

Abteilung-Leistungen@bag.admin.ch

Bundesamt für Gesundheit
Direktionsbereich Kranken- und
Unfallversicherung
3003 Bern

3. September 2014

Vernehmlassung: Bundesgesetz über das Zentrum für Qualität in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit dem Schreiben vom 14. Mai 2014 hat uns Herr Bundesrat Berset eingeladen, Stellung zum Entwurf «Bundesgesetz über das Zentrum für Qualität in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung» zu beziehen. Für diese Gelegenheit der Meinungsäusserung danken wir Ihnen. economiesuisse vertritt über 100 Branchenverbände, 20 kantonale Handelskammern sowie etliche grosse Einzelunternehmen. Deshalb beschränken wir uns auf eine gesamtwirtschaftliche Betrachtungsweise und verzichten auf die Analyse einzelner Gesetzesartikel.

Ausgangslage

Im internationalen Vergleich schneidet die Schweiz bezüglich Volksgesundheit gut bis sehr gut ab. Grund dafür sind der hohe Wohlstand und ein funktionierendes Gesundheitswesen. Zudem ist die Bevölkerung sehr zufrieden mit der Grundversicherung. Die Prämien steigen zwar stetig, doch Abstimmungen, die das heutige Gesundheitswesen nachhaltig verändern wollten, sind bis dato immer abgelehnt worden. Zum Teil gab es über 70% Nein-Stimmen. Ein unmittelbarer Handlungsbedarf im Bereich Steuerung des Gesundheitssystems ist deshalb aus Sicht der Wirtschaft nicht gegeben.

Grundsätzlich genügen die heutigen gesetzlichen Grundlagen. economiesuisse anerkennt Defizite vor allem im Bereich der System-Transparenz. Spezifische Gesundheits- und Krankheitsindikatoren sind kaum vorhanden oder zumindest unvollständig. Selbst die Volkskrankheiten sind schlecht dokumentiert. Wir wissen beispielsweise weder, wie viele Diabetesbetroffene es in der Schweiz gibt, noch wie diese Patienten betreut werden. Die Qualität der Betreuung ist unzulänglich bekannt und ein allfälliges Verbesserungspotenzial kann deshalb nicht ausgeschöpft werden. Auch bei den vermeidbaren Zwischenfällen in der Behandlungskette müssen wir auf Daten aus dem Ausland zurückgreifen, wie dies in Ihrem Bericht erwähnt wird. Die festgestellten Qualitätsprobleme auf Seite 8 können aber nur bedingt auf die Schweiz übertragen werden, denn wir verfügen nur über punktuelle Evidenz. Man kann aber davon ausgehen, dass auch in der Schweiz Qualitätsverbesserungen möglich

sind. Dazu brauchen wir bessere Daten zu den Behandlungsergebnissen. Erst auf Basis dieser Evidenz können allfällige Verbesserungen erzielt werden. Wenn wir heute mit der internationalen Evidenz Massnahmen ergreifen, so riskieren wir, die falschen Schwerpunkte zu setzen und eventuell gar Behandlungen zu verschlimmbessern. Diese Gefahr besteht umso mehr, je zentraler wir die Qualitätsverbesserungen steuern wollen.

Dezentraler Ansatz ist vorzuziehen

Die Wirtschaft lehnt den zentralen Ansatz eines nationalen Qualitätsinstitutes ab. Wir identifizieren vier Problembereiche bei einer zentralen Qualitätssteuerung.

