

Medienmitteilung – Bern, 28. September 2017

Die FMH zu den Krankenkassenprämien 2018

Wie der Bundesrat heute mitgeteilt hat, steigen die Prämien für das Jahr 2018 durchschnittlich um 4,0 Prozent an. Die Demographie, der medizinische Fortschritt und das Finanzierungssystem sind die Hauptgründe für diese Entwicklung. Die Politik verlangt zu Recht «ambulant vor stationär», so dass immer mehr Leistungen in den ambulanten Bereich verschoben werden. Im geltenden Finanzierungssystem löst dies zusätzliche Prämienschübe aus. Die FMH setzt sich deshalb vehement für die Einführung einer einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen ein. Nur so kann der ambulante Bereich als kostendämpfende Versorgungsform gefördert werden, ohne damit Prämiensteigerungen auszulösen.

Das Schweizer Gesundheitswesen ist im internationalen Vergleich eines der besten. Dies belegen diverse Untersuchungen: Gemäss der Global Burden of Disease Studie (Lancet, 15.7.2017) belegt die Schweiz in Bezug auf Zugang und Qualität der medizinischen Versorgung unter 195 Ländern den dritten Rang. Im jährlich erscheinenden Euro Health Consumer Index, welcher die Leistungen der Gesundheitssysteme von 35 Staaten vergleicht, rangiert die Schweiz 2016 auf Platz zwei. Besonders überzeugend ist die Schweiz in den Kategorien Zugang zur medizinischen Versorgung, Behandlungserfolge und Medikamente.

Seit Einführung des KVG 1996 sind die Prämien deutlich stärker gestiegen als die Gesundheitskosten. Gemäss der Umfrage SOPHIA 2017 des Instituts für Wirtschafts- und Sozialforschung M.I.S.Trend beurteilen *Gesundheits-Experten* vor allem die Demographie sowie den medizinischen Fortschritt als Ursachen für die steigenden Gesundheitskosten. Die *Bevölkerung* hält gemäss Umfrage SOPHIA die Pharmaindustrie bzw. Medikamentenpreise und Krankenkassen für die grössten Kostentreiber. Die FMH ist davon überzeugt, dass die Effizienz der Versorgung weiter gesteigert werden muss, um die Gesundheitskosten einzudämmen. Darum setzt sich die Ärzteschaft dafür ein, nutzlose Leistungen zu vermeiden (choosing wisely), die hohe administrative Belastung zu reduzieren und den ambulanten Tarif umfassend und sachgerecht zu revidieren.

Kantone nehmen Prämienschub in Kauf

Aufgrund des medizinischen Fortschritts können immer mehr Behandlungen ambulant durchgeführt werden. Patientinnen und Patienten müssen so nur noch für die Dauer der Behandlung beim Arzt oder in der Klinik sein und nicht für einen längeren Zeitraum dort bleiben. Dies entspricht einerseits einem Patientenbedürfnis, andererseits dämpft ambulant vor stationär den Anstieg der Gesundheitskosten, denn ambulante Behandlungen sind kostengünstiger. Bund und Kantone fordern deshalb vehement eine Verlagerung von stationären Leistungen in den ambulanten Bereich. Der «Dialog Nationale Gesundheitspolitik», eine gemeinsame Plattform von Bund und Kantonen, hat dies im Mai 2017 bekräftigt.

Aufgrund der unterschiedlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen heute treiben Kantone und Bund allerdings mit der Devise «ambulant vor stationär» die Prämien in die Höhe. Während Spitalaufenthalte mehrheitlich durch Steuern getragen werden, finanzieren ambulante Be-

handlungen in Arztpraxen und Spitalambulatorien allein die Prämienzahler. Unter diesem Finanzierungsregime führt eine Verschiebung von stationären Leistungen in den ambulanten Bereich unweigerlich zu einem Prämien Schub, ohne dass die gesamten Gesundheitskosten insgesamt ansteigen. Die Kantone lehnen eine einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen ab. Damit sparen die Kantone auf Kosten der Prämienzahler Geld. Dies ist nicht nur volkswirtschaftlich, sondern auch sozialpolitisch fragwürdig.

Politik schwächt ambulante Versorgung

Nur mit einer einheitlichen Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen kann der ambulante Bereich als kostendämpfende Versorgungsform gefördert werden, ohne massive Prämiensteigerungen auszulösen. Die Einführung einer einheitlichen Finanzierung birgt ein Sparpotenzial in Höhe von rund einer Milliarde Franken pro Jahr – ohne Rationierung und Qualitätsverlust. Anstatt dieses vorhandene Sparpotenzial zu nutzen, schwächt die Politik die kostendämpfende ambulante Versorgung. Der Bundesrat hat die Abwertung ambulanter Leistungen beschlossen (Tarifeingriff), das Parlament verhandelt die Einschränkung der freien Arztwahl (Zulassungssteuerung) und diskutiert die Einschränkung ambulanter Leistungen (Globalbudget). Dies würde im Endeffekt zu Wartezeiten und Zweiklassenmedizin führen.

Die FMH setzt sich dafür ein, dass alle Patientinnen und Patienten Zugang zu einer qualitativ hochstehenden und finanziell tragbaren medizinischen Versorgung haben. Die FMH arbeitet gemeinsam mit allen Ärzteorganisationen an einer Gesamtrevision des ambulanten Tarifs TARMED.

Auskunft:

Cornelia Steck, Leiterin Abteilung Kommunikation a.i. der FMH
Tel. 031/359 11 53, E-Mail: kommunikation@fmh.ch

Die FMH vertritt als Berufsverband der Schweizer Ärztinnen und Ärzte über 40'000 Mitglieder und als Dachverband rund 90 Ärzteorganisationen. Sie setzt sich dafür ein, dass alle Patientinnen und Patienten Zugang zu einer qualitativ hochstehenden und finanziell tragbaren medizinischen Versorgung haben.

Die FMH arbeitet gemeinsam mit den in der Ärztekammer vertretenen Organisationen an einer Gesamtrevision des TARMED. Im Sommer 2017 starteten bereits die Verhandlungen mit den Tarifpartnern H+ und MTK. Ziel der FMH ist es, per Juni 2018 eine gesetzeskonforme, betriebswirtschaftliche und sachgerechte Tarifstruktur mit allen Tarifpartnern beim Bundesrat zur Genehmigung einzureichen.