

Die FMH zum ersten Kostendämpfungspaket des Bundesrats

Nora Wille^a, Jeanine Glarner^b, Jürg Schlup^c

^a Dr. phil., persönliche wissenschaftliche Mitarbeiterin des Präsidenten; ^b Kommunikationsspezialistin, Abteilung Kommunikation der FMH;

^c Dr. med., Präsident der FMH

In seiner Sitzung vom 28. März 2018 verabschiedete der Bundesrat basierend auf dem im Herbst 2017 vorgelegten Expertenbericht des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) das erste Paket eines Kostendämpfungsprogramms. Die vom Bundesrat priorisierten zwölf Massnahmen werden in den kommenden Monaten ausgearbeitet und im Herbst 2018 in die Vernehmlassung geschickt. Nachstehend erfolgt eine erste Würdigung dieses Massnahmenpakets.

Der vom Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) beauftragte Expertenbericht «*Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung*» [1] hatte insbesondere zum Ziel, Modelle zur Steuerung und Budgetierung medizinischer Leistungen in Deutschland und den Niederlanden analysieren zu lassen [2]. Die hierfür ausgewählten und durch ein Sekretariat des Bundesamts für Gesundheit (BAG) unterstützten Fachpersonen übergaben dem

Die FMH begrüsst Kostendämpfungsmassnahmen, die wirkungsvoll und ohne Einschränkungen der Patientenversorgung realisierbar sind.

Vorsteher des EDI auftragsgemäss Ende August 2017 ihren 131-seitigen Bericht nach sechs Sitzungen. Die darin enthaltenen 38 Massnahmen decken sich teilweise mit den von der FMH befürworteten Ansätzen zur Kostendämpfung [3]. Einzelne der Massnahmen lehnt die FMH jedoch ab, vor allem die vorgeschlagene «*verbindliche Zielvorgabe für das OKP-Wachstum*» [1]. Die so umschriebene Einführung eines Globalbudgets würde Ärztinnen und Ärzte zwingen, die Patientenversorgung neu primär an politischen Kostenvorgaben statt an medizinischen Kriterien auszurichten.

Bundesrat priorisiert Massnahmen in einem ersten Kostendämpfungspaket

Am 28. März 2018 hat der Bundesrat neun der 38 Massnahmen sowie drei weitere vom EDI vorgeschlagene

Massnahmen priorisiert. Für die Umsetzung dieser ersten Massnahmen, die in Hinblick auf eine KVG-Revision geprüft werden, soll im Herbst 2018 die Vernehmlassung eröffnet werden [4].

Mehr Innovation und effizientere Kontrolle

Als Erstes wird die Massnahme MO2 des Expertenberichts aufgegriffen, die einen **Experimentierartikel** fordert, damit Kantone und Tarifpartner «*zur Dämpfung des Kostenwachstums innovative Projekte ausserhalb des Rahmens des KVG entwickeln können*» [4]. Die FMH begrüsst die Förderung zeitlich begrenzter und reversibler Pilotprojekte, um Wirkungen und Nebenwirkungen von Systemeingriffen in unserem komplexen Gesundheitswesen verlässlich abschätzen zu können, bevor sie allenfalls schweizweit umgesetzt werden. Neben der im Expertenbericht vorgesehenen Bewilligungspflicht durch den Bundesrat oder das zuständige Bundesdepartement ([1], S. 33) ist aber nach Auffassung der FMH auch der Einbezug und die Zustimmung von Vertretern der Leistungserbringer unverzichtbar sowie eine gemeinsame, transparente Festlegung der Indikatoren zur Evaluation solcher Projekte. Eine weitere priorisierte Massnahme des Expertenberichts fordert, **die Rechnungskontrolle zu stärken (MO9)**: Krankenversicherer sollten systematischer Leistungen kontrollieren und Rechnungen prüfen sowie fehlbare Leistungserbringer finanziell zur Rechenschaft ziehen [4]. Bleibt die (nicht näher spezifizierte)

«gewünschte Wirkung» [4] aus, soll eine **unabhängige Rechnungskontrollbehörde (M35)** die Ressourcen der Krankenversicherer für die Rechnungsprüfung bündeln und dank Skaleneffekten und grösserer Datenmengen effizienter und effektiver kontrollieren. Die FMH befürwortet grundsätzlich alle Massnahmen, welche die Fairness, Vergleichbarkeit und Effizienz von Rechnungskontrollen verbessern und somit auch ungerechtfertigte Wirtschaftlichkeitsprüfungen vermeiden. Kassenunabhängige Rechnungskontrollen durch eine öffentlich-rechtliche Institution könnten dabei hilfreich sein. Die genauen Ziele einer solchen Behörde und das Kosten-Nutzen-Verhältnis ihrer Arbeit (inklusive des für die Leistungserbringer verursachten administrativen Aufwands) müssten jedoch vorab festgelegt und im weiteren Verlauf überprüft werden. Da die wichtigste Rolle bei der Rechnungskontrolle der Patient bzw. die Patientin spielt, ist der Vorschlag des EDI einer **verständlichen Rechenkopie für den Patienten** zu unterstützen, zumal das KVG bereits seit 2009 nach Art. 42 Abs. 3 eine «detaillierte und verständliche Rechnung» gesetzlich vorschreibt.

