



22. Juni 2011

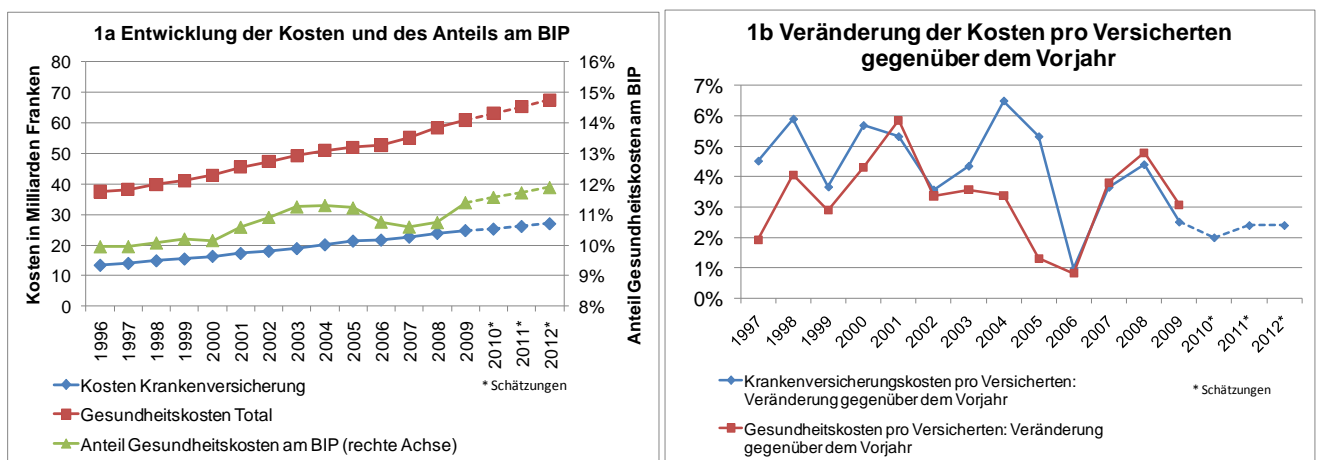
Die Strategie des Bundesrats in der Gesundheitspolitik

1. Gesundheitsversorgung und ihre volkswirtschaftliche Bedeutung

Besser versorgen und heilen ist das zentrale Leitmotiv der Gesundheitspolitik des Bundesrates. Die Erhöhung der Qualität sowie die Steigerung der Effizienz und der Transparenz des Gesundheitssystems dienen auch dazu, die Kostensteigerung im Gesundheitswesen zu dämpfen.

Die Kosten in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sind zwischen 1996 und 2009 von 13.4 auf 24.8 Milliarden Franken gestiegen (vgl. Abbildung 1).¹ Das durchschnittliche jährliche Wachstum betrug 4.8%. In der gleichen Zeit nahm die Anzahl der Versicherten um durchschnittlich 0.5% zu, so dass die Pro-Kopf-Kosten um 4.3% gewachsen sind. Die provisorischen Ergebnisse zeigen für das Jahr 2010 eine Kostenzunahme von insgesamt 2.9% bzw. von 1.8% pro Versicherte – die zweitniedrigste Wachstumsrate seit Inkrafttreten des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) im Jahre 1996.

Abbildung 1: Entwicklung der Kosten 1996-2012



Die gesamten Gesundheitskosten sind in der gleichen Zeitspanne (1996-2009) etwas weniger stark gewachsen als im KVG-Bereich: Die Zunahme betrug durchschnittlich pro Jahr 3.8% oder 3.3% pro Kopf. Der Grund für die gegenüber der obligatorischen Krankenpflegeversicherung etwas tiefere Wachstumsrate ist, dass die medizinisch-technischen Innovationen grösstenteils in den Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung fallen. Der Anteil der Gesundheitskosten am Bruttoinlandprodukt (BIP) nahm in dieser Zeitspanne von 9.9% auf 11.4% zu. Höhere Anteile wiesen im internationalen Vergleich im Jahr 2008 Belgien, Frankreich und die USA auf.

¹ Zu den Krankenversicherungskosten gehören die durch die Krankenversicherer bezahlten Leistungen, die Verwaltungskosten sowie die Kostenbeteiligungen der Versicherten. Die Beiträge der Kantone und Gemeinden an die Investitionen und den Betrieb der stationären Einrichtungen wird nicht berücksichtigt (7.4 Milliarden Franken im Jahr 2009).

Aus volkswirtschaftlicher Sicht ist der Gesundheitssektor von grosser Bedeutung und stiftet entsprechend Nutzen: 2008 arbeiteten insgesamt 541'000 Personen im Gesundheitssektor als Leistungserbringer, in Industrie und Handel, in der Prävention sowie in der öffentlichen Verwaltung (Anteil von 13.4% aller Beschäftigten). Zwischen 2001 und 2008 nahm diese Zahl um 90'000 Personen oder 20% zu und stabilisierte dadurch die Konjunktorentwicklung. Die drei grössten Wachstumsbereiche waren dabei die sozialmedizinischen Institutionen (+28'000 Personen), die Industrie und der Handel (+ 23'000 Personen) sowie die Spitäler (+22'000 Personen).

Der Gesundheitssektor als solcher ist ein Wachstumsmarkt. Die Pharma- und Medizinaltechnologie-Industrie sind solide Exportsektoren. Gesundheit und damit die Verhinderung von Krankheiten und Unfällen sowie die rasche Behandlung ihrer Folgen sind volkswirtschaftlich von grossem Nutzen, indem eine hohe die Produktivität erhalten, Arbeitsausfälle reduziert und langfristige Sozialkosten vermindert werden. Aufgrund der demographischen Verschiebungen wird es immer wichtiger werden, ältere Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen im Arbeitsprozess zu halten. Aufgrund dieser Entwicklungen hat die Schweiz nicht nur ein gesundheitspolitisches, sondern auch ein gesellschaftliches und volkswirtschaftliches Interesse an möglichst gesunden Menschen.

