

Grundlagenpapier

Gesundheitspolitischer Radar

I. Inhaltsübersicht

EFAS (Einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen)	4
Einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen (EFAS)	4
Elektronisches Patientendossier (EPD)	6
Experimentierartikel (Pilotprojekte ausserhalb des KVG)	8
Finanzierungsproblematik	2
Kosten und Finanzierungsproblematik	2
Kostentreiber	3
Nutzen (Qualität und Nutzen der Schweizer Gesundheitsversorgung)	1
Pilotprojekte ausserhalb des KVG (Experimentierartikel)	8
Prämienregionen in der Krankenversicherung	5
Qualität der Schweizer Gesundheitsversorgung	1
Referenzpreissystem bei Medikamenten	7
Volkswirtschaftliche Bedeutung des Gesundheitssektors	2
Wahlfranchisen in der Krankenversicherung	6
Zulassungsbegrenzungen für Leistungserbringer	5

II. Qualität und Nutzen der Schweizer Gesundheitsversorgung

Die Schweizer Gesundheitsversorgung geniesst international einen hervorragenden Ruf. Dass wir effektiv über ein herausragendes Gesundheitswesen verfügen, lässt sich anhand verschiedener Faktoren ablesen:

- **Lebenserwartung:** Die Lebenserwartung der Schweizerinnen und der Schweizer (zur Zeit knapp 82 Jahre bei den Männern und knapp 86 Jahre bei den Frauen) gehört im internationalen Vergleich zu den höchsten. Dazu tragen verschiedene Faktoren bei wie etwa Ernährung, Hygiene, Lebensbedingungen, Einkommensverhältnisse usw. Von tragender Bedeutung ist aber auch die hochwertige Gesundheitsversorgung, über die wir in der Schweiz verfügen.
- **Zugang zur und Qualität der Gesundheitsversorgung:** Zur Messung des Zugangs und der Qualität der Gesundheitssysteme hat die University of Washington in Seattle den HAQ-Index (Healthcare Access and Quality Index) entwickelt. 2015 erzielte die Schweiz hinter Andorra und Island den dritthöchsten Indexwert weltweit.
- **Gesundheitskonsumenten-Index:** Die schwedische Nichtregierungsorganisation Health Consumer Powerhouse (HCP) bewertet jährlich die Gesundheitssysteme in Europa. Die Bewertung besteht aus den Bereichen Patientenrechte und Patienteninformationen, Wartezeiten für Behandlungen, Diagnosen, Vorsorge, Vielfalt und Umfang der angebotenen Leistungen und Pharmazeutika. Die Schweizer Gesundheitsversorgung erzielte 2017 hinter den Niederlanden den zweithöchsten Index-Wert von 36 verglichenen Ländern.
- **Hohe Akzeptanz in der Bevölkerung:** Im jährlich von gfs.bern erstellten Gesundheitsmonitor hatten 2018 87% der Stimmberechtigten einen eher positiven oder gar einen sehr positiven Eindruck vom Schweizer Gesundheitswesen. Nur gerade 5% hatten einen eher negativen oder einen sehr negativen Eindruck. 95% schätzen die Qualität und 87% die Quantität der Leistungen wichtiger ein als den Preis. 85% der Befragten sprachen sich dafür aus, am heutigen Prämiensystem mit Kopfprämien und Subventionen für tiefere Einkommen festzuhalten.

Das hohe Qualitätsniveau und der freie Zugang zu medizinischen Leistungen wirken sich positiv auf das Wohlbefinden unserer Bevölkerung und auf die Lebensqualität aus. Denn schliesslich zählt eine gute Gesundheit zu den wichtigsten Gütern, über die ein Mensch verfügen kann. Auch die Arbeitgeber

profitieren. Gesunde Arbeitskräfte sind leistungsfähiger als kranke. Und eine durch den medizinischen Fortschritt realisierbare Verkürzung der unfall- und krankheitsbedingten Absenzen führt zu günstigeren Versicherungsprämien und hilft den Betrieben, Kosten einzusparen. Auch die im internationalen Vergleich sehr kurzen Wartezeiten bei medizinischen Behandlungen senken die Ausfallzeiten der Mitarbeitenden und damit auch die Kosten der Betriebe.