- 1) Die Erfahrungen im Ausland mit zentralen Institutionen sind nicht ermutigend. Weil die Kosten einfacher zu berechnen sind als die Qualität der Leistungen, beschränken sich viele Institutionen auf die Kosteneindämmung. Das britische Qualitätsinstitut „NICE“ bspw. hat Krebsmedikamente in der Vergangenheit sehr restriktiv bezahlt. Im November 2013 titelte The Guardian „OECD study finds Britain's cancer survival rates 'unacceptable'“. Die Britische Qualitätszeitung zitierte den OECD-Bericht „Focus on Health“ vom November 2013. Dieser fand das Vereinigte Königreich zusammen mit Polen, Estland, Dänemark und Holland in der unteren Tabellenhälfte der Überlebensstatistik bei Krebs. Holland verfügt auch über nationale Qualitätsinstitute (Nivel und CBO) und das Dänische HTA-Institut wurde von den Behörden im letzten Jahr zurückgestutzt.
Darüber hinaus konzentrieren sich die Institute auf Bereiche, deren Qualität einfacher einzuschätzen ist. So nehmen sie oft Institutionen unter die Lupe, bei denen gut abgrenzbare Eingriffe erfolgen. Die Qualität einer ganzen Behandlungskette hingegen ist sehr viel schwieriger zu messen. Solche Behandlungen werden deshalb häufig stiefmütterlich analysiert. Mit anderen Worten ist es für eine zentrale Institution verlockend, dort zu suchen, wo bereits „Licht“ vorhanden ist. Ein solcher Ansatz ist aus unserer Sicht sowohl bezüglich der Prioritätensetzung, als auch bezüglich der Gleichbehandlung problematisch.
- 2) Im Bericht wird betont, dass das Zentrum keine bestehenden Organisationen ersetzen, sondern die bisherigen Arbeiten und Aktivitäten ergänzen und unterstützen will. Allerdings sind die Rollen und Aufgaben des Zentrums sehr offen formuliert. Das Zentrum kann deshalb in der Praxis vieles machen: Grundlagen erarbeiten, Vorschläge zur Qualitätsverbesserung vorschlagen, Forschung unterstützen, nationale Qualitätsprogramme initiieren, Qualitätsindikatoren erheben und publizieren etc. Sowohl öffentliche wie auch private Institutionen engagieren sich in gleichen oder ähnlichen Bereichen. Der Aufbau einer Parallelstruktur ist damit unausweichlich. Dies ergibt neuen Koordinationsbedarf Bundesebene (Bundesamt für Statistik inkl. Obsan und Bundesamt für Gesundheit), mit den kantonalen Gesundheitsämtern auf sowie mit den unzähligen privaten Initiativen. In der Vorlage fehlen konzise Hinweise, wie diese Arbeitsaufteilung genau erfolgen soll.
- 3) Der zentrale Ansatz hat eine motivationshemmende Wirkung an der Basis. Wie oben erwähnt ist die Qualitätssicherung und -entwicklung generell eine Aufgabe der Leistungserbringer. Durch die Schaffung eines nationalen Qualitätsinstituts werden jedoch die Leistungserbringer ihre Verantwortung teilweise abgeben. Diese Gefahr besteht vor allem, wenn das Institut sich auch in die Qualitätsentwicklung einmischt. Die Leistungserbringer werden sich bei gemeinschaftlichen Projekten zurückziehen, weil der Staat diese Aufgabe übernommen hat. Solche Phänomene beobachtet man bereits in diversen anderen Bereichen. Diese Gefahr des Sankt-Florian-Prinzips darf nicht unterschätzt werden. Zudem sind Qualitätsvorgaben eines zentralen Instituts sehr schwierig an die Basis zu bringen. Nur wenn die Leistungserbringer

selber die Initiative ergreifen und Verbesserungen anstreben, werden diese auch konsequent umgesetzt.

- 4) Das vorgesehene Qualitätsinstitut ist ausschliesslich für den Grundversicherungsbereich zuständig. Auf Grund der gesetzlichen Grundlagen kommt für ein zentrales Bundesinstitut nichts anderes in Frage. Aus sachlicher Sicht ist der Ausschluss des Zusatzversicherungsbereichs jedoch falsch. Denn der ausschliessliche Fokus auf die Grundversicherung erschwert die Qualitätsprüfung. Der Nutzen einer qualitativ guten Leistung fällt teilweise ausserhalb der Grundversicherung an. Durch die medizinische Leistung reduzieren sich beispielsweise Arbeitsabwesenheiten oder Invalidenleistungen. Solche Nutzenkomponenten sollten unbedingt in die Qualitätsanalyse miteinfließen.

Ferner werden je nach Versicherungsstatus identische Leistungen über die Grundversicherung oder die Zusatzversicherung verrechnet (vgl. Krankenversicherungsverordnung). Auch bei allgemeinen Pflichtleistungen in Spitälern gibt es eine Parallelfinanzierung: Denn einige Spitäler sind nicht oder nur teilweise auf der Spitalliste. Sie dürfen bloss Zusatzversicherungsleistungen erbringen. Solche Spitäler werden in diesem Fall vom nationalen Qualitätsinstitut gar nicht beobachtet, obwohl sie die gleichen Leistungen anbieten wie Listenspitäler. Sie bilden somit bezüglich Qualität blinde Flecken. Dies ist schlecht, wenn diese Spitäler ungenügende Qualität anbieten, weil die zusatzversicherten Personen auch einen Anspruch haben auf minimale Qualitätsstandards. Blinde Flecken sind sogar dann schlecht, wenn die betroffenen Spitäler überdurchschnittlich gute Qualität anbieten. Dadurch wird nämlich die überdurchschnittliche Qualität nicht erfasst und andere Institutionen können von diesen Institutionen nicht lernen.

