



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Bericht über die Ergebnisse des konferenziellen Vernehmlassungsverfahrens zur dringlichen Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG)

3003 Bern, 25. Mai 2009

Inhalt

1 Ausgangslage

2 Zusammenfassung der schriftlichen Stellungnahmen

2.1 Allgemeine Einschätzung des Projekts

2.2 Bemerkungen zu den einzelnen Bestimmungen

Art. 13 Abs. 2 Bst. g: Telefonische Triage

Art. 21 Abs. 4: Daten der Krankenversicherer

Art. 39 Abs. 1^{bis}: Steuerung des Angebots im spitalambulanten Bereich

Art. 55b: Tarife

Art. 62 Abs. 2^{ter}: Dauer des Versicherungsverhältnisses

Art. 64 Abs. 4

Art. 64 Abs. 5^{bis}: Behandlungsbeitrag

Art. 64 Abs. 6 Bst. d

II Übergangsbestimmungen zur Änderung vom ...

III Dringlichkeit

2.3 Weitere Vorschläge

Bundesbeitrag zur Verbilligung der Prämien

Weitere Vorschläge

Anhang 1 Protokoll der konferenziellen Vernehmlassung vom 11.5.2009

Anhang 2 Liste der Adressaten der Vernehmlassung

Anhang 3 Liste der Teilnehmer der konferenziellen Vernehmlassung vom 11.5.2009

Anhang 4 Liste der Teilnehmer der schriftlichen Vernehmlassung / Abkürzungen / Statistik

1 Ausgangslage

Mit Schreiben und E-Mail vom 6. Mai 2009 lud das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) die interessierten Organisationen ein, sich im Rahmen einer konferenziellen Vernehmlassung am 11. Mai 2009 zur dringlichen Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) zu äussern und bis 15. Mai 2009 schriftlich Stellung zu nehmen.

Die Unterlagen für das Hearing wurden an 101 Adressaten versandt, von denen 78 an der konferenziellen Vernehmlassung vom 11. Mai 2009 teilnahmen. Das Protokoll des Hearings liegt als Anhang bei (siehe Anhang 1).

Insgesamt gingen 62 schriftliche Stellungnahmen ein (48 von offiziell begrüsstem Vernehmlassungsteilnehmern und 14 von nicht offiziell begrüsstem Organisationen).

2 Zusammenfassung der schriftlichen Stellungnahmen

Die schriftlichen Stellungnahmen sind nachstehend zusammengefasst aufgeführt.

2.1 Allgemeine Einschätzung des Projekts

In sachlicher Hinsicht wurde die beantragte Revision **kritisch aufgenommen und als ungeeignet betrachtet, um die bestehenden Probleme zu lösen.**

Aus formeller Sicht wird das gewählte Verfahren in den meisten Stellungnahmen stark kritisiert: entweder allgemein oder indem ausdrücklich darauf hingewiesen wird, die eingeräumte Frist sei für eine Stellungnahme viel zu kurz. Andere bezeichnen das Verfahren als unangemessen, inakzeptabel und undemokratisch. Einige stellen sich gar entschieden dagegen und fordern ein neues Vernehmlassungsverfahren mit einer angemessenen Frist.

Die Dringlichkeit der vorgeschlagenen Massnahmen stösst ebenfalls bei zahlreichen Vernehmlassungsteilnehmern auf Kritik, da die Situation nicht neu sei und die derzeitigen Probleme seit Jahren bekannt seien.

Für einige Vernehmlassungsteilnehmer ist es fragwürdig bzw. nicht sinnvoll, zu einem so wichtigen Geschäft ein konferenzielles Vernehmlassungsverfahren durchzuführen, zu welchem gut hundert Akteure eingeladen sind. So würde der Eindruck gegeben, dass es sich bei einer solchen Veranstaltung um eine reine Alibiübung handelt, die man bloss der guten Ordnung halber durchführt.

Wenige Vernehmlassungsteilnehmer anerkennen trotzdem explizit, dass dringender Handlungsbedarf ausgewiesen ist und es unabdingbar ist, dass rasch Massnahmen zur Eindämmung der Kostensteigerungen im Gesundheitswesen ergriffen werden.

Zahlreiche Vernehmlassungsteilnehmer zeigen sich unzufrieden damit, dass die vorgeschlagenen Massnahmen einmal mehr den Patienten und den Ärzten aufgebürdet werden: Denn sie vertreten die Auffassung, der bevorstehende Prämienanstieg sei auf die schwierige finanzielle Lage der Krankenversicherer, die auch mit der Finanzkrise zusammenhänge, sowie auf eine verfehlte Prämienpolitik zurückzuführen, insbesondere auf die erheblichen Prämienunterschiede zwischen den Kantonen. Auf keinen Fall sei sie jedoch die Folge einer Explosion der Gesundheitskosten aufgrund einer übermässigen Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen durch die Versicherten.

FRC (41) hält zudem fest, die Vernehmlassungsunterlagen enthielten nur wenige Angaben zu den Ursachen der Verschlechterung der finanziellen Lage der Versicherungen, und zeigt sich erstaunt, dass Daten zur Finanzkrise fehlen.

Die vorgeschlagenen **Massnahmen werden von einer Mehrheit als ungenügend und ungeeignet erachtet**, um das Kostenwachstum zu stabilisieren und weitere Prämienanstiege zu verhindern. Zudem werde auf die Prämien 2010 keine positive Wirkung spürbar sein. GDK (51) merkt an, das Problem sei ungenügend analysiert worden, die gewählten Hypothesen seien zu wenig genau beschrieben und die finanziellen Folgen der einzelnen Massnahmen seien nicht abgeschätzt worden. Auch seien die Auswirkungen der Massnahmen für die Betroffenen, d. h. für die Patienten und die Leistungserbringer, nicht abgeschätzt worden. Zudem sei die Beschreibung der finanziellen Folgen für die Kantone unvollständig.

Nach Ansicht von FR (40) und FMH (46) handelt es sich um überstürzt lancierte Vorschläge, bei denen weder die Bedingungen der Umsetzung noch die Folgen sorgfältig evaluiert wurden.

Vielmehr gelte es, Lösungen für eine dauerhafte Finanzierung des Gesundheitswesens zu finden und dazu braucht es ein gemeinsames und koordiniertes Vorgehen der unterschiedlichen Akteure mit sorgfältiger Vorbereitung und einer vertieften Diskussion.

Der Kanton FR (40) bedauert, dass für die Versicherer weder verbindliche Vorgaben noch Fristen für die Sanierung ihrer Reserven festgelegt werden, obwohl der Grund für den massiven Prämienanstieg dort zu suchen sei.

2.2 Bemerkungen zu den einzelnen Bestimmungen

Art. 13 Abs. 2 Bst. g: Telefonische Triage

Die Pflicht der Versicherer zur Einführung eines medizinischen Telefondienstes **wird sehr unterschiedlich aufgenommen, von etwa der Hälfte der Vernehmlassungsteilnehmer abgelehnt und von der anderen Hälfte begrüsst oder zumindest als interessante Idee betrachtet**. Es ist nicht möglich, die Stellungnahmen klar nach Herkunft der Vernehmlassungsteilnehmer zusammenzufassen: Die Meinungen gehen selbst innerhalb der einzelnen vertretenen Gruppen (Kantone, Parteien und verschiedene Organisationen) auseinander.

In fast allen Stellungnahmen wird auf das Problem der erheblichen Kosten hingewiesen, die diese Massnahme verursachen wird. Dies gilt selbst für jene Vernehmlassungsteilnehmer, die davon ausgehen, dass sich die unnötige Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen mit einem derartigen System verringern liesse. Aufgrund dieser hohen Kosten sei es deshalb äusserst fraglich, ob diese telefonische Beratung tatsächlich Einsparungen ermögliche. Bestenfalls sei es ein Nullsummenspiel.

Die Einstufung dieser Kosten als Verwaltungskosten wird vom Ombudsman (7), FMH (46), RVK (32) und santésuisse (36) abgelehnt: Ihrer Meinung nach handelt es sich um KVG-Leistungen.

Die Grünen (38), PdAS (58), AVIVO (54), VASOS (53), groupmutuel (44), PKS (21), SHV (24), SVV (48) und VSAO (33) bemerken, dass die Telefonberatung keinesfalls gratis ist, sondern letztlich von den Versicherten über die Prämien zu bezahlen sind.

Die meisten Befürworter dieser Massnahme – und Gegner, falls diese Bestimmung trotzdem eingeführt werden sollte – verlangen, dass weitere Bedingungen erfüllt sind:

- fachliche Qualifikation: Es sollte sichergestellt werden – bei Bedarf durch eine Bestimmung im Gesetz oder in der Verordnung –, dass der medizinische Beratungsdienst klaren Qualitätsstandards

entspricht: Die Beratungen haben durch qualifiziertes Personal unter ärztlicher Verantwortung zu erfolgen. Deshalb vertreten einige die Meinung, eine effiziente, qualitativ hochstehende telefonische Triage sei nicht Sache der Versicherer, sondern des medizinischen Personals. Zudem wird die derzeitige Formulierung im Gesetz als zu unbestimmt erachtet.

- Unabhängigkeit der Personen, die am Telefon beraten, von den Versicherern;

- Datenschutz: Den Krankenversicherern dürfen keine persönlichen Daten zu den Beratungsgesprächen geliefert werden.

Für FMH (46) stellt die Verknüpfung der Telefonberatung mit der Arbeit in den Spitälern und Arztpraxen vor Ort die wahre Herausforderung dar.

Für ascI und SKS (42) ist besonderes Gewicht darauf zu legen, dass die Dienstleistung auch für fremdsprachige Versicherte gewährleistet werden kann. SPO (25) erwähnt ausdrücklich die Sprachen Albanisch und Türkisch.

SSR (55) stellt fest, dass noch offen ist, inwieweit Hör- und Sprachbehinderte mitberücksichtigt werden können. SGB (2) und Pro Infirmis (4) lehnen diese Idee klar ab, da sie für Leute mit Hörbehinderung diskriminierend bzw. inakzeptabel ist.

Die Möglichkeit von telemedizinischen Versicherungsmodellen, die bereits heute von etlichen Versicherern im Rahmen von Prämienvergünstigungsmodellen angeboten werden, muss gemäss Medi 24 (23), RVK (32), santésuisse (36), SAGV (29), SGV (14) und SVV (48) weiterhin angeboten werden. FRC (41) ist der Ansicht, die Einführung eines telefonischen Beratungsdienstes als Grundleistung für alle komme einer versteckten Prämienhöhung für jene Versicherten gleich, die dieses Versicherungsmodell gewählt hätten.

Für einige stellt sich die Frage, ob dieser Dienst den Versicherern und den Versicherten vorgeschrieben werden müsse.

FER (39) und santésuisse (36) lehnen es ab, dass die Versicherer einen Dienst anbieten müssen. FDP (49) und SAV (29) sehen die Gefahr, dass mit dieser Verpflichtung die kostendämpfenden Auswirkungen von Managed-Care-Modellen untergraben werden könnten.

Für SVP (50), ascI und SKS (42), PULSUS (62) und SVV (48) macht eine solche Dienstleistung nur Sinn, wenn sie von Anbietern wie Versicherten auf einer freiwilligen Basis erbracht und in Anspruch genommen wird; man soll es den Versicherern überlassen, ob sie eine telefonische Triage anbieten.

GDK (51) und Medi 24 (23) sind gegen einen generellen Zwang für die Versicherten, telemedizinische Beratungen in Anspruch nehmen zu müssen. Im Gegensatz dazu ist FRC (41) der Meinung, nur wenn diese Massnahme für obligatorisch erklärt werde, könnten damit wirklich Einsparungen erzielt werden. TI (56) fordert, die Machbarkeit eines obligatorischen Systems für die Versicherten in Verbindung mit einer Prämienenkung zu prüfen.

Der Ombudsman (7) ist der Meinung, dass der Stellenwert dieses Telefondienstes für die Versicherten nicht völlig klar ist.

Zu Art. 13 Abs. 2 Bst. g gingen **weitere Vorschläge** ein:

GE (26), PdAS (58), ASI (34) und physioswiss (61) schlagen vor, mit den Diensten zusammenzuarbeiten, die in diesem Bereich bereits bestehen, insbesondere mit der Notrufzentrale 144 oder den Zentralen der Ärzteschaft. FMH (46) und UNION (17) machen darauf aufmerksam, dass die ärztlichen Notfalldienste in allen Kantonen neu organisiert werden und dass diese Bemühungen nicht konkurrenziert werden müssen.

VD (59) und VS (57) wünschen, dass pro Kanton nur ein Telefondienst eingerichtet wird und dass die Organisation den Kantonen übertragen wird. Physioswiss (61) schlägt eine regionale Organisation dieser Dienste vor.

Die EDU (22) erachtet die Schaffung eines einzigen Telefon-/Internet-Beratungsdienstes gemeinsam durch alle Versicherer als prüfenswert

Eine andere Möglichkeit wäre gemäss Kf (6), dass Hausärzte z.B. morgens während einer gewissen Zeit telefonisch direkt erreichbar sind und die Beratung ihrer Patienten übernehmen. Dies könnte von den Versicherern delegiert und abgegolten werden.

Art. 21 Abs. 4: Daten der Krankenversicherer

Diese Bestimmung **wird von einer knappen Mehrheit der Vernehmlassungsteilnehmer abgelehnt.**

ZG (16), SVP (50), EDU (22), groupmutuel (44), KKA (18), PKS (21), PULSUS (62), SAGV (29), santésuisse (36), SBV (60), SGV (14) und SVV (48) lehnen die vorgeschlagene Massnahme ab. Einige Vernehmlassungsteilnehmer - EDU (22), SVP (50), Centre Patronal (31), groupmutuel (44), KKA (18), SAGV (29), santésuisse (36), SBV (60), SGV (14) und SVV (48) - befürchten auf Grund der hohen Datenlieferungskadenz eine Zunahme des administrativen Aufwands beim Bundesamt für Gesundheit und den Krankenversicherern und dadurch letztendlich eine Erhöhung der Kosten und der Krankenkassenprämien. Zudem sei kein unmittelbarer Nutzen erkennbar. Auch SCG (12) bemängelt, diese Verpflichtung treibe vorerst einmal die Kosten weiter in die Höhe und befürchtet, dass die Datenerhebung über die Versicherer auch auf die Leistungserbringer ausgeweitet wird.

