

Qualität der Regulierung

Entwicklungen seit 1996	2
Kriterien guter Regulierung	2
Bewertung ausgewählter Beispiele	3
Gute Beispiele	3
Mittelmässige Beispiele	3
Schlechte Beispiele	4
Thesen	5

Qualität der Regulierung

Entwicklungen seit 1996

Man kann das Arzt – Patienten Verhältnis in der Schweiz aus drei Blickwinkeln betrachten. 1. Öffentlich-rechtlich verankert das KVG das Vertrauensprinzip: Es geht von der Vermutung aus, dass alles, was der Arzt macht, wirtschaftlich, zweckmässig und wirksam ist. 2. Privatrechtlich unterliegt das Verhältnis dem Auftrag gemäss OR: Der Patient ist Auftraggeber und die ärztliche Person ausführend. 3. Die gesundheitsökonomische Sicht betont beim Verhältnis zwischen Leistungserbringer und Patient die asymmetrische Information und den Moral Hazard: Leistungserbringer nutzen zu ihren Gunsten ihren Informationsvorsprung gegenüber den Patienten. Und Patienten überbeanspruchen ihren Versicherungsstatus zulasten der Versicherungsgemeinschaft. Das führe zu unnötig hohen Kosten.

Letztere Sichtweise hat seit Bestehen des KVG im Vergleich mit den anderen beiden in der Politik stark an Bedeutung zugenommen. Mit folgenden Konsequenzen:

- Die politische Debatte wird vom Kostenfokus dominiert.
- Bemühungen um gute Versorgung stehen hinten an: Obwohl auch Versicherer gesetzlich explizit eine Verantwortung dafür zu übernehmen hätten, wird sie einseitig den Kantonen zugeschoben. Mit der Konsequenz bestehender und zukünftiger Versorgungsprobleme.
- Stetiger Ausbau der Verwaltungskompetenz zwecks Durchsetzung.
- Steigende Granularität der Regulierung.
- Generell steigendes Misstrauen gegenüber Leistungserbringern und eine stetige Zunahme von Kontrollmechanismen (verschiedene Zulassungssysteme, Mengen- und Tariflimitationen, Kostenziele, granulare Einschränkungen der Leistungsbereiche der verschiedenen Berufsgruppen, Vermehrung Kostengutspracheverfahren etc.).
- Mengenausweitung der Gesundheitsregulierung

Kriterien guter Regulierung

Kriterien zur Bewertung dieser Entwicklungen können folgende Punkte sein:

<u>Wirksamkeit</u>	<u>Zweckmässigkeit</u>	<u>Wirtschaftlichkeit</u>
<ul style="list-style-type: none">• Umsetzbarkeit• Zielorientierung• Verständlichkeit• innovationsfördernd	<ul style="list-style-type: none">• <u>Verhältnismässigkeit</u> (geeignet, erforderlich, angemessen)• <u>Rechtssicherheit</u>• <u>Planungssicherheit</u>• <u>Widerspruchsfreiheit</u>	<ul style="list-style-type: none">• <u>Kosten-Nutzen-Verhältnis</u>• <u>Nutzen allgemein</u>• <u>Administrative und wirtschaftliche Kosten</u>

Bewertung ausgewählter¹ Beispiele

Gute Beispiele

Risikoausgleich

Seit Anfang 1996 wurde der Risikoausgleichsmechanismus mehrere Male angepasst. Während in den Einführungsjahren junge gesunde Männer aus versicherungstechnischer Sicht die besten Risiken waren, hat sich das seit der letzten Anpassung ins Gegenteil verkehrt. Ältere und weibliche Personen sind nun die besten Risiken. Das fördert zum einen die Versorgungsorientierung der Versicherer. Und gezielte Risikoselektion wird stark erschwert. Diese Reform ist sehr nützlich, relativ einfach umsetzbar und zweckmässig. Sie erfüllt daher alle Kriterien einer guten Regulierung.



Alternative Versicherungsmodelle

Das Gleiche gilt für Regeln für alternative Versicherungsmodelle gemäss Art. 41 Abs. 4. Sie wirken innovations- und, qualitätsfördernd, kostensenkend, sind freiwillig und entsprechen offensichtlich einem Bedürfnis der Bevölkerung. Zwar fallen gewisse Umsetzungskosten an, sie lohnen sich aber offensichtlich.



Mittelmässige Beispiele

Qualitätsregulierung

Der politische Wille ist klar: Gute Qualität ist gewollt. Die seit 2021 geltenden Bestimmungen (Art. 58ff) enthalten top down - Vorgaben an die Verbände der Versicherer und Leistungserbringer, die darauf basierend gemeinsam bottom up – Lösungen entwickeln sollen. Und sie sind die Basis für die finanzielle Förderung von Qualitätsentwicklungsprojekten.

