

# Position

Februar 2022

DER GROUPE MUTUEL

**Kostendämpfung in der Krankenversicherung, was ist die richtige Taktik?**

## In Kürze

Der Gesetzgeber hat die Kostendämpfung durch die Kontrolle der Mengenentwicklung auf die Tagesordnung gesetzt. Dies birgt jedoch die Gefahr einer Leistungsrationierung für die Patienten in sich. Die Einführung eines Kostenmanagements über die Qualität der Leistungen führt hingegen dazu, dass unnötige und ineffiziente Leistungen reduziert werden. So steht der Patient im Mittelpunkt und auch der Prämienzahler profitiert davon.



## Ihr Kontakt der Groupe Mutuel

**Miriam Gurtner**

Tel. 058 758 81 58

[migurtner@groupemutuel.ch](mailto:migurtner@groupemutuel.ch)

[www.groupemutuel.ch](http://www.groupemutuel.ch)

Groupe Mutuel

Gesundheit® Leben® Vermögen® Unternehmen®



## Ausgangslage

Die Dämpfung der Kosten und der Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) stehen seit Jahren auf der parlamentarischen Agenda. An ihrer Sitzung vom 14. Januar 2022 hat die SGK-N beschlossen, die Volksinitiativen «Für tiefere Krankenkassenprämien. Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)» (21.067) und «Maximal 10 Prozent des Einkommens für die Krankenkassenprämien (Prämientlastungsinitiative)» (21.063) sowie die beiden vom Bundesrat vorgelegten indirekten Gegenvorschläge gemeinsam in einer Subkommission zu behandeln.

Während sich das erste Volksbegehren mit der Deckelung der zulässigen Kosten im Bereich der OKP befasst, konzentriert sich die zweite Vorlage auf die Aufteilung der Finanzierung zwischen den Prämienzahlern und den Steuerzahlern.

Die Prämien der OKP spiegeln die in der sozialen Krankenversicherung in Anspruch genommenen Leistungen wider (von 100 Franken Prämien werden 96 Franken für die Deckung der Gesundheitskosten aufgewendet). Die Steuerung des Leistungsvolumens steht daher seit Jahren im Mittelpunkt des Interesses, jedoch ohne überzeugende Ergebnisse, da die OKP-Bruttokosten zwischen 1996 und 2018 um durchschnittlich 4% pro Jahr gestiegen sind.

Das Hauptproblem ist jedoch nicht die Kostenentwicklung an sich, sondern die Über- und Fehlversorgung, die gemäss Schätzungen 20-30% aller Kosten der OKP ausmacht und darüber hinaus ein grosses Risiko für die Patienten darstellt. Hier müssen die richtigen Anreize durch die Einforderung der Indikations- und Ergebnisqualität gesetzt werden.

## Die Kostendämpfung über die Menge, eine kurzfristige Lösung

Die Initiative «Für tiefere Prämien. Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)» der Mitte und der Gegenvorschlag des Bundesrates beruhen auf einem gemeinsamen Prinzip: Die Kosten dürfen sich nur in einem bestimmten Rahmen entwickeln, bei dessen Überschreitung Korrekturmassnahmen ergriffen werden müssen, um die Kosten zu senken.

Das **Modell der Kostenbremse-Initiative** schlägt vor, die Kostenentwicklung im Rahmen der durchschnittlichen Lohnentwicklung pro Jahr zu begrenzen, mit der Verpflichtung, bei einer Überschreitung von mehr als einem Fünftel der nominalen Lohnentwicklung kostensenkende Massnahmen umzusetzen. Die Massnahmen werden von den Krankenversicherern und den Leistungserbringern oder, falls diese nichts unternehmen, vom Bund und den Kantonen beschlossen.

Der Bundesrat lehnte die Initiative ab, da sie zu starr sei und bei ihrer Umsetzung zu einer Rationierung von Leistungen und einer Zweiklassenmedizin führen könnte, da sie Faktoren wie die Demografie, den medizinisch-technischen Fortschritt und die Abhängigkeit der Löhne von der Konjunktorentwicklung nicht berücksichtige.

Der **Gegenvorschlag des Bundesrates** (Modell «Zielvorgabe») sieht vor, dass ein auf nationaler Ebene definierter Satz festgelegt wird, der dann mit einer zusätzlichen Toleranzmarge auf die Kantone aufgeteilt wird. Dieser wird dann auf kantonaler Ebene auf die verschiedenen Kostenkategorien verteilt (Spitäler: stationärer und ambulanter Bereich, Ärzte in freier Praxis, Medikamente und andere Kostengruppen der OKP (z.B. Pflegeheime, ambulante Krankenpflege, ...)). Bei Überschreitung der vorgegebenen Grenzen können Korrekturmassnahmen ergriffen werden.

<sup>1</sup> Mehr dazu im Positionspapier „Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung“, <sup>2</sup> (Trageser J, Vettori A, Iten R, Crivelli L. Effizienz, Nutzung und Finanzierung des Gesundheitswesens. Akademien der Wissenschaften Schweiz, Bern 2012.)

