

Kostendämpfung nicht zulasten der Patienten umsetzen

FMH: Gute medizinische Patientenversorgung in der Schweiz darf nicht gefährdet werden.

© Novikov Aleksey/Shutterstock.com



BERN – Zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen hat der Bundesrat zwei Massnahmenpakete verabschiedet. Gerade hat die Beratung des zweiten Teils des ersten Kostendämpfungspakets begonnen. Dieser Teil enthält unter anderem Massnahmen zur Steuerung der Kosten, ein Referenzpreissystem für Medikamente und eine Verpflichtung für die Leistungserbringer, Patienten eine Kopie der Leistungsabrechnung zuzustellen.

Die FMH begrüsst generell nur Kostendämpfungsmassnahmen, welche die gute medizinische Patientenversorgung in der Schweiz nicht gefährden. Daher heisst die FMH die Zustellung der Rechnungskopie gut. Dass die Tarifpartner im Voraus definieren sollen, welche Menge an medizinischen Leistungen im folgenden Jahr gerechtfertigt sein soll, lehnt die FMH ab, weil es für Patienten medizinische Behandlungen einschränkt, auf die sie laut Krankenversicherungsgesetz Anspruch haben.

Massnahmen der Tarifpartner zur Steuerung der Kosten

Der zweite Teil des ersten Kostendämpfungspakets sieht vor, dass die Tarifpartner im Voraus eine gerechtfertigte Mengen- und Kostenentwicklung der medizinischen Leistungen festlegen müssen. Übersteigt das Mengen- oder Kostenwachstum diese im Voraus festgelegte Grenze, müssten die Tarifpartner korrigierend eingreifen, indem sie Anpassungen in der Tarifierung, also den Preisen von medizinischen Leistungen vornehmen oder Rückvergütungen vorsehen. Medizinische Leistungen müssen per Gesetz wirtschaftlich vergütet werden, sie dürfen also keine ungerechtfertigten Kosten verur-

sachen. Kürzt man die Tarifierung, wären die Leistungen also nicht mehr wirtschaftlich kostendeckend vergütet mit dem Ziel, dass weniger Leistungen erbracht werden. Für Patienten heisst dies, dass die medizinischen Leistungen, die ihnen per Krankenversicherungsgesetz zustehen, ihnen ab dem Überschreiten einer vordefinierten Limite nicht mehr zu denselben Konditionen vergütet werden. Die Konsequenz wäre eine Verschlechterung der Patientenversorgung und eine Zwei-Klassen-Medizin mit zunehmender privater Finanzierung.

Referenzpreissystem für Medikamente

Die Idee des Referenzpreissystems ist, dass das Bundesamt für Gesundheit (BAG) festlegen soll, wie viel die Versicherer maximal für patentabgelaufene Arzneimittel oder Generika mit demselben Wirkstoff bezahlen müssen. Wird ein teureres Arzneimittel abgegeben, müssen Patienten die Differenz zum Referenzpreis selbst übernehmen. Wirkstoffgleiche Medikamente sind aber keine identischen und somit auch keine vollends substituierbaren Arzneimittel. Auch die Trägersubstanz des Wirkstoffs kann einen Einfluss auf die Verträglichkeit oder die Reaktion des Körpers auf den Wirkstoff haben. Wirkstoffgleiche Präparate sind medizinisch betrachtet weder gleich noch gleich verträglich noch gleich einsetzbar. Eine Einführung des Referenzpreissystems hätte zur Folge, dass chronisch kranke Personen bei jedem neuen Präparat in Sprechstunden medikamentös neu «eingestellt» und über mehrere Wochen hinweg medizinisch überwacht werden müssten. Die FMH lehnt diese Massnahme daher ab. Die Therapiefreiheit von Ärzten, ihren Patienten die für sie wirksams-

ten, besten und verträglichsten Medikamente zu verschreiben, muss erhalten bleiben. Weiter würde diese Massnahme die Angebotspalette an vergüteten Medikamenten verringern, die Abhängigkeit von wenigen ausländischen Wirkstofflieferanten erhöhen und den Mangel an nicht verfügbaren Arzneimitteln verschlimmern.