III. Volkswirtschaftliche Bedeutung des Gesundheitssektors

Gut 435'000 Personen waren 2016 im Gesundheitswesen oder in der Pharmaindustrie beschäftigt. Damit war jeder zwölfte Beschäftigte in diesen Branchen angestellt. Der Gesundheitssektor ist damit noch vor dem Baugewerbe und dem Detailhandel der wichtigste Arbeitgeber in der Schweiz. Die Mehrheit der Arbeitsplätze unterliegt keinen konjunkturellen Schwankungen, womit der Gesundheitssektor eine stabilisierende Wirkung auf unseren Arbeitsmarkt ausübt.

Das Gesundheitswesen ist nicht nur ein wichtiger Arbeitgeber, sondern deckt auch einen immer höheren Anteil am Bruttoinlandprodukt (BIP) ab. Die im Jahre 2016 erbrachten Leistungen im Wert von 80,5 Milliarden Franken entsprachen 12,2% des BIP. 1990 lag der Anteil der Gesundheitskosten am BIP noch bei 8,3%, 1999 wurde erstmals ein Anteil von 10,0% erreicht. Der Gesundheitssektor ist damit ein eigentlicher Wachstumstreiber. Weniger erfreulich ist, dass die Arbeitsproduktivität beziehungsweise die Wertschöpfung je Arbeitsplatz eher gering ist und dass das Gros der verursachten Kosten von den Inländern getragen werden muss (der Bereich Pharmaindustrie nimmt bei diesen beiden Kriterien eine Ausnahmestellung ein).

IV. Kosten und Finanzierungsproblematik

2016 verursachte unser Gesundheitswesen Kosten von 80,5 Mrd. Franken, was 12,2% des Bruttoinlandprodukts (BIP) entspricht. Umgerechnet auf jeden einzelnen Einwohner ergibt das monatliche Kosten von 801 Franken. Im Zeitraum 2001 bis 2016 sind die Gesundheitskosten jährlich um durchschnittlich 3,5% angestiegen, währenddem das BIP «lediglich» um durchschnittlich 2,3% anstieg. Das überdurchschnittlich starke Wachstum bei den Gesundheitskosten hat zur Folge, dass ein immer höherer Anteil der erbrachten Wirtschaftsleistung zur Finanzierung der Gesundheitskosten eingesetzt werden muss (12,2% im Jahre 2016 gegenüber 9,8% im Jahre 2000).

Im internationalen Vergleich gehört das schweizerische Gesundheitswesen mit zu den teuersten. Von den OECD-Ländern gaben 2015 lediglich die Vereinigten Staaten gemessen an ihrer Wirtschaftskraft mehr Geld für ihr Gesundheitssystem aus als die Schweiz (BIP-Anteil von 16,9% gegenüber 11,9% in der Schweiz). Norwegen, Kanada, Österreich, Belgien, die Niederlande, Schweden, Frankreich und Deutschland verwendeten ebenfalls mindestens zehn Prozent ihres Bruttoinlandprodukts zur Finanzierung ihres Gesundheitswesens und bewegen sich damit auf einem vergleichbaren Niveau wie die Schweiz.

28,5% der Gesamtkosten unseres Gesundheitswesens (oder rund 23 Milliarden Franken) finanzierte 2016 die öffentliche Hand, wobei die Kantone mit knapp 16 Milliarden Franken den Löwenanteil übernahmen. Die Unternehmen finanzierten via AHV, IV und Unfallversicherung knapp 5 Milliarden Franken (entspricht gut 6% der Gesamtkosten). Fast zwei Drittel der Kosten (65,5% oder 52,8 Milliarden Franken) übernahmen die privaten Haushalte. Diese schlüsseln sich auf in die Kosten für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (24,4 Milliarden Franken oder 30,2%), in die Kosten für Privatversicherungen (4,3 Milliarden Franken oder 5,3%), in Selbstzahlungen (23,6 Milliarden Franken oder 29,2%) sowie in andere Finanzierungen (0,6 Milliarden Franken). Interessant ist, dass die privaten Haushalte für Selbstzahlungen annähernd gleich viel Geld ausgeben wie für die die obligatorische Grundversicherung.

