



## **Den regulierten Wettbewerb stärken: Die fünf wichtigsten Themen**

### **1. Qualität: Transparenz als Basis des Qualitätswettbewerbs**

- Die am 1. April 2021 in Kraft getretenen Bestimmungen zu den Massnahmen der Leistungserbringer und der Versicherer zur Qualitätsentwicklung (Art. 58a ff. KVG) weisen mit Blick auf das Ziel, zwischen den Leistungserbringern der OKP einen wirksamen Qualitätswettbewerb zu ermöglichen, wesentliche Lücken auf: die Festlegung klarer Mindestvorgaben zur Indikations- und Ergebnisqualität in den Qualitätsverträgen, die regelmässige Messung der Qualität der Leistungen der verschiedenen Leistungserbringer durch Dritte, die Folgen solcher Qualitätsmessungen sowie die Veröffentlichung ihrer Ergebnisse.
- Diese Mängel haben sich auch im Rahmen der von Juli bis August 2021 durchgeführten Konsultation des Bundesamtes für Gesundheit zu Strategie und Vierjahreszielen in der Qualitätssicherung gezeigt. Darin wird ein rein etatistisches System definiert, welches zwar gewisse Richtlinien vorgibt, aber das Engagement und die Verantwortlichkeit von Leistungserbringern und Finanzierern nicht fördert. Wettbewerbliche Aspekte fehlen vollständig, bestehende Aktivitäten im Bereich der Qualitätssicherung werden nicht berücksichtigt, der Transparenz in Bezug auf Qualitätsdaten wird kaum Beachtung geschenkt und der Terminus „Qualitätswettbewerb“ kommt weder in der Qualitätsstrategie noch in den Vierjahreszielen vor.
- Damit wird ein wichtiger Treiber der Qualitätsentwicklung nicht berücksichtigt, da durch Qualitätstransparenz die Wahlfreiheit der Patientinnen / Patienten und Zuweiserinnen / Zuweiser evidenzbasiert gestärkt wird.
- Ein funktionierender, transparenter Qualitätswettbewerb basierend auf vergleichbaren und öffentlich zugänglichen Qualitätsdaten hat nicht nur positiven Einfluss auf die Behandlungsqualität, sondern auch kostendämpfenden Effekt im System.

### **2. WZW: Outcome- statt Inputsteuerung dank klarer Regeln**

- Seit Einführung des KVG existieren keine klaren Regelungen für die Anwendung der WZW-Kriterien. Dies hat zu Intransparenz, Bürokratie, Ineffizienz und erheblichen, vermeidbaren Kosten geführt, da jeder Akteur die WZW-Kriterien nach seiner eigenen Einschätzung auslegt und anwendet.
- Entscheidend für die richtige Anwendung der WZW-Kriterien des KVG ist das Abstellen auf Indikations- und Outcomequalität, die sich am jeweiligen wissenschaftlichen State of the Art orientiert.
- Bei der Verhandlung von Tarifen und bei der Festlegung von Preisen sowie bei der Überprüfung von erbrachten Leistungen ist sicherzustellen, dass einheitliche Standards und Leitplanken für Versicherer, Leistungserbringer und Industrie in Bezug auf Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit von Leistungen und Produkten zur Anwendung kommen.
- Einheitliche, von Versicherern, Leistungserbringern und Industrie gemeinsam festgelegte Standards, Kriterien und Leitplanken zur Anwendung der WZW-Kriterien werden Transparenz schaffen, Bürokratie reduzieren, Effizienz erhöhen und zu signifikanten Einsparungen im System führen.
- Diese Standards - vergleichbar mit den SIA-Normen in der Baubranche – müssen von den Akteuren gemeinsam festgelegt werden. Sie garantieren ein faires Preis-/Leistungsverhältnis, schaffen Transparenz und Abgrenzbarkeit zu Leistungen im Zusatzversicherungsbereich, reduzieren Bürokratie, garantieren höchstmögliche Behandlungsqualität sowie Patientensicherheit und ermöglichen signifikante Einsparungen.

- Entsprechende Arbeiten seitens Versicherer, Leistungserbringer und Industrie zur Schaffung solcher Standards und Leitplanken sind seit einiger Zeit im Gange, erste Resultate liegen bereits vor.

### **3. Einheitliche Finanzierung EFAS: Ausgeglichene Prämien- und Steuerlast**

- Die einheitliche Finanzierung aller ambulanten und stationären Pflichtleistungen gemäss KVG (EFAS) muss zeitnah umgesetzt werden, denn sie ist eine zentrale Voraussetzung, damit medizinische Leistungen so erbracht werden, wie es im Interesse der Patienten am besten ist und dem WZW-Prinzip entspricht.
- Wie die individuellen Prämienverbilligungen müssen auch die steuerfinanzierten Anteile der Kantone an die medizinischen Leistungen direkt an die Versicherer gehen, welche für die Durchführung der Grundversicherung zuständig sind und vom BAG beaufsichtigt werden.

### **4. Governance: Kantone konzentrieren sich auf Patienten- und Versorgungssicherheit**

- Die Zuständigkeiten von Bund und Kantonen im KVG müssen entflochten und geklärt werden.
- Die Kantone konzentrieren sich auf ihre gesundheitspolizeilichen Aufgaben, insbesondere die Patienten- und Versorgungssicherheit. Hierfür ist keine umfassende Spitalplanung notwendig.
- Es muss Transparenz bei den kantonalen Tarifen (Taxpunktwerte TARMED, Fallpauschalen etc.), Beiträgen und Subventionen geschaffen werden, um unangemessene Finanzierungen zu vermeiden. Hierzu braucht es eine unabhängige Tarifgenehmigungs- und Tariffestsetzungsinstanz für die kantonalen Tarife.
- Damit die Kantone ihre Rollenkonflikte im Interesse der Steuer- und Prämienzahler sowie der Patienten entschärfen, erbringen sie selbst keine medizinischen Leistungen und beteiligen sich auch nicht wirtschaftlich an Leistungserbringern.

### **5. VVG: Transparenz, Vertragsfreiheit und Kartellrecht**

- Zusatzversicherungsleistungen werden zwischen Versicherern, Spitälern und Belegärzten nach dem Prinzip des privaten Vertragsrechts sowie des Kartellrechts verhandelt.
- Spitäler und Belegärzte schaffen Preistransparenz für ihre nicht durch die OKP gedeckten Mehrleistungen. Die Versicherer schaffen Transparenz hinsichtlich des Versicherungsverprechens und deklarieren klar, welche Leistungen und welche Leistungserbringer durch ein Produkt abgedeckt sind.
- Die Überregulierung des privaten Krankenzusatzversicherungsbereichs muss durch ein Marktmacht-Gleichgewicht der Versicherten, Versicherer, Spitäler und Belegärzte verhindert werden. Neben Markttransparenz ist eine beschränkte Freizügigkeit der Versicherten die entscheidende Voraussetzung dafür.