Die Grünen (38) bringen vor, die monatliche Datenübertragung führe zu zufälligen oder schwer interpretierbaren Verwerfungen und generiere Verwaltungsaufwand. Man könne sich aber eine halbjährliche Datenübertragung vorstellen für Leistungen, die die Fakturierung betreffen.

Demgegenüber sind FR (40), JU (28), TI (56), VD (59), VS (57), FDP (49), ASI (34), FRC (41), GDK (51), pharmaSuisse (43), physioswiss (61), RVK (32) und UNION (17) mit dieser Massnahme grundsätzlich einverstanden. Gleichzeitig müsse gemäss GDK (51) gewährleistet werden, dass die Jahresdaten rechtzeitig beim BAG vorliegen. Allerdings bestehen auch bei einigen Befürwortern Zweifel am Nutzen der Massnahme [FR (40), VS (57), ascI und SKS (42), FMH (46), H+ (19)] und die Befürchtung einer Kostensteigerung [JU (28), FDP (49), Kf (6), UNION (17)].

Art. 39 Abs. 1^{bis}: Steuerung des Angebots im spitalambulanten Bereich

Ungefähr zwei Drittel der Vernehmlassungsteilnehmer lehnen den Art. 39 Abs. 1^{bis} **ab.**

Weil mit staatlichen Leistungsaufträgen keine Kosten gespart werden könnten, wird der Vorschlag von SGAM (20), SGV (14), Vaud-cliniques (45) und VSAO (33) abgelehnt.

Die Massnahme sei auch darum nicht tauglich, weil die Kantone ihre Steuerungsaufgabe im stationären Bereich nicht befriedigend wahrgenommen hätten, meinen groupmutuel (44), santésuisse (36), SGV (14) und SVV (48). Santésuisse (36) fordert von den Kantonen mehr Unterstützung im Interesse der Prämien- und Steuerzahlenden bei Tariffestsetzungsverfahren.

Gemäss Centre Patronal (31), FER (39), H+ (19), PKS (21), Spitex (15), UNION (17) und VSAO (33), verkenne der Vorschlag, dass sich die Zunahme der ambulanten Leistungen aus der gewollten Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich und aus dem medizinischen Fortschritt ergebe.

Als problematisch erachten FR (40), TI (56), Centre Patronal (31), SBV (60), SGC (12) und PKS (21), dass den Kantonen bei der Regelung der Leistungsaufträge keine Rahmenbedingungen gesetzt würden. FR (40) und TI (56) verlangen zudem, dass der Bund den Kantonen die notwendigen statistischen Daten zur Verfügung stelle.

VSAO (33) ist der Ansicht, dass mit der neuen Spitalfinanzierung der Kostendruck auf die Spitäler weiter steigen werde. Mit den ambulanten Leistungen könnten die Spitäler Mehreinnahmen generieren, um die Gesamtarbeitsverträge (GAV) und das Arbeitsgesetz einzuhalten. VSAO (33) spricht sich in diesem Zusammenhang für das Modell PGS (Modell der persönlichen Gesundheitsstelle) aus: Dort sei eine behördliche Steuerung der Spitalambulatorien unnötig, weil es für die Behandlung im Spital eine Überweisung der PGS bräuchte.

H+ (19) und SAGV (30) sprechen sich für die Streichung des neuen Absatzes aus, da die Tatsache, dass nur die ambulanten Spitalleistungen, nicht aber alle weiteren ambulanten Leistungen geplant würden, einer Strukturhaltung gleichkäme; zudem bestehe die Gefahr einer Fehlplanung.

Die FDP (49) lehnt den Vorschlag ab und schlägt vor, dass eine Steuerung mittels Vergleich der Kosten und der medizinischen Qualität zielorientierter sei als eine kantonale Planung.

SGV (14) und SAGV (30) stehen der Massnahme eher ablehnend gegenüber, da sie ein weiterer staatlicher Eingriff darstelle

ZG (16), VS (57), EDU (22), EVP (5), asci und SKS (42), pharmaSuisse (43), physioswiss (61) und SSR (55) sind mit dem Vorschlag einverstanden. KKA (18) stimmt dem Vorschlag inhaltlich zu, ist vom formalen Aspekt her jedoch gegen die Dringlichkeit. JU (28) möchte zu dieser Bestimmung nicht Stellung nehmen, da sie nicht eine dringliche Massnahme darstelle. Die Diskussion über den Vorschlag solle in einem anderen Rahmen wieder aufgenommen werden.

TI (56), GDK (51) und FMH (46) sind inhaltlich mit dem Vorschlag bedingt einverstanden, beantragen aber, dass er gestrichen wird, da diese Frage im Rahmen der Nachfolgeregelung zur Zulassungsbeschränkung zu realisieren sei. Werde dies nicht so gemacht, müsse Art. 39 Abs. 1^{bis} gemäss TI (56) und GDK (51) den Kantonen die Kompetenz einräumen, im Rahmen ihrer Planung die Zulassungsbedingungen der Spitäler zur Tätigkeit im ambulanten Bereich zu regeln. Bedingung für die Zustimmung sei aber, dass daraus nicht automatisch eine generelle Mitfinanzierungspflicht der Kantone abgeleitet werde. Gegen eine Mitfinanzierungspflicht spricht sich auch VD (59) aus; es sei zudem eine Klärung der Unterscheidung zwischen Regelung und Planung notwendig.

GE (26), FRC (41) und PKS (21) stimmen dem Vorschlag zu, verlangen, dass der Kanton den gesamten ambulanten Bereich zu regeln habe.

Die SVP (50), Kf (6) und VSAO (33) sind mit dem Vorschlag einverstanden und fordern, der ambulante Tarif der Spitäler sei dem Tarif der Hausärzte anzupassen. Die Kantone müssten, nach Ansicht der SVP (50), den ambulanten Bereich der Spitäler auf den Notfall einschränken und die Ausdehnung der Leistungen, die in den Hausarztbereich gehören, verhindern.

Die Grünen (38) sehen im Bereich der ambulanten Spitalleistungen Handlungsbedarf, fordern aber, dass in einem ersten Schritt sorgfältig evaluiert werde, inwiefern die Kosten des ambulanten Bereichs als Folge von gewünschten kürzeren stationären Aufenthalten und inwiefern die Kosten aufgrund einer unerwünschten Mengenausweitung steigen würden. Leistungsaufträge würden kein Steuerungsinstrument darstellen, um die unerwünschten Mengenausweitungen zu stoppen.

Art. 55b: Tarife

Diese neue Bestimmung wird **von der Mehrheit der Vernehmlassungsteilnehmer abgelehnt oder kritisiert.**

FR (40), JU (28), VS (57), ZG (16), EVP (5), ASI (34), Centre Patronal (31), CURAVIVA (37), FMH (46), H+ (19), aspi (52), physioswiss (61), PKS (21), PULSUS (62), SBV (60), SCG (12), SGAM (20), UNION (17), Vaud-cliniques (45) und VSAO (33), lehnen den Vorschlag ab oder erachten ihn als überflüssig.

Einige Vernehmlassungsteilnehmer sehen darin einen Widerspruch zur geltenden Rechtsordnung [EDU (22), PKS (21), SAGV (29), SCG (12), SGV (14), VSAO (33)], da der Bundesrat in rechtsgültig ausgehandelte oder festgesetzte Tarife im ambulanten Bereich eingreife.

Centre Patronal (31) findet, die Massnahme habe einen bestrafenden Charakter, da die Leistungserbringer für die Zunahme der Kosten und des Leistungsvolumens allein verantwortlich gemacht würden, obwohl diese Steigerung auf eine ganze Reihe von Faktoren zurückzuführen sei.

Die EVP (5) befürchtet, dass der entstehende Druck Rationalisierungsmassnahmen erzwingen und dadurch beispielsweise den Notstand beim Pflegepersonal noch verschärfen würde, ohne die Kostenverursacher in die Pflicht zu nehmen. Gemäss H+ (19) führt eine Tarifsenkung zu Strukturerehalt und Hemmung des medizinischen Fortschritts.

Die EDU (22) erachtet die Tarifreduktion um max. 10% als eine eher ineffiziente Kostensenkungsmassnahme.

Die Grünen (38), FER (39), SGAM (20) und UNION (17) sehen keinen Grund, von der bisherigen Praxis abzuweichen.

SHV (24) fordert, dass die besonderen Leistungen der Mutterschaft wie in Art. 64 Abs. 4 und 6 Bst. d KVG von der Tarifsenkung ausgenommen werden, da eine 10% Lohneinbusse für die Hebammen auf keinen Fall tolerierbar sei. Zudem seien die besonderen Umstände in der Verordnung klar zu definieren.

Wenn schon eine solche Massnahme eingeführt werde, sollte sie gemäss GE (26), ZG (16), ASI (34) und GDK (50) in der Kompetenz der Kantone liegen.

KKA (18) legt dar, sie seien die einzigen Leistungserbringer, die mit den Kostenträgern zusammen über ein Instrument zur Steuerung von Leistungen und Kosten verfügen. Sie hätten wenig Vertrauen in den dannzumal vom Bundesrat vorzunehmenden Prozess einer Tarifsenkung.

Gemäss FRC (41) führt die bundesrätliche Intervention in die Tarifbestimmung zu einer Verwirrung bei der Rollenverteilung. Dennoch könne man verstehen, dass ein gewisser Druck auf die Kantone ausgeübt werden soll.

TI (56), FDP (49), SVP (50), asci und SKS (42), groupmutuel (44), Kf (6), pharmaSuisse (43) und santésuisse (36) sind mit der Einführung dieser Bestimmung einverstanden oder erachten sie zumindest als prüfenswert. Groupmutuel (44) und Kf (6) plädieren dafür, die vorgeschlagene Lösung müsse für sämtliche Bereiche medizinischer Pflichtleistungen gelten, nicht nur für den ambulanten Bereich. Die SVP (50) bringt vor, der Bundesrat müsse diese Kompetenz rasch ausschöpfen, sonst nütze die Massnahme nichts. VD (59) äussert sich ebenfalls zustimmend, bemängelt aber, dass das Projekt bezüglich der vorgesehenen Bedingungen und Mechanismen die notwendige Klarheit vermissen lasse.

Für Spitex (15) ist unklar, inwieweit Spitex und Pflegeheime nach neuem und nach altem Recht von diesem Artikel betroffen sind und stellt den Antrag, der Zusammenhang zwischen der Revision der Pflegefinanzierung und den vorliegenden neuen Revisionsvorschlägen sei in der Botschaft zu erläutern.

Art. 62 Abs. 2^{ter}: Dauer des Versicherungsverhältnisses

Die hier vorgeschlagene Revision wird vom Grundsatz her **von einer knappen Mehrheit der Vernehmlassungsteilnehmer gutgeheissen**.

TI (56), VS (57), die CSP (3), KKA (18) und SGAM (20) stimmen der Vorlage zu. GDK (51) und physioswiss (61) sind ebenfalls grundsätzlich mit dem Vorschlag einverstanden und beantragt zusätzlich, die gewährten Prämienrabatte bei wählbaren Franchisen zu reduzieren.

Die SVP (50), groupmutuel (44), RVK (32), santésuisse (36), SGV (14) und SVV (48) begrüßen die vorgeschlagene Revision, sprechen sich aber für eine Mindestvertragsdauer von mehr als zwei Jahren aus. Groupmutuel (44), santésuisse (36) und SVV (48) schlagen vor, dass die längere Vertragsdauer nicht nur für die Wahlfranchise, sondern für alle Rabatt-Modelle gelten solle. UNION (17) steht dem Vorschlag ebenfalls positiv gegenüber, fordert aber, dass nicht nur die Wahlfranchise, sondern auch die gleiche Krankenkasse für eine bestimmte Zeit beibehalten wird.

FR (40), JU (28), VD (59), FRC (41), Ombudsman (7) und SPO (25) begrüßen den Vorschlag, verlangen aber, dass im Gesetz nur eine Bindung an die Wahlfranchise, nicht aber an den Versicherer verankert wird.

ASI (34), FMH (46), FRC (41) und pharmaSuisse (43) schlagen als alternative oder kumulative Massnahme die Abschaffung der hohen Franchisen vor. FMH (46) fordert zudem die Prüfung eines Verbots der Billigkassen und Listenmodelle.

H+ (19) und SAGV (30) sind der Meinung, dass eine längere Vertragsdauer bei besonderen Versicherungsformen einer Franchiseerhöhung im Falle einer Erkrankung gleichkomme.

ZG (16) lehnt die Massnahme ab und schlägt eine grundsätzliche Verlängerung der gesetzlichen Vertragsfristen auf zwei Jahre vor.

Für eine generelle Abschaffung der Wahlfranchise oder für die Einführung des Modells PGS (Modell der persönlichen Gesundheitsstelle) und somit gegen die vorliegende Revision spricht sich VSAO (33) aus. Aufgrund der abschreckenden Wirkung einer zweijährigen Vertragsdauer lehnt die EDU (22) den Vorschlag ab.

Die Grünen (38), PdAS (59), asci und SKS (42), AVIVO (54), VASOS (53) und PULSUS (62) sind gegen den Vorschlag, weil er schlimme Auswirkungen auf die Finanzen von Kranken habe und eine Veränderung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit des Versicherten nicht berücksichtige.

Art. 64 Abs. 4 erster Satz

Dieser Ausnahme wird von FR (40), den Grünen (38) und KKA (18) ausdrücklich zugestimmt. Von ZG (16), GDK (51), EDU (22) und SHV (24) nur dann, wenn Art. 64 Abs. 5^{bis} wirklich eingeführt werden sollte.

H+ (19) fordert explizit die Streichung, da sie gegen den Behandlungsbeitrag ist.

Art. 64 Abs. 5^{bis}: Behandlungsbeitrag

Drei Viertel aller Vernehmlassungsteilnehmer lehnen den Behandlungsbeitrag klar ab.

Selbst in der Gruppe der Befürworter eines Behandlungsbeitrags und der Skeptiker, die ihn nicht grundsätzlich ablehnen – TI (56), CSP (3), EDU (22), GDK (51), groupmutuel (44), Kf (6), pharmaSuisse (43), santésuisse (36), SVV (48) RVK (32), SLKK (9), FDP (49), Centre Patronal –, bezweifeln viele die Wirksamkeit dieser Massnahme. Sie gehen davon aus, dass sie zwar eine positive Wirkung haben könnte, aber auch den Verwaltungsaufwand erhöhen würde, sodass der Ertrag im Vergleich zu den verursachten Unannehmlichkeiten gering wäre. FDP (49), Kf (6), santésuisse (36) und SVV (48) sind der Ansicht, die Massnahme werde eher eine psychologische Wirkung entfalten als tatsächliche Einsparungen ermöglichen. Ascii und SKS (42), FDP (49) und FMH (46) bezweifeln, dass diese psychologische Wirkung langfristig anhalten wird.

