkt wird auch in den kommenden Jahren einer starken Strukturbereinigung unterliegen.

Bei der Umsetzung des neuen Aufsichtsgesetzes müssen insbesondere drei Kernelemente beachtet werden. Erstens darf die Aufsicht keinen direkten Einfluss in die operative Geschäftstätigkeit nehmen. Das KVG sieht explizit vor, dass die soziale Krankenversicherung durch sich selbst organisierende Träger durchzuführen ist. Dies soll auch im Aufsichtsgesetz respektiert werden. Beispielsweise gehört die Prämienfestsetzung zu den Kernaufgaben der Krankenversicherer und ist nicht Sache der Aufsicht. Die Aufsicht soll einzig missbräuchliche Prämien verhindern. Entsprechend ist die Idee des Gesetzgebers, bei der Prämienfestsetzung nur übermässige Reservepolster zu verhindern, grosszügig zu interpretieren. Hohe Reserven sind aus Sicht der Versicherten gut, da sie als Puffer für schlechtere Zeiten dienen. Strikte jährliche Vorgaben hingegen schwächen diesen Puffer und führen zu höheren Preissprüngen bei den Prämien. Dies wiederum führt zu mehr Instabilität im System und zu höheren administrativen Kosten, weil dann mehr Versicherte die Kasse wechseln.

→ ⁴ www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00261/index.html?lang=de.

Zweitens muss bei der Umsetzung der Wille des Gesetzgebers respektiert werden. Das KVAG ist ein sehr ausführliches Gesetz mit über 60 Artikeln. Die Aufgabe einer Verordnung ist es, die Absicht des Gesetzgebers zu konkretisieren, aber nicht das Gesetz auszudehnen. Die Finanzierungsverfahren, die Umsetzung der Prämienvorgaben und die Datenerhebung erfordern dabei besonderes Augenmass. Das Verhältnismässigkeitsprinzip darf nicht missachtet werden. Kritisch sind hier die Bereiche der Transaktionsaufsicht und der Datenerhebung.

Drittens müssen bei der Umsetzung des neuen Gesetzes die Eigenheiten des Krankenversicherungssystems berücksichtigt werden. KVG und KVAG definieren den regulierten Wettbewerb in der Grundversicherung. Die Krankenversicherer sind nicht gewinnorientiert, die Versicherten geniessen volle Freizügigkeit und der Risikoausgleich ermöglicht einen fairen Leistungswettbewerb. Der Verordnungsentwurf soll diese anerkannten Eckpfeiler berücksichtigen. Auch deshalb braucht es keine Regelungen bezüglich zu hoher Reserven, die dann allenfalls zu hohen Prämien führen. Denn die Versicherten haben jedes Jahr die Möglichkeit, den Anbieter zu wechseln. Dies ist Anreiz genug für die Kassen, die Prämien tief zu halten und nicht allzu hohe Reserven anzulegen.

Das KVAG darf den Wettbewerb zwischen den Kassen nicht durch übermässige Regulierung behindern.



Bewertungsraster
«KVAG»
auf Seite 13

Position economieuses

Das neue Krankenversicherungsaufsichtsgesetz soll moderat umgesetzt werden, damit der Leistungswettbewerb unter den Krankenversicherern nicht zum Erliegen kommt. Das Krankenversicherungssystem ist heute schon stark reguliert. Eine stärkere staatliche Anbindung dieser Branche lehnt die Wirtschaft ab.

→ Gesamtschau über die Beurteilung der Projekte

ECONOMIESUISSE UNTERSTÜTZT IDEEN, WELCHE DIE TRANSPARENZ UND DIE WAHLFREIHEIT FÖRDERN UND SO EINEN FAIREN WETTBEWERB ÜBERHAUPT ERST ERMÖGLICHEN.

Aus Sicht der Wirtschaft sind die Vertragsfreiheit, das ePatientendossier und auch ein monistisches Finanzierungsmodell äusserst sinnvolle Projekte.

Die Vertragsfreiheit überzeugt in jeder Hinsicht

Die Vertragsfreiheit wirkt sich in allen fünf Beurteilungskriterien der Wirtschaft positiv aus und glänzt vor allem in Bezug auf die Ordnungspolitik und die Förderung des Wettbewerbs. Ein konsistentes, positives Bild ohne grössere Gefahrenpotenziale ergibt sich auch bei der monistischen Finanzierung. Sie ist ordnungspolitisch eine massgebliche Verbesserung, ist wettbewerbsfreundlich und trägt zu einer nachhaltigen Finanzierung mit mehr Selbstverantwortung bei.