Keine Finanzierung über Prämiegelder

Der Gesetzesentwurf sieht für das Qualitätszentrum eine Prämienabgabe von maximal 0.09% der durchschnittlichen Jahresprämie vor. Begründet wird diese Prämienabgabe mit dem Äquivalenzprinzip: die Versicherten würden von der Qualitätssteigerung durch bessere Leistungen und eine tiefere Kostenentwicklung profitieren.

Das Krankenversicherungsgesetz fordert von den Leistungserbringern wirtschaftliche und qualitativ gute Leistungen. In KVG Art. 59 sind sogar Sanktionen vorgesehen für jene, die den Qualitätsanforderungen nicht genügen. Gute Qualität ist also integraler Bestandteil einer Leistung, die über die Grundversicherung vergütet wird. Eine zusätzliche Prämienabgabe für die Leistung wäre somit eine Doppelbelastung für den Prämienzahler. Mit dem Äquivalenzprinzip kann deshalb eine solche Abgabe nicht gerechtfertigt werden.

Was hingegen im Gesundheitsbereich ungenügend umgesetzt wird, ist die Qualitätskontrolle und deren transparente Darstellung. Für diese Aufgabenbereiche gibt es funktionierende Modelle in Bezug auf die Finanzierung und die Kompetenzaufteilung. Die Aufsichtsfunktion des Bundes wird beispielsweise in der Pharmaindustrie vom Swissmedic-Institut ausgeübt und im Bankensektor von der Finanzmarktaufsicht (Finma). Beide Institutionen sind aber nicht für die Qualitätsentwicklung, sondern nur für die Qualitätskontrolle zuständig. Die Qualitätsentwicklung obliegt den Anbietern. Diese wissen am besten, wie Produkte und Dienstleistungen weiterentwickelt und verbessert werden können. Der Bund kontrolliert und erteilt den Branchen Auflagen, falls Beanstandungen gemacht werden müssen. Eine Prämienabgabe für die Swissmedic, damit das Institut für die Pharmaindustrie Qualitätsindikatoren entwickelt, erschiene vor diesem Hintergrund fast grotesk. Alle Patienten erwarten von der Pharmabranche gute und sichere Produkte. Bei den Medikamenten ist das eine Selbstverständlichkeit. In der Lebensmittelsicherheit herrscht ein anderes Modell. Hier wird die Aufsicht

mit Steuergeldern finanziert. Eine Bundesabgabe der Restaurantgäste für die Lebensmittelkontrolle würde hier ebenso wenig verstanden werden. Die Gastwirte haben selber dafür zu sorgen, dass die Qualität ihrer Menus einwandfrei ist.

Natürlich profitieren letztlich immer die Konsumenten oder Patienten von der Qualität einer Leistung. In erster Linie liegt es aber im Interesse des Anbieters, gute Qualität zu liefern. Wie in anderen Branchen sollen auch im Gesundheitswesen entweder die Anbieter selber oder aber die Steuerzahler die Aufsicht finanzieren. Eine mögliche Zusatzfinanzierung zur Erhebung von Qualitätsdaten und für die Qualitätskontrolle bei den Leistungserbringern müsste deshalb aus unserer Sicht analog der anderen Branchen erfolgen.

Fazit

Die Qualitätserbringung im Schweizer Gesundheitswesen ist international gesehen überdurchschnittlich. Es besteht ein Verbesserungsbedarf in der Qualitätstransparenz. Ob fehlende Ressourcen in den Bundesämtern an diesem Umsetzungsdefizit Schuld sind, kann von aussen nur ungenügend beurteilt werden. Aus Sicht der Wirtschaft müsste in diesem Fall unbedingt eine Verschiebung der Prioritäten innerhalb des Bundesamtes für Gesundheit ins Auge gefasst werden. Damit könnten Mittel frei gemacht werden, die im Bereich des Qualitätsmonitorings genutzt werden könnten. Allfällige zusätzliche Mittel müssen aus Sicht von *economiesuisse* über Steuermittel oder über eine Abgabe bei den Leistungserbringern erfolgen. Der heutige dezentrale Ansatz von der Basis her ist zielführend und sollte vom Bund weiterhin unterstützt und koordiniert werden. Die Wirtschaft lehnt aber ein zentrales, nationales Qualitätsinstitut ab.

Freundliche Grüsse
economiesuisse

Prof. Dr. Rudolf Minsch
Vorsitzender der Geschäftsleitung a.i.

Dr. Fridolin Marty
Leiter Gesundheitspolitik