



santésuisse

Dringliche KVG-Revision

Stellungnahme santésuisse zum Revisionspaket

(Fassung vom 11. Mai 2009)

1. Vorbemerkungen

Der Gesetzesentwurf ist prüfenswert. Die darin enthaltenen Sparvorschläge sind jedoch höchstens ab 2011 prämienvirksam. Zuerst werden diese im Parlament diskutiert und dann allenfalls mit einem Referendum verzögert. Schliesslich müssen sie auch noch auf Verordnungsstufe konkretisiert werden. Die Krankenversicherer müssen ihre Prämien für das Jahr 2010 jedoch bereits Ende Juli 2009 dem BAG einreichen.

Für die Prämienzahlenden sind Massnahmen zur Kostensenkung zwingend notwendig, welche bereits 2010 prämienvirksam sind. santésuisse hat BR Couchepin Anfang März verschiedene Sofortmassnahmen zur Kostensenkung in den Bereichen Medikamente, Mittel- und Gegenstände-Liste MiGeL und Spital ambulant vorgeschlagen. Das Sparpotential dieser Massnahmen zusammen mit den bereits beschlossenen tieferen Labortarifen liegt bei ca. einer Milliarde Franken. Der Bundesrat, das Departement sowie das Bundesamt können diese Massnahmen noch im Mai beschliessen und per 1.1.2010 in Kraft setzen. Dies erlaubt es den Krankenversicherern, die Massnahmen für die Prämienberechnung 2010 noch zu berücksichtigen.

2. Zu den einzelnen Vorschlägen

Art.13 Abs. 2 Bst. g (neu) Telemedizin

Die Versicherer müssen insbesondere:

g. allen Versicherten einen während 24 Stunden bedienten kostenlosen medizinischen Telefondienst zur Triage der Versicherten und zur Vermittlung des Zugangs zu einem geeigneten Leistungserbringer anbieten.

santésuisse: Dieses Angebot steht schon über 5.5 Mio. Versicherten zur Verfügung und soll weiterhin nachfrageorientiert Marktanteile gewinnen, ohne einem Angebotszwang zu unterliegen. Ein Angebotszwang verursacht vorerst einmal Kosten ohne entsprechende Erträge, da das Angebot gratis ist. Was nichts kostet, ist im Volksmund auch nichts wert und wird nicht bedarfsgerecht konsumiert; insbesondere dann nicht, wenn die Konsultation beim Arzt Fr. 30.- kostet. Die Versicherer dürfen auf keinen Fall gezwungen werden, diesen Telefondienst gratis anzubieten. Deshalb lehnt santésuisse die Bestimmung in vorliegender Form ab.

Telefon-Dienstleistungen, die von den Versicherten fakultativ in Anspruch genommen werden können, sind klar von echten Telmed-Modellen zu unterscheiden. In Telmed-Angeboten werden die Versicherten in ihrem Behandlungsweg gesteuert und haben bei Regelverstoss mit Sanktionen zu rechnen. Die Versicherungsmodelle, welche Telemedizin als echtes Steuerelement einsetzen und den Versicherten entsprechende Einschränkungen im Behand-

lungspfad auferlegen und dadurch Behandlungskosten sparen, haben weiter eine Existenzberechtigung und müssen als besondere Versicherungsformen mit Prämienrabatt bestehen bleiben. Denn diese Versicherungsformen bringen analog anderer Managed Care-Modelle echte Kostenersparnisse. Wir gehen davon aus, dass eine Präzisierung in diesem Sinne unbestritten ist. Die Übergangsbestimmung müsste zwingend dahingehend umformuliert werden, dass echte Telmed-Modelle (mit Steuerung und Restriktionen für die Versicherten) weiterhin als besondere Versicherungsformen bestehen können (vgl. auch Bemerkungen zu den Übergangsbestimmungen).

Telemedizinische Beratungen sind eindeutig medizinische Leistungen. Der Vorschlag, diese Kosten neu den Verwaltungskosten statt wie bisher den Leistungskosten anzurechnen, ist deshalb zurückzuweisen.