Klar negativ beurteilt die Wirtschaft hingegen die Einführung einer Einheitskasse. Diese wird in allen fünf Kriterien negativ bewertet. Bei der Finanzpolitik ist der Effekt am wenigsten negativ, weil die Kosteneindämmung in einem zentralistischen System einfacher zu machen wäre, allerdings auf Kosten der Innovation und der Patientenzufriedenheit. Auch ordnungs- und wettbewerbspolitisch zeitigt eine Monopolkasse gravierende Folgen. Deshalb muss mittelfristig mit einem Kostenanstieg gerechnet werden.

Gute Prävention fördert die Gesundheitsbildung und die Eigeninitiative der Bevölkerung.

Die Bewertung der NCD-Strategie von Bund und Kantonen hängt stark von der konkreten Umsetzung ab. Es gibt diverse Gefahrenpotenziale, die mit einer klugen Strategie jedoch in den Griff zu bekommen sind. Die grösste Gefahr lauert in der Zentralisierung der Präventionsleistungen, was ordnungs- und wettbewerbspolitisch bedenklich wäre. Öffentliche Präventionsaktivitäten dürfen private Initiativen nicht behindern, sondern sollen diese begünstigen. Die Eigeninitiative der Menschen und die Gesundheitsbildung müssen deshalb gezielt gefördert werden. Ein allzu paternalistischer Ansatz würde die Selbstverantwortung schwächen. Eine Strategie, die zielorientiert und faktenbasiert eine bessere Koordination im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung ermöglicht, könnte diese Klippen umschiffen und die heutige, undurchsichtige Situation in der Präventionspolitik entflechten.

Konkrete Ausgestaltung der Massnahmen entscheidend

Ein überwiegend positives Bild zeigt sich bei der Spitalfinanzierung (DRG-System). Die vorhandenen Gefahrenpotenziale können mittels einer umsichtigen Regulierung bewältigt werden. Ob ein Projekt bei einem Bewertungskriterium durchfällt oder nicht, hängt häufig auch davon ab, wie die Massnahmen konkret ausgestaltet werden. Das DRG-System kann Probleme bei der Innovation verursachen, weil der Tarif innovative Behandlungen nur mit einer zeitlichen Verzögerung abbildet. Bezüglich Wettbewerb darf man hier die grösste Verbesserung gegenüber dem alten Tarifsysteem erwarten.

Mit seiner umfassenden Strategie «Gesundheit 2020» strebt der Bundesrat zu viel zentralistische Steuerung an.

«Gesundheit 2020» mit vielen problematischen Projekten

Nicht in dieser Publikation beurteilt wurde die bundesrätliche Dachstrategie «Gesundheit 2020», die viele Projekte beinhaltet. Mehr Informationen dazu finden Sie in unserem Online-Dossier. Die Wirtschaft beurteilt die Strategie gesamthaft grösstenteils negativ. Verschlechterungen ortet sie in den Bereichen Ordnungspolitik und Innovation. Durch die geplante Steuerung und Zentralisierung wird die Rolle des Bundes ausgeweitet. Dies behindert ihn in seiner Funktion als Regulator: Wer mitten im Feld steht, verliert den Blick fürs Ganze. Diese Einsicht müsste in die Strategie einfließen. Neben ihrer innovationshemmenden Wirkung beurteilt die Wirtschaft auch die Punkte Finanzierung und die Eigenverantwortung negativ, wenn auch nicht so stark. Denn auch bezüglich Eigenverantwortung verhindert die verbesserte Transparenz eine schlechtere Beurteilung. Mit einer Zentralisierung können Sparmodelle durchgedrückt werden. Dies entlastet zwar die öffentliche Finanzierung, allerdings auf Kosten der Innovationsfähigkeit des Systems. Diese Innovationen fehlen mittel- und langfristig, um die Leistungserbringung effizienter zu gestalten. Deshalb musste die Strategie «Gesundheit 2020» auch bezüglich der Finanzierung negativ beurteilt werden.