Im Zeitraum 1999 bis 2017 sind die Durchschnittsprämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Prämien bei der Wahl der Minimalfranchise) gemäss Krankenversicherungsprämien-Index jährlich um durchschnittlich 4,3% angestiegen. Gemäss Nominallohnindex des Bundesamtes für Statistik sind

die Nominallohne im gleichen Zeitraum im Durchschnitt um lediglich 1,2% angestiegen. Die unterschiedlichen Steigerungsraten haben zur Folge, dass die Versicherten einen stetig steigenden Anteil ihres verfügbaren Einkommens für die obligatorische Krankenpflegeversicherung einsetzen müssen. Dieser Effekt wird bei den tieferen Einkommen etwas gemildert durch die Prämienverbilligungen. Die durchschnittliche Prämienverbilligung pro Bezüger ist allerdings in den letzten 20 Jahren im Schnitt um weniger als 1% pro Jahr erhöht worden. Und auch die Bezügerquote hat sich nur unwesentlich verändert (Zunahme von 23,0% im Jahre 1996 auf 27,3% im Jahre 2016). Dies hat zur Folge, dass in praktisch sämtlichen Einkommensbereichen ein stetig steigender Anteil des Haushaltseinkommens für die Krankenversicherungen beziehungsweise für die Gesundheitskosten eingesetzt werden muss. Es erstaunt deshalb wenig, dass das Thema Gesundheit/Krankenkassen im Sorgenbarometer der Credit Suisse regelmässig einen Spitzenrang einnimmt.

Die stetig steigenden Gesundheitskosten belasten nicht nur die Prämienzahler, sondern haben auch negative Auswirkungen auf die KMU:

- Die Kaufkraft der Erwerbstätigen wird durch das überdurchschnittlich hohe Wachstum der Krankenkassenprämien geschmälert, was sich dämpfend auf den übrigen Konsum auswirkt.
- Der durch die steigenden Gesundheitskosten verursachte Kaufkraftschwund treibt die Lohnforderungen der Gewerkschaften in die Höhe.
- Die steigenden Ausgaben der öffentlichen Hand im Bereich der Gesundheitspolitik schränken den Spielraum für Steuersenkungen ein beziehungsweise machen die Erschliessung zusätzlicher Staatseinnahmen (mittels Steuern oder Abgaben) erforderlich.
- Die Kosten in den KMU-relevanten Bereichen des Sozialversicherungswesens (insbesondere in der Berufsunfallversicherung sowie in der Invalidenversicherung) steigen.
- Das Risiko steigt, dass die Politik einen Teil der Gesundheitskosten auf die Arbeitgeber abzuschieben versucht (siehe Diskussion um die arbeitsassoziierten Gesundheitskosten).
- Die Gefahr wächst, dass die Politik versucht, in Analogie zum Ausland einen Teil der Gesundheitskosten via Lohnnebenkosten begleichen zu lassen.
- Die Unternehmer gehören selber zu den Prämienzahlern und bekommen die überdurchschnittlichen Kostensteigerungen am eigenen Leib zu spüren.
- Setzt sich die Entwicklung der vergangenen Jahre ungebremst fort, steigt das Risiko, dass das heutige System kollabiert und von einer reinen Staatsversorgung abgelöst wird.

V. Kostentreiber

Die Gründe für das überdurchschnittlich hohe Kostenwachstum im schweizerischen Gesundheitswesen sind vielfältig. Die wichtigsten Kostentreiber sind:

- **Demographie:** Die Gesundheitsausgaben steigen im Normalfall im letzten Lebensabschnitt eines Versicherten signifikant an. Aufgrund des demographischen Wandels unserer Gesellschaft (stetige Zunahme der Personen im Rentenalter, Abnahme der erwerbstätigen Bevölkerung) steigt die Zahl der Personen kontinuierlich an, die sich in jener Lebensphase befinden, in der besonders hohe Gesundheitskosten verursacht werden. Als Konsequenz davon steigen auch die durchschnittlichen Gesundheitskosten überproportional an.
- **Medizinischer Fortschritt:** Der medizinische Fortschritt leistet einen wesentlichen Beitrag, um die Qualität der Gesundheitsversorgung zu steigern. Er treibt aber auch die Kosten in die Höhe. Herkömmliche Medikamente und Behandlungsmethoden werden durch fortschrittlichere, meist deutlich teurere abgelöst oder ergänzt. Die Menge der verfügbaren Medikamente und Behandlungsmetho-

den nimmt zu, die Preise steigen tendenziell an. Dank Innovation und medizinischem Fortschritt können heute Krankheiten behandelt werden, die früher unheilbar waren. Dies ist ein Segen für die Betroffenen, hat aber auf der anderen Seite auch eine kostentreibende Wirkung. Bei unheilbaren Krankheiten kann Innovation eine lebensverlängernde Wirkung zeigen, was ebenfalls mit Mehrkosten verbunden ist.