2. Die Kompetenzverteilung zwischen Bund und Kantonen in der Gesundheitspolitik

Nach Art. 3 der Bundesverfassung (BV) verfügt der Bund nur dann über Kompetenzen, wenn ihm diese in der BV explizit zugewiesen werden. Von dieser Möglichkeit wurde auch im Gesundheitsbereich Gebrauch gemacht. So ist der Bund zuständig für die Regelung der Sozialversicherungen (Kranken-, Invaliden- und Militärversicherung), für den Gesundheitsschutz (z.B. Epidemiengesetz), für die Regelung der Forschung am Menschen und der Fortpflanzungs- und Transplantationsmedizin sowie für die Statistik. Der Bund nimmt diverse Aufsichts- und Überwachungsaufgaben wahr, zum Beispiel im Bereich der Arzneimittel und im Versicherungsbereich.

Alle dem Bund nicht explizit zugewiesenen Kompetenzen liegen bei den Kantonen. Die Kantone sind insbesondere für die Gesundheitsversorgung zuständig. Dazu gehört die Steuerung, Planung und Sicherstellung einer qualitativ hochstehenden Gesundheits- und Altersversorgung. Die Kantone haben ausserdem diverse Aufgaben im Zusammenhang mit der Umsetzung des Bundesrechts (Vollzugsaufgaben).

In einigen Bereichen gibt es gemeinsame Zuständigkeiten. So ist mit Bezug auf das Gesundheitspersonal der Bund für die Qualitätssicherung in der Aus- und Weiterbildung der universitären Gesundheitsberufe zuständig (Medizinalberufegesetz, Psychologieberufegesetz), während die Kantone für die medizinischen Fakultäten, für die Berufszulassungen und Praxisbewilligungen sowie für die Bildung in den übrigen Gesundheitsberufen verantwortlich sind. Die Finanzierung der Versorgung wird einerseits von den Kantonen (Spitäler, Pflege im Heim und zu Hause), andererseits auch vom Bund (Krankenversicherung) sicher gestellt. Bund und Kantone finanzieren zudem die Prämienverbilligungen. Weitere Überschneidungen gibt es im Bereich der Prävention: Hier sind grundsätzlich die Kantone tätig, der Bund engagiert sich bspw. im Rahmen der nationalen Präventionsprogramme.

3. Stärken und Schwächen der schweizerischen Gesundheitspolitik

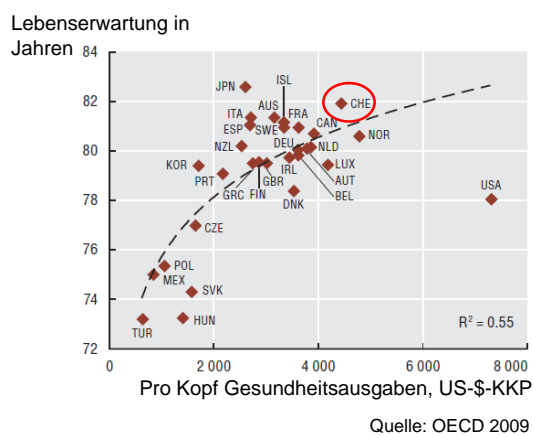
Im internationalen Vergleich haben hat die Schweiz ein sehr gutes Gesundheitssystem, mit welchem die Bevölkerung grundsätzlich zufrieden ist. Das bestätigen u.a. eine aktuelle Untersuchung der OECD/WHO, die im Herbst 2011 publiziert werden wird (vgl. Beilage), sowie zahlreiche weitere Untersuchungen und Umfragen.²

² Bspw. die jüngste Untersuchung im Auftrag des seco (Kirchgässner Gebhard und Berit Gerritzen (2011): Leistungsfähigkeit und Effizienz von Gesundheitssystemen: Die Schweiz im internationalen Vergleich).

Als zentrale *Stärken* werden regelmässig hervorgehoben:

- *Gesundheitszustand und Lebenserwartung:* Der Gesundheitszustand der Bevölkerung und die Lebenserwartung sind im EU- und OECD-Vergleich überdurchschnittlich hoch. Die Lebenserwartung von Frauen beträgt 84.6 Jahre, jene der Männer 79.8 Jahre. Im OECD-Vergleich belegt die Schweiz in Bezug auf die Lebenserwartung der Männer den ersten und in Bezug auf die Frauen nach Japan den zweiten Rang (Zahlen 2007; siehe auch Abbildung 2).
- *Zugang zum Gesundheitssystem:* Der ganzen Bevölkerung – ob reich oder arm – wird Zugang zu einer breiten Palette von medizinischen Leistungen gewährt, welche grösstenteils von der obligatorischen Krankenversicherung vergütet werden.
- *Hohe Qualität:* Die hohe Qualität der Versorgung gründet auf dem hohen Stand der Aus- und Weiter- und Fortbildung des Gesundheitspersonals sowie der modernen Infrastruktur.
- *Zufriedenheit der Bevölkerung:* Die Bevölkerung ist mit den erbrachten Leistungen zufrieden und kann aufgrund der freien Arzt- und Versichererwahl individuell abgestimmte Produkte wählen.

Abbildung 2
Lebenserwartung bei der Geburt und Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben, 2007 (oder letztes verfügbares Jahr)



Obschon die Stärken auch im internationalen Vergleich deutlich überwiegen, sind auch verschiedene *Schwächen* zu verzeichnen:

- *Fehlanreize:* Das Schweizer Gesundheitssystem ist im OECD-Vergleich sehr effizient. Wie internationale Studien aber belegen, gibt es dennoch ein erhebliches Effizienzsteigerungspotenzial. Kosteneinsparungen von 10 bis 20 Prozent sind gemäss diesen Studien ohne Qualitätseinbussen möglich, namentlich durch die Förderung der integrierten Versorgung, die Standardisierung von therapeutischen Abläufen und die Eliminierung von Fehlanreizen (Mengenausweitung aufgrund von Kontrahierungszwang sowie Einzelleistungstarifen).
- *Qualitätssicherung:* Die Qualität der Gesundheitsversorgung wird zum grössten Teil weder systematisch erfasst noch einheitlich gemessen. Dadurch besteht zu wenig Aufschluss über das Verbesserungspotenzial und die tatsächlich erzielten Verbesserun-

gen. Auch können die Patienten und Patientinnen in der Folge nicht im wünschbaren Ausmass gut informierte Entscheidungen bei der Auswahl der Leistungserbringer treffen. Es fehlt ein echter Qualitätswettbewerb, der sich nicht nur auf die Behandlungsqualität, sondern auch auf die Kosten positiv auswirken würde. Zu denken ist dabei insbesondere an Methoden der best practice sowie die möglichst effektive Vernetzung der Leistungserbringer und der Versorgungsstrukturen.