Rechnungskopie über medizinische Leistungen für alle Patienten

Eine weitere Massnahme im zweiten Teil des Kostendämpfungspakets 1 sieht vor, dass Leistungserbringer neu auf Gesetzesstufe verpflichtet werden sollen, ihren Patienten in jedem Fall eine Rechnungskopie zuzustellen. Patienten sollen so ihre Rechnungen überprüfen können und ihr Kostenbewusstsein soll gestärkt werden. Die FMH unterstützt diese Massnahmen vollumfänglich und hat sich seit Jahren dafür ausgesprochen, dass alle Patienten immer eine Rechnungskopie erhalten. Patienten können selbst am besten wissen, welche medizinischen Leistungen sie wirklich erhalten haben und wie viel Zeit ihr Arzt mit ihnen verbracht hat. Besser als Versicherer, welche bei der Behandlung nicht dabei sind, können Patienten also die Rechnungen überprüfen und bei Bedarf das Gespräch mit dem Behandler suchen. Vorteilhaft wäre aus Sicht der FMH ebenfalls, wenn die Rechnungen für Patienten besser lesbar und verständlicher wären. Derzeit enthalten sie vor allem Informationen für Versicherer, welche für Patienten teilweise schwer zu entziffern sind. [DI](#)

Quelle: FMH

Reservenminimierung und Rückzahlung

Der Bundesrat erleichtert den freiwilligen Abbau von Reserven in der Krankenversicherung.

BERN – Die Reserven der Krankenversicherungen sollen zugunsten der Versicherten abgebaut werden. Der Bundesrat hat an seiner Sitzung vom 14. April 2021 die Revision der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV) verabschiedet. Sie präzisiert die Voraussetzungen für den freiwilligen Abbau von Reserven und die Rückerstattung von zu hohen Prämieinnahmen durch die Versicherer. Die zulässige Mindesthöhe für einen Abbau der Reserven in der obligatorischen Krankenversicherung wird gesenkt. Die Verordnungsänderung tritt am 1. Juni 2021 in Kraft und wird zum ersten Mal im Rahmen der Prämienbewilligung 2022 umgesetzt.

Gegenwärtig sind die Reserven der Krankenversicherer deutlich höher als das gesetzlich vorgeschriebene Minimum. 2020 beliefen sie sich auf 11,3 Milliarden Franken, das heisst 203 Prozent des geforderten Minimums. Der Bundesrat ist der Meinung, dass diese sehr hohen Reserven zugunsten der Versicherten abgebaut werden müssen. Die Versicherer werden durch die Revision der Verordnung angehalten, die Prämien möglichst knapp zu kalkulieren und, wenn möglich, einen Abbau der Reserven vorzunehmen.

Vereinfachte Voraussetzungen

Das Krankenversicherungsaufsichtsgesetz (KVAG) und die KVAV sehen zwei Mechanismen vor, um allzu grosse Unterschiede zwischen Prämien und tatsächlichen Kosten nachträglich auszugleichen: den freiwilligen Abbau von Reserven und die Rückerstattung der zu viel bezahlten Prämien. Der freiwillige Abbau von Reserven kommt allen Versicherten des betreffenden Versicherers zugute. Die Rückerstattung der zu hohen Prämieinnahmen wird nur den Versicherten in denjenigen Kantonen gewährt, in denen die Prämien deutlich höher waren als die Kosten.

Die Revision der KVAV sieht für den Versicherer eine Vereinfachung der Voraussetzungen für einen freiwilligen Abbau der Reserven vor. Die Grenze, ab der ein freiwilliger Abbau der Reserven möglich ist, wird gesenkt. Gegenwärtig müssen die Versicherer in jedem

Fall über Reserven verfügen, die mehr als 150 Prozent der in der Verordnung vorgeschriebenen Mindesthöhe betragen. Mit der Revision wird diese Grenze auf das Mindestniveau von 100 Prozent gesenkt.

Höhere Rechtssicherheit

Mit der Revision der Verordnung präzisiert der Bundesrat auch die Voraussetzungen für die Rückerstattung der zu viel einbezahlten Prämien, indem er das Verhältnis zwischen den Kosten und den Prämieinnahmen festlegt, das ein Versicherer ausweisen muss, damit

sein Abbaugesuch genehmigt wird. Mit der Änderung der KVAV soll auch verhindert werden, dass die Versicherer diese zwei Korrekturinstrumente zu kommerziellen Zwecken nutzen, um neue Versicherte zu gewinnen.

Die Revision der Verordnung verstärkt die Rechtssicherheit, indem er die Voraussetzungen für einen freiwilligen Abbau von Reserven in der Verordnung und nicht in einer Weisung des BAG festlegt.

Quelle: Der Bundesrat

© Gil C/Shutterstock.com

