

Die Einführung von DRG und mögliche Einflüsse auf die Prämienberechnung der Krankenversicherer

Viele Fragen – Turbulenzen vorprogrammiert?

Gesundheitsökonom Dr. Willy Oggier betrachtete am TIP-Day die Folgen von Swiss DRG auf die kommende Prämienrunde der Krankenversicherer. Seine Analyse brachte erstaunliche Details zum Vorschein: Unsicherheit allerorten.



Dr. Willy Oggier, Gesundheitsökonom

Allein schon die Problemfelder lassen Ungutes erwarten. Oggier nannte eine lange Liste:

- Kostendruck
- Entsolidarisierung
- demographische Entwicklung
- Pflegebedürftigkeit
- Anspruchshaltung
- Ärzteüberschuss
- Medizin-technologische Entwicklung
- Rückzug der öffentlichen Hand
- noch ungewohnter Wettbewerb
- Akutbettenüberhang
- mangelnde Pflegebetten
- Personalmangel
- Föderalismus
- falsche (Finanzierungs-)Anreize

Getrieben wird das schweizerische Gesundheitswesen von der demographischen Entwicklung, der medizinischen Entwicklung, der Europäisierung, die sich gerade in der Personalsituation zeigt, sowie den diversen KVG-Revisionen, welche die Spitalfinanzierung (DRG), den Risikoausgleich und die Pflegefinanzierung betreffen.

Freie Arztwahl und Qualität

Der Referent skizzierte als Ausgangsbasis für neue Massnahmen die Stimmung in der Bevölkerung, wie sie sich anlässlich der Abstimmung zur Managed-Care-Vorlage vom 17. Juni 2012 zeigte, die ja mit 76% der Stimmen abgelehnt wurde. Anlass dafür gaben laut einer Vox-Nachanalyse die Gefährdung der freien Arztwahl (3 von 4 Befragten) und die Angst, dass dabei keine Senkung, sondern eine Erhöhung der individuellen Gesundheitskosten eintreten werde. Ein weiterer Grund war die Befürchtung einer Zwei-Klassen-Medizin, ausserdem verfielen die Qualitäts-Argumente selbst bei den Netzwerk-Versicherten nicht. Am meisten Zustimmung fand lediglich die Eindämmung der Jagd nach guten Risiken (Verbesserung des Risikoausgleichs).

Welches sind nun mögliche Ansätze für die künftige Gesundheitspolitik? – Als Alternativen nannte Oggier:

- Vertragsfreiheit
- Zulassungsstopp
- Verbesserung Risikoausgleich
- monistische Finanzierung
- Einheitskasse
- Nichts tun
- Kombinationen wie:
 - Verbesserung Risikoausgleich – sonst nichts
 - Zulassungsstopp – sonst nichts
 - Kopplung Vertragsfreiheit und Risikoausgleich
 - Kopplung Vertragsfreiheit und Monismus

Komplizierte Vertragsfreiheit

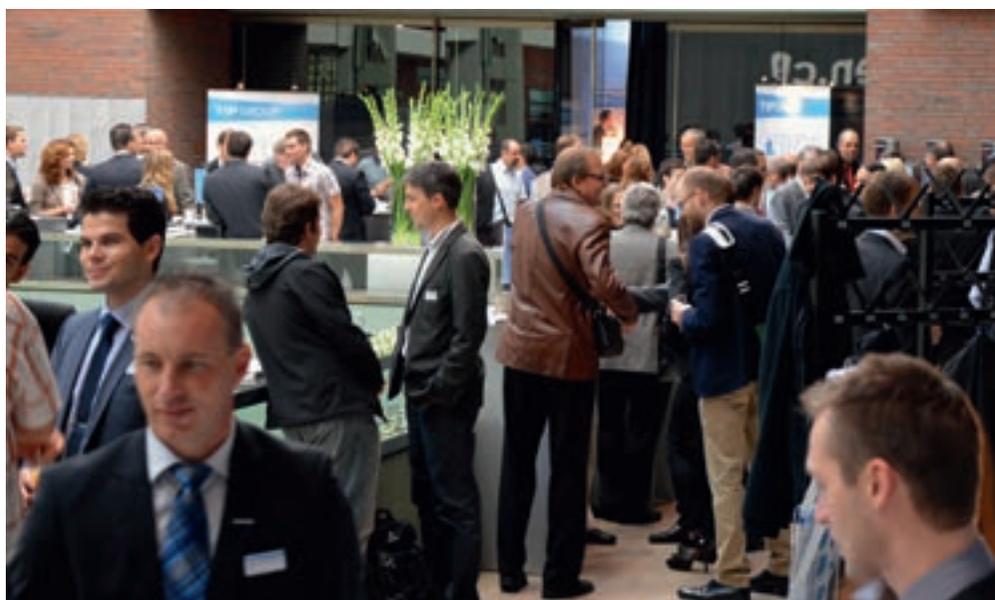
Bereit bei der Vertragsfreiheit ergeben sich viele offene Fragen. Wie soll die Vertragsfreiheit eigentlich aussehen? Betrifft sie den ambulan-

ten und den stationären Sektor? Gibt es eine Grundversicherung normal und besondere Versicherungsformen? Betrifft die Vertragsfreiheit Ärzte und nicht-ärztliche Berufe nach KVG? Grundversorger und Spezialärzte? Wie wird die Versorgungssicherheit gewährleistet? Wie und durch wen? Mit oder ohne monistische Finanzierung? Mit oder ohne Verbesserung des Risikoausgleichs? Mit oder ohne Unterstellung unter das Kartellgesetz?