- *Effizienz der Prävention:* Im Bereich der Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung erzielt die Schweiz mit dem eingesetzten Geld suboptimalen Nutzen. Die Ursachen liegen in der Organisation des Tätigkeitsfeldes, in der mangelnden Koordination und in der ungenügenden Abstimmung innerhalb der Versorgung. Durch die Vermeidung von Doppelspurigkeiten könnten erhebliche Effizienzgewinne erzielt werden. Des Weiteren ist zu vermerken, dass die Schweiz im OECD-Vergleich unterdurchschnittlich in die Prävention investiert (Zahlen 2008: Schweiz: 2.3% der gesamten Gesundheitskosten, OECD-Durchschnitt: 3.1%)
- *Nationale gesundheitspolitische Strategie:* In der Schweiz gibt es heute keine übergreifende nationale Gesundheitspolitik. Bund und Kantone haben ihre jeweiligen Kompetenzen im schweizerischen Gesundheitssystem und nehmen in diesem Rahmen Aufgaben wahr (vgl. Ziffer 3). Diese Kompetenzverteilung zwischen Bund und Kantonen ist über alle Bereiche des Gesundheitssystems betrachtet komplex und erschwert die Transparenz. Dies führt auch dazu, dass die Einflussmöglichkeiten - namentlich auf die Kostenentwicklung - als zu gering beurteilt werden.

4. Trends, Chancen und Risiken

Gesellschaftliche, wissenschaftliche und wirtschaftliche Trends beeinflussen die Gesundheitspolitik. Diese zukünftigen Entwicklungen müssen bei der Erarbeitung und Umsetzung der gesundheitspolitischen Strategie berücksichtigt werden. Nachfolgend werden die wichtigsten Trends, Chancen und Risiken im Bereich der Gesundheitspolitik dargelegt:

- *Alterung der Gesellschaft:* Die Anzahl der älteren Menschen wird in den kommenden Jahren absolut und in ihrem Anteil an der Gesellschaft zunehmen. Da ältere Menschen häufiger an gesundheitlichen Einschränkungen leiden, oft nicht nur an einer Krankheit leiden (Multimorbidität) und häufiger von degenerativen Krankheiten betroffen sind (bspw. Demenz), werden sich die Versorgungsstrukturen anpassen müssen. Durch präventive, aber auch durch aktivierende Massnahmen und eine optimale Versorgung bei chronischen Krankheiten kann die Zahl der gesunden Lebensjahre beeinflusst werden. Zur Erhöhung der Lebensqualität und Selbstbestimmung bei schweren Krankheiten und in der letzten Lebensphase ist der Ausbau von Palliative Care angezeigt. Bund und Kantone führen derzeit ein gemeinsames Projekt, welches dieses Ziel verfolgt.
- *Chronische Krankheiten:* Chronische Krankheiten wie Diabetes, Osteoporose, Herz-Kreislauferkrankungen und Demenzerkrankungen verursachen bereits heute rund 70-80% der Gesundheitskosten. Aufgrund der Tatsache, dass die Menschen länger leben, ist in Zukunft mit einer deutlichen Zunahme der Chronischkranken zu rechnen. Gemäss Schätzungen ist im Zeitraum 2000 bis 2020 davon auszugehen, dass die Zahl der Herzinfarktpatienten um rund 28% steigt. Bei der Osteoporose und bei Diabetes ist von einer Zunahme von 25% auszugehen. Gemäss der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sind bis zu 50 Prozent der chronischen, nicht-übertragbaren Krankheiten im mittleren Lebensalter mit einem gesunden Lebensstil vermeidbar. Das unterstreicht die Bedeutung der Prävention und Gesundheitsförderung bei der Bekämpfung von chronischen Krankheiten.

Abbildung 3: Zunahme chronischer Krankheiten: 2000 bis 2020

	2000	2020	Zunahme
Osteoporose (erkrankte Personen)	320'000	400'000	+ 25.0%
Hüftfrakturen infolge Osteoporose (Fälle pro Jahr)	8'630	11'480	+ 33.0%
Kosten der Osteoporose (Total in Mio. Franken)*	878	1'157	+ 31.8%
Diabetes (erkrankte Personen)	210'000	267'000	+ 26.0%
Herzinfarkt (Fälle pro Jahr)	9'600	12'310	+ 28.2%
Kosten aller Herzinfarkte (Total in Mio. Franken)	105	134	+ 28.2%
Demenzerkrankungen	86'000	115'000	+ 33.0%

* Anmerkung: davon entfallen 56% auf die Langzeitpflege

Quelle: Osteoporose und Stürze im Alter. Ein Public-Health-Ansatz. Bundesamt für Gesundheit 2005.