**Beide Modelle haben zwar die hehre Absicht, dass sie die Kostenentwicklung deckeln wollen, weisen aber ähnliche Risiken auf:**

- Etatismus** Eine erhebliche **staatliche Einmischung in den Bereich des KVG**, insbesondere im Gegenvorschlag des Bundesrates.
- Rationierung** Eine **potentielle Rationierung von Leistungen**, sollten konkrete Korrekturmassnahmen zur Kostensenkung ergriffen werden.
- Rivalität** Ein **Konkurrenzkampf zwischen den Akteuren des Gesundheitswesens** um Budget- und Marktanteile. Der Gegenvorschlag fördert den Konkurrenzdruck und das Silodenken zwischen den Kantonen und den Leistungserbringerkategorien. Die Initiative und der Gegenvorschlag schaffen falsche Anreize für die Leistungserbringer, möglichst viel und schnell abzurechnen.
- Komplexität** Eine **erhebliche administrative Komplexität und Bürokratie**, die insbesondere im Gegenentwurf durch das vorgesehene Kaskadensystem zum Ausdruck kommt.
- Schwächung** Eine **Schwächung der Rolle der Tarifpartner**. Im Gegenentwurf sind die Tarifpartner nur marginal an der Festlegung des Kostenziels beteiligt, und zwar über ihre Mitwirkung in der Eidgenössischen Kommission für Kostenziele in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, die den Bundesrat in dieser Frage berät.
- Ineffizienz** Die **Effizienz ist zweifelhaft**, insbesondere beim Modell «Zielvorgaben», das durch den Wettbewerb zwischen den Kostenkategorien die integrierte Versorgung torpediert, indem es das «Silodenken» fördert, ohne sich für den Behandlungspfad zu interessieren, der die Grundlage für die Entwicklung der interprofessionellen Versorgung bildet.
- Blockade** **Fehlender Anreiz, die Qualität und Wirksamkeit der Behandlung zu steigern**. Die Bedürfnisse der Patienten werden ausgeblendet.

### **Die Kostendämpfung « Pay for quality », eine nachhaltige Lösung**

„Pay for quality“ will eine Kostendämpfung „bottom-up“ erreichen, indem Über- und Fehlversorgung reduziert wird und Anreize geschaffen werden, qualitativ hochwertige, d. h. angemessene und wirksame Leistungen zu erbringen. Entsprechend werden anreizorientierte Vergütungsmodelle vorgeschlagen. Jeder Anbieter wird individuell mit einheitlichen Kriterien hinsichtlich der Qualität seiner Leistungen bewertet, wobei die Ergebnisse transparent sind. Auf diese Weise entsteht ein positiver Qualitätswettbewerb zwischen den Anbietern und die Patienten werden besser informiert und integriert. **Dieser Ansatz wird von der Groupe Mutuel unterstützt.**

#### **Indikations- und Ergebnisqualität**

Die Indikationsqualität, d.h. die Angemessenheit der Leistungen in Bezug auf die Pathologie, und die Ergebnisqualität sollte nicht nur gefordert, sondern auch mit der Vergütung verknüpft werden, so dass unangemessene Leistungen oder Behandlungsmisserfolge (auch teilweise) mit einer geringeren Kostenübernahme durch die OKP einhergehen.

Die Kriterien für Indikations- und Ergebnisqualität könnten bei bestimmten Behandlungen unter anderem Folgendes umfassen:

- die Festlegung von Therapiezielen zwischen Patient und Leistungserbringer,

- die Einhaltung der Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften, sofern die Zweckmässigkeit im Einzelfall gegeben ist,
- das Einholen von « Peer review » oder Zweitmeinungen,
- die Einführung von Garantie-Leistungen für bestimmte Eingriffe oder Therapien,
- die Einführung von schweizweit einheitlichen Patientenbefragungen „patient-reported outcomes measures“ (PROMs),
- die Führung eines Registers, in dem die Qualitätsbewertungen der einzelnen Leistungserbringer veröffentlicht werden, um einen Wettbewerb zum Nutzen der Patienten zu schaffen.

Dieser Ansatz bietet folgende Vorteile:

<b>Vertrauen</b>	Eine angemessene und vollständige Information des Patienten über die realistischen Therapieziele, die zu einer gemeinsamen Entscheidung führt.
<b>Stabilität</b>	Eine geringere Variabilität der medizinischen Praktiken durch die Einhaltung der medizinischen Richtlinien (unter Berücksichtigung des Einzelfalls).
<b>Verbesserung</b>	Eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung dank regelmässiger Auswertung der Ergebnisse und der Peer Reviews, die eine Begleitung von weniger erfahrenen Leistungserbringern ermöglichen.
<b>Angemessenheit</b>	Anreize zur Anwendung von angemessenen und wirksamen Behandlungen. Der Mehrwert für den Patienten steht im Zentrum.
<b>Interesse</b>	Eine Beteiligung des Patienten im Qualitätsprozess, welcher damit zu einem wichtigen Akteur wird.
<b>Transparenz</b>	Ein transparenter Einblick in die individuellen Qualitätsleistungen der Leistungserbringer, was diese dazu anspornt, sich selbst zu übertreffen.
<b>Kooperation</b>	Eine verstärkte Kooperation aller Akteure im Gesundheitswesen anstatt einer zunehmenden Verstaatlichung.

In diesem Zusammenhang sollten Tarifmodelle gefördert werden, welche die Qualität (statt Quantität) fördern, wie z.B.: Vergütung von gesamten Behandlungspfaden («bundled payment»), Capitation-Modelle oder ambulante Pauschalen mit Qualitätsmassnahmen.

## Schlussfolgerungen

Die Groupe Mutuel setzt sich für « Pay for quality » - Massnahmen ein, welche:

- die Über- und Fehlversorgung reduzieren;
  - den Dialog zwischen den Patienten und den Leistungserbringern stärken;
  - die integrierte Versorgung fördern;
  - ein Abdriften in eine Staatsmedizin verhindern und stattdessen die Tarifpartnerschaft hoch halten,
- aber vor allem,
- den Patient in den Mittelpunkt stellen, der von einer qualitativ hochstehenden Versorgung ohne Risiko von Rationierung profitiert.