

Treffpunkt Bundeshaus: Das Krankenversicherungsgesetz im Umbruch

Das heute gültige Krankenversicherungsgesetz (KVG) trat 1996 in Kraft und regelt die soziale Krankenversicherung. Es umfasst im wesentlichen die obligatorische Krankenpflegeversicherung, kurz OKP, die seither allen Bürgerinnen und Bürgern wichtige Grundleistungen bei Krankheit, Unfall und Mutterschaft garantiert. Da das ursprünglich anvisierte Ziel auch Kosten einzusparen, nicht erreicht wurde, musste das KVG bereits nach wenigen Jahren ersten Reformen unterzogen werden. Einige davon konnten mittlerweile vollzogen werden, andere sind auf Grund der unterschiedlichen Haltungen der Beteiligten noch hängig. Da die politischen Entscheide zu den verschiedenen KVG-Vorlagen letztendlich alle Versicherte hautnah betrifft (z.B. bei Ihrer Prämienrechnung) wollen wir Sie auf dieser Doppelseite über die zentralen Themen der KVG-Revision – mit einem Hinweis zur entsprechenden Position von Atupri – informieren und Ihnen die Interessensgruppen vorstellen.

redaktion@atupri.ch

KVG im Fokus vieler Interessen

Die in der OKP versicherten medizinischen Grundleistungen werden von verschiedenen Dienstleistern erbracht: von Ärzten und Spitälern, von der Pharmaindustrie und von den Apotheken, von Röntgeninstituten und Diagnoselaboratorien. Hinzu kommen Produzenten von medizinischen oder therapeutischen Hilfsmitteln, Chiropraktoren und Physiotherapeuten, Kur- und Pflegeheime, Versorgungsorganisationen wie Spitex.

Alle Teilnehmer am Gesundheitsmarkt und ihre politischen Lobbyisten sind bestrebt, eigene Leistungen so direkt, umfassend und leider oftmals auch so teuer wie möglich im Obligatorium unterzubringen. Das wiederum stösst verständlicherweise bei jenen auf erbitterten Widerstand, die den Preis eines umfangreichen und kostenintensiven Leistungskatalogs bezahlen müssen: die öffentliche Hand und die Krankenversicherer. Hinzu kommt, dass auch diese beiden Parteien zum Teil unterschiedliche Positionen einnehmen, vor allem wenn es um Finanzierungsfragen geht, wie beispielsweise beim Kosten-

schlüssel für Spital- und Pflegeheimaufenthalte.

Vertrauensträger Krankenversicherer

Die Krankenversicherer sind im Prinzip in einer Sandwichsituation – sie können die Gesundheitsdienstleistungen praktisch nicht direkt beeinflussen, sind aber gezwungen, die Kostensteigerungen via Prämien an die Versicherten weiterzugeben. Gleichzeitig sind Versicherer auch Dienstleistungsunternehmen, die ihren Kundinnen und Kunden eine gute Preis- und Servicequalität bieten wollen. Sie sind deshalb daran interessiert, die ihnen zur Verfügung stehenden Möglichkeiten auszuschnüpfen, um Kosten zu sparen. Zusammen mit ihrem Branchenverband Santésuisse setzen sie sich für eine Reihe von kostendämpfenden Massnahmen ein, wie sie ja auch in den entsprechenden KVG-Vorlagen enthalten sind:

- Senkung der Medikamentenpreise
- Förderung der Generika-Abgabe
- Verstärkter Miteinbezug der Kantone und des Bundes bei der Finanzierung unseres Gesundheitswesens

- Förderung von Managed Care Modellen (Hausarztssysteme und HMO)
- Aufhebung des Vertragszwangs Aber auch neben dem Schauplatz KVG-Revision sind Krankenversicherer und Santésuisse aktiv. So engagieren sie sich für Verbesserungen bei den Prämienverbilligungen (Festlegung eines gesamtschweizerischen Sozialziels, Erhöhung der Bundesbeiträge, Auszahlungen via Krankenversicherung), für die Förderung von Leistungs- und Tarifmodellen (leistungsbezogene Fallpauschalen für Spitalbehandlungen) oder für eine bessere Koordination bei der Spitzenmedizin.

Spitalfinanzierung

Um was geht es?