- **Anspruchsverhalten der Versicherten:** Wer versichert ist, verhält sich risikofreudiger als jemand, der über keinen Versicherungsschutz verfügt (Moral Hazard). Der Prävention und dem Gesundheitsschutz wird beim Vorliegen einer Versicherungsdeckung ein geringerer Stellenwert beigemessen. Tritt ein Versicherungsfall ein, sind die Anreize zum Vermeiden oder Tiefhaltens der Kosten geringer. Rein aufgrund der existierenden Versicherungsdeckung werden mehr Leistungen zu höheren Preisen in Anspruch genommen. Gesundheit hat den Stellenwert eines Konsumguts erhalten, das besonders stark in Anspruch genommen wird, weil die Finanzierung im Wesentlichen durch einen Dritten (Versicherer) erfolgt. Aufgrund der tiefen Kostenbeteiligung der Patienten gibt es kaum finanzielle Anreize, Kosten zu vermeiden oder tief zu halten. Die fehlende Prämienabstufung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung führt dazu, dass gerade bei älteren Versicherten die Diskrepanz zwischen verursachten Kosten und bezahlter Prämie Ausmasse annimmt, welche die Solidarität der jüngeren Versicherten arg strapaziert. Das geltende System hält viele Versicherte davon ab, ihre Eigenverantwortung wahrzunehmen. Aufgrund des Versicherungsobligatoriums und den engen Vorgaben des KVG können jene Versicherten, die gesund leben und die sich kostenbewusst verhalten, kaum finanzielle Vorteile erlangen. Wer seiner Gesundheit Schaden zufügt (beispielsweise durch Suchtmittelkonsum, Fehlernährung oder mangelnde Bewegung) wird im Gegenzug kaum pekuniär bestraft. Ein weiterer wesentlicher Kostentreiber liegt bei der Zunahme der nachgefragten Menge (Mengenausweitung). Dieses Wachstum ist einerseits auf die demographische Alterung unserer Gesellschaft zurückzuführen. Andererseits fehlen systembedingt Anreize, um einen Mehrkonsum zu verhindern. Staatlicher Druck auf die Preise einzelner Dienstleistungen kann die Leistungserbringer dazu animieren, den entgangenen Ertrag mittels Ausweitung der Menge zu kompensieren.
- **Systembedingte Unzulänglichkeiten:** Der Kontrahierungszwang hat zur Folge, dass ineffizient arbeitende Leistungserbringer nicht aus dem Markt ausscheiden. Kostengünstig arbeitende Anbieter, die qualitativ überdurchschnittliche Leistungen erbringen, werden im existierenden Gesundheitssystem Schweiz kaum honoriert. Der fehlende Wettbewerb wirkt sich leistungshemmend und kostentreibend aus. Auch die föderalistische Ausgestaltung des Gesundheitswesens wirkt sich in etlichen Bereichen nachteilig aus. Eine ungenügende interkantonale Zusammenarbeit kann zu Ineffizienz und zu Überversorgung führen. Notwendige Strukturbereinigungen können verzögert oder verhindert werden. Kantonales Prestigedenken behindert eine stärkere Spezialisierung und eine sinnvollere Aufgabenteilung. Systembedingte Ineffizienzen werden auch durch die Mehrfachrolle der Kantone hervorgerufen, die gleichzeitig die Funktion des Eigners, des Finanzierers, des Tarifpartners und der Aufsichtsbehörde wahrnehmen.

VI. Einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen (EFAS)

Ausgangslage: Ambulante und stationäre Leistungen werden heute unterschiedlich finanziert. Für die Finanzierung ambulanter OKP-Leistungen sind die Versicherer zu 100% zuständig. Stationäre OKP-Leistungen finanzieren die Kantone zu mindestens 55%, den Rest tragen die Versicherer. Diese unterschiedliche Finanzierung kann Fehlanreize zur Folge haben. So können etwa stationäre Behandlungen für die Versicherer günstiger sein, obwohl die Gesamtkosten höher sind als bei einer gleichwertigen ambulanten Behandlung. Derartige Fehlanreize wirken sich in verschiedener Hinsicht nachteilig auf die Effizienz und Effektivität unseres Gesundheitssystems aus.