Art. 21 Abs. 4 Monatliche Datenlieferung

Die Versicherer sind verpflichtet, dem Bundesamt im Rahmen der Aufsicht über den Vollzug dieses Gesetzes monatlich Angaben über die Daten zu machen, die im Rahmen der Fakturierung von Leistungen und jährlich Angaben über die Daten, die im Rahmen der Versicherungstätigkeit anfallen.

santésuisse: Diese hohe Datenlieferungskadenz, welche vorerst einmal die Verwaltungskosten der Versicherer und des BAG in die Höhe treibt, steht in keinem Verhältnis zur Aufsichtsfunktion des BAG und ist abzulehnen.

Eine allzu hohe Kadenz der Datenlieferungen rücken kurzfristige Effekte aufgrund verzögerter Rechnungsstellungen sowie Datenlieferungen in den Vordergrund und verdecken die gesundheits- und sozialpolitisch viel wichtigere Sicht auf längerfristige Entwicklungen. Allfällige kurzzeitige Ausreisser bergen das Risiko, dass es zu medialer Hektik und unangemessenen politischen Interventionen kommt. Das BAG wird durch diese Regelung unnötig mit Umengen von Daten überschwemmt, die es zuerst einmal zu verarbeiten gilt. Es entstehen unnötige Kosten und bindet jene Ressourcen, welche das BAG im Interesse der Prämienzahlenden für die periodische Überprüfung der Medikamenten- und MiGeL-Preise benötigt.

santésuisse weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass sie frühzeitig auf die wachsende Diskrepanz zwischen Prämienenertrag und Aufwand für kassenpflichtige Leistungen hingewiesen hat, ohne ernst genommen zu werden. Das Frühwarnsystem hätte eigentlich funktionieren können und ist nicht an fehlenden oder zu wenig aktuellen Daten gescheitert.

Art. 39 Abs. 1bis (neu) Leistungsaufträge

In den Leistungsaufträgen nach Absatz 1 Buchstabe e regeln die Kantone die Tätigkeit der Spitäler im ambulanten Bereich.

santésuisse: Die Kantone haben ihre Steuerungskompetenz bisher in den stark wachsenden stationären und ambulanten Spitalbereichen nicht wahrgenommen. Es ist nicht davon auszugehen, dass es mit Leistungsaufträgen besser wird. Wir verlangen lediglich mehr Unterstützung im Interesse der Prämien- und Steuerzahlenden bei Tariffestsetzungsverfahren. Wir haben diese Unterstützung bisher lediglich vom Preisüberwacher und teilweise vom Bundesrat, aber kaum von Kantonsregierungen bekommen.

Art. 55b (neu) Tarifsenkung bei überdurchschnittlicher Kostenentwicklung

Steigen die durchschnittlichen Kosten je versicherte Person in einem ambulanten Bereich eines Kantons im Vergleich zum Durchschnitt der vergangenen 5 Jahre oder im Vergleich zu den anderen Kantonen überdurchschnittlich an, so kann der Bundesrat nach Anhören der Kantone die nach Artikel 46 Absatz 4 genehmigten oder nach Artikel 47 festgesetzten Tarife um höchstens 10 Prozent senken. Er berücksichtigt dabei das kantonale Kostenniveau und trägt besonderen Umständen Rechnung.

santésuisse: Diese Bestimmung ist prüfenswert. Ausserdem sind neben den Kantonen in erster Linie die Tarifpartner anzuhören. Die zuständigen Behörden verfügen bereits heute mit Art. 54 und 55 KVG über ähnliche Instrumente. Den vorgeschlagenen Art. 55 b KVG (neu) beurteilen wir als eine Art Absichtserklärung, das Kostenwachstum in Zukunft rechtzeitig und wirksam zu bremsen. Diese Absichtserklärung hat aber weder für das Jahr 2010 noch für die Folgejahre eine Wirkung, wenn der politische Wille zur Umsetzung fehlt.