Die Umsetzung verläuft zögerlich, es bestehen Interpretationsschwierigkeiten. Die Regeln sind sehr granular und bremsen momentan eher die Innovationsbereitschaft für Qualität. Umsetzungsaufwand und -kosten sind hoch. Immerhin entstehen mit den

¹ Im Rahmen des Referats des Autors werden diese und weitere Beispiele diskutiert.

Fördermitteln neue Aktivitäten. Die Regelung ist weitgehend widerspruchsfrei und sie dürfte insgesamt doch nützlich sein.



Early Access von Medikamenten

Für grössere, komplexe Gesuche oder für Arzneimittel mit hohem medizinischem Bedarf kann die ZulassungsinhaberIn anhand festgelegter Kriterien seit 1.1.2024 vor der Gesuchseinreichung bei swissmedic eine Vorabklärung beim BAG beantragen, damit ein Arzneimittel zum Zeitpunkt der Zulassung gleichzeitig auf die Spezialitätenliste aufgenommen werden kann.

Die Regelung ist zwar zielorientiert und grundsätzlich umsetzbar. Die Schwierigkeiten bestehen in der Umsetzung. Zum einen besteht eine Abhängigkeit vom Verhalten sowohl des pharmazeutischen Unternehmens als auch des BAG. Insbesondere bestehen keine Fristen bei der Preisfestsetzung. Das bisherige Problem der Verzögerungen aufgrund der lang andauernden Verhandlungen ist daher nicht gelöst. In der Realität wird dieses Verfahren daher kaum genutzt, und die Wirkung ist beschränkt.



Schlechte Beispiele

Kostenmonitoring

Seit 1.1.2024 ist Art. 47c KVG in Kraft. Er sieht vor, dass die Tarifvertragspartner Korrekturen bei den Tarifen vornehmen müssen, wenn es zu nicht erkläraren Mengen-, Volumen-, und Kostenentwicklungen kommt. Dazu müssen sie die nicht beeinflussbaren Faktoren festlegen und Regeln zur Korrektur bei ungerechtfertigten Entwicklungen vorsehen.

Die Regelung ist schlecht verständlich (unerklärbar? Ungerechtfertigt?), widerspricht der Kostenneutralitätsvorgabe, der Vorlage zu den Kostenzielen (unerwünschte Kostenentwicklung?) sowie weiteren tarifrechtlichen Bestimmungen. Aus diesen Gründen sind bisher keine Vereinbarungen zustande gekommen.

Die Planungssicherheit wird eingeschränkt, und die Regelung bringt keinen Nutzen aber viel Aufwand und weitere Verzögerungen in Verhandlungen.



Zulassungssteuerung

Neben der möglichen Globalbudgetierung auf kantonaler Ebene bei Spitälern und Pflegeheime (Art. 54 KVG) ist seit 1. Juli 2021 als «ausserordentliche Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung» die kantonale Zulassungssteuerung bei der Ärzteschaft in Kraft. Die kantonale Umsetzung ist in der Verordnung zu den Höchstzahlen geregelt. Sie gibt die Methodik zur Herleitung des Versorgungsgrades vor, wobei sowohl der Bund (EDI) als auch die Kantone bedarfsadjustierte Leistungsvolumen herleiten und mittels Gewichtungsfaktoren nach Fachgebiet und Region Höchstzahlen für Vollzeitäquivalente herleiten. Offensichtlich ist die Umsetzung nur mittels fragwürdigen methodischen Schlenkern möglich, nicht verständlich und ohne verständlichen Bezug zu den Kosten, welche die Massnahmen eindämmen sollten. Wann die Ausserordentlichkeit der Situation wegfallen soll, lässt sich nicht herleiten. Die Massnahme führt zu Ungleichbehandlungen (bereits zugelassene-nicht zugelassene, kantonale etc.) und Rechts- und Planungssicherheit fehlen. Der Nutzen der Regelung ist bis anhin nicht ersichtlich, erzeugt aber Kosten.



Thesen

Die Mengenausweitung bei gesundheitspolitischen Geschäften führt vermehrt zu widersprüchlichen Regelungen.

Gut gemeinte Vorlagen scheitern oft an der Umsetzung.

Die Kostenfokussierung hat in Sachen Versorgungssicherung lange blind gemacht. Die Folgen sind bestehende und drohende Versorgungsprobleme wegen Ressourcenknappheit.

Die ständig steigende Granularität der Regulierung lähmt die wirtschaftliche Dynamik im Gesundheitswesen.

Unser Gesundheitswesen ist wegen aber auch trotz der Regulierung gut.