Forderungen sgv: Der sgv fordert die Einführung einer einheitlichen Finanzierung der ambulanten und stationären Leistungen. Er setzt sich für eine administrativ einfache und kostengünstige Umsetzung ein. Eine Verknüpfung der EFAS-Vorlage mit einer Zulassungssteuerung wird ebenso abgelehnt wie

anderweitige Steuerungen des ambulanten Bereichs. Zudem gilt es die Mehrfachrolle der Kantone zu verbessern.

Begründung: Systembedingte Fehlanreize stehen dem Ziel einer günstigen und guten Behandlung der Patienten entgegen. Sie verteuern unsere Gesundheitssystem unnötig und sind daher zu beseitigen. Eine einheitliche Finanzierung ist eine Voraussetzung dafür, dass der stationäre Bereich wirkungsvoll in Managed-Care-Modelle eingeschlossen werden kann, was ein wesentlicher Faktor für ein erfolgreiches Managed-Care-System ist. Mit Korrekturen beim Finanzierungsmechanismus ist auch sicherzustellen, dass die fortlaufende Verlagerung von therapeutischen Behandlungen vom stationären in den ambulanten Sektor nicht zu einer sozialpolitisch unerwünschten finanziellen Mehrbelastung der Prämienzahler führt.

VII. Zulassungsbegrenzungen für Leistungserbringer

Ausgangslage: Im Jahr 2001 wurde erstmals eine Zulassungsbegrenzung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung eingeführt. Diese befristete Begrenzung wurde - teilweise mit mehrjährigen Unterbrüchen - mehrfach verlängert. In seiner Botschaft vom 9. Mai 2018 schlägt der Bundesrat nun vor, die befristeten Zulassungsbegrenzungen durch eine dauerhafte Regelung abzulösen. Gemäss Vorschlag des Bundesrats sollen die Kantone die Kompetenz erhalten, das Versorgungsangebot selber nach ihrem Bedarf zu regulieren, indem sie in einem oder mehreren medizinischen Fachgebieten und in bestimmten Regionen Höchstzahlen festlegen. Die eidgenössischen Räte haben dem so zugestimmt. Die Befürworter von Zulassungsbegrenzungen sind der Meinung, dass sich mit diesem Instrument der Kostenanstieg in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) wirkungsvoll drosseln lässt.

Forderung sgv: Der sgv verlangt grundsätzlich den Verzicht auf Zulassungsbegrenzungen sowie auf anderweitige Steuerungen des ambulanten Bereichs.

Begründung: Zulassungsbeschränkungen für bestimmte Kategorien von Leistungserbringern stellen als planwirtschaftliches Instrument einen schweren Eingriff in die Wirtschaftsfreiheit dar, den der sgv so nicht akzeptieren kann. Die kostendämpfende Wirkung, die sich die Befürworter von diesem rigiden Eingriff ins Recht auf freie Berufsausübung versprechen, gilt es kritisch zu hinterfragen. Der Nachweis, dass es während den Phasen von Zulassungsbeschränkungen gelungen ist, das Kostenwachstum im ambulanten Bereich substantiell einzudämmen, konnte nicht erbracht werden. Die Erfahrung zeigt vielmehr, dass die OKP-Kosten auch in jenen Phasen ungebremst angestiegen sind, in denen die Zulassungsbegrenzungen in Kraft waren. Problematisch ist zudem, dass es mit Zulassungsbegrenzungen für die betroffenen Leistungserbringer immer schwieriger wird, eine berufliche Karriere verlässlich zu planen. Zudem führen Zulassungsbegrenzungen auf allen Stufen zu mehr Bürokratie. Als Alternative zu quantitativen Zulassungsbegrenzungen tritt der sgv für schärfere Zulassungskriterien ein, die auch ausreichende Sprachkenntnisse beinhalten sollen. Weiter setzt sich der sgv für eine massvolle Lockerung des Vertragszwangs ein.