Die Spitäler bilden mit **Kosten von rund 8 Milliarden Franken** den grössten und am stärksten wachsenden Kostenfaktor in der Krankenversicherung. Ein Grund für das starke Kostenwachstum ist die intransparente, wettbewerbsverzerrende und damit auch ineffiziente Regelung der Spitalfinanzierung. Zu erwähnen sind vor allem die folgenden Schwachpunkte:

- Finanzierung mittels Kosten- und Defizitdeckung
- Unterschiedliche Leistungsfinanzierung verhindert eine Kostensteuerung
- Interesse der Kantone an Tarifsenkungen ist beschränkt, denn sie befinden sich in einer widersprüchlichen Mehrfachrolle: Gesundheitsversorgung und Spitalplanung, Vergabe von Leistungsaufträgen, Betrieb eigener Spitäler und Gestaltung von Spitaltarifen
- Benachteiligung der Privatspitäler (keine Beteiligung der öffentlichen Hand)

Im Rahmen der KVG-Revision befasste sich deshalb das Parlament mit der Ausarbeitung eines neuen Systems der Spitalfinanzierung.

Behandlung im Parlament

Nach dreijähriger Behandlung haben die **eidgenössischen Räte die neue Spitalfinanzierung in der Wintersession 2007 verabschiedet**

Ein Kernpunkt der Vorlage ist der Übergang von der bisherigen Finanzierung des Spitalbetriebs zu leistungsbezogenen Fallpauschalen, die auf einer bestimmten medizinischen Diagnose beruhen (Swiss DRG). Die Pauschalen orientieren sich an Spitalern, die gut und preisgünstig arbeiten.

Dazu kommen die Gleichstellung öffentlicher und privater Spitäler auf der kantonalen Spitalliste und eine besser koordinierte Spitalplanung.

Die Vorlage sieht ausserdem die freie Spitalwahl für Grundversicherte in der ganzen Schweiz vor, wobei für Behandlungen höchstens zu dem am Wohnort der Patientinnen und Patienten gültigen Tarif vergütet werden. Neu zahlen die Kantone an Pflichtleistungen mindestens 55, die Krankenkassen höchstens 45 Prozent.

Die neue Spitalfinanzierung tritt am 1. Januar 2009 in Kraft. Bis 2012 sollen die Fallpauschalen und die neuen Finanzierungsregeln eingeführt sein.

Die kantonale Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) lehnt die neue Spitalfinanzierung ab, weil die Kantone dadurch mit bis zu einer Milliarde Franken an Mehrkosten belastet würden.

Position Atupri

Nach Ansicht von Atupri und des Branchenverbands Santésuisse enthält die verabschiedete Spitalfinanzierung einige positive Elemente. Der Übergang zur leistungsfinanzierung und die Gleichbehandlung stationärer Leistungen in öffentlichen und privaten Spitälern werden sicher zu einer Effizienzsteigerung bei den Spitalern führen.

Die neue Kostenaufteilung belastet jedoch die Krankenversicherer stärker und wird wohl zu weiteren Prämien erhöhungen führen. Zudem bleiben eine Reihe von Problemen ungelöst (z.B. Mehrfachrolle der Kantone, ungleiche Abgeltung der stationären und ambulanten Leistungen). Der Bundesrat ist deshalb gefordert, die Fallpauschalen und die neuen Finanzierungsregeln bis Ende 2011 einzuführen.

Managed Care und Medikamentenpreise

Um was geht es?

Der Bundesrat will die Ausbreitung von Managed Care Modellen (Hausarztssysteme, HMOs) fördern, verzichtet aber darauf, den Krankenkassen das Anbieten solcher Modelle vorzuschreiben: Managed Care soll auf vertraglicher, nicht gesetzlicher Basis funktionieren. Das Ziel ist neben einer besseren Versorgung durch **koordinierte Leistungen in integrierten Versorgungsnetzen** (Hausärzte, Spezialisten, Spitäler) die **Steigerung der Behandlungsqualität**. Die Leistungserbringer übernehmen die finanzielle Verantwortung für die medizinische Versorgung der betreuten Versicherten. Dabei besteht auch die Möglichkeit, eine Budgetverantwortung zu vereinbaren. Ferner sollen Krankenkassen (und damit auch ihre Versicherten) im Rahmen des Ausgleichs zwischen den Kassen (Risikoaussgleich) belohnt werden, wenn ihre Managed Care Modelle nachweislich **Einsparungen** erzielen.