Der hauptsächliche Kritikpunkt sind die Kosten, die die Einführung des Behandlungsbeitrages verursachen würde und die nach Ansicht der Mehrheit der Vernehmlassungsteilnehmer wirkliche Einsparungen verhindern würden. Sowohl seitens der Leistungserbringer als auch der Versicherer sind sich alle einig, dass diese Massnahme mit einem erheblichen zusätzlichen Verwaltungsaufwand verbunden ist. Erwähnt werden beispielsweise die Verwaltung der Beiträge auf kantonaler Ebene, die Steuerung der Finanzströme und der Rechnungskontrollen, Probleme in der Abwicklung (Zusammenspiel mit den anderen Sozialversicherungsträgern) und das Problem des Inkassos bei Nichtbezahlung. FMH (46) betont weitere Probleme wie das Problem der Kurzkonsultationen, der Druck auf zu frühe Abklärungen, der Anreiz auf Hospitalisierung und das Problem des Notfalldienstes.

Das "Verspätungsrisiko" wird von FR (40), CSP (3), EVP (5), VASOS (51), FMH (46), FRC (41), GELIKO (35), KKA (18), Pro infirmis (4), pro mente sana (11), UNION (17) und VSAO (33) erwähnt: Diese Massnahme kann bewirken, dass kranke Menschen zu spät zum Arzt gehen und zuwarten, bis sich die Krankheit verschlimmert, oder Präventionsuntersuchungen unterlassen. Sie brauchen dann eine intensivere ärztliche Betreuung und teurere Medikamente. Das kann dann zu massiven Mehrkosten führen.

Die Kantone FR (40), VS (57) und TI (56), PdAS (58) sowie verschiedene Organisationen (Aids-Hilfe Schweiz (27), VASOS (51), FMH (46), pro mente sana (11), PULSUS (62), SBV (60), SHV (24), Spitex (15) und VSAO (33)) halten fest, diese Massnahme sei unsozial und stelle für Personen in unsicheren und wirtschaftlich schwierigen Verhältnissen eine Benachteiligung und eine übermässige zusätzliche Belastung dar. Für die Grünen (38) und GELIKO (35) besteht die Gefahr, dass nicht diejenigen von Arztbesuchen abgehalten werden, die das System ausnützen, und dass auch Patienten bestraft werden, die sich sinnvoll verhalten. TI (56) und FRC (41) vertreten die Auffassung, diese Bestimmung laufe dem Grundsatz der Solidarität in Bezug auf den Gesundheitszustand und das Einkommen zuwider.

Nach Ansicht von FRC (41) versetzt diese Massnahme dem Hausarztmodell, das eine zunehmende Zahl von Akteuren bezüglich der Effizienz als zukunftssträftig erachten, einen weiteren Schlag. VASOS (53) ist der Meinung, die besten medizinischen Berater eines Patienten seien die Ärzte, die er kenne und die ihn kennen würden.

ZG (16), SCG (12), FER (39), H+ (19) und KKA (18) kritisieren den Zwang der Barzahlung: Er sei realitätsfremd, anachronistisch, veraltet und widerspreche allen gängigen Entwicklungen. FMH (46) hält fest, diese Anforderung stehe im Widerspruch zum derzeit laufenden Projekt eHealth.

Die **weiteren Vorschläge** im Zusammenhang mit Art. 64 Abs. 5^{bis} sind nachstehend kurz zusammengefasst.

Mehrere Vernehmlassungsteilnehmer möchten die Einführung des Behandlungsbeitrages auf bestimmte Bereiche beschränken:

- auf ambulante Spitalbehandlungen: FMH (46), kf (6), Ombudsman (7), santésuisse (36) (aber CHF 50.- und höchstens viermal pro Jahr), SVV (48), UNION (17);
- auf die ambulanten Behandlungen in den Notfallstationen der Spitäler: die Grünen (38), VSAO (33).

PharmaSuisse (43), RKV (32) und SHV (24) schlagen unterschiedliche Beträge je nach Situation vor (Notfall, Facharzt, auf eigene Initiative aufgesuchter ärztlicher Grundversorger, ärztlicher Grundversorger nach Überweisung durch einen anderen Leistungserbringer).

SLKK (9) sieht den Betrag von CHF 30.- als zu klein an und findet, dass CHF 50.- richtig wäre.

Verschiedene Anhörungsteilnehmer - EDU (22), EVP (5), groupmutuel (44), RVK (32), SGV (14) - schlagen eine Erhöhung der Jahresfranchise und/oder des Selbstbehaltes vor.

GE (26) schlägt die Einführung von einkommensabhängigen Franchisen vor, um bei den Versicherten ein stärkeres Verantwortungsbewusstsein zu wecken.

RVK (32) empfiehlt, auf der Senkung des Selbstbehaltes von CHF 700.- auf CHF 600.- zu verzichten.

Art. 64 Abs. 6 Bst. d

Sollte Art. 64 Abs. 5^{bis} eingeführt werden, so stimmen TI (56), ZG (16), GDK (51), EDU (22) und die Grünen (38) dieser Ausnahme zu.

Zahlreiche Vernehmlassungsteilnehmer verlangen hingegen, dass die **Liste der Ausnahmen ergänzt wird** und dass diese Bestimmung auch in den folgenden Fällen gilt:

- für Personen, die einen ärztlichen Grundversorger aufsuchen: FR (40), SGAM/SSMG (20), VSAO (33)
- für Patienten, die von einer Fachperson an einen anderen frei praktizierenden Arzt überwiesen werden: ASI (34)
- für Überweisungen an einen Facharzt durch den Hausarzt: SGAM/SSMG (20), UNION (17)
- für die Versicherten in einem Managed-Care-Modell: VD (59), kf (6), Ombudsman (7), santésuisse (36), UNION (17)
- für Patienten mit chronischen Krankheiten: UNION (17)
- für Bewohner von Pflegeheimen: VD (59), ASI (34), CURAVIVA (37)
- für Nutzer von Spitexleistungen: VD (59)
- für Unfallopfer: UNION (17)

GDK (51), EDU (22), AVIVO (54), FMH (46), KKA (18) und SHV (24) stellen fest, die im Kommentar erwähnte Ausnahme für die Leistungen bei Mutterschaft fehle im Gesetz. Sie verlangen daher, diese Ausnahme aufzuführen.

SCG (12) denkt, dass diese vorgesehene Ausnahme wieder zu Kostensteigerungen führt und somit wenig konsequent ist.

H+ (19) fordert die Streichung, da sie gegen den Behandlungsbeitrag ist.

II Übergangsbestimmungen zur Änderung vom ...

Die EDU (22) und Medi 24 (23) finden die Frist zur Einführung von einem Jahr zu kurz bemessen.

Für KKA (18) macht die Einführung der telefonischen Beratungsdienste erst ab 2011 Sinn. Dies zeigt aber erneut auf, dass die Telefonberatung vor allem Personen mit tieferem Einkommen keine zeitgerechte Alternative zum Behandlungsbeitrag bietet.

FR (40) verlangt, dass die Bereitstellung der Telefonberatung zeitgleich mit der Einführung der Selbstbeteiligung erfolgt.

Nach Ansicht der GDK (51) ist gleichzeitig zumindest in der Verordnung vorzusehen, dass die Versicherer ihre Versicherten über das Angebot und die Nutzungsmöglichkeiten entsprechend informieren.

III Dringlichkeit

Zahlreiche Vernehmlassungsteilnehmer **erachten die Revision nicht als dringlich.**

GCK (51), TI (56) und ZG (16) stimmen der Gültigkeitsdauer ausdrücklich zu.

RVK (32) kritisiert die Befristung auf zwei Jahre, da sie in einem gewissen Konflikt mit den hohen Investitionskosten, die sie verursache, stehe.

2.3 Weitere Vorschläge

Bundesbeitrag zur Verbilligung der Prämien

Etwa 15 Stellungnahmen enthalten Bemerkungen zum Bundesbeitrag zur Verbilligung der Prämien; die Hälfte spricht sich für diesen Vorschlag aus, die andere Hälfte dagegen.

Weitere Vorschläge

Gut die Hälfte der Vernehmlassungsteilnehmer schlägt zusätzliche Massnahmen vor, um Einsparungen zu erzielen. Diese Massnahmen stehen jedoch nicht in direktem Zusammenhang zur Revision, zu der diese Vernehmlassung durchgeführt wird. Zu erwähnen sind beispielsweise:

- die Verringerung der Prämienrabatte bei den Wahlfranchisen
- die Erhöhung der Jahresfranchise und des Selbstbehalts
- die Senkung der Medikamentenpreise
- die Überprüfung des Grundleistungskataloges
- die Anpassung der Tarife in den Spitalambulatorien
- die Lockerung des Vertragszwangs
- der Risikoausgleich unter den Krankenversicherern
- die vorübergehende Senkung der Reserven der Krankenkassen
- die Finanzierung des ambulanten Bereichs der Spitäler
- die Kosten medizinischer Hilfsmittel
- die Förderung von Managed Care und Ärztenetzwerken

Von einigen Vernehmlassungsteilnehmern wird auch beantragt, dass der Bundesrat die am runden Tisch von Anfang April ausgehandelten Massnahmen unverzüglich umsetzt.

Dringliche Revision des KVG

Konferenzielle Vernehmlassung vom 11. Mai 2009 (14:30 bis 18:00)

Teilnehmer siehe Anhang 3

Protokoll

Eröffnung / Begrüssung / Einleitung

Pascal Couchepin

Mesdames Messieurs j'ai le plaisir de vous souhaiter la bienvenue, de vous remercier de votre nombreuse présence qui manifeste l'intérêt que vous avez pour cette consultation. Je rappelle simplement quelques faits : Le 6 mai 2009 le conseil fédéral a chargé le département fédéral de l'intérieur de mener une procédure de consultation sous forme de conférence, portant sur les mesures destinées à juguler partiellement les coûts dans l'assurance maladie. Vous avez reçu les documents relatifs à la consultation, il y a 1 ou 2 jours. Les mesures proposées feront l'objet, dans la mesure où elles seront confirmées par le Conseil fédéral, d'un message demandant l'urgence à l'intention du Parlement. Mais ce ne seront pas les seules mesures qui seront prises dans les semaines qui viennent, je prendrais un certain nombre de mesures par le biais de modification d'ordonnance notamment en ce qui concerne les médicaments, elles ne font pas l'objet de la discussion d'aujourd'hui. Mais il y aura des informations complémentaires le 29 mai en principe, lors de la conférence de presse.

Cet après-midi nous allons procéder de la façon suivante. Le responsable du secteur, Monsieur Indra, donnera les informations sur toutes les mesures qui sont à la base de ces décisions et ensuite on ouvrira la possibilité pour vous de nous donner votre point de vue et vos arguments. Le but n'étant pas d'avoir une discussion mais d'entendre vos arguments. Vous pouvez également vous exprimer jusqu'à la fin de la semaine par écrit.

En ce qui concerne le temps à disposition nous allons rester à votre disposition aussi longtemps que vous le voulez. Il n'est pas question de couper la parole à quelqu'un, sauf si on commence à parler de choses qui n'ont aucun rapport avec l'objet d'aujourd'hui. Le but est de vous entendre. Je vous prie d'être le plus bref possible pour qu'on puisse entendre le point de vue de toutes les organisations clefs dans ce domaine.

Je vous remercie encore une fois de votre présence et passe la parole à Monsieur Indra.

Einführung Kosten- und Prämiensituation

Peter Indra

Danke Herr Bundesrat, sehr geehrte Damen und Herren. Erlauben Sie mir aufzuzeigen wie die aktuelle Situation aus der Beurteilung des BAG und des Departements ist. Dazu haben Sie eine Serie von Folien verteilt bekommen, durch die ich jetzt ganz kurz durchgehen möchte und Ihnen die wichtigsten Punkte herausstreichen werde. Es geht dabei um Fragen der Kosten, Leistungen, aktuelle Reserve, Rückstellungen und Prämiensausblick auf diesen Herbst.

Peter Indra präsentiert die Folien zu den Fakten (Folien 1-10).

Pascal Couchepin : Gibt es Fragen zu den präsentierten Fakten?

Christiane Jacquet-Berger, AVIVO suisse

Dans les chiffres qui viennent de nous être donnés, je m'étonne que nous n'ayons pas connaissance des réserves canton par canton. On sait que c'est pourtant l'un des problèmes qui se pose actuellement.

Pascal Couchepin

On n'a pas les réserves canton par canton tout d'abord parce que c'est les pronostiques pour la fin de l'année, personne peut savoir comment les choses vont évoluer. Le deuxième point, les réserves doivent être nationales. Il y a quelques années nous avons constaté que certains cantons avaient des réserves affectées qui étaient plus hautes que la moyenne nationale et on a convenu de régler ce problème avec les années. Mais aujourd'hui on a des estimations pour cette année. Des estimations pour l'année prochaine, on a que les chiffres globaux, ce n'est pas le problème principal, qui est l'explosion des coûts dans l'ensemble de la Suisse. Mais naturellement on tient compte aussi de ce problème lors ce que nous devons approuver les primes en automne.

Yvonne Gilli, die Grünen Schweiz

Bei der Kostenentwicklung nach Kostengruppen wäre es wichtig zu wissen, was der prozentuale Anteil an den Gesamtgesundheitskosten ausmacht für die Gruppen, die erwähnt sind.

Pascal Couchepin

Ces chiffres sont publiés dans le résumé de la politique sociale de Suisse. Veuillez vous référer à ce document.

Einführung Massnahmen

Peter Indra präsentiert die Folien zu den Massnahmen, welche die Teilnehmenden vorgängig schriftlich erhalten haben. Es geht um Massnahmen in folgenden Bereichen:

Verbesserung der Steuerung

- Planung der Kantone
- Eingreifen in die Tarife

Verbesserung der Kundendienstleistung und des Kundenservice

- Telefonberatung

Verstärkung der Solidarität

- Längere Vertragsdauer

Stärkung der Eigenverantwortung

- Behandlungsbeitrag

Monitoring

- Massnahmen im Bereich Statistik

Konjunktur-Massnahmen

- Prämienverbilligung

Pascal Couchepin : Gibt es Fragen zu den präsentierten Massnahmen?

Sarah Stalder, Stiftung für Konsumentenschutz

Frage zu Art 64 Abs. 5bis. Sie haben die Ausnahmen erwähnt. Gibt es weitere Ausnahmen? Ich denke an Leute, die schon heute keine KK-Prämien bezahlen.

Peter Indra: Nein, es gibt keine weiteren Ausnahmen. Es ist aber so, dass Leute, die heute schon keine KK-Prämien bezahlen können, in bestimmten Fällen ausgeschlossen sind. Z.B. Leute, die Ergänzungsleistungen beziehen. Denen wird auch diese CHF 30.– Gebühr voll wieder zurückerstattet werden. Sie haben hier also eine Abfederung in diesem besonders vulnerablen Bereich. Es gilt auch zu sagen, dass, solange die Franchise nicht erreicht ist, die CHF 30.– sowieso bezahlt werden müssen. In diesem Fall werden diese einfach im Voraus bezahlt. So wie es heute ist, wird sie nachträglich belastet. Es ist in diesem Sinne keine Bestrafung, sondern eine Vorwegnahme der Leistung, bevor sie durch die Kasse in Rechnung gestellt wird.

Jacqueline Fehr, Sozialdemokratische Partei, SP

Eine Anschlussfrage dazu: Das heisst, der Arzt muss wissen, wer von den Patienten Ergänzungsleistungen bezieht, wer in welcher Situation ist, wer wie oft schon bei ihm war, da ja die Gebühr cash bezahlt wird?

Peter Indra: Der Arzt muss das nicht wissen. Die Gebühr muss cash bezahlt werden, aber das ist eine Problematik, bei der wir noch mit den zuständigen Behörden in Diskussion sind um zu sehen, wie das konkret gelöst werden kann.

Stefan Kaufmann, santésuisse

Ich habe eine Frage zu den genauen Modalitäten der Behandlungsgebühr. Bei unseren Mitgliedern ist die Frage aufgetaucht, wie das genau sein wird bezüglich Anrechenbarkeit der Franchise. Auf welcher Grundlage wird die Franchise genau berechnet?

Peter Indra: Das ist eine sehr komplexe Materie. Wir werden dazu auf der BAG Website Beispiele aufschalten, wie die Modalitäten genau sein werden. Es ist jedoch zu komplex, um das jetzt hier detailliert zu erläutern.

Bernhard Wegmüller, H+

Auch eine Frage zu dieser Behandlungsgebühr und zur spitalambulanten Planung: Gibt es von Ihnen Abklärungen bei der Praxisgebühr, wie dessen Wirksamkeit ist? Sobald die Leute mehr als 6-mal die Praxisgebühr bezahlen mussten, kann man davon ausgehen, dass sie keine Wirksamkeit mehr zeigt. Und zur spitalambulanten Planung, gibt es dort Vorstellungen vom BAG? Aus dem stationären Bereich gibt es Studien, die alle sagen, die Planung ist unwirksam. Man weitet das jetzt aus auf einen Bereich, wo es noch viel schwieriger ist. Welche Vorstellungen hat hier das BAG?

Pascal Couchepin : En ce qui concerne l'efficacité, dans les pays scandinaves cette mesure a été introduite. Elle est très efficace. Pour le reste, on ne peut faire que des prévisions. Il n'y a pas d'étude de simulation qui a été faite pour la bonne raison qu'il s'agit de quelque chose d'une grande complexité. Mais dans les pays scandinaves, ça marche et ils sont d'un assez bon niveau social.

Roland Zimmermann, canton de Neuchâtel

A-t-on conscience au DFI que cette mesure, potentiellement va concerner les personnes bénéficiaires de prestations complémentaires, on vient de l'entendre, mais également celles bénéficiaires de l'aide sociale qui ne seront pas exempté, si je l'ai bien compris ? Ce qui p.ex. pour le canton de Neuchâtel

représenterait environ CHF 2 mio. à CHF 2.5 mio. de charges supplémentaires pour la prise en compte de ces éléments.

La seconde question : Est-ce qu'on ne va pas finalement arriver à un système où le rendez-vous va être fixé s'il y a un paiement préalable de la taxe, puisqu'on ne peut pas payer avec la carte ? Que ce passe t'il si une personne arrive chez le médecin et ne peut pas payer directement ?

Peter Indra: Grundsätzlich sind diese CHF 30.– zu bezahlen. Die Bezahlung mit der EC-Karte ist einer Barzahlung gleichgestellt.

Pascal Couchepin : Ce qui serait intéressant, c'est de savoir comment vous arrivez au chiffre de CHF 2.5 mio.

Roland Zimmermann, canton de Neuchâtel: 6'000 personnes assistées et 8'000 personnes bénéficiaires de prestations complémentaires, multipliés par 30 et fois 6, on arrive à un potentiel de cet ordre de grandeur.

Monika Dusong, Fédération romande des consommateurs

Concernant les consultations téléphoniques par les assureurs, quel pourrait être le personnel, qui aurait l'indépendance nécessaire et les connaissances médicales ? Comment seraient-elles soumises au secret médical ? Comment est-ce qu'on pourrait éviter, que les connaissances qu'auraient ces personnes qui répondent au téléphone soient utilisées par l'assureur ? Il me semble bizarre qu'un assureur puisse commencer à traiter ou à conseiller un traitement.

Peter Indra: Die Frage lässt sich einfach beantworten. Es ist nicht der Versicherer, der diesen Service ausführt. Der Versicherer gibt diesen Service in Auftrag. Das funktioniert heute schon. Über 5 Mio. Versicherte haben die Möglichkeit, diesen Service zu gebrauchen und da gelten genau gleich die Regeln des Datenschutzes und alle ändern. Der Versicherer macht es nicht selber, er gibt diesen Service in Auftrag.

Rudolf Luginbühl, Ombudsman Krankenversicherung

Wurden bezüglich des Behandlungsbeitrags von CHF 30.– Überlegungen oder Untersuchungen im Verhältnis zu Hausarztmodellen und HMO-Praxen angestellt, bei denen die Versicherten zuerst zu ihren Gatekeeper gehen müssen, um herauszufinden, ob diese Modelle als Kosten sparend einzustufen sind?

Pascal Couchepin : De tels modèles ont été discutés dans le Parlement, mais ils n'ont jamais été adoptés par le Parlement.

Urs Wanner, SBV

Zur Frage der Telefonberatung: Wie verhält es sich mit der Haftung bei fehlerhaften Empfehlungen oder bei allenfalls bewussten Verzögerungen der entsprechend notwendigen Behandlungen?

Peter Indra: Das verhält sich gleich, wie dies schon heute der Fall ist. Heute haben wir genau dasselbe Problem. Es haftet der Anbieter dieses Telefonservices. Das ist Medi24 oder Medgate.

Margot Enz Kuhn, Schweizerische Gesellschaft für Allgemeinmedizin

Ich habe auch eine Frage zur Telefontriage: Ich verstehe den Grund der Einführung nicht. Es besteht keine Evidenz, dass damit Kosten eingespart werden können. Es könnte auch zu einer Kostensteigerung führen, weil die Patienten aus Unsicherheit gehäuft überwiesen werden.

Pascal Couchepin : C'est exact, il n'y a pas d'études qui ont été faites pour l'instant. Ceux qui ont recours à ce système ont en général eu de très bons résultats. Toute une série d'études montre que les diagnostics donnés par téléphone sont dans leur immense majorité non seulement correcte mais très précis et la marche d'erreur n'est pas plus forte que dans la pratique.

Walter Häcki, PULSUS

Haben Sie untersucht, ob mit dem Telefonservice auch eine Ausweitung des Angebots stattfindet, indem die Leute in Fällen das Telefon beanspruchen, in denen sie sonst eigentlich nicht zum Arzt gehen würden? Dass Leute schon bei kleinen Gebrechen zum Telefon greifen und es dadurch zu einer Ausweitung des Gesundheitswesens kommt?

Pascal Couchepin : Rien n'est impossible, mais c'est improbable.

Danielle Lehmann, UNION schweizerischer Komplementärmedizinischer Ärzteorganisationen Luzern

Frage zu der Telefonberatung: In vielen Kantonen werden zur Zeit die ärztlichen Notfalldienste neu organisiert. Vorbildlich ist diesbezüglich z.B. der Kanton Wallis, wo es ein nächtliches Ärzetelefon gibt. Ist es sinnvoll, wenn diese neuen Versuche von Telefontriage und Notfalldiensten konkurrenziert werden?

Pascal Couchepin : Il ne serait pas logique d'avoir un système concurrent, mais il est tout à fait possible que les gens se mettent d'accord pour recourir au même système. Et je tiens à dire qu'en effet tous ceux qui recourent au système en Valais sont très satisfaits du système. Il n'est pas question de créer un système à côté. La logique, c'est de le faire ensemble.

Charlotte Werthemann, INTERGENERIKA

Frage zur Telefonberatung: Im Moment gibt es [bei der Krankenkasse] einen Rabatt, wenn man dieses System wählt. Wird das nachher nicht mehr der Fall sein?

Pascal Couchepin : Cela n'existera plus.

Marcel Graber, RVK Verband der kleinen und mittleren Krankenversicherer

In den Erläuterungen zum Telefondienst steht, dass die Kosten dafür den Verwaltungskosten der Versicherer zugewiesen werden sollen. Macht es nicht mehr Sinn, diese Kosten separat auszuweisen, damit man auch später eine Erfolgskontrolle machen kann?

Peter Indra: Die Kosten werden natürlich separat ausgewiesen. Dies aber innerhalb der Kategorisierung «Verwaltungskosten» und nicht «Leistungskosten».

Fabrice Ghelfi, canton de Vaud

Question concernant le nouvel art. 64, al. 5 sur la contribution de CHF 30.– et son articulation avec l'art. 39 LAMal. Dans cet article, on fait référence non seulement aux hôpitaux, mais aussi aux EMS et aux soins à domicile. On sait qu'il y a des consultations médicales au sein des EMS. Est-ce que vous avez songé à exclure de manière formelle le monde des EMS et des soins à domicile de la contribution de CHF 30.–?

Pascal Couchepin : Il faut y réfléchir et résoudre cette question. On en prend acte et cela sera vérifié.

Semya Ayoubi, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren

In den Kommentaren steht, dass ein Sparpotenzial von CHF 500 Mio. Franken erwartet wird. In einem Papier des BAG steht, dass die Praxisgebühr ein Sparpotenzial von CHF 350 - 450 Mio. Franken beinhaltet. Können Sie die Zahlen etwas in Beziehung bringen und nach den verschiedenen Massnahmen aufteilen? Können Sie insbesondere auch sagen, wie viel Sie denken, dass man mit einem Eingriff in die Tarifstruktur sparen kann und sparen möchte?

Peter Indra: Es ist sehr schwierig zu sagen, was konkrete Zahlen sind und was geschätzte Zahlen sind. Wenn Sie sich diese Massnahmen anschauen, dann hat sehr viel mit dem Setzen von Anreizen zu tun. Dies geschieht nicht von heute auf morgen.

Die Zahl, die relativ gefestigt ist, das sind die CHF 350 - 450 Mio. die wir hier im Zusammenhang mit der Einführung des Praxisbeitrages genannt haben. Diese resultiert aufgrund des heutigen Wissens, wie viele Leute wie oft zum Arzt gehen, und auf einer realistischen Schätzung, wie viel hier gespart werden kann. Das Gesamtpotenzial ist geschätzt und ist natürlich wesentlich höher. Wir haben aber bewusst für die Steuerung, welche einige Zeit braucht, und die Tatsache, dass auf den 1. Januar keine Tarifsenkungen vorgesehen sind, sondern dazu nur die Möglichkeit gegeben wir, dazu keine weitere Stellung bezogen. Sie können aber errechnen, wenn der ambulante Bereich 40% der Gesamtkosten von CHF 22 Mia. ausmacht und sie 10% herunterfahren würden, dass wir hier von CHF 800 Mio. sprechen würden, würden sie querbeet herunterfahren mit diesen Tarifen. Aber hier haben wir bewusst darauf keinen Bezug genommen.

Stellungnahmen:

Pascal Couchepin : Je ne vous interromprai pas lors de vos prises de positions. Nous allons commencer avec les cantons, ensuite les autorités politiques, les partis politiques, puis les groupements d'intérêts.

1. Kantone und GDK

Franz Wyss, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirektoren GDK

Ich möchte mich vor allem zu den Punkten bezüglich der Verbesserung der Steuerung äussern.

Grundsätzlich sind wir nicht so begeistert, dass wir in so kurzer Zeit eine so komplizierte Materie beurteilen müssen. Wir denken, dass es wirklich nötig ist, das Thema seriös zu prüfen. Wir werden am nächsten Freitag in unserer Konferenz Gelegenheit haben, uns näher mit diesem Paket zu befassen und werden dann auch die Fragen bezüglich der Verbesserung der Steuerung in Bezug auf die Kantone genau anschauen. Grundsätzlich begrüssen wir die Stossrichtung durchaus freundlich. Bei den zwei Punkten «Planung der Kantone» und «Eingreifen in Tarife» haben wir bedenken. Bei der Planung im ambulanten Bereich sehen wir noch nicht so recht, wie das gelingen soll, beispielsweise im Rahmen von Leistungsaufträgen Mängelbegrenzungen für bestimmte Typen von Aktivitäten zu institutionalisieren. Wir hätten eher eine Lösung im Rahmen der Zulassungsbedingungen gesehen. Zulassungsbegrenzungen, insbesondere im Rahmen von Art. 55b, was wir auch dem Parlament gegenüber schon vorgebracht haben. Was die Tarife betrifft, sehen wir es lieber, wenn man nicht alles auf den Kopf stellen würde und dem Bund hier Kompetenzen einräumen würde. Auch hier ziehen wir es vor, den Kantonen eine angemessene Möglichkeit des gezielten Eingriffs zu geben.

Der Telefonberatung stehen wir grundsätzlich eher positiv gegenüber. Wir denken aber, dass noch einige Klarheiten geschaffen werden müssen mit Bezug auf die Freiwilligkeit der Beanspruchung dieser Leistungen, sonst wird es inkompatibel, beispielsweise mit HMOs.

Wir haben Probleme mit dem Behandlungsbeitrag. So wie er jetzt ausgestattet ist, können wir uns nicht vorstellen, dass das in Bezug auf das Nutzen-Kostenverhältnis wirklich viel bringen wird. Wir sind aber bereit, darüber nachzudenken, wie in dieser Richtung allenfalls etwas gemacht werden könnte.

Was die Verlängerung der Vertragsdauer betrifft, könnte man darüber diskutieren, ob man nicht weiter gehen müsste, wenn man schon sagt, dass mit den Franchisen eigentlich Risikoselektion betrieben wird. Konsequenterweise müsste man Fragen, ob man nicht die Wahlfranchisen abschaffen soll, anstatt an der Vertragsdauer herumzufeilen. Gegen die Verlängerung der Vertragsdauer haben wir aber grundsätzlich nichts einzuwenden. Wir finden, das geht in die richtige Richtung.

Monitoring: Mit den Massnahmen im Bereich Statistik sind wir selbstverständlich einverstanden.

Die Prämienverbilligung ist ein sehr delikates Problem, weil sich für uns die Frage stellt: Wie verkaufen wir der Bevölkerung nach zwei, drei Jahren den Umstand, dass die Gelder plötzlich wieder heruntergefahren werden sollen? Das ist unser grösstes Problem. Grundsätzlich haben wir Sympathien für diese Option. Sie ist aber nicht ganz unproblematisch.

Adrien Bron, canton de Genève

Heureusement, malgré l'impréparation dans laquelle on est mise, on partage déjà beaucoup de choses avec la CDS, ce qui est un bon point de départ.

Concernant l'art. 13, al. 2 (triage par téléphone) on est plutôt favorable à cette mesure, puisque le triage montre son efficacité et permet d'être un élément assez important dans tout ce qui est de la lutte contre la futilité dans la consommation des prestations dans le domaine médical. Il convient de s'assurer que ce soit fait selon les critères d'indépendance, qui soient extrêmement transparents. Si on précisait directement dans la loi qu'il s'agit de collaborer avec des institutions qui existent déjà, plutôt que de développer des services qui doublonneraient et dépenseraient plus d'argent que maintenant, cela ne serait sans doute pas inutile. J'ajoute que vous avez évoqué un certain nombre de services, on peut aussi évoquer le numéro 144, qui a des pratiques déjà bien établies et qui pourrait sans doute aussi servir de service un peu plus général.

Monitoring, art. 21, al. 4 : en ce qui concerne la surveillance de l'application de la loi, nous sommes complètement intéressés. Dans le canton de Genève, on vient de développer très récemment un système de Monitoring des coûts de la santé, qui permet de regarder un peu plus en détail tout ce qui se passe dans l'ambulatoire, notamment aussi avec la collaboration de santésuisse. Là, j'en déduirais quand même que pour nous la périodicité des données est importante, puisque un mois est mieux que trois mois. Mais maintenant il faudra surtout élaborer des indicateurs nouveaux et donner des chiffres qui vont au-delà de ce que comporte le monitoring de l'OFSP. Notamment en ce qui concerne l'ambulatoire et l'ambulatoire hospitalier, toutes les parts de l'AOS qui vont dans le secteur totalement privé de l'hospitalier que ce soit dans l'hospitalier de séjour ou l'ambulatoire de l'hospitalier. Si on pouvait développer des choses dans ce domaine, ce serait sans doute très intéressant.

Mandats de prestations, art. 39, al. 1bis : nous avons des réserves assez sérieuses. Il est quand même assez loin de la vie pratique d'une administration cantonale. Donc de ceux, qui sont chargés de faire vivre cette loi. Concrètement il est mis dans l'exposé des motifs, qu'il n'y aura pas besoin de planifier tout le secteur ambulatoire hospitalier. En même temps je ne sais pas si vous vous imaginez ce que cela veut dire pour des administrations cantonales, de prendre des décisions quand même assez coercitives d'exclusion de certains prestataires, avec des bases aussi floues dans le fond. Nous avons les pires inquiétudes quand nous voyons cela, puisque la sécurité du droit ne sera absolument pas garantie. Nous serons obligés de planifier avec des critères qui sont à déterminer et difficile à établir et je pense que c'est une solution très compliquée et très dangereuse pour un objectif, que dans le fonds nous saluons et réclamons depuis longtemps. Nous aimerions la compétence pour réguler la totalité du secteur ambulatoire y compris dans les hôpitaux. Je crois, que cela permet avec les prestataires de soins d'avoir des éléments de pilotages, qui sont nettement plus efficaces et plus sûrs, que si on arrive à devoir exclure un certain nombre de prestataires, parce qu'ils n'ont pas de contrat de prestation, parce qu'on n'a pas les bases pour les leurs donner. Je crois qu'il y a vraiment des choses à développer dans le domaine du pilotage du secteur ambulatoire. Il faut vraiment piloter le volume et pas seulement punir l'offre.

Baisse des tarifs, art. 55b (nouveau) : là, nous sommes extrêmement réservés. Je suis frappé par l'imprécision de la rédaction de cet article. Pour nous c'est la porte ouverte à une étatisation des tarifs, qui est particulièrement contraire à l'esprit de liberté tarifaire et de tarifs négociés entre prestataires de soins. Le canton de Genève est d'avis que c'est un précédent assez dangereux et une porte ouverte pour toute une mesure qui serait prise au niveau national, qui serait contraire à l'application décentralisée actuelle de la loi. On se sent à Genève particulièrement concerné quand on parle d'évolution de différents secteurs supérieurs à la moyenne nationale. On sait que dans le domaine ambulatoire on part de très haut et que ça continue à évoluer. On s'interroge de ce que peut vouloir dire un secteur ambulatoire. Est-ce que c'est uniquement la médecine de ville, est-ce que c'est l'ambulatoire hospitalier, est-ce que c'est les établissements de soins ? Tout cela mérite d'être précisé. Je crois surtout que les critères dans le fonds pour intervenir dans ce domaine-là donnent une totale liberté de manoeuvre au Conseil fédéral. C'est clair que pour nous là aussi c'est simplement mal ciblé, puisque dans le fonds le monitoring des coûts permet de montrer que s'il y a un problème de coût par assuré dans l'assurance obligatoire des soins. Cela vient beaucoup plus du volume de l'offre que du tarif lui-même. En pilotant mieux l'offre ambulatoire on peut donc aboutir à des résultats nettement meilleurs.

Durée du contrat prolongée pour les franchises, art. 62, al. 2ter : je souhaite attirer l'attention sur les effets que cela peut avoir. Il est difficile d'avoir deux discours, de réclamer une meilleure compensation des risques et de critiquer les éléments qui pourraient s'approcher de cette intention-là. Il faut quand même avoir en tête, qu'un assuré qui choisirait une franchise élevée et qui se verrait obligé de la maintenir pendant deux ans minimum, n'aurait pas la possibilité de changer de caisse. Donc si les primes augmentent, il pourrait assez vite se retrouver dans la situation où il a des coûts à charge qui seraient insupportables et qu'il n'aurait pas anticipé. Ceci poserait des problèmes aux services sociaux des cantons. Ceci n'est absolument pas anodin et là aussi nous avons donc une position extrêmement réservée là-dessus.

Ticket modérateur, art. 64 : là aussi nous avons des soucis administratifs les plus vifs sur la manière d'appliquer cela. Nous sommes très loin d'une application pratique aisée. Il y a des coûts administratifs importants pour les cantons et je crois, que les gains qui peuvent être obtenus par cette mesure sont largement compensés par les coûts qu'ils induisent. Il y a des problèmes d'égalité de traitement évidents. Nous avons des réserves tout à fait déterminées sur l'application de cette mesure. Le canton de Genève prend acte du refus de la caisse unique. Néanmoins je pense que si on peut parler de responsabiliser les assurés, on peut quand même essayer d'évoquer les questions des franchises en fonction du revenu, qui seraient une piste un peu plus praticable puisqu'on voit dans le système actuel, que les assurés payent déjà une part importante des coûts. Ce serait là une mesure de plus qui vient s'ajouter aux franchises, aux quotes-parts, à la prime par tête, qui a priori est aussi faite pour responsabiliser les assurés et l'on évalue qu'il y a là aussi un problème de ciblage de cette mesure.

Urgence de ces mesures : le canton de Genève a eu en 2008 des coûts qui ont augmenté de 4.9%, ce qui est supérieur à la moyenne nationale. En même temps il y a un effet de rattrapage puisqu'en 2006 et 2007 les coûts par assuré avaient baissé. Cette hausse de 4.9% était tout à fait dans la cible de ce qui avait été intégré pour fixer les primes pour 2008. Nous sommes prêts à discuter de toutes les mesures de maîtrise des coûts, mais nous ne voyons pas comment l'urgence se justifie dans l'état actuel.

Roland Zimmermann, canton de Neuchâtel

Juste deux réflexions : En ce qui concerne les permanences médicales 24/24h on est dans une confusion totale des rôles. Si l'idée doit faire son chemin et qu'elle puisse être acceptée par la population, je me demande si on ne devrait pas réfléchir – puisque le financement se fait de toute manière au travers des assureurs maladie – vers un mandat pour les sociétés cantonales de médecine, en leur demandant à elles de mettre en place des permanences médicales 24/24h. La

population étant sans doute intéressée à ce que ce soit quelqu'un de compétent sur le point de vue médicale qui puisse lui répondre.

J'aimerais aborder la question de l'augmentation des subsides fédéraux. Je ne vois pas en l'état actuel de quelle manière on pourrait intégrer CHF 200 ou 300 mio. à moins d'agir sur la réduction de prime des enfants, des jeunes en formation et des bas et moyens revenus en relevant dans la loi le taux minimal de la réduction des primes auquel ils peuvent avoir droit qui est aujourd'hui fixé à 50%. Pour le reste, il est à craindre que peut-être les cantons n'emploient pas les parts qui leur pourraient être réservés. Et je rappelle qu'on a quitté le système dans lequel le canton est obligé à compléter le subside fédéral avec la RPT.

Farbrice Ghelfi, canton de Vaud

Au niveau du Monitoring (données des assureurs), le Conseil d'état vaudois entre en matière et se satisfait. Mais il demande que les cantons aient accès aux données aussi des autres cantons pour pouvoir faire aussi du benchmark entre les différents chiffres cantonaux. On attend aussi que des éléments sur la qualité des données soient définis, pour que les données soient saisies de la même manière partout pour qu'elles puissent être comparées et comparables.

Baisse des tarifs (art. 55b) : le Conseil d'état entre en matière, mais il faudra donner plus de clarté au niveau des mécanismes qui sont prévus. Pour l'instant ça nous paraît un petit peu léger, simplement l'instruction de 10% de réduction des primes, bien que ce 10% soit jugé un petit peu supérieure. Une remarque plus fondamentale, les conventions actuellement sont de compétence cantonale pour une bonne partie d'entre elles et l'on pourrait envisager, que cette compétence ne soit pas donnée au Conseil fédéral mais aux organes d'approbation des conventions sanitaires. Notamment le Conseil fédéral pour les conventions nationales mais les gouvernements cantonaux pour les conventions cantonales. Cela nous permettrait de mettre à un bon niveau décisionnel celui qui approuve les conventions et le tarif qui va avec, avec les mesures d'urgence qui pourraient être décrétés : diminution entre 5 et 10% de ces conventions tarifaires. Au niveau vaudois on insiste – si le Conseil fédéral garde cette compétence, ce qui n'est pas souhaité – à éviter que des baisses tarifaires conduisent, dans des régions de certains cantons, à une raréfaction de l'offre. Ce qui induirait alors soit une obligation des cantons de fournir cette offre, soit que les gens doivent faire des kilomètres pour obtenir la prestation, ce qui n'est pas le but en santé publique.

Planification des cantons et pilotage: le Conseil d'état est entré en matière, mais il juge que tout cela n'est pas claire. La forme potestative serait certainement meilleure que la forme obligatoire. En donnant des compétences aux cantons sur la capacité d'agir avec des bases légales claires, leurs permettrait, en cas de recours, de pouvoir ce battre aussi au niveau des éventuels tribunaux. Le Conseil d'état redoute l'obligation de financement qui serait donné plus tard par les cantons, en disant que puisque vous obtenez la possibilité de prendre des mesures, alors vous passez à la caisse pour la moitié de la facture. Cela est un système à ne pas développer.

Triage par téléphone (art. 13, al. 2, let. g) : le Conseil d'état entre en matière. Au niveau des experts nous avons des craintes d'effets pervers, si ce sont les assureurs qui s'en chargent. On craint p.ex. que les personnes au téléphone doivent remplir des fixations d'objectifs dans la gestion des cas, en décourageant certaines consultations dans certains cas limites. Il faudrait mieux lier cette prestation soit avec un mandat aux sociétés cantonales de médecine ou bien à l'art. 19 LAMal avec un numéro unique cantonal. Il nous ne paraît pas opportun que les gens en changeant d'assureur doivent changer de numéro en même temps. On pourrait très bien imaginer que le financement aujourd'hui assuré au niveau d'institutions communes LAMal, puisse être centralisé.

Ticket modérateur (art. 64, al. 5bis) : le Conseil fédéral n'entre pas en matière, il juge que le coût est trop élevé. L'assuré ignore à priori si la consultation est utile ou pas. Donc il n'y a pas d'effet dissuasif très intéressant et il y a un problème de double peine. L'assuré qui fait déjà le choix de réduire son panel de prestation en entrant dans un réseau, un HMO, se verrait frappé une deuxième fois par une mesure de CHF 30.–, bien qu'il contribue déjà par son comportement responsable à limiter les frais de

la santé. Il n'est pas opportun de rajouter une couche supplémentaire. Dans l'hypothèse où cette mesure devrait quand même être décidée, il faudrait en tout cas, comme je viens de le dire, dispenser de taxe les personnes qui ont des modèles d'un type d'assurance, il faudrait éviter tout report de charge sur les cantons. Pour le canton de Vaud ce serait au minimum CHF 4 mio par année qui serait reporté pour les bénéficiaires des prestations complémentaires ou des gens à l'aide sociale. Il devrait clairement apparaître dans le message s'il y a un report de charge sur le canton avec cette mesure. On a également des doutes sur les frais administratifs, que les caisses devraient engager pour mettre en œuvre cette mesure. Les soins à domicile et les EMS ne sont pas tout à fait réglés.

Durée du contrat prolongée pour les franchises, art. 62, al. 2ter : encore une fois c'est la double peine qui s'applique. Celui qui fait le choix de se responsabiliser et de prendre une franchise plus importante se lie avec son assureur. Il faudrait simplement autoriser le changement d'assureur à franchise bloquée. Ce serait le seul moyen qui permettrait que les gens puissent changer d'assureur en cas de modification de prime, en gardant la même franchise. Il y a également un problème pour les gens à l'aide sociale ou au bénéfice des rentes AVS/AI, puisque ces personnes en général, les autorités les mettent à la franchise minimale pour éviter des coûts à charge de la collectivité qui assume le prix des franchises. Si pour deux ans il faut assumer ces frais car ils ne pourraient pas changer de franchise, il y a un report de frais sur les cantons qui est estimé de l'ordre de CHF 1 mio pour le canton de Vaud.

Subsides: le Conseil d'état souhaite qu'il y ait une proposition rapide du Conseil fédéral. Il faudra qu'il soit assez souple pour admettre des reports sur une année ou sur deux ans des sommes qui ne seraient pas utilisées, car tous les cantons ne peuvent pas très rapidement mettre en œuvre des mesures. En tout cas la mise en œuvre devrait être négociée avec les autorités cantonales pour éviter que les cantons diminuent parallèlement leur contribution. Le canton de Vaud craint que certains cantons se lancent dans cette brèche. En conclusion le Conseil d'état Vaudois préférerait une mesure structurelle à une mesure conjoncturelle.

Hanspeter Conrad, Vertreter Kanton Zürich

Ich teile die Meinung des Bundesrats, dass wir es mit einem Kosten- und Prämienproblem zu tun haben und dass man sich auf die Massnahmen beschränken soll, die in diesem Bereich auch etwas bringen. Grundsätzlich begrüsst der Kanton Zürich die zwei grossen Massnahmen, die vom Bundesrat vorgeschlagen werden.

Den Behandlungsbeitrag begrüssen wir grundsätzlich, da er in anderen Ländern erfolgreich praktiziert worden ist. Wir regen diesbezüglich aber an, dass man zusätzlich einen Lenkungseffekt einbauen sollte. Nach unseren Beobachtungen und auch nach den Zahlen, die Herr Indra präsentiert hat, liegt das Problem kostenmässig in den letzten Jahren vor allem bei den ambulanten Spitalbehandlungen und nicht unbedingt bei den niedergelassenen Ärzten. Darum regen wir an, hier eine Staffelung einzuführen, beispielsweise einen Behandlungsbeitrag von CHF 100.– in Spitalambulatorien, einen Behandlungsbeitrag von CHF 50.– bei Spezialärzten und einen Behandlungsbeitrag von CHF 0.– bei Allgemeinpraktikern.

In Bezug auf die Tarifsenkungen bei überdurchschnittlichen Kostenentwicklungen begrüssen wir die vom Bundesrat vorgesehene Möglichkeit, dass der Bund Massnahmen ergreifen kann. Wir meinen aber, es wäre gemäss dem jetzigen KVG sinnvoll, dass man diese Möglichkeit auch den Kantonen einräumen würde.

Katharina Schönbucher Seitz, Vertreterin Kanton Bern

Ich möchte mich zuerst zum Verfahren äussern. Es ist für uns äusserst schwierig, in dieser Art und Weise vorzugehen. Von daher spreche ich auch nicht für den Kanton Bern, sondern nur für die Gesundheits- und Fürsorgedirektion. Dies auch, da in der Zwischenzeit keine Regierungssitzungen stattgefunden haben.

Grundsätzlich sind wir der Ansicht, dass schwer abzuschätzen ist, ob die Vorschläge des Bundesrats wirklich Kostensenkungs-Massnahmen sind, oder ob es nicht einfach wieder Verschiebungen in der Finanzierung sind. Wir fragen uns, ob der gewünschte Effekt auf diese Weise erreicht werden kann.

Wir denken, dass in dem Tempo, in dem diese Massnahmen erarbeitet worden sind, nicht alle Auswirkungen gründlich analysiert werden konnten. Wir haben in der internen Diskussion diverse Punkte gefunden, die Neben- und Wechselwirkungen haben könnten und dadurch den gewünschten Effekt wieder zunichte machen könnten. Zum Beispiel, dass durch die Praxisgebühr infolge von verschleppten Fällen die ganzen Fälle wieder teurer werden können.

Die ambulante Steuerung in den Kantonen halten wir primär für eine gute Idee. Diese Massnahme ist allerdings noch sehr rudimentär. Es gibt keine Kriterien. Wir wissen nicht, wie es in der Umsetzung wirklich durchgeführt werden soll.

Einige Punkte halten wir für systemwidrig. Zum Beispiel, dass die Versicherer jetzt plötzlich Leistungserbringer sein sollen. Dieser Punkt beinhaltet Gefahren, dass z.B. plötzlich Patientendaten bei den Versicherern sein können. Sie werden dann zu Vertrauensärzten. Da stellt sich die Frage, ob das so funktionieren kann.

Grosse Sorge bereitet uns, dass das Tarifprozedere einfach über den Haufen geworfen wird, wenn der Bundesrat eingreifen und Tarife senken kann. Die Kompetenzen der Kantone werden beschnitten. Das ganze System der Tarifverhandlungen, -genehmigung oder allenfalls -festsetzung wird ausgehebelt. Die Regierung genehmigt einen Tarif und zwei Monate später wird dieser vom Bundesrat wieder ausser Kraft gesetzt.

Peter Altherr, Vertreter Kanton St.Gallen

Ich möchte eine Ergänzung betreffend der Verstärkung der Solidarität anbringen. Wir regen an, dass das Kündigungsrecht des Versicherten auch bei längerer Vertragsdauer aufrechterhalten bleibt, der Versicherte bei der neuen Krankenkasse aber zwingend in die gleiche Franchise-Stufe, die er vorher hatte, einsteigen muss. Dies, damit das Prinzip der Verstärkung der Solidarität nicht untergraben wird.

Damit lassen sich das jährliche Kündigungsrecht und die verlängerte Vertragsdauer unter einen Hut bringen. Und man muss sich nicht vom Prinzip der jährlichen Kündigungsmöglichkeit verabschieden.

Giorgio Baumann, Vertreter Kanton Basel-Landschaft

In der Hauptsache geht es beim Art. 55b und auch beim Art. 64 mit dem Behandlungsbeitrag um die Beschränkung des Mengenwachstums, denn der Preis ist ja schon seit zehn Jahren nicht mehr angehoben worden. Da sind Spitäler mit Notfällen und Aufnahmezwang im Nachteil, weil sie das nicht steuern können. Es stellt sich die Frage, ob der Aufnahmezwang bei den öffentlichen Spitälern nicht aufgehoben werden soll.

Pascal Couchepin: Alors on peut passer aux partis politiques.

2. Politische Parteien

Jacqueline Fehr, Sozialdemokratische Partei SP

Die Sozialdemokratische Partei nimmt zu diesen Massnahmen folgendermassen Stellung:

Zu den vorgeschlagenen Sofortmassnahmen: Die Praxisgebühr (Behandlungsbeitrag) lehnen wir ab. Entweder wird sie ausdifferenziert, dann wird sie bürokratisch. Oder sie wird nicht ausdifferenziert, dann trifft sie die Falschen. Wir glauben weder an einen kostensenkenden Effekt noch an ein anderes

Verhalten, insbesondere wenn die Praxisgebühr auch dort erhoben wird, wo wir die Leute eigentlich hinkriegen wollen, nämlich in die Grundversorgerpraxen.

Unterstützen können wir die Massnahmen im Bereich Statistik und zur Datenerhebung. Auch die Meldeverfahren inklusive den Vorschlag aus dem Kanton Waadt, diese Daten auch den anderen Kantonen zur Verfügung zu stellen, um das Benchmark-System voranzutreiben.

Modifiziert könnten wir uns Massnahmen im Bereich der Franchisen vorstellen. Aber nicht im Sinn einer Verlängerung der Vertragsdauer auf zwei Jahre, sondern im Sinne der Aufhebung der Wahlfranchisen. Wir sind der Überzeugung, dass in den Wahlfranchisen ein grosses Risiko für die Versicherung steckt, sich unterzufinanzieren und die Solidarität zu untergraben. Diese Wahlfranchisen sollten durch einkommensabhängige Franchisen abgelöst werden. Diese würden das Konsumentenverhalten wesentlich besser beeinflussen als diese «Gesundheitsstatus-Franchisen».

Die Telefonberatung ist aus unserer Sicht Bestandteil künftiger integrierter Versorgungsnetzwerke. Sie können allenfalls auch kantonal koordinierte sein. Wir sehen das Problem darin, dass diese Massnahme noch stärker ausdifferenziert werden muss, wie es in verschiedenen Voten bereits erwähnt wurde.

In Bezug auf die Tarife haben wir den Vorschlag bis jetzt so verstanden, dass er sich eben nicht ausschliesslich auf die Spitalambulatorien bezieht. Es scheint uns aber wichtig, dass man sich – wenn man in diesem Bereich etwas unternimmt – auf die Spitalambulatorien konzentriert.

Stichwort Spitalambulatorien: Dort scheinen uns die Vorschläge noch nicht ausgereift. Es ist tatsächlich jener Teil, der kostenmässig am stärksten wächst und wo auch die Gründe dafür noch nicht bekannt sind. Auch inwiefern sie mit der DRG zusammenhängen. Uns scheint es wichtig, dass man sowohl bei der Zulassung der Ärzte als auch bei den Tarifen die entsprechenden Massnahmen trifft, um dieses Kostenwachstum in den Griff zu kriegen.

Es fehlen uns jene Sofortmassnahmen, die in der Kompetenz des Departements oder des Bundesrates liegen, insbesondere im Bereich der Medikamente – die haben Sie uns auf Ende Mai in Aussicht gestellt – aber auch im Bereich der Rabatte dieser Wahlfranchisen und auch der Anlagerichtlinien gegenüber den Krankenkassen. Diese Anlagepolitik ist ja wesentlich mitverantwortlich für die heutige Situation.

Wir wünschen uns in den nächsten Tagen zudem genauere Ausführungen zur Frage der Prämienverbilligung; nicht nur in der Höhe der Prämienverbilligung, sondern auch in der Ausgestaltung. Soll dabei einfach der Betrag gegenüber den Kantonen erhöht werden? Oder wird ein zweites Regime aufgebaut? Welche Bevölkerungsgruppen werden anvisiert? Inwiefern unternimmt der Bund Bemühungen, um dieses Prämienverbilligungssystem effizienter zu gestalten, indem es eben auch harmonisierter ausgestaltet wird?

Alexandra Perina-Werz, Christlichdemokratische Volkspartei CVP

Wir sind mit Ihnen darin einig, dass Handlungsbedarf besteht. Eingangs der konferenziellen Vernehmlassung haben Sie erwähnt, dass Sie zu den Medikamenten Vorschläge vorlegen werden. Das freut uns. Weiter ermuntern wir Sie, Vorschläge bezüglich der Generika, Mittel und Gegenstände, der Spitzenmedizin und auch des Managed Care einzureichen. Denn auch wenn das Parlament dies nicht weitergeführt hat, ist es an Ihnen hier den Weg vorzugeben. Des Weiteren wünschen wir uns eine neue Diskussion über den Leistungskatalog. Wir haben das angesprochen: Rationierung und Palliativmedizin.

Jetzt konkret zu den Massnahmen: Die Umverteilung mit diesen 200 Millionen CHF Prämienverbilligung unterstützen wir nicht. Wir sind einverstanden mit der verbesserten Steuerung, d.h. mit der Stärkung der Kantone. Wir sind auch einverstanden mit den Tarifen. Wir sind einverstanden mit der Verstärkten Solidarität, also mit der längeren Vertragsdauer. Wenn die Telefonberater über Leistungserbringer organisiert werden, sind wir damit auch einverstanden. Skeptisch sind wir hingegen beim Behandlungsbeitrag. Wir sehen eine Verstärkung der

Grundversorger. Der Kanton Zürich hat einen interessanten Beitrag hierzu gemacht. Wir denken, man sollte jene Versicherten bestrafen, die bei Bagatellfällen zu den Notfalldiensten gehen. Und wir sollten auch jene Versicherten bestrafen, die direkt zu den Spezialisten gehen. Mit Massnahmen in dieser Richtung wären wir einverstanden.

Claude Ruey, FDP Die Liberalen

Nous pensons qu'effectivement il y a urgence sur les coûts. On le voit bien. La situation est là. Si des mesures conjoncturelles doivent être prises, il faut penser au système dans son ensemble. Celui-ci doit se débarrasser de ce qu'il a actuellement dans ses structures de mauvais, c'est-à-dire beaucoup de fausses incitatives des financements qui ne conduisent pas forcément à la responsabilité personnelle, il y a là aussi un «Handlungsbedarf», mais c'est au Parlement qu'il faut le dire puisqu'un certain nombre de projets sont encore pendants dans le Parlement. Nous nous battons pour des solutions qui permettent un fonctionnement d'un système de santé basé sur la responsabilité, sur un certain nombre de mécanismes autorégulateurs liés aussi au respect et la qualité et la liberté de choix.

Concernant l'art. 13, al. 2 (triage par téléphone) : nous pensons que ces mesures peuvent être étudiées. Néanmoins il faut veiller à ce qu'on ne démobilise pas ce qui existe aujourd'hui dans le terme de Managed Care qui existe déjà pour environ CHF 5.5 mio d'assurés dans un certain nombre de compagnies qui est un succès. Cela pourrait, suivant comment est mis en œuvre le système obligatoire de service téléphonique, poser problème. Ça nécessite qu'il y ait quelques éclaircissements à ce sujet quant à la manière dont on va concevoir ce système téléphonique.

Monitoring, donnée des assureurs: nous ne savons pas avec précision s'il y a vraiment un «Handlungsbedarf» à recevoir les données tous les mois, car il s'agit de quelque chose de technique entre l'OFSP et les assureurs. Nous attirons l'attention sur le fait que le principe de proportionnalité soit respecté, de manière qu'il n'y ait pas trop de travaux administratifs s'il n'y a pas un effet qui est lié immédiatement. Sur le principe, nous entrons parfaitement en matière.

Traitements ambulatoires et des contrats de prestations dans l'ambulatoire, planification des cantons: là nous disons clairement que nous ne sommes pas favorable, car c'est contraire au principe que nous défendons. Nous voyons mal comment les cantons peuvent planifier les prestations ambulatoires dans la mesure où précisément ils ne disposent pas des données qui permettent de le faire. Même si nous pouvons penser qu'il doit y avoir un système qui doit permettre un meilleur système de pilotage dans le domaine ambulatoire. Nous pensons que cela doit se faire beaucoup plus sur les conventions qui se passent entre les partenaires. Cela doit se faire beaucoup plus sur la question des prix, des coûts et de la qualité médicale plutôt que par une planification cantonale, qui encore une fois se trouvera empêtrée dans l'impossibilité administrative d'être réalisée.

Baisse des tarifs (art. 55b) : nous pensons qu'en principe ce sont les partenaires qui doivent discuter des tarifs et qu'ils doivent les régler sur le plan conventionnel. Mais nous pensons, que la Confédération aie une compétence subsidiaire lui permettant d'entrer en matière et d'intervenir n'est pas forcément une mauvaise chose. Ça peut aussi être un pédagogue pour ceux qui sont en train de négocier les contrats et s'ils négocient vraiment mal cela permet à la Confédération d'agir, ce qui nous paraît juste.

Ticket modérateur (art. 64, al. 5bis): nous considérons qu'on doit pouvoir discuter de cette mesure mais il y a un certain scepticisme. Nous pensons qu'il y a un effet psychologique différent de la franchise dans la mesure où précisément le ticket modérateur s'encaisse au moment de la prestation. Et non après comme la franchise ou la quote-part qui se calcule après coup. Donc pour cette mesure l'effet psychologique sur la responsabilité personnelle peut-être admissible. Reste à savoir si ce système n'est pas à géométrie variable et déclinante, en ce sens qu'il semble que les expériences faites à l'étranger montrent au bout d'un certain temps que l'effet se dissout. Par conséquent on pourrait entrer en matière que sur une mesure de courte durée et non de longue durée. Nous nous posons quand même la question de savoir s'il ne faudrait pas mieux avoir une taxe qui soit plutôt

décidée pour l'hospitalier ambulatoire par exemple, plutôt que pour le médecin de premier recours, pour qu'il y ait un effet incitatif dans ce sens-là.

Réduction des primes: Là nous sommes totalement opposé. Ne pas parce qu'il ne faut pas aider les économiquement plus faibles, au contraire. Mais on a déjà 39% des gens qui reçoivent des réductions des primes, dans certains cantons on en est à 50%. Ce système alimente un financement peu responsable du système de santé, alors qu'il y a des faux incitatifs notamment dans le financement dual qui conduisent à des difficultés beaucoup plus grandes, qui sont structurelles. Nous craignons qu'un trop grand arrosage financier de réduction des primes nous détourne du vrai problème qui est de trouver un financement qui sorte du système de financement dual, qui aille plus vers le système des réseaux, vers le système de l'orientation du patient. Dans ce sens-là nous ne sommes pas favorable en l'état à cette réduction des primes.

Franchise dans la durée contractuelle (art. 62, al. 2ter): nous considérons que ceci est acceptable. On a entendu des critiques techniques qu'il convient sans doute d'étudier. Le fait de pouvoir faire du tourisme de la franchise entre les assureurs ou à l'interne d'une assurance en fonction de son état de santé prévisible ou pas, est un élément de désolidarisation qui n'est pas bon. Dans ce sens-là, un cadre contractuel de plus longue durée, voir même plus long que 2 ans, nous paraît possible. Non seulement pour les franchises mais on pourrait se poser la question, si ce ne serait pas non plus pour les réseaux qu'on devrait l'avoir. Cela a déjà été discuté dans les commissions au national et dans les états.

Yvonne Gilli, Nationalrätin SG, die Grünen Schweiz

Wir von den Grünen stellen fest, dass in Eile keine saubere Problemanalyse in diesem äusserst komplexen Regelsystem der schweizerischen Gesundheitspolitik gemacht werden kann. Wir lehnen deshalb dringliche Gesetzesänderungen, wie sie heute vorgeschlagen werden ab. Sie greifen Lösungen vor, bevor die Problemstellung analysiert und priorisiert worden ist und sie umgehen den parlamentarischen Prozess. In der Managed Care beispielsweise empfinden es die Grünen als Affront, zum jetzigen Zeitpunkt davon zu sprechen, dass das Parlament nicht fähig sei, eine Lösung zu präsentieren, da genau jetzt eine Managed Care-Vorlage in der gesundheitspolitischen Kommission des Nationalrates beraten wird.

Es ist tatsächlich so, dass die Kostensteigerungen in gewissen Bereichen – nota bene im ambulanten Spitalsektor – Handlungsbedarf beinhalten. Dieser Handlungsbedarf ist aber nicht so einfach zu bewerkstelligen.

Als sinnvoll – im kurzfristigen Sinn – erachten wir die zusätzlichen Gelder für die Prämienverbilligungen, um überhaupt die Prämienlast für untere und mittlere Einkommen verträglich zu machen. Es stellen sich aber heute grundsätzliche Fragen zum System der Prämienverbilligungen, da doch bereits ein beträchtlicher Teil der Schweizerinnen und Schweizer mit Prämienverbilligungen Prämienermässigungen erhält.

Zu den vorgeschlagenen Gesetzesänderungen:

Wir anerkennen, dass telefonische Gesundheitsberatungen durch qualifiziertes Personal unter ärztlicher Verantwortung einzelne Arztkonsultationen ersetzen können. Am besten und sichersten werden Patientinnen und Patienten aber durch den eigenen Hausarzt beraten. Keinesfalls dürfen Versicherer in die Funktion der Leistungserbringer kommen, sei dies, indem sie diese Dienstleistung in Auftrag geben aber auch finanzieren. Dadurch entsteht eine Abhängigkeit. Es stellen sich Fragen zum Datenschutz, Fragen zur Gewaltentrennung zwischen Versicherer und Leistungserbringer. Und zuletzt suggeriert diese Gesetzesänderung, dass Telefonkonsultationen gratis seien. Das ist selbstverständlich nicht so. Wenn sie sich in den Verwaltungskosten der Krankenkassen niederschlagen, werden sie sich später auch in den Prämien der Patientinnen und Patienten niederschlagen.

Zu Art. 62 und der Vertragsverlängerung der Franchise denken wir, dass dies eine weitere Bestrafung der Patientinnen und Patienten ist und deren wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit keine Rechnung trägt. Es gilt zu beachten, dass im letzten Jahrzehnt die Patientinnen und Patienten als schwächstes Glied in der Lobbykette im Gesundheitswesen übermässig belastet wurden, und dass die Schweiz gerade in der pro Kopf-Belastung der unteren und mittleren Einkommen bereits Weltmeister geworden ist.

Wir sehen eine Verbesserung der Solidarität in der Verbesserung des Risikoausgleichs im ambulanten Bereich, der nota bene auch im Bereich der Managed Care-Vorlage behandelt werden kann.

Bei der Praxisgebühr gibt es zwei Verlierer. Das sind einerseits die Hausärztinnen und Hausärzte, deren Verwaltungsaufwand erhöht wird. Andererseits sind dies nochmals die Patientinnen und Patienten, die ins Portemonnaie greifen müssen. Wir denken nicht, dass wir diese Probleme so einfach lösen können. Es wird fehlende Sofortzahlungen geben. Die Ausnahmeregelungen erachten wir, so wie sie vorgeschlagen wurden, als nicht befriedigend und auch nicht als sehr einfach und verwaltungsarm zu lösen.

Was Art. 39, die Leistungsaufträge für die Spitalambulatorien betrifft, so ist diese Materie eine komplexe. In der Vergangenheit führten eben gerade undurchdachte Fehlregulierungen zu diesem falschen Anreiz. Ich denke dabei an die Einführung der Globalbudgets in der stationären Behandlung ohne gleichzeitige Kostenbeteiligung an den ambulanten Spitalkosten. Es wurde für die Spitäler wichtig, die Spitalambulatorien auszubauen, nicht zuletzt auch aus finanziellen Gründen. Wir denken, dass in diesem Bereich eine Lösung erarbeitet werden muss, zusammen mit den Gesundheitsdirektoren und Gesundheitsdirektorinnen. Wir denken, dass sie zusammen mit der Ärzteschaft im Bereich der Regelung der Ärztedichte erarbeitet werden kann. Es gibt bis heute einige Kantone, die ihre ambulanten Leistungen über höhere Taxpunktwerte abgelten, als dies in den ärztlichen Praxen geschieht. Das widerspricht eigentlich der Grundidee des TARMED. Hier könnte Regelungsbedarf geltend gemacht werden. Regelungsbedarf könnte auch in der Art der Verlängerung des Zulassungsstopps geltend gemacht werden, wie die Vereinigung der Ärzte und Ärztinnen und die Gesundheitsdirektoren und Gesundheitsdirektorinnen es vorgeschlagen haben.

Die monatliche Datenübermittlung ans BAG erachten wir nicht als einen zentralen Punkt. Wenn die Verwaltungsaufgaben auf Seiten des Bundes mit zusätzlichen Ressourcen bestückt werden müssen, geschieht dies unserer Ansicht nach besser im Bereich der Aufsichtspflicht über die Krankenversicherungen als in der Erhöhung der Frequenz der Datenübermittlung und deren Auswertung, wie dies vorgeschlagen wird.

Zusammenfassend sind wir enttäuscht über dieses Vorgehen, welches wir als unseriöse Hau-Ruck-Übung beurteilen. Wir anerkennen aber, dass dies ein Versuch ist, einen Schritt weiter zu kommen, und dass es tatsächlich dringlichen Handlungsbedarf im Rahmen der notwendigen Prämienerrhöhungen gibt, welche die Krankenkassen in Rechnung stellen werden müssen.

3. Versicherer

Stefan Kaufmann, santésuisse

Gerne nehmen wir Stellung zu diesem Gesetzesentwurf, den wir für prüfenswert erachten.

Zuerst haben wir eine Anmerkung zum vorgesehenen Zeitplan und der vorgesehenen Wirkung dieser Massnahmen auf der Zeitachse. In Anbetracht dessen, dass dieses Gesetzespaket, nachdem es verabschiedet ist, auch noch Verordnungsbestimmungen braucht, sind wir sehr skeptisch, wann diese Massnahmen tatsächlich dann wirken werden. Hier auch noch einmal der Hinweis auf das dringliche Verordnungspaket, das Sie in Aussicht gestellt haben. Wir setzen ein gewisses Fragezeichen, wenn man den politischen Entscheidungsprozess anschaut.

Zur Telemedizin: Wir sehen das telemedizinische Angebot eher im Bereich Verbesserung der Steuerung, Stärkung der Eigenverantwortung, und nicht für sich genommen als Verbesserung der Kundendienstleistung. Das sollte es am Schluss natürlich auch sein, steht für uns aber nicht im Vordergrund. Heute haben wir etwa 5,5 Millionen Versicherte, die bereits die Möglichkeit haben, von einem Beratungsdienst Gebrauch zu machen. Es lohnt sich, darüber nachzudenken, wie man diese Telefonberatungsdienste mit positiven Anreizen im Sinne der Stärkung der Eigenverantwortung und der Verbesserung der Steuerung attraktiver machen kann.

Telemedizinische Beratungen sind aus unserer Sicht eindeutig medizinische Leistungen. Die Streitigkeiten darüber sind unserer Meinung nach nicht so wichtig. Wichtig scheint mir, dass die Kosten transparent ausgewiesen werden müssen und das erkennbar sein muss, was in diesem Bereich investiert und angeboten wird. Am besten wäre natürlich, wenn man diese Massnahme am Schluss evaluieren kann.

Noch eine Anmerkung zur Übergangsbestimmung in Bezug auf die Telefonberatung: Es wäre aus unserer Sicht schade, wenn bestehende Modelle im Bereich der Telefonberatung innerhalb eines Jahres eliminiert werden müssten. Denn diese Modelle, auch wenn sie noch nicht so stark verbreitet sind, zeigen doch, dass sie eine gewisse Wirkung haben. Eine Wirkung, die wir uns alle wünschen.

Zu den monatlichen Datenlieferungen: Wir haben Ende des letzten Jahrtausends unserem Datenpool ins Leben gerufen, weil man vorher gerade einmal im Jahr mit fast 12-monatiger Verspätung wusste, wie sich der Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung entwickelt hat. Wir bieten in diesem Bereich gerne Hand mit der Lösung, die wir heute hier haben, mit der Transparenz und auch um das Monitoring zu verbessern. Wir weisen darauf hin, dass wir aus eigener Erfahrung wissen, dass eine höhere Datenlieferungskadenz natürlich auch das BAG beschäftigt, die Krankenversicherer beschäftigt, auf der administrativen Seite beschäftigt. Es wird nicht immer einfach sein, Effekte, die man monatlich sieht, zu eruieren. Es kann Verzögerungen bei der Rechnungsstellung im Spital geben, weil es Systemänderungen gibt. Es kann ein Problem beim Krankenversicherer sein. Aber eines ist sicher, und da haben wir die Erfahrung: Es gibt immer etwas, das sich verändert. Das gehört zu einem System, wie wir es hier betrachten. Es zeigt auch, dass sich etwas entwickelt.

Ich möchte die Gelegenheit nützen, darauf hinzuweisen, dass man in Bezug auf die Situation, in der wir heute sind, nicht sagen kann, man hätte die Informationen dazu nicht gehabt. Wir haben bereits letzten Sommer darauf aufmerksam gemacht, wie sich die Kosten entwickeln. Wir haben darauf hingewiesen, dass es eine schwierige Konstellation geben wird. Man kann immer sagen, die Versicherer wollen nur die nächste Prämierunde vorbereiten. Aber es zeigt sich natürlich im Nachhinein, dass wir das, was wir damals im Sinne eines Frühwarnsystems kommuniziert haben, leider auch eingetroffen ist. Hier bieten wir gerne an, die Zusammenarbeit zu optimieren. Aber es steckt ein riesiger Aufwand dahinter – administrativ gesehen – wenn man eine hundertprozentige Abdeckung haben will.

Zum Art. 39 und den Leistungsaufträgen:

Wir sind sehr skeptisch in Bezug auf diese Massnahme. Wir haben Erfahrungen aus dem stationären Bereich, was die Spitalplanung anbelangt. Auch wenn wir heute in diesem Bereich vielleicht 2% Kostensteigerung haben. Es wurde die Frage nach den Volumina gestellt. 2% beim grössten Kostenblock ist natürlich noch sehr viel an Geld, das dort investiert ist. Beim Spitalblock insgesamt, inklusive dem ambulanten Bereich, haben wir den Eindruck, dass gerade die Kantone bereits in der Vergangenheit gewisse Möglichkeiten gehabt hätten. Also grosse Skepsis bei dieser Massnahme.

Die Tarifsenkung bei überdurchschnittlicher Kostenentwicklung ist aus unserer Sicht prüfenswert. Aber natürlich klar subsidiär, in Situationen wie wir sie auch zurzeit haben. Die Tarifsenkungen sind ja beschränkt auf den integralen ambulanten Bereich. Dort sollte überall mit den gleichen Ellen gemessen werden.

Art. 62, die Mindestvertragsdauer von zwei Jahren bei Versicherungen mit Wahlfranchisen, ist aus unserer Sicht die richtige Antwort, wenn man das Versicherungsprinzip zur Anwendung bringen will. Wichtig ist, dass die Leute, wenn sie heute eine solche Wahlfranchise wählen, nicht im Verlaufe des Jahres ins normale System zurückwechseln können, wenn sie z.B. feststellen, dass ein Eingriff

ansteht. Aus unserer Sicht wäre es zu prüfen, ob man die Vertragsdauer nicht sogar auf drei Jahre ausdehnt. Es wäre insbesondere zu prüfen – und das wurde auch schon erwähnt – ob man diese Regelung auf die alternativen Versicherungsmodelle generell ausdehnt.

Aus unserer Sicht ist Art. 64, die Praxisgebühr, vor allem aus psychologischen Gründen wichtig, und nicht primär aus Spargründen. Heute bezahlt man für das, was man bezogen hat, ex post via Franchise. Man muss der Bevölkerung wieder bewusst machen, dass jeder Gang zu einem Leistungserbringer – insbesondere in die Arztpraxis und ins Spitalambulatorium – Kostenfolgen hat. Hierbei ist wichtig, dass die genauen Modalitäten geklärt werden. Dort haben wir verschiedene Fragen. Ich denke, die kann man noch klären. Es wäre auch hier wieder zu prüfen, dass man diese Gebühr im Sinne der Verbesserung der Steuerung im ambulanten Spitalbereich und allenfalls bei den Spezialärzten abstuft, wie wir das schon früher angeregt haben und wie es heute auch der Kanton Zürich angeregt hat. Das wäre heute sogar mit der Verordnung, die wir haben, möglich. Für uns steht ganz klar nicht der Spareffekt im Vordergrund sondern klar die Verbesserung der Steuerung.

Bei den Präventionsprogrammen ist das Streichen der Kostenbeteiligung in unseren Augen eine sinnvolle Massnahme in diesem Gesamtkontext.

In Bezug auf die Praxisgebühr gilt es anzufügen, dass es in Kombination mit der Telefonberatung prüfenswert ist, ob bei den Managed Care-Modellen die Behandlungsgebühr erlassen werden kann, wenn beispielsweise Versicherte Managed Care-Modelle wählen. Ein Modell könnte zum Beispiel sein, dass man sich für eine Telefonberatung verpflichtet und dass damit die Behandlungsgebühr hinfällig wird. Dann hätten wir die richtigen Anreize für die Versicherten, sich in diesem System im Sinne der verbesserten Steuerung besser zu verhalten.

Zur Prämienverbilligung und zu diesen CHF 200 Mio.: Für uns ist es wichtig, dass man jetzt auf der Kostenseite etwas macht. Wenn man da nichts macht, ist es schade, zusätzliche CHF 200 Mio. ins System zu pumpen.

4. Leistungserbringer: Ärzte, Spitäler, Apotheker etc.

Jacques de Haller, FMH Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte

Je vais reprendre un certain nombre de ces points. Les autres seront prises en détail dans la réponse que nous pouvons vous donner jusqu'à vendredi.

Concernant le triage téléphonique: C'est une mesure utile et nécessaire et le corps médical FMH est d'accord sur le fonds. C'est une mesure dont on a aussi besoin et qui est importante à la médecine de premier recours. On n'a plus assez de médecins pour le service de garde. C'est une mesure que nous pouvons parfaitement envisager. Néanmoins, le triage est un acte médical. Il ne s'agit pas d'un acte administratif ou d'un acte d'assurance. Et dans ce sens-là, il nous ne paraît pas possible que cette procédure, cette offre de service médicale, soit le fait des caisses maladies. Plusieurs intervenants l'ont déjà dit. Les sociétés cantonales de médecine, les services d'urgences organisés pourraient parfaitement reprendre cet oeuvre. Cela existe déjà dans plusieurs cantons, que ce soit Berne, Genève ou Vaud et bien d'autres en réalité. Nous trouvons largement préférable que cela reste dans le domaine médical.

D'ailleurs, le message du conseil fédéral sur la LAMal le disait déjà: Il n'est pas question pour les caisses maladies [de Haller liest vor] «es ist klar, dass im Rahmen dieser Gesetzgebung keine Sachleistung in Betracht kommt für die Versicherung». Je crois qu'il faut rester à ce principe-là de savoir qui assure et qui fournit les prestations. Et cela ne peuvent pas être les mêmes personnes. En plus, il y a un problème de contrôle de qualité. Le fait que les cantons n'aient pas la fonction d'une police de santé qu'ils ont dans la plupart des prestations médicales est aussi problématique si on en reste à cette fourniture de prestations par les assureurs.

Concernant les contrats de prestation pour les polycliniques et l'hospitalier ambulatoire, je ne vais pas m'y arrêter longtemps. L'ancrage de l'art. 39 ne fait guère de sens de notre point de vue. L'art. 36a serait largement préférable avec toute la régulation des ressources ambulatoires au lieu de la garder avec la planification hospitalière. Ceci dit, nous avons proposé avec les cantons il y a quelques mois toute une solution assez bien construite pour donner aux cantons ces compétences-là. Nous pensons que le plus simple serait de prendre cette proposition-là dans son ensemble de manière à ne pas avoir des solutions fragmentées.

Pour ce qui est de la possibilité d'intervenir sur les tarifs: Nous avons vu que vous avez supprimé un des éléments qui était dans le projet que nous avons reçu par eMail, c'est celui de la moyenne de cinq ans. Il ne figurait pas dans ce que vous avez projeté tout à l'heure. C'est une suppression que nous ne pouvons que saluer, si tant est que nous puissions approuver le reste, ce qui n'est pas le cas évidemment. Cette suppression des cinq ans permet au moins d'éviter que les cantons qui ont été raisonnables pendant les dernières années soient les plus facilement punis. Cela serait assez incompréhensible. Ceci dit pour cette question tarifaire les accords coûts et prestations / Leistungs- und Kostenvereinbarungen que nous avons conclus dans pratiquement tous les cantons sauf un avec santésuisse ont permis de contrôler l'évolution des coûts dans le domaine ambulatoire privé. C'est certainement un système qui vaut d'être pris en compte, soutenu et poursuivi. On pourrait parfaitement imaginer d'ailleurs, de l'appliquer aussi aux hôpitaux et à l'hospitalier ambulatoire. C'est vrai pour nous que le fait, que les gouvernements cantonaux soient responsables d'accepter les tarifs cantonaux et les valeurs de points d'une part, et d'autre part que la Confédération puisse intervenir là en travers n'est pas très cohérent et ne permet pas d'imaginer un fonctionnement normal du système présumé ici. En plus le fait que la Confédération, que le Conseil fédéral intervienne ici, suppose l'absence de toute instance de recours, ce qui dans notre système de droit est inacceptable. Par ailleurs nous n'avons pas compris ce que l'OFSP veut dire par « ein ambulanter Bereich ».

Concernant la taxe de CHF 30.—: il y a deux ou trois questions qui se posent. La question de la maternité n'est pas explicitement mentionnée dans les textes que j'ai vus projetés alors qu'elle figurait dans le communiqué de presse. Cette incertitude doit être éclaircie. Concernant les prestations de prévention c'est intéressant, mais il faut voir ce qui se passe réellement dans un cabinet de médecine: les gens ne viennent pas juste pour une chose et donc ça va être difficile de savoir si pour telle consultation avec un vaccin il faudra prélever ces CHF 30.— ou pas. La question des cartes de crédit est implicitement interdite dans la loi, si ce n'est plus le cas tant mieux. Cela simplifiera un petit peu l'administration. Il y a aussi le problème de la franchise, vous nous dites que vous allez en même temps baisser la franchise de CHF 100.—, mais ça fait CHF 80.— d'augmentation.

Précision Pascal Couchepin: C'est la participation qui va être baissée du montant payé et non la franchise.

Jacques de Haller: Il y a toute une série de réseaux de soins qui n'ont pas de participation et pour lequel la baisse de cette participation ne va pas servir à grande chose. L'on va de nouveau punir des gens qui ont pris des options d'avenir dans leur système de soins, ce qui est dommage. Une dernière remarque concernant la taxe et le fait de limiter cette taxe à l'ambulatoire hospitalier, c'est une fausse bonne idée. Autant la médecine de premier recours à besoin d'un soutien, elle a besoin d'être appuyée, autant le trend d'aller de plus en plus à l'hôpital pour des urgences qui ne le méritent pas coûte affreusement cher. C'est vrai que taxer les patients au lieu d'imaginer des mesures positives pour la médecine de premier recours n'est pas la meilleure solution. La médecine de premier recours n'a pas besoin de patients, on a plus assez de médecins, on n'est pas en train de courir après des patients, mais on aurait plus besoin de mesures positives que de mesures négatives pour les patients.

Prolongation de 2 ans pour le changement de régime de franchise: La question est pourquoi on veut absolument garder ces très hautes franchises. On les rend plus compliquées, on limite les aller retour des patients, ce ne serait peut-être pas plus compliqué de supprimer ces hautes franchises. Leur effet incitatif est selon notre expérience négligeable. On va là simplement coincer dans un système une année de plus des gens qui réaliseront qu'ils ont fait une bêtise. Parce qu'il y a beaucoup de gens qui choisissent ces très hautes franchises pour payer moins de primes alors qu'ils ne peuvent pas payer le montant de cette franchise.

Le reste des remarques viendra par écrit d'ici la fin de la semaine.

Bernhard Wegmüller, H+

Nach dem Studium der Unterlagen fällt uns übergeordnet vor allem auf, dass wir eigentlich nicht über Dringlichkeitsthemen sprechen. Es sind Massnahmen, die keine Wirkung für die Prämien 2010 erzielen werden. Es stellt sich für uns vorerst einmal die Frage nach der Art der Behandlung des Geschäftes. Man hat das Gefühl, man müsse etwas tun, koste es, was es wolle. Und die Wirkung wird dann irgendwann später kommen.

Grundsätzlich übergeordnet haben wir im 2006 eine OECD-Studie zum Gesundheitswesen Schweiz erhalten, welche das BAG in Auftrag gegeben hat. Dort hat man davon gesprochen, dass es zu wenig wettbewerbliche Elemente gibt. Was wir jetzt vor uns haben sind bürokratische und staatsinterventionistische Massnahmen, die vorgeschlagen werden. Für deren Wirkung habe ich bisher keine konkrete Plausibilisierung gefunden. Die Ursachen für das Problem, das wir im Hinblick auf das Jahr 2010 haben, wurden dargestellt: Falsche Prämienberechnungen und Verluste an den Kapitalmärkten. Man hat bei den Leistungserbringern ja keine unerwarteten Kostensteigerungen gehabt. Eine Frage ist für uns deshalb schon ein bisschen erstaunlich: Wieso schlägt man keine Massnahmen vor auf Seiten der Versicherungen, die diesbezüglich Wirkung haben würden. Anlagevorschriften sind ein Thema. Dann die Frage der Prämienberechnungen: Wie kann es kommen, dass man sich in den Prämienberechnungen derart stark verschätzt? Ein Faktor, der aus unserer Sicht wesentlich dazu beitragen würde, wäre der Risikoausgleich. Mit einem guten Risikoausgleich würden viele Probleme, die jetzt hier auf dem Tisch sind, völlig obsolet. Wenn sie einen guten Risikoausgleich haben, dann müssen sie keine Telefonberatung vorschlagen. Dann machen das die Versicherer, wenn dies sinnvoll ist. Wenn sie einen guten Risikoausgleich haben, müssen sie nicht die Vertragsdauer erhöhen. Dann werden die Versicherer schauen, dass sie die Prämien korrekt berechnen.

Zu den Massnahmen.

Ich möchte zuerst generell etwas zum Spitalambulatorium sagen. Erlauben Sie mir, dass ich etwas sarkastisch werde: Wenn man hört, wie jetzt das Spitalambulatorium als Problem betrachtet wird, erhalte ich den Eindruck, dass man eine komische Sorte von Ärzten in den Spitalambulatorien hat. Es scheinen Ärzte zu sein, die unter Fixbezahlung bei knappen Ressourcen – es gibt Personalprobleme in den Spitälern – dazu motiviert werden, in grösster Menge unsinnige Leistungen zu erbringen. Das ist eigentlich nicht typisch das, was man erwartet. Wenn man liest, was in den Spitalambulatorien falsch gemacht wird, scheint das der Fall zu sein.

Wir haben vor einem Monat ein Blatt publiziert, in dem wir die Ursachen für die Kostenverlagerungen in den spitalambulantem Bereich dargestellt haben. Es sind primär Verlagerungen vom stationären in den ambulanten Bereich. Des Weiteren sind es spezialisierte ambulante Nachbehandlungen, die in den Spitälern stattfinden müssen; Krebsbehandlungen, ambulante Rehabilitation, ambulante Psychiatrie, seltene Krankheiten, als wichtige Beispiele. Dann hat die Überweisung von Arztpraxen an Spitäler für Spezialabklärungen, Diagnostik usw. in den letzten Jahren massiv zugenommen. Als letzter Punkt ein Faktor, den wir nicht verschweigen wollen: Die Spitäler machen bedeutend mehr Notfallbehandlungen. Dort hat man in vielen Spitälern in vielen Kantonen Massnahmen ergriffen, indem man zusammen mit den Hausärzten Hausarztambulatorien bei Spitälern etabliert hat. Das «Problem» an der ganzen Geschichte ist, dass diese Rechnungen samt und sonders über die Spitäler laufen. Die