VIII. Prämienregionen in der Krankenversicherung

Ausgangslage: Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) sieht in Art. 61 vor, dass die Versicherer die Prämien regional abstufen können. Dem Eidgenössische Departement des Innern EDI wird die Kompetenz zugesprochen, die Regionen sowie die basierend auf den Kostenunterschieden zwischen den Regionen maximal zulässigen Prämienunterschiede einheitlich festzulegen. Im September 2016 hat das EDI eine Vorlage in die Vernehmlassung geschickt, in der ohne Not vorgeschlagen wurde, das bis anhin geltende, bewährte Regime grundlegend umzubauen. Konkret wurde vorgeschlagen, die heutigen Prämienregionen neu festzulegen und neue Kriterien für die Grösse des Versichertenbestandes sowie für die massgebenden Durchschnittskosten zu bestimmen. Die Revision hätte tendenziell zur Folge, dass Gemeinwesen, die heute unterdurchschnittlich hohe Kosten verursachen, deutliche

Prämien sprünge hinzunehmen hätten, währenddem die Einwohner von Gemeinwesen entlastet würden, die hohe Kosten verursachen.

Forderung sgv: Der sgv verlangt, dass grundsätzlich am heutigen System der Prämienregionen festgehalten wird. Korrekturen an diesem System dürfen nicht zur Folge haben, dass die Prämienunterschiede zwischen den Prämienregionen künstlich nivelliert werden.

Begründung: Aus Sicht des sgv hat sich das System mit den heutigen Prämienregionen bewährt. Der sgv hat sich stets dafür ausgesprochen, dass die Krankenkassenprämien in einem beschränkten Ausmass risikogerecht bleiben. Wer geringere Kosten verursacht, soll auch Anspruch auf etwas tiefere Prämien haben. Der sgv ist überzeugt davon, dass damit nach wie vor gewisse Anreize geschaffen werden bzw. erhalten bleiben, sich kostenbewusst zu verhalten. Da die Krankenkassenprämien ohnehin seit langer Zeit einem starken Wachstum unterworfen sind, ist es wichtig, an den noch vorhandenen kostendämpfenden Komponenten des KVG festzuhalten. Auch nach Prämienregionen abgestufte Krankenkassenprämien stellen nach Ansicht des sgv einen solchen Anreiz dar. Je feinmaschiger die Aufteilung ist, um so gezielter wirkt sie. Dies spricht aus Sicht des sgv dafür, am heutigen System festzuhalten, bei welchem die Zuteilung zu den Prämienregionen grundsätzlich auf Stufe der Gemeinden erfolgt.

IX. Wahlfranchisen in der Krankenversicherung

Ausgangslage: Pro Kalenderjahr haben die Versicherten (ausgenommen sind Kinder und Jugendliche bis 18 Jahren) die ersten 300 Franken Behandlungskosten (Franchise) selber zu tragen. Die Versicherten haben die Möglichkeit, ihre Jahresfranchise in vorgegebenen Stufen bis auf 3'000 Franken pro Jahr zu erhöhen. Im Gegenzug dafür erhalten sie Prämienrabatte. Hohe Jahresfranchisen sind ein starker Anreiz für eine kostenbewusste Inanspruchnahme von OKP-Leistungen und belohnen in angemessener Weise jene Versicherten, die gesundheitsbewusst leben. Sie helfen mit, das Kostenwachstum im Gesundheitswesen zu dämpfen. Auf politischer Ebene wird immer wieder versucht, das System der frei wählbaren Franchisen grundsätzlich in Frage zu stellen oder es unattraktiv zu machen (beispielsweise durch die Reduktion der maximal zulässigen Prämienrabatte).

Forderungen sgv: Der sgv verlangt, dass am heutigen System der Wahlfranchisen festgehalten wird und dass die maximal zulässigen Prämienrabatte nicht weiter gekürzt werden. Zudem sind die Franchisestufen periodisch der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen anzupassen.

Begründung: Das heutige Franchisensystem fördert in Kombination mit dem Selbstbehalt die kostenbewusstere Inanspruchnahme von OKP-Leistungen. Franchisen und Selbstbehalte sorgen dafür, dass zumindest eine Restkomponente einer gerechten Kostenbeteiligung im System verbleibt, gemäss der sich all jene Versicherten, die Kosten zulasten der Grundversicherung verursachen, auch etwas stärker an deren Finanzierung zu beteiligen haben. Da die Minimalfranchisen recht tief angesetzt sind und der Selbstbehalt nach oben limitiert wird, ist sichergestellt, dass das Finanzierungssystem gesamthaft sozial ausgestaltet bleibt.