Noch mehr Fragen bei Swiss DRG

Die offenen Fragen lauten hier:

- Welche Position hat die Eidgenössische Preisüberwachung?
- Welche Rolle hat die Kantonsregierung (im hoheitlichen Festlegungs-Fall und im Tarifgenehmigungs-Fall)?
- Kann sie v.a. im letzteren Fall sich nachträglich noch einmal auf den Qualitäts- und Wirtschaftlichkeits-Aspekt im Sinne einer rollenden Spitalplanung und Spitalliste berufen und die eigenen Geldströme über Arbeitstarife reduzieren?
- Wer definiert die «notwendige Qualität»? Und wie definiert sie sich?
- Was heisst «effizient und günstig» bei den Tarifen (insbesondere unter dem Blickwinkel des Wechsels von einer Kosten- zu einer Preis-erstattung)?
- Ist es wirklich so, dass die Arbeitstarife der Kantone keine präjudizierende Wirkung haben oder wird vielmehr faktisch auf eine rückwirkende Abwicklung der Rück-/Mehrzahlungen nach letztinstanzlichen hoheitlichen Tariffestlegungen verzichtet?
- Welcher Tarif ist der Referenztarif für ausserkantonale Behandlungen, falls es verschiedene (Arbeits-)Tarife gibt (der höchste, durchschnittliche oder tiefste vereinbarte)? Oder für jeden Krankenversicherer einen anderen?



Oggier: «Verschiedene Spitäler und Krankenversicherer tun sich – nicht nur wegen der zahlreichen offenen Fragen – schwer mit der Rechnungsstellung bzw. -Überprüfung unter DRG. Das ist auch ein (mangelndes) Qualitäts-Zeichen.»

Seine daraus folgende These ist pickelhart: «Folglich fehlten wichtige Daten für die Prämienberechnung 2013. Überraschungen dürften daher für die Prämienrunden 2014 und 2015 ohne entsprechende Gegenmassnahmen zu erwarten sein. Diese können aber je nach Krankenversicherer unterschiedlich ausfallen.»

Doch damit nicht genug: «Ebenso lassen sich kaum Rückschlüsse auf allfällige (unter den vorherrschenden finanziellen Anreizen teilweise auch verständliche) Verlagerungsstrategien von Spitalern in den ambulanten Bereich ziehen. Diese werden im Übrigen auch durch die Qualität der Tarifstruktur beeinflusst, wo sich das Nicht-Vorhandensein von Zusatz- und Innovationsentgelten bemerkbar macht.»

Die jahresübergreifende Vergleichbarkeit dürfte dadurch in den kommenden Jahren für die Kassen erschwert werden, weil es dringend mehr Zusatz- und Innovationsentgelte braucht, um mittel- bis langfristig einen vernünftigen Benchmark zu ermöglichen. Damit dürfte aber die durch Swiss DRG provozierte Unsicherheit in den Prämienberechnungen während der nächsten Jahre aufrechterhalten bleiben. Diesen «Preis» gilt es trotzdem zu bezahlen.

Schliesslich sei zu beachten: «Neben DRG und der Entwicklung im Managed-Care-Bereich spielen die Entwicklung des Versicherten-Kollektivs (Anzahl, Alter, Krankheitsbilder), die finanzielle Situation der Kassen(gruppen) und der Risikoausgleich wichtige Rollen.»

Text: Dr. Hans Balmer

- Wie kann sichergestellt werden, dass Tarifpartner vermehrt Interesse an einvernehmlichen Vertragsabschlüssen statt hoheitlichen Festlegungen haben?
- Welche Folgen hat dies auf die Zusatzversicherungs-Produkte?
- Wie kommen wir in der Schweiz zu einem statistisch robusteren System?
- Wie schafft die Schweiz die Abbildung selten vorkommender Extremkostenfälle (v.a. bei Hochleistungs-Versorgern)?
- Wie werden Innovationen berücksichtigt? Und bei wem? Unter welchen Bedingungen? Was bedeutet hier Gleichbehandlung (Beispiel Pharma vs. Medtech)?
- Wie stellen wir sicher, dass jene, die fair kodieren, nicht die finanziell Dummen sind?
- Wie können Kassen Rechnungen prüfen? Braucht die Schweiz doch noch das Kontrollinstrument eines Medizinischen Dienst der Krankenversicherer MDK, wie er in Deutschland üblich ist (mindestens als subsidiäre

Organisation)? Erhalten die Kassen sämtliche Rechnungen elektronisch?

- Wie realisieren wir gleich lange Spiesse zwischen öffentlichen und privaten Spitalern (Gemeinwirtschaftliche Leistungen, Handlungsfreiheit z.B. bei Bau-Investitionen)?
- Wie kann eine langfristige Investitions-Finanzierung sichergestellt werden?
- Wollen wir einen Preis- oder einen Qualitätswettbewerb?

Wesentlich komplexer sieht die Ausgangslage bei der DRG-Finanzierung aus, und das kurz nach der Einführung dieses neuen Systems für den gesamten stationären Bereich in der Schweiz.

Es bleibt schwierig

Die vielen offenen Fragen bedürfen klarer Antworten. Die Leistungserbringer wie Kostenträger sind aufs höchste Mass herausgefordert. Dazu