Viele mit «Gesundheit 2020» verknüpfte Projekte beurteilt die Wirtschaft klar negativ:

Die *ambulante Steuerung* kann lediglich im Bereich finanzieller Nachhaltigkeit punkten. Alle anderen vier Beurteilungskriterien werden eindeutig nicht erfüllt. Auch im vorgesehenen *Qualitätsnetzwerk* des Bundes sind ordnungs- und innovationspolitische Fallstricke versteckt, und es kann bestenfalls mit kurzfristigen, aber nicht nachhaltigen Kostenersparnissen gerechnet werden. Der Bereich Qualitätssicherung ist in erster Linie eine Aufgabe der Leistungserbringer. Der Bund hat die Qualität anhand von Ergebnismessungen zu überwachen und mittels Anreizen zu verbessern. Mit Vorschriften allein lässt sich dies nicht erreichen. Das Gesundheitssystem muss so ausgestaltet werden, dass jene Leistungserbringer erfolgreich sind, die qualitativ gute Leistungen erbringen. Die vorgesehene *Abschaffung der Wahlfranchisen* über eine Verordnungsänderung muss ebenfalls scharf kritisiert werden: Auf Kosten der jungen und aktiven Bevölkerung werden die Wahlfreiheit eingeschränkt und Rabattmöglichkeiten gekürzt. Dadurch beabsichtigt der Bund, diese Personengruppe stärker zu belasten. Durch die Reduktion der Sparanreize über Wahlfranchisen erhöht sich aber die Kostenlast der gesamten Solidargemeinschaft, also auch der chronisch kranken Personen. Wer die Solidarität zwischen den gesunden und kranken Personen strapaziert, gefährdet zudem das System der obligatorischen Grundversicherung. Die Wirtschaft wünscht sich von der Regierung weniger Korrekturen in Richtung Staatsmedizin, sondern freiheitliche und innovationsfreundliche Reformvorschläge.

Der Zulassungsstopp für junge Ärztinnen und Ärzte ist und bleibt ein Fehler.

Die Gefahr der Überregulierung ist beim Krankenversicherungsaufsichtsgesetz (KVAG) augenfällig. Es wird von der Wirtschaft unter sämtlichen analysierten Gesichtspunkten abgelehnt, am stärksten wegen der Hemmung des Wettbewerbs. Die vom Departement vorgeschlagenen Umsetzungsbestimmungen lassen nichts Gutes erahnen. Letztendlich wird der Spielraum der Versicherer eingeschränkt, gleichzeitig werden die Verwaltungskosten in die Höhe getrieben.

Übersicht: Die Position der Wirtschaft zu aktuellen gesundheitspolitischen Projekten

Geschäft	Gesamtbeurteilung
Qualitätsnetzwerk des Bundes	Ablehnung
IVHSM	Bedingte Zustimmung
Vertragsfreiheit	Zustimmung
Zulassungsstopp	Ablehnung
KVG-Revision (Wahlfranchisen)	Ablehnung
Monistische Finanzierung	Zustimmung
DRG-System	Zustimmung
NCD-Strategie von Bund und Kantonen	Mehrheitliche Ablehnung
Einheitskasse	Ablehnung
Krankenversicherungsaufsichtsgesetz (KVAG)	Ablehnung

Die Tabelle zeigt die Gesamtbeurteilung der besprochenen gesundheitspolitischen Projekte. Ein Projekt erfährt Zustimmung, wenn es anhand des Kriterienrasters insgesamt positiv beurteilt wird. Dies schliesst nicht aus, dass es auch bei diesen Projekten Bereiche oder Entwicklungen gibt, welche die Wirtschaft negativ beurteilt. Der insgesamt positive Nutzen ist jedoch unbestritten. Bei einer bedingten Zustimmung ist der Anteil negativer Punkte grösser oder eine gute Umsetzung wird schwieriger. Bei einer Ablehnung wird die Wirtschaft die Massnahme bekämpfen.

Rückfragen:

fridolin.marty@economiesuisse.ch

IMPRESSUM

Diese Publikation erscheint in Deutsch und Französisch.

Konzept und Realisation: Wirz Corporate AG, Zürich

Redaktion: Oliver Steimann, economiesuisse

Korrektorat: Alain Vannod, St. Gallen

Druck: DAZ Druckerei Albisrieden AG, Zürich

Herausgabe: März 2016

economiesuisse

Verband der Schweizer Unternehmen
Hegibachstrasse 47
Postfach
CH-8032 Zürich

economiesuisse

Verband der Schweizer Unternehmen
Spitalgasse 4
Postfach
CH-3000 Bern

economiesuisse

Fédération des entreprises suisses
Carrefour de Rive 1
Case postale 3684
CH-1211 Genève 3

economiesuisse

Federazione delle imprese svizzere
Via S. Balestra 9
Casella postale 5563
CH-6901 Lugano

economiesuisse

Swiss Business Federation
Avenue de Cortenbergh 168
B-1000 Bruxelles