X. Elektronisches Patientendossier (EPD)

Ausgangslage: In der Sommersession 2015 haben die eidgenössischen Räte die rechtlichen Grundlagen zur Einführung eines elektronischen Patientendossiers (EPD) geschaffen. Das EPD soll ab 2020 in allen Regionen der Schweiz verfügbar sein. Bis 2020 müssen Akutspitäler, Rehabilitationskliniken und Psychiatrische Kliniken dem EPD angeschlossen sein, bis 2022 zusätzlich Pflegeheime und Geburtshäuser. Alle übrigen Gesundheitsfachpersonen können sich freiwillig am EPD beteiligen. Die Patienten können frei entscheiden, ob sie ein EPD anlegen wollen oder nicht. Wurde ein EPD für sie angelegt, können sie die Erfassung von Daten wahlweise verhindern und sie können frei bestimmen, wer welche Dokumente wann einsehen darf. Diese Wahlmöglichkeiten schränken den Nutzen der EPD erheblich ein. Gesundheitsfachpersonen, welche die Erlaubnis zur Einsicht in ein EPD erhalten, haben keine Gewähr dafür, dass dieses vollständig nachgetragen ist. Die ursprünglichen Hauptziele des EPD, die

Patientensicherheit zu erhöhen und unnötige oder doppelte Behandlungen zu vermeiden, können nicht erreicht werden, wenn die involvierten Gesundheitsfachpersonen keine Gewähr dafür haben, dass in einem Dossier alle relevanten Informationen vollständig erfasst sind.

Forderungen sgv: Aus Sicht des sgv ist das EPD ein sinnvolles Instrument, um die Zahl unnötiger oder doppelter Behandlungen zu verringern und so das Kostenwachstum im Gesundheitswesen zumindest moderat einzudämmen. Der sgv tritt grundsätzlich dafür ein, dass weitere Gesundheitsfachpersonen verpflichtet werden, sich am EPD zu beteiligen. Er fordert jedoch, dass parallel dazu sichergestellt wird, dass die Gesundheitsfachpersonen eine verlässliche Information darüber erhalten, ob ein EPD vollständig nachgeführt ist oder nicht. Verhindert eine Person einen Eintrag ins EPD, muss sichtbar gemacht werden, dass dieses nicht vollständig nachgeführt ist. Alternativ ist eine gesetzliche Vermutung, dass ein Eintrag im EPD vollständig ist, zu statuieren. Zudem verlangt der sgv, dass die Kosten, die den Gesundheitsfachpersonen aus der Beteiligung am EPD erwachsen, korrekt abgegolten werden. Um dem EPD zu einem breiteren Durchbruch zu verhelfen sollten auch finanzielle Anreize in Erwägung gezogen werden (beispielsweise ein angemessener Prämienrabatt als Vergütung für den Beitrag zur Vermeidung unnötiger Kosten).

Begründung: Unnötige oder doppelte Behandlungen sind nur dann als solche vermeidbar, wenn sich die Gesundheitsfachpersonen darauf verlassen können, dass ein EPD vollständig nachgeführt ist. Fehlt diese Gewissheit, ist der Nutzen des EPD stark reduziert. Ideal wäre es daher, wenn sowohl alle Leistungserbringer als auch alle Patienten verpflichtet würden, sich am EPD anzuschließen und die Dossiers vollständig nachzuführen. Da davon auszugehen ist, dass man die Patienten nicht dazu zwingen kann, alle Daten eintragen zu lassen, muss zumindest sichergestellt werden, dass aus den EPD ersichtlich ist, dass diese nicht umfassend nachgetragen sind. Wenn ein Patient somit einen Eintrag verweigert, muss ohne nähere Angaben zum Zeitpunkt, zum involvierten Leistungserbringer und zu den Beweggründen des Patienten vermerkt werden, dass das EPD Lücken aufweist. Dies ist insbesondere dann relevant, wenn es um die Beurteilung der Sorgfaltspflicht in Haftungsfällen geht.

XI. Referenzpreissystem bei Medikamenten

Ausgangslage: Im Rahmen der Vernehmlassung zu einem ersten Kostendämpfungspaket hat der Bundesrat im September 2018 vorgeschlagen, für patentabgelaufene Arzneimittel (Generika und Biosimilars) ein Referenzpreissystem einzuführen. Für wirkstoffgleiche Medikamente soll nach Ansicht des Bundesrats künftig ein maximaler Referenzpreis festgelegt und von der OKP vergütet werden. In die Vernehmlassung geschickt wurden zwei Varianten: Modell eins sieht einen Preisabschlag vor, Modell zwei ein Meldesystem. Ziel des Referenzpreissystems soll es sein, die vermehrte Abgabe von Generika und patentabgelaufenen Originalpräparaten zu fördern und gleichzeitig die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) finanziell zu entlasten.