Im gleichen politischen Dossier geht es aber auch um die **Reduktion der Medikamentenpreise** bzw. Förderung von Generika.

Behandlung im Parlament

Bei der ersten Behandlung der Vorlage durch das Parlament im 2006 war von der ursprünglichen Euphorie nicht mehr viel zu spüren und erreicht wurde nur eine Minimallösung. So fehlen die Anreize für Versicherte (etwa ein höherer Selbstbehalt) und Leistungserbringer (Übernahme von Budgetverantwortung).

In Sachen Medikamentenpreise geht die Tendenz dahin, dass die Preise für Arzneimittel aus der Spezialitätenliste künftig vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) periodisch überprüft und gegebenenfalls angepasst werden müssen.

Position Atupri

Wie Santésuisse unterstützt auch Atupri die Zielsetzungen der Vorlage. Die **Medikamentenpreise** in der Schweiz müssen in einem vernünftigen Mass (auf europäisches Niveau) gesenkt und die Abgabe von Generika gefördert werden. Das bedingt auch die Einführung wirksamer Kontrollmassnahmen.

Atupri nimmt den Willen des Parlaments zur Kenntnis, möglichst viel **Wettbewerb im Bereich Managed Care** walten zu lassen.



Zur KVG-Revision im Internet

Ausführliche Informationen (Botschaften, Standpunkte und Positionen) zu den Vorlagen der KVG-Revision und weiteren Sachthemen finden Sie auch im Internet:

- Atupri Positionspapier:
- www.atupri.ch > Gut zu Wissen > Gesundheitspolitik
- Botschaftstexte des Bundesrats und Standpunkte von Santésuisse: www.santesuisse.ch > Politik und Recht > KVG Revision

Atupri News Nr. 58: Hinweis zum Schwerpunktthema

Die im Zusammenhang mit der neuen Spitalfinanzierung beschlossene Einführung von leistungsbezogenen Fallpauschalen, dem Swiss DRG, auf 2012 (siehe Kasten ganz links) werden wir Ihnen in der nächsten News-Ausgabe von Ende Juni 2008 ausführlich vorstellen. Der Beitrag soll Ihnen die Auswirkungen für die Spitäler, aber vor allem für Patientinnen und Patienten aufzeigen.

Pflegefinanzierung

Um was geht es?

Der Bundesrat geht davon aus, dass die Krankenversicherung nur **Leistungen für krankheitsbedingte Pflege** finanzieren soll. Da eine klare Trennung von alters- und krankheitsbedingter Pflege kaum möglich ist, soll die Krankenversicherung **für die Leistungen der Grundpflege nur einen Teil übernehmen**, jedoch die sogenannte **Behandlungspflege voll bezahlen**. Zudem soll der **Anspruch auf Hilfenentschädigung** erweitert und die **Ergänzungsleistungen beim Pflegeheimaufenthalt** angepasst werden. Die **Pflegeleistungen der Grundversicherung** sollen auf heutigem Niveau stabilisiert werden.

Bis zum Inkrafttreten einer neuen Pflegefinanzierung gelten für Leistungen der Pflegeheime und der Spitex die vom Bundesrat festgelegten Rahmentarife, welche mit dem Segen von National- und Ständerat bis zum 31. Dezember 2008 eingefroren sind.

Behandlung im Parlament

Bis Ende 2008 muss also das Parlament die Vorlage verabschieden. Leider sind sich National- und Ständerat nicht in allen Aspekten einig und seit der Herbstsession 2006 wird das Geschäft zwischen den Räten hin- und hergeschoben.