Kantonale Governance-Konflikte und Referenzpreissystem

Die priorisierte Massnahme **M36 «Governance-Konflikt der Kantone reduzieren»** entspricht der Forderung der FMH, die Mehrfachrolle der Kantone abzubauen sowie Rollenkonflikte und intransparente Subventionen zu vermeiden [3]. Lediglich eine neue «unabhän-

Die Ärzteschaft steht nicht dafür zur Verfügung, verdeckte Rationierung umzusetzen.

gige Tarifgenehmigungsinstanz für die kantonalen Tarife oder zumindest für die Spitaltarife» [4] zu schaffen greift dabei jedoch zu kurz. Die FMH fordert zumindest einen Rückzug der Kantone aus der Spital-Eigentümerschaft [3]. Unverständlich ist aus Perspektive der FMH, warum die gemäss Expertenbericht unmittelbar umsetzbare Massnahme **M03 – Spitäler, die mengenbezogene Boni und Kickbacks zahlen, von Spitalisten auszuschliessen** – im ersten Massnahmenpaket *nicht* priorisiert wurde.

Kritisch steht die FMH dem geplanten **Referenzpreissystem (M22)** bei Medikamenten gegenüber. Wegen des kleinen Schweizer Marktes wären wiederholte Lieferengpässe und Beeinträchtigungen der Versorgungssicherheit die Folge. Zudem würde durch erzwungene häufige Medikamentenwechsel direkt die Sicherheit der Patientinnen und Patienten gefährdet.

Wird die Tarifautonomie weiter ausgehöhlt?

Fünf der insgesamt zwölf vom Bundesrat im ersten Paket priorisierten Massnahmen betreffen die Tarifgestaltung. So fordert Massnahme **M34 ein nationales Tarifbüro für den ambulanten Leistungsbereich.**

Subsidiäre Kompetenzen machen das Scheitern von Tarifverhandlungen für einzelne Beteiligte sehr attraktiv und bereiten einem Staatstarif den Weg.

Hierfür hat die FMH bereits Unterstützung signalisiert, sofern die Struktur- und Organisationsautonomie der Tarifpartner gewährleistet bleibt und der Bundesrat den Tarif auf Vorschlag der Organisation weiterhin lediglich genehmigt [3]. Damit kann Massnahme **M25 «Tarifstruktur aktuell halten»** nur dann unterstützt werden, wenn die geforderten Datenlieferungen an das nationale Tarifbüro gehen und nicht an den Bundesrat. Dass «die Tarifstruktur für ambulante ärztliche Leistungen TARMED [...] jährlich durch den Bundesrat angepasst» ([1], S. 72) werden soll, lehnt die FMH entschieden ab. Die Tarif- und Organisationsautonomie ist für die FMH unverhandelbar, ob im bisherigen System oder in einem paritätisch zusammengesetzten nationalen Tarifbüro.

Weiter sollen die Tarifpartner verpflichtet werden, **Pauschalen im ambulanten Bereich (M15)** zu vereinbaren. Ambulante Pauschalen werden jedoch von Versicherern wie Leistungserbringern ohnehin befürwortet und bereits vorangetrieben. Würden Pauschalen trotzdem noch gesetzlich fixiert und mit einer zusätzlichen subsidiären Kompetenz des Bundesrats verbunden, wäre dies ein weiterer Eingriff in die Tarifautonomie [1]. Auch die geforderte Berücksichtigung von **Skaleneffekten in der Tarifstruktur (M16)** muss bereits heute integraler Bestandteil eines sachgerechten und betriebswirtschaftlichen Tarifs gemäss KVG sein. Auch hier wäre die geforderte «verstärkte Systemsteuerung durch flankierende und subsidiäre Massnahmen des Bundes» ([1], S. 57) ein unnötiger Eingriff in die Tarifautonomie.

Globalbudget durch die Hintertür

Besonders kritisch ist vor diesem Hintergrund auch der **Vorschlag des EDI zur «Steuerung der Kosten durch die Tarifpartner»** zu beurteilen. Dieser will die Leistungserbringer und Versicherer dazu verpflichten, «in ihren Tarifverträgen Massnahmen zur Steuerung der Kosten und Leistungen vorzusehen» [4], subsidiär sollen