Forderung sgv: Der sgv fordert den Bundesrat und das Parlament auf, auf die Einführung eines Referenzpreissystems zu verzichten.

Begründung: Die Generikapreise wurden schon mehrfach gesenkt, womit die Branche bereits einen substantiellen Beitrag zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung geleistet hat. Eine weitere markante Senkung der Generikapreise hätte unweigerlich zur Folge, dass die Anbieter ihr Angebot ausdünnen und das Dienstleistungsangebot reduzieren müssten. Bei tieferen Margen müsste bei der Lagerhaltung gespart werden, was vermehrt Lieferengpässe zur Folge hätte. Die Versorgungssicherheit würde gefährdet. Zudem würde die Wahlfreiheit der Ärzte, der Leistungserbringer und vor allem auch der Patienten unverhältnismässig stark eingeschränkt. Langzeitpatienten hätten in Kauf zu nehmen, dass sie zwecks Vermeidung einer höheren Kostenbeteiligung vermehrt die Medikation wechseln müssten. Solche Wechsel wirken sich negativ auf die Therapietreue und den Behandlungserfolg aus, was Folgekosten auslöst. Die Einführung eines Referenzpreissystems ist definitiv der falsche Weg, um die vermehrte Abgabe von Generika zu fördern.

XII. Experimentierartikel / Pilotprojekte ausserhalb des KVG

Ausgangslage: Nach Ansicht des Bundesrats nutzen die betroffenen Akteure den Handlungsspielraum, den ihnen das geltende Recht zur Umsetzung innovativer Massnahmen zur Eindämmung des Kostenwachstums in der Krankenpflegeversicherung bietet, unzureichend aus. In einer im September 2018 gestarteten Vernehmlassung wird daher vorgeschlagen, einen eigentlichen Experimentierartikel ins Krankenversicherungsgesetz aufzunehmen. Das Eidgenössische Departement des Innern EDI soll ermächtigt werden, in ausgewählten Bereichen Pilotprojekte zuzulassen, die inhaltlich, zeitlich und räumlich begrenzt sein müssen. Der Fokus dieser Pilotprojekte ist nach Ansicht des Bundesrats auf die Eindämmung der Kostenentwicklung zu richten.

Forderung sgv: Trotz etlichen grundsätzlichen Bedenken kann der sgv der Einführung eines Experimentierartikels auch Positives abgewinnen. Er verlangt aber, dass enge Rahmenbedingungen eingehalten werden müssen und dass der Geltungsbereich offener auszugestaltet ist.

Begründung: Den grossen Vorteil von Pilotprojekten sieht der sgv im Umstand, dass die Wirkung neuer Massnahmen zeitlich und räumlich begrenzt werden kann, was die Schwelle, sich auf Unkonventionelles einzulassen, senken sollte. Zeigt eine zu testende Massnahme nicht die erhoffte Wirkung, kann rasch und mit begrenztem Schaden zum Status Quo zurückgekehrt werden. Aus staatspolitischer Sicht sind Pilotprojekte ausserhalb des KVG allerdings heikel, weil damit Massnahmen lanciert werden sollen, die der Gesetzgeber nicht ausdrücklich so vorsah. Damit den vielfältigen Bedenken Rechnung getragen werden kann, verlangt der sgv klare Einschränkungen. Rechtssicherheit und Rechtsstaatlichkeit müssen in jedem Fall gewährt bleiben (Pilotprojekte dürfen «lediglich» Gesetzeslücken ausnützen, nicht aber gegen geltendes Recht verstossen). Die Pilotprojekte müssen von der Mehrheit der betroffenen Akteure unterstützt werden und sie müssen reversibel sein. Wichtig ist auch eine enge zeitliche Begrenzung (maximal drei Jahre). Des Weiteren dürfen Pilotprojekte nicht ausschliesslich auf den Fokus «Eindämmung der Kostenentwicklung» ausgerichtet werden, sondern es sollen beispielsweise auch Massnahmen zur Steigerung der Qualität oder der Effizienz getestet werden können.

Bern, 28. Mai 2019

Dossierverantwortlicher

Kurt Gfeller, Vizedirektor
Tel. 031 380 14 31, E-Mail k.gfeller@sgv-usam.ch