Das Modell für eine neue Pflegefinanzierung soll laut Ständerat im Wesentlichen diese Punkte enthalten:

- Der Bundesrat bezeichnet die Pflegeleistungen und legt die Beiträge der Grundversicherung in Franken fest
- Die Beiträge sind nach dem Pflegebedarf abzustufen
- Gleiche Leistungen werden gleich entschädigt, ob durch Heime oder Spitex erbracht
- Die Belastung der Krankenversicherung wird nicht erhöht

- Die Ansprüche für Ergänzungsleistungen und Hilfenentschädigung werden erweitert

Seit der Wintersession 2007 streiten sich die beiden Kammern noch über folgende abweichende Hauptpunkte:

- Begrenzung der Patientenbeiträge (höchstens 20 Prozent, Übernahme allfälliger Restkosten durch Kantone)
- Für die ärztlich angeordnete Akut- und Übergangspflege (ambulant und im Heim) soll die gleiche Finanzierungsaufteilung wie für die neue, am 1. Januar 2009 in Kraft tretende Spitalfinanzierung angewendet werden (Kantone übernehmen mindestens 55, Krankenversicherer höchstens 45 Prozent)
- Der Bundesrat soll den Beitrag der Grundversicherung alle zwei Jahre anpassen und dabei der Entwicklung der Pflegekosten Rechnung tragen
- Die neue Pflegefinanzierung darf keine Mehrkosten verursachen

Ob der Ständerat oder Nationalrat sich durchsetzt, entscheidet sich in der Frühjahrssession 2008 (Ergebnis lag bis zur Drucklegung nicht vor).

Position Atupri

Atupri und Santésuisse unterstützen das Modell des Ständerates, unter Einhaltung folgender Bedingungen:

- Festlegung einer Lösung für einen Grundversicherungsbeitrag (in Franken, nicht in Prozenten), also keine Vollfinanzierung durch die Kassen
- Anpassungen der Grundversicherungsbeiträge sollen nicht zwingend abhängig von der Kostenentwicklung im Pflegebereich sein
- Gleiche Finanzierung der Spitex- und Heimpflege
- Keine Mehrkosten gegenüber der heutigen Finanzierung

Vertragsfreiheit

Um was geht es?

Der Bundesrat sieht vor, im ambulanten Bereich (Arztpraxen und Spitäler) den Vertragszwang aufzuheben, das heisst Leistungserbringer und Krankenversicherer sollten in der Wahl ihrer Vertragspartner grundsätzlich frei sein.

Geplant ist, dass der Bund den Kantonen eine gewisse Ärzteezahl vorgibt. Die Kantone sind frei, den Krankenversicherern die Mindestzahl von Leistungserbringern vorzuschreiben, sie tragen aber weiterhin die Verantwortung für die Versorgungssicherheit innerhalb des Kantonsgebiets. Die Festlegung dieser Mindestzahl müssen die Kantone innerhalb einer Übergangsfrist von zwei Jahren vornehmen.

Behandlung im Parlament

Nach umfassenden Anhörungen im Januar 2007 hat die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit SGK des Ständerates beschlossen, erst nach Abschluss der parlamentarischen Beratungen zur Spital- und Pflegefinanzierung sowie zu Managed Care über die Einführung der Vertragsfreiheit zu entscheiden. Sie hat die Verwaltung zudem beauftragt, Alternativen zur Vorlage des Bundesrats vorzulegen, welche der Entwicklung auf dem Markt und in der Gesetzgebung, insbesondere bei der Managed Care Vorlage, Rechnung tragen soll.

Bis ein Entscheid zur Vertragsfreiheit vorliegt, hat das Parlament im Juli 2005 den bereits bestehenden Zulassungsstopp für neue Arztpraxen bis Mitte 2008 verlängert.

Da die Beratungen zur Pflegefinanzierung und zu Managed Care noch nicht abgeschlossen sind und auch zur Vertragsfreiheit noch keine konkreten Ergebnisse vorliegen, kann es zu einer weiteren Verlängerung des Zulassungsstopps bis Mitte 2010 kommen. Der Ständerat hat zwar in der Wintersession 2007 bereits einen entsprechenden Beschluss gefasst, der Nationalrat spricht sich aber in der Frühjahrssession 2008 klar gegen eine Verlängerung aus. Beide Räte müssen nun nochmals darüber beraten.

Position Atupri

Die Meinung Atupri deckt sich mit den Vorstellungen des Verbandes der Schweizer Krankenversicherer Santésuisse: Atupri befürwortet die Schaffung von Anreizen zu mehr Eigenverantwortung. Folgerichtig unterstützt Atupri die (Prüfung der) Erhöhung der Obergrenze des Selbstbehalts. Bei den Franchisen empfiehlt Atupri die Verlängerung der Vertragsdauer von bisher einem auf neu beispielsweise drei Jahre.