Vom Bundesrat priorisierte Massnahmen und Positionen der FMH dazu

Erste Massnahmen, die geprüft werden	Position der FMH
Experimentierartikel (M02)	JA, sofern Einbezug und Zustimmung der Leistungserbringer
Rechnungskopie Patient (Vorschlag EDI)	JA
Rechnungskontrolle stärken (M09)	JA
Unabhängige Rechnungskontrollbehörde (M35)	JA, sofern Ziele und Kosten-Nutzen-Verhältnis der Behördenarbeit festgelegt und geprüft werden
Governance-Konflikt der Kantone reduzieren (M36)	JA, aber noch weitgehendere Massnahmen wünschenswert
Referenzpreissystem (M22)	NEIN – keine Gefährdung der Patienten- und Versorgungssicherheit
Nationales Tarifbüro (M34)	JA, sofern Struktur- und Organisationsautonomie der Tarifpartner gewährleistet bleibt
Tarifstruktur aktuell halten (M25)	JA, aber im Rahmen eines paritätisch besetzten Tarifbüros
Pauschalen im ambulanten Bereich (M15)	Pauschalen JA – subsidiäre Kompetenz NEIN
Skaleneffekte in Tarifstruktur (M16)	JA zur Berücksichtigung von Skaleneffekten – NEIN zu weiterer subsidiärer Kompetenz
Steuerung der Kosten durch Tarifpartner (Vorschlag EDI)	NEIN – kein Globalbudget durch die Hintertür

Bund oder Kantone diese Aufgabe wahrnehmen. Dies ist nichts anderes als die Einführung eines Globalbudgets durch die Hintertüre: Das politische Anliegen, in der Gesundheitsversorgung über Budgetdeckung und damit verdeckte Rationierung Kosten zu senken, soll den Tarifpartnern delegiert werden. Die Ärzteschaft steht hierfür keinesfalls zur Verfügung.

Subsidiäre Bundeskompetenzen hebeln die Tarifpartnerschaft aus – Tarifbüro als Lösung?

Der Gesamtbundesrat hat zwar als Leitlinie die Wahrung der Tarifpartnerschaft vorgegeben, sieht für den Fall ausbleibender Ergebnisse jedoch auch mehr subsidiäre Bundeskompetenzen vor. Die verbreitete Annahme, dass der damit auf die Tarifpartner erzeugte Druck Verhandlungserfolge begünstigen würde, ist jedoch falsch. Denn faktisch unterläuft die subsidiäre Kompetenz bereits heute die Tarifpartnerschaft so stark, dass sie die Tarifautonomie nahezu aushebelt. Seit 2014 hat das Scheitern von Tarifverhandlungen subsidiäre Tarifeingriffe zur Folge. Dieser Mechanismus macht das Scheitern für einzelne Tarifpartner

Korrespondenz:
 Dr. med. Jürg Schlup
 Präsident der FMH
 Eifenstrasse 18
 Postfach 300
 CH-3000 Bern 15

sehr attraktiv. Noch mehr subsidiäre Kompetenzen dürften eine erfolgreiche Tarifrevision darum nicht befördern, sondern zusätzlich erschweren und einem Staatstarif den Weg bereiten. Eine erfolgreiche Tarifrevision und eine dauerhafte sachgerechte Tarifpflege erfordern darum ein paritätisch besetztes nationales Tarifbüro, das die von der Preisfestlegung strikt zu trennende Strukturpflege übernimmt.

Die Ärzteschaft fordert wirksame Kostendämpfung – ohne Schäden in der Versorgung

Die FMH unterstützt Kostendämpfungsmassnahmen, welche wirkungsvoll und ohne Einschränkungen der Patientenversorgung realisierbar sind. Auf bestehende Möglichkeiten weist sie immer wieder hin [3, 5]. Solidarisch finanzierte Leistungen müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein [5]. Reformen unseres Gesundheitswesens sollten dem gleichen Anspruch gerecht werden. Daher müssen die Notwendigkeit und Wirkung der vom Bundesrat vorgeschlagenen Massnahmen transparent plausibilisiert werden. Um die allgemeine Zugänglichkeit und die hohe Qualität unserer Gesundheitsversorgung für die Zukunft zu erhalten, empfiehlt sich auch für die Umsetzung von Kostendämpfungsmassnahmen der bewährte Grundsatz der Medizinethik: *«primum non nocere, secundum cavere, tertium sanare»* – *«erstens nicht schaden, zweitens vorsichtig sein, drittens heilen»*.

Literatur

- 1 Bericht der Expertengruppe. Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung; 24. August 2017.
- 2 EDI/BAG. Mengenwachstum im Gesundheitswesen eindämmen – zusätzliche Massnahmen nötig. Medienmitteilung vom 2.9.2016.
- 3 Wille N, Glarner J, Schlup J. Die FMH zur Dämpfung des Kostenanstiegs im Gesundheitswesen. SAEZ. 2018;99(8):224–6.
- 4 Eidgenössisches Departement des Innern EDI, Bundesamt für Gesundheit BAG, Abteilung für Kommunikation und Kampagnen (29.3.2018). Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OK): Erste Massnahmen, die geprüft werden.
- 5 Gesundheitswesen Schweiz. Positionspapier der FMH. Bern, Oktober 2016.