Art. 62 Abs. 2 ter (neu) - Mindestvertragsdauer von 2 Jahren bei Versicherungen mit Wahlfranchisen

Wählt die versicherte Person eine besondere Versicherungsform nach Absatz 2 Buchstabe a, so beträgt die Dauer des Versicherungsverhältnisses mindestens zwei Kalenderjahre. Artikel 7 Absätze 3 und 4 bleiben vorbehalten.

santésuisse: Eine mehrjährige Vertragsdauer ist zu begrüssen. Bis zu 3 Jahre für besondere Versicherungsformen und Wahlfranchisen wäre angemessen. Die Erfahrung zeigt, dass ohne Mehrjahresverträge Versicherte mit Wahlfranchisen im Krankheitsfall einen Anreiz haben, ihre grössere Eigenverantwortung wieder abzugeben und die Franchise auf das Minimum zu senken. Die gleichen Anreize persönlicher Risikoselektion haben Versicherte in Angeboten gemäss Art. 41 Abs. 4 KVG. Mehrjahresverträge sollen deshalb für alle Rabatt-Modelle, also neben den Wahlfranchisen auch für alle Formen alternativer Versicherungsmodelle (insbesondere für Managed Care-Modelle) zulässig sein.

Art.64 Abs. 5bis (neu) sowie Art. 64 Abs. 4 erster Satz - Praxisgebühr

Art. 64 Abs. 4 erster Satz - *Für Kinder werden keine Franchise und kein Behandlungsbeitrag erhoben, und es gilt die Hälfte des Höchstbetrages des Selbstbehalts.*

Art.64 Abs. 5bis (neu) - *Zusätzlich leisten die Versicherten bei jeder ambulanten Behandlung bei einem Leistungserbringer nach den Artikeln 36, 36a und 39 einen Beitrag von 30 Franken. Dieser Behandlungsbeitrag ist dem Leistungserbringer zu entrichten und geht höchstens 6 Mal pro Kalenderjahr zulasten des Versicherten.*

santésuisse: Die Praxisgebühr von Fr. 30.- pro ambulante Konsultation erachten wir aus psychologischen Gründen und nicht aus Spargründen als prüfenswert. Diese rückt im Bewusstsein der Versicherten wieder den Versicherungsgedanken in den Vordergrund sowie die schlichte Tatsache, dass auch im Gesundheitswesen nichts gratis ist, solange der Leistungserbringer nicht darauf verzichtet, für die erbrachte Leistung bezahlt zu werden. Falls die Praxisgebühr eingeführt wird, beantragen wir, Versicherte, welche sich für ein Managed Care-Angebot mit Capitation entschieden haben, von dieser Gebühr zu befreien. Alternativ könnten auch Patienten von der Praxisgebühr befreit werden, welche von telemedizinischen Zentren in Arztpraxen oder Spitälern überwiesen werden. Die Umsetzung der Massnahme muss vom Krankenversicherer im Rahmen der Erhebung von Selbstbehalt und Franchise abgewickelt werden; ansonsten wird die Umsetzung dieser Massnahme administrativ viel zu kompliziert, zu aufwändig und für die Prämienzahlenden zu teuer.

Die Einrichtung einer Praxisgebühr wirkt primär psychologisch und stärkt die Selbstverantwortung jedes Einzelnen. Die konkreten Auswirkungen dieser Gebühr sind allerdings nicht abschätzbar. Jedenfalls können wir uns dabei nicht auf die Erfahrungen im benachbarten

Ausland (z.B. Deutschland) stützen, da diese Länder über kein System von Franchisen verfügen. Die finanziellen Auswirkungen respektive das vom Bund zitierte Einsparpotential von Fr. 400 Millionen ziehen wir stark in Zweifel, denn die das Verhalten der Patienten steuernde Wirkung ist kaum präzise vorauszusagen.

Namentlich soll ja im Gegenzug zur Einführung der Gebühr auf Verordnungsstufe die maximale Grenze der Kostenbeteiligung von Fr. 700.- auf Fr. 600.- (Art. 103 Abs. 2 KVV) gesenkt werden. Aus den Unterlagen geht nicht klar hervor, ob dies nur für chronisch Kranke oder generell für alle gilt. Wir gehen davon aus, dass es sich um eine generelle Senkung handelt, da eine Definition von „chronisch“ in Art. 103 KVV kaum möglich wäre.

Wie die bisherige Diskussion zeigt, ist die Praxisgebühr äusserst umstritten. Sie droht im Parlament zu scheitern. *santésuisse* empfiehlt deshalb, ausschliesslich eine Gebühr für Konsultationen in Spitalambulatorien zu erheben. *santésuisse* hat diese Alternative BR Couchepin bereits vorgeschlagen. Eine Gebühr ausschliesslich für Konsultationen in Spitalambulatorien dient den Versicherten als Anreiz, zuerst den Hausarzt zu konsultieren und nicht direkt in die Notfallaufnahme zu gehen. Dies entlastet einerseits den Bereich Spital ambulant und wertet die Rolle des Hausarztes auf. Grundsätzlich steht es in der Macht des Versicherten, über sein freiwilliges und eigenverantwortliches Verhalten das Bezahlen der Gebühr zu vermeiden. Der Hausarzt wird mit der Pauschale in seiner Rolle als Gatekeeper gestärkt und für Managed Care motiviert. *santésuisse* empfiehlt eine Gebühr von 50 Franken, wobei Kinder und Jugendliche zur Entlastung der Familien nur die halbe Pauschale bezahlen. Um chronisch kranke Personen nicht zu bestrafen, darf die Gebühr höchstens viermal pro Kalenderjahr erhoben werden. Versicherte in Managed Care-Modellen sind ganz von der Pauschale zu befreien.

Art. 64 Abs. 6 Bst. d - Streichung der Kostenbeteiligung bei Präventionsprogrammen durch den Bundesrat

Der Bundesrat kann:

d. einzelne Leistungen der medizinischen Prävention von der Franchise und vom Behandlungsbeitrag ausnehmen, soweit es sich um Leistungen handelt, die im Rahmen von nationale oder kantonale organisierten Präventionsprogrammen durchgeführt werden.

santésuisse: Wir haben keine grundsätzlichen Einwände gegen diesen Vorschlag.

Übergangsbestimmungen

Die Einführung eines medizinischen Telefondienstes nach Artikel 13 Absatz 2 Buchstabe g wird innert einem Jahr nach Inkrafttreten dieser Änderung durch die Versicherer umgesetzt. Die Versicherer müssen besondere Versicherungsformen, die einen telefonischen medizinischen Beratungsdienst umfassen, spätestens innert eines Jahres aufheben.

santésuisse: Von den Versicherern wird verlangt, heute bestehende und zum Teil bei den Versicherten sehr beliebte und daher sehr erfolgreiche Versicherungsprodukte innert Jahresfrist nach Inkrafttreten dieser dringlichen Gesetzesrevision aufzuheben.

Wir gehen davon aus, dass es sich hier angesichts der unter Zeitdruck erarbeiteten Vorlage um einen Irrtum handelt. Ein freiwillig zu konsultierender, medizinischer Telefondienst ist deutlich von einer Einschränkung der Wahlfreiheit gemäss Art. 41 Abs. 4 KVG zu unterscheiden. Versicherte, welche ein Telmed-Produkt wählen, nehmen die eingeschränkte Auswahl der Leistungserbringer in Kauf und leisten einen Beitrag zur Kostendämpfung. Sie haben dahingehend auch einen (gesetzeskonformen) Anspruch auf einen Rabatt. Zudem darf nicht vergessen werden, dass sämtliche innovative Anstrengungen im Bereich der integrierten Versorgung mit einer solchen Regelung gestoppt werden. Dies erscheint uns ein doch starker Eingriff in die Produktgestaltung der Versicherer in einem Bereich des KVG, wo der Wettbewerb zu Gunsten der gesunden und kranken Prämienzahlenden funktioniert. Sollte

dieser Gesetzesvorschlag mehrheitsfähig sein, müssen sich viele Versicherer mit zum Teil ernsthaften Folgen umstellen.

200 Mio. Franken für Prämienverbilligungen

Dieser Massnahme ist nur dann zuzustimmen, wenn gleichzeitig in den eingangs erwähnten Bereichen Sparmassnahmen zu substantiellen Kostensenkungen bei medizinischen Leistungen führen. Es wäre verantwortungslos, zusätzliche Steuergelder in ein System zu pumpen, welches angesichts des fehlenden Wettbewerbsdrucks noch über viel Potential für zusätzliche Kosteneffizienz aufweist. Ausserdem besteht die Gefahr, dass es nicht bei dieser ein- oder zweimaligen Finanzierungsspritze bleibt. Durch diese Massnahme steigen die "Staatsquote" und die staatliche Einflussnahme zusehends. Der insgesamt grösste und am stärksten wachsende Kostenblock „Spital“ und der Schuldenberg der staatlichen „Einheitskasse“ Invalidenversicherung sind zwei deutliche Warnzeichen, dass nicht mehr, sondern weniger staatliche Regulierung notwendig ist.