- *Gesundheitspersonal:* Aufgrund der zunehmenden Nachfrage nach Gesundheitsleistungen und dem (teilweise) fehlenden Nachwuchs in den Gesundheitsberufen könnten sich ab 2020 regionale Versorgungsengpässe ergeben. Die grosse Abhängigkeit von im Ausland ausgebildeten Arbeitskräften stellt ein Risiko dar. Wenn die Arbeitsbedingungen in den Herkunftsländern attraktiver werden, könnte der Zustrom von Health Professionals ausbleiben. Die heutige Situation verursacht Versorgungsprobleme in den Herkunftsländern. Gleichzeitig bietet der sich abzeichnende Engpass auch Chancen: Traditionelle Versorgungsformen und Berufsrollen können aufgebrochen werden und effizienteren Versorgungsstrukturen Platz machen.
- *Medizinisch-technischer Fortschritt:* Die hohe Innovationskraft der in- und ausländischen Pharma- und Medizintechnologie-Industrie wird zu neuen Möglichkeiten der Früherkennung, Diagnose und Therapie führen. Technologische Entwicklungen beinhalten Chancen und Risiken. In der Vergangenheit haben sie die Lebenserwartung sowie die Lebensqualität – allerdings mit den entsprechenden Kostenfolgen - positiv beeinflusst. Bei den sich abzeichnenden zukünftigen technologischen Veränderungen wird dies nicht anders sein. Teilweise werden zusätzliche Schutzmassnahmen für die Gesundheit notwendig sein (bspw. nicht-ionisierende Strahlen, Nanopartikel, etc.); andererseits kann die Qualität der Versorgung deutlich gesteigert werden (bspw. durch die Nanomedizin). Vermehrt werden auch ethische Fragen aufgeworfen werden, z.B. bezüglich der Risiken der klinischen Forschung oder der Verwendung von menschlichen und tierischen Stammzellen.
- *Kosten und Nutzen:* Der medizinische, medizintechnische und pharmazeutische Fortschritt, der zunehmenden Wohlstand sowie die demographische Entwicklung und die damit verbundene Krankheitslast dürften ausgabenseitig weiterhin einen Wachstumsbeitrag leisten. Als kostendämpfende Faktoren soll daher das Potenzial von Qualitätsverbesserungen sowie von Massnahmen zur Beseitigung von Fehlanreizen und zur Effizienzsteigerung ausgeschöpft werden.
- *Pflege durch Angehörige und Laien:* Heute werden durch Angehörige, Freunde, Verwandte und Nachbarn von kranken Menschen grosse und wichtige Unterstützungsleistungen erbracht. Der Pflegebedarf wird in den kommenden Jahren aufgrund der demographischen Verschiebungen zunehmen. Gleichzeitig verändert sich die Gesellschaft. Die familiären Beziehungen werden – zum Teil durch die höhere Mobilität bedingt – unverbindlicher. Es ist tendenziell weniger selbstverständlich, dass Pflegeleistungen von Verwandten erbracht werden. Umso wichtiger wird es sein, dass der Pflegebedarf durch einen gesunde Lebensstil möglichst lange hinausgeschoben werden kann.

- *Erwartungen an den Bund:* Die in den kommenden Jahren zunehmenden Herausforderungen dürften die Erwartungen an den Bund als Problemlöser erhöhen (bspw. im Tarifbereich, bei den Versorgungsstrukturen u.a.). Die Kompetenzverteilung zwischen Bund und Kantonen soll deshalb weiterentwickelt werden. Gleichzeitig werden auch die finanziellen Folgen für beide Seiten sorgfältig zu prüfen sein. Die erhöhten Erwartungen bieten auch Chancen für neue Lösungswege: In jüngster Vergangenheit konnten mit der Einführung von Stakeholderplattformen Lösungen für bis anhin blockierte Fragen aufgezeigt werden (bspw. zur Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung).
- *Europäisierung und Globalisierung:* Der Gesundheitsschutz (Lebensmittelsicherheit, Chemikalien, Infektionskrankheiten, etc.) sind von den bilateralen Verhandlungen mit der EU stark betroffen. Ohne vertragliche Regelungen wird es zunehmend schwierig werden, das hohe Schutzniveau der Bevölkerung zu erhalten und nicht-tarifäre Handelshemmnisse zu vermeiden. Auch in anderen Gesundheitsbereichen nimmt die EU eine zunehmend wichtigere Rolle ein. So erwartet sie bspw. auch, dass die neue Richtlinie zur grenzüberschreitenden Patientenmobilität in die laufenden Verhandlungen aufgenommen wird. Dies kann zur Stärkung des Wettbewerbes und aufgrund der guten Qualität des Schweizer Systems durchaus auch im Interesse der Schweiz sein.
- *Gesundheit und Gesundheitspolitik werden zunehmend global.* Die Gesundheitsgefahren (wie bspw. die Gefahr von Pandemien aufgrund der intensiven internationalen Mobilität) und der Markt für Gesundheitsgüter und Personal sind schon jetzt de facto weitgehend globalisiert und rechtfertigen die aktive Rolle der Schweiz innerhalb der WHO.
- *Wirtschaftliche Sichtweise der Gesundheit:* Die wichtigste Determinante der Gesundheit ist der Wohlstand. Gleichzeitig ist eine gesunde Bevölkerung ein wesentlicher Produktionsfaktor. Verschiedene Länder berücksichtigen diese wirtschaftliche Dimension der Gesundheit in zunehmendem Mass bei der Definition ihrer Gesundheitspolitik. Gesundheit ist ein wesentlicher Kostenfaktor für das öffentliche Budget und gleichzeitig ein bisher meist unterschätzter Wirtschaftssektor, Wachstums- und Beschäftigungsfaktor.

5. Die gesundheitspolitische Strategie

Die gesundheitspolitische Leitmotiv der Strategie lautet: „**Besser vorsorgen und heilen.**“

Sie stellt damit den Menschen und seine Gesundheit in den Mittelpunkt und leitet sich aus dem verfassungsmässigen Versorgungsauftrag von Bund und Kantonen ab:

Art. 41 BV lautet:

"Bund und Kantone setzen sich in Ergänzung zu persönlicher Verantwortung und privater Initiative dafür ein, dass:

a. (...);

b. jede Person die für ihre Gesundheit notwendige Pflege erhält;

.... "

Aus dieser übergeordneten Sicht lässt sich die Strategie an Zielen und Leitlinien ausrichten.

5.1. Ziel und Leitlinien

Im Zentrum der Gesundheitspolitik steht der Mensch. Das Ziel der schweizerischen Gesundheitspolitik liegt darin, die Gesundheit der Menschen in der Schweiz noch besser zu fördern und schützen. Die Menschen sollen möglichst gesund sein und dies möglichst lange. Wenn sie verunfallen oder erkranken, müssen wir sie noch besser pflegen. Das bedeutet, dass Krankheiten und Unfällen vorzubeugen ist, deren Folgen zu lindern sind sowie die Gesundheit soweit wie möglich wieder herzustellen ist. Das wollen wir erreichen, indem wir die Qualität und die Effizienz des Gesundheitssystems systematisch erhöhen und vorhandene Verbesserungspotenziale konsequent ausschöpfen. Kurz: Wir wollen optimal vorsorgen und die Menschen optimal – und nicht maximal – heilen, zu tragbaren Kosten. Bund, Kantone, Leistungserbringer, Verbände, Nonprofit-Organisationen, Unternehmungen und Private engagieren sich gemeinsam, um dieses Ziel zu erreichen.

Ausgehend von der genannten Zielsetzung soll sich die Gesundheitspolitik an den folgenden *Leitlinien* orientieren:

- Die Menschen und ihre Gesundheit stehen im Zentrum der Gesundheitspolitik.
- Die Qualität, die Effizienz, die Transparenz des Gesundheitssystems sowie das Vertrauen in dieses System sollen erhöht werden. Fehlanreize sollen dadurch beseitigt und die Kosten eingedämmt werden.
- Die Prämien der Krankenversicherung sollen für alle Versicherten bezahlbar bleiben.
- Die Krankenversicherung soll nach dem Modell des „regulierten Wettbewerbs“ weiterentwickelt werden.
- Die Versorgung mit genügend und gut qualifizierten Health Professionals soll gesichert werden. Dabei ist die Abhängigkeit von im Ausland ausgebildeten Personen zu reduzieren.
- Die integrierte Versorgung soll zum Regelfall der Versorgung werden.
- Um die Lebensqualität der Menschen zu verbessern und die Kosten zu dämpfen, sollen Gesundheitsförderung, Gesundheitsschutz, Prävention und Früherkennung gestärkt werden.
- Die Steuerbarkeit des Gesundheitssystems soll erhöht und die Steuerung selbst gestärkt werden. Die dazu notwendigen Datengrundlagen und Analysen sollen bereit gestellt werden.

Um das genannte Ziel und die erwähnten Leitlinien umzusetzen, verfolgt der Bundesrat in den kommenden Jahren eine Strategie, die sich auf drei Pfeiler abstützt (vgl. Abbildung 4).

1. Die Stärkung der Aufsicht soll die Funktionsfähigkeit des Krankenversicherungssystems und das Vertrauen in dieses System stärken.
2. In einen weiteren Bereich lassen sich alle kurzfristig realisierbaren Sparmassnahmen zusammenfassen, welche sofort einen Beitrag zur Kosteneindämmung leisten sollen.
3. Zentral sind die mittel- und langfristigen Reformmassnahmen, welche das Gesundheitssystem in seinem Wandel zielgerichtet und zum Nutzen der Menschen voranbringen.

Abbildung 4: Die Strategie des Bundesrates in der Gesundheitspolitik (www.edi.admin.ch)

Stärkung der Aufsicht	Kurzfristige Sparmassnahmen		Mittel- bis langfristige Reformen
Neues Aufsichtsgesetz (Vernehmlassung bis Mai 2011, (Verabschiedung der Botschaft voraussichtlich Dezember 2011)	Verordnung		Zur Info: Gesetz in Schluss-Abst. NR 1.10.2010 abgelehnt
Neue Vorschriften für die Kapitalanlagen der Versicherer (Vo, 1.1.2011)	<i>Massnahmen 2009</i>	<i>Massnahmen 2010/2011</i>	Neue Spitalfinanzierung 2012
Einführung eines neuen, risikobasierten Systems zur Berechnung der Reserven (Vo, 1.7.2012)	Medikamente 400 Mio. ab 2011	Medikamente 50 Mio. 2011 160 Mio. 2012 230 Mio. 2015	Neuer Risikoausgleich (Parlament)
Korrektur von in der Vergangenheit zu viel bzw. zu wenig bezahlten Prämien in den Kantonen (KVG-Änderung in Vernehmlassung bis 30.9.2011, Verabschiedung der Botschaft voraussichtlich Dezember 2011)	Laboranalysen 100 Mio. bis Ende 2011 200 Mio. ab 2012	Mittel + Gegenstände (MiGeL) 100 Mio. ab 2011	Managed Care (Parlament)
Einschränkung der Telefonwerbung und der Maklerprovision, Prämienrechner (Kosteneinsparung 60 - 100 Mio. ab 2011)		Spitalbeitrag 115 Mio. ab 2011	Neues Präventionsgesetz (Parlament)
	Total: ~500 Mio. 2011 ~600 Mio. 2012	Total: ~300 Mio. 2011 ~450 Mio. 2012 ~500 Mio. 2015	Krebsregister (Gesetzesentwurf 2012)
		Total: ~250 Mio.	EHealth (Gesetzesentwurf Sept. 2011)
			Nationales Qualitäts-Institut
			HTA-Agentur
			Revision TARMED
			Neues Finanzierungssystem
			Aufgaben / Kompetenzen Bund und Kantone

5.2. Stärkung der Aufsicht über die Krankenversicherung: Vertrauen stärken, Transparenz erhöhen

Im Bereich der Aufsicht handelt es sich um ein umfassendes Paket von Massnahmen, welches die Krankenversicherung entsprechend den Anforderungen an andere Sozialversicherungen stärkt. Damit sollen das Vertrauen in das Krankenversicherungssystem und die Transparenz erhöht werden. Die Regelungen sind so auszugestalten, dass die Versicherer langfristig auf einer stabilen Basis operieren. Das Krankenversicherungs-Aufsichtsgesetz, neue Kapitalvorschriften für Anlagen sowie die risikobasierte Berechnung der Reserven dienen diesem Ziel.

- **Neues Aufsichtsgesetz:** Ziel ist die wirksame und effektive Durchführung der Aufsicht unter Einhaltung der Grundprinzipien der sozialen Krankenversicherung sowie der Ausbau der finanziellen und der organisatorischen Transparenz. Die Verabschiedung durch den Bundesrat soll Ende 2011 erfolgen, und eine Inkraftsetzung könnte im Jahr 2013 erfolgen, wenn die Vorlage vom Parlament rasch beraten und verabschiedet wird.
- **Neue Vorschriften für die Kapitalanlagen der Versicherer:** Über die Verschärfung der Anlagevorschriften soll die Sicherheit der Kapitalanlagen der Krankenversicherer erhöht werden. Die entsprechende Verordnungsänderung ist am 1.1.2011 in Kraft getreten.
- **Risikobasierte Berechnung der Reserven:** Die Reservesätze der Krankenversicherer sollen zukünftig nicht pauschal, sondern risikobasiert festgelegt werden. Die Verordnungsänderung soll am 1. Januar 2012 in Kraft treten. Die neue Regelung soll ebenfalls im Krankenversicherungs-Aufsichtsgesetz verankert werden.

- *Korrektur von zu viel bzw. zu wenig bezahlten Prämien in den Kantonen:* Die Unterschiede in den bezahlten Prämien zwischen den Kantonen, die seit dem Inkrafttreten des KVG entstanden sind, sollen mittels einer Revision des KVG angeglichen werden. Das System ermöglicht einen Ausgleich im Umfang von insgesamt rund 1 Milliarde Franken. Die Botschaft des Bundesrates soll Ende 2011 an das Parlament übermittelt werden.
- *Einschränkung der Telefonwerbung und der Maklerprovisionen:* Die im Rahmen von santésuisse zusammengeschlossenen Versicherer haben sich Anfang 2011 verpflichtet, die Telefonwerbung und die Maklertätigkeit in der sozialen Grundversicherung stark einzuschränken. Diese Vereinbarung wird die Gesamtrechnung für die Versicherten um jährlich ca. 60 Millionen Franken entlasten. Die Vereinbarung ist am 1. Juni 2011 in Kraft getreten.

5.3 Kurzfristige Sparmassnahmen in der Kompetenz des Bundesrates und des EDI

Der Bundesrat bzw. das Departement des Innern (EDI) haben verschiedene Massnahmen ergriffen, um kurzfristig Einsparungen zu erzielen. Sie haben damit rasch gehandelt, als 2009 absehbar wurde, dass die Prämien aufgrund eines Nachholbedarfs stark steigen würden. Sofortige Einsparungen hat der Bundesrat bzw. das Departement bei den Medikamentenpreisen, den Laboranalysen, den Mitteln und Gegenständen sowie über die Kostenbeteiligung bei einem Spitalaufenthalt erzielt. Das rasche Handeln des Bundes hat sich bewährt. Hingegen ist es dem Parlament nicht gelungen, weitere, ebenfalls dringliche Reformen zu verabschieden. Ein Teil davon sollte dennoch weiterverfolgt werden, namentlich im Bereich der Kompetenz des Bundesrates zur subsidiären Anpassung der Tarifstrukturen.

Realisierte Massnahmen im Einzelnen:

- *Laboranalysen:* Die Massnahmen, die das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) getroffen hat, haben erstmals zu einem Rückgang der Kosten für Laboranalysen geführt. Bereits 2010 konnte eine Kostenabnahme von 4% in diesem Bereich festgestellt werden. Gegenwärtig werden die Auswirkungen mittels Monitoring beobachtet.
- *Arzneimittel:* Auch im Medikamentenbereich wurden Massnahmen getroffen. Am 1. Juli 2009 hat der Bundesrat rasch wirksame Massnahmen beschlossen, mit denen Einsparungen von knapp 400 Millionen Franken erzielt wurden. Am 2. Februar 2011 hat der Bundesrat weitere Massnahmen ergriffen. Diese wurden im März 2011 umgesetzt und sollen in den nächsten Jahren Einsparungen von etwa 230 Millionen Franken jährlich bringen. Diese letztgenannten Massnahmen werden eine grössere Wirkung haben, da sie mit dem Potenzial der Generika zusammenhängen, das in den nächsten Jahren stark zunehmen wird. Da der Patentschutz für zahlreiche kostspielige Arzneimittel ablaufen wird, ist mit einer Preisabnahme und einer Erweiterung des Potenzials der Generika zu rechnen. Gleichzeitig wird dies zu einem Rückgang der Gesamtkosten für Arzneimittel um mehrere hundert Millionen Franken und damit zu einer Entlastung der Krankenversicherung führen. Weiteres Sparpotenzial befindet sich in Evaluation (vgl. 5.5). Die jüngsten Zahlen zeigen, dass sich die Medikamentenkosten zu Lasten der Krankenversicherung 2010 stabilisiert haben und gegenwärtig rückläufig sind.
- *Mittel- und Gegenstände-Liste:* Die Mittel- und Gegenstände-Liste (MiGeL) wurde ebenfalls überprüft (insbesondere wurden Beiträge an Sehhilfen gestrichen und bestimmte maximal vergütbare Beträge herabgesetzt). Durch diese Änderungen sind ab 2011 Einsparungen von rund 100 Millionen Franken möglich.

- *Täglicher Beitrag an die Kosten des Spitalaufenthalts:* Der tägliche Beitrag an die Kosten des Spitalaufenthalts wurde von 10 auf 15 Franken erhöht und gilt neu für alle Erwachsenen (ausser jungen Erwachsenen in Ausbildung). Damit werden ab 2011 etwa 115 Millionen Franken eingespart.

5.4. Mittel- und langfristige Reformen zur nachhaltigen Verbesserung des Gesundheitssystems

Die mittel- und langfristigen Reformen sind entscheidend, um das schweizerische Gesundheitssystem nachhaltig zu verbessern, dessen Qualität und Effizienz zu erhöhen und die Kosten zu dämpfen. Die Reformstrategie beinhaltet namentlich folgende Elemente:

- *Neue Spitalfinanzierung:* Hauptziele der Revision sind eine höhere Transparenz hinsichtlich der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungen, ein Anreiz für mehr Effizienz sowie ein verstärkter Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern. Die Spitalplanungen müssen spätestens drei Jahre nach dem Einführungszeitpunkt der leistungsbezogenen Pauschalen angepasst werden, d.h. spätestens Ende 2014.
- *Verbesserter Risikoausgleich:* Mit einer Verfeinerung des Risikoausgleichs sollen der Anreiz der Versicherer zur Risikoselektion reduziert, die Kostensparanreize für die Versicherer verstärkt und der Wettbewerb unter den Versicherern hin zur Servicequalität verlagert werden. Ab dem 1. Januar 2012 werden Aufenthalte von mehr als drei Tagen in einem Spital oder Pflegeheim im Risikoausgleich berücksichtigt werden. Im Rahmen der Managed Care Vorlage ist eine Verfeinerung des Risikoausgleichs um einen weiteren Morbiditätsfaktor vorgesehen.
- *Integrierte Versorgung (Managed Care Vorlage):* Das politische Ziel der Revision ist die Optimierung der Gesundheitsversorgung dank der verbesserten Zusammenarbeit der Leistungserbringer über die gesamte Behandlungskette. Der Bundesrat hat beschlossen, Formen der integrierten Versorgung zu fördern, mit denen die Ziele einer besseren Versorgung und damit einer Effizienzsteigerung erreicht werden können. Die Vorlage ist zurzeit in der Phase der parlamentarischen Beratung und es sollte möglich sein, die Vorlage in der Herbstsession 2011 zu verabschieden.
- *HTA-Agentur (Health Technology Assessment):* Der verstärkte Einsatz von Kosten-Nutzen-Beurteilungen soll zu einem besseren Ressourceneinsatz und somit der Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Krankenversicherung dienen. Dazu soll eine unabhängige Health Technology Assessment (HTA)-Agentur geschaffen werden. Eine entsprechende Motion (10.3451) wurde am 9. März 2011 im Zweitrat angenommen. Der Bund wird Zielgruppen, methodische Arbeitsweise, Trägerschaft und Finanzbedarf klären und einen Vorschlag zur Umsetzung erarbeiten.
- *Nationales Qualitäts-Institut und Umsetzung der Qualitätsstrategie:* Mit der Qualitätsstrategie des Bundes soll generell die Qualität weiter verbessert und als willkommener Nebeneffekt ein nachhaltiger Beitrag an ein geringeres Kostenwachstum geleistet werden. Der Bundesrat hat den Bericht zur Konkretisierung der Qualitätsstrategie am 25. Mai 2011 gutgeheissen. Teil der Strategie ist die Schaffung eines Qualitäts-Instituts, das fachliche Grundlagenarbeiten durchführen, den Bund beraten und die Umsetzung der vom Bund bestimmten Qualitätsprogramme und Qualitätserhebungen vornehmen soll. Die Gründung des Instituts sowie die Integration bestehender Organisationen sind für das Jahr 2015 geplant. Falls eine HTA-Agentur geschaffen wird, soll diese ebenfalls innerhalb dieser Institution operativ werden.

- *Krebsregister*: Der Bundesrat hat am 3. Dezember 2010 entschieden, eine gesamtschweizerisch einheitliche Rechtsgrundlage für die Registrierung von Krebs zu schaffen und die Registrierung von weiteren stark verbreiteten oder bösartigen Krankheiten zu ermöglichen. Dies der Verbesserung der Versorgung dienen. Die Datenerfassung soll standardisiert und der Umgang mit den Daten einheitlich geregelt werden. Die Eröffnung der Vernehmlassung ist für das Frühjahr 2012 geplant.
- *eHealth*: Die „Strategie eHealth Schweiz“ fördert die Verbreitung und Vernetzung von Informations- und Kommunikationstechnologien im Gesundheitswesen und ist damit für verschiedene gesundheitspolitische Reformen (Spitalfinanzierung, SwissDRG, Managed Care) von zentraler Bedeutung. Sie verfolgt als inhaltliches Hauptziel die Bereitstellung eines elektronischen Patientendossiers bis 2015. Im September 2011 soll der Bundesrat eingeladen werden, die Vernehmlassung zum Bundesgesetz betreffend das elektronische Patientendossier zu eröffnen.
- *TARMED*: Der Einzelleistungstarif TARMED bedarf einer grundlegenden Revision, in deren Rahmen insbesondere die intellektuellen gegenüber der technischen Leistungen besser gestellt werden sollen, was wiederum die Grundversorgung stützt. Das EDI hat mit den Tarifpartnern vereinbart, dass ein Revisionskonzept zu unterbreiten ist, das insbesondere Auskunft über die Eckwerte der Revision, die Methode und den Umsetzungsrahmen, den Zeitplan und die Frage der Struktur von TARMEDSuisse gibt.
- *Aufgaben / Kompetenzen Bund und Kantone*: Das im Rahmen des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik von Bund und Kantonen lancierte „Projekt Nationale Gesundheitsstrategie“ hat zum Ziel, die Steuerung des Gesundheitssystems zu optimieren, die dazu notwendigen Datengrundlagen zu verbessern und eine günstige Ausgangslage zu schaffen für die Zusammenarbeit zwischen Bund und Kantonen bezüglich Reformen im Bereich der Tarife sowie der konsistenten Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen. Im Rahmen dieser Tarifierungs- und Finanzierungsfragen sind auch die damit verbundenen Anreizstrukturen von Interesse. Dazu definieren Bund und Kantone die übergeordneten Eckwerte für eine Optimierung der Anreize und der Transparenz und arbeiten in drei Teilprojekte zusammen. Dabei sollen Mehrbelastungen, welche aufgrund von Zentralisierungen von Aufgaben entstehen, im Rahmen des Finanzausgleichs zwischen Bund und Kantonen evaluiert werden.
- *Präventionsgesetz*: Im Rahmen des Präventionsgesetzes sollen in Zusammenarbeit mit den Kantonen, den Gesundheitsorganisationen und der Wirtschaft soll eine nationale Präventionsstrategie mit Zielen und Prioritäten entwickelt werden. Das Präventionsgesetz bezweckt eine bessere Koordination der Massnahmen im Bereich der Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung, die Vermeidung von Doppelspurigkeiten sowie die Steigerung der Effizienz. Mit den vorhandenen Mitteln soll also mehr Wirkung erzielt werden. Der Nationalrat hat den Gesetzesentwurf am 12. April 2011 angenommen. Die SGK-S ist am 5. Mai 2011 auf die Vorlage eingetreten.
- *Gesundheitsschutz*: Einige mittel- bis langfristige Reformen dienen dem Schutz der Gesundheit u.a. vor äusseren Einflüssen und Schaden durch medizinische Behandlungen. Ein Entwurf der rechtlichen Grundlagen für die Sicherstellung des Schutzes vor nicht-ionisierenden Strahlen wird bis Mitte 2012 erstellt. Die Revision des Epidemienengesetz, welche die Flexibilisierung der Umsetzung von Strategien und Massnahmen während einer Pandemie bezweckt, tritt voraussichtlich 2014 in Kraft. Durch die Revision des Heilmittelrechtes sollen Menschen und Tiere noch wirksamer geschützt werden (Verabschiedung der Botschaft durch den Bundesrat – Frühling 2012). Das Humanforschungsgesetz, das voraussichtlich im Jahr 2013 in Kraft treten wird, dient u.a. dem Schutz der Gesundheit von Personen, die an Forschungsprojekten im Gesundheitsbereich teilnehmen.

- *Gesundheitspersonal:* Verschiedene anstehende Reformen sollen sicherstellen, dass die Schweiz auch künftig über genügend und gut ausgebildetes Gesundheitspersonal verfügt. Dazu sind der Gegenvorschlag zur Volksinitiative "Ja zur Hausarztmedizin" (Überweisung der Botschaft am 31. August 2011), die Revision des Medizinalberufegesetzes (Vernehmlassung bis 21. Oktober 2011) und die Erarbeitung des Gesundheitsberufegesetzes (Ämterkonsultation im September 2011) zu zählen.
- *Internationale Zusammenarbeit:* Im Rahmen des integrierten Ansatzes zur Weiterentwicklung der bilateralen Beziehungen mit der EU sollen die Bereiche Lebensmittelsicherheit, Gesundheit und Chemikalien mit der EU vertraglich geregelt werden. Das Lebensmittelgesetz wurde entsprechend revidiert (Inkrafttreten 2013). Die REACH-Verpflichtungen (Chemikaliensicherheit), treten schrittweise bis 2018 in Kraft. Weiter wird in Zusammenarbeit mit dem EDA die Gesundheitsaussenpolitik erarbeitet werden, welche Ende 2011 durch beide Departemente gemeinsam dem Bundesrat unterbreitet wird.

5.5 Ausblick

Längerfristig ergeben sich insbesondere aufgrund des demographischen Wandels sowie des medizinischen, pharmazeutischen und medizintechnischen Fortschritts weitere Herausforderungen, welche für künftige Reformen handlungsleitend sein dürften. Diese umfassen insbesondere Fragen der Sicherstellung des zunehmenden Bedarfs an Gesundheitspersonal und damit der Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie der Gewinnung und des Erhalts des ausgebildeten Personals.

Bei den Versorgungsstrukturen sollte auf eine vermehrt integrierte Versorgung hingewirkt werden, wobei der Zusammenarbeit der verschiedenen Gesundheitsberufen ein besonderes Augenmerk gilt. Einen wesentlichen Beitrag dazu sollen die Vorlage Managed Care und die darin vorgesehene Verankerung der integrierten Versorgung sowie das geplante elektronische Patientendossier leisten.

Die enge Zusammenarbeit zwischen Bund und Kantonen bei der langfristigen Sicherstellung des Personalbedarfs sowie der notwendigen und sinnvollen Versorgungsstrukturen unter Berücksichtigung der finanziellen Anreizstrukturen ist für diesen bedarfsbezogenen und ebenfalls aus finanziellen Gründen anzustrebenden Wandel zentral. Sie sind Gegenstand der laufenden Diskussionen zwischen Bund und Kantonen im Rahmen der nationalen Gesundheitsstrategie. Dieser Wandel wurde aber auch im Rahmen des Gegenvorschlags zur Hausarztinitiative, welchen der Bundesrat am 6. April 2011 in Vernehmlassung gegeben hat, antizipiert.

6. Fazit

Dem Schweizer Gesundheitssystem in seiner Gesamtheit wird ein gutes Funktionieren attestiert, und die Bevölkerung weist im internationalen Vergleich einen sehr guten Gesundheitszustand auf. Die Wahrung des Erreichten ist eines der Ziele der Gesundheitspolitik. Verbesserungen sind insbesondere auf der Kostenseite zu erzielen. Die volkswirtschaftlich erwünschte Dynamik des Gesundheitsmarktes muss genützt werden, um durch Qualitäts- und Preiswettbewerb eine spürbare Eindämmung des Prämienanstiegs zu bewirken. Inhaltlich bilden der demografische Wandel, die Zunahme von chronischen Krankheiten, die veränderten Anforderungen an Prävention und Versorgung die grössten Herausforderungen, der am besten mittels Optimierung der Aufgabenteilung und der Zusammenarbeit zwischen Bund und Kantonen begegnet werden kann. Die drei aufeinander abgestimmten und ineinander greifenden Bereiche der gesundheitspolitischen Strategie (Stärkung der Aufsicht über die soziale Krankenversicherung, kurzfristige Sparmassnahmen; mittel und langfristige Reformen) sind geeignet, die heutigen Stärken zu stützen und die identifizierten Schwächen soweit als möglich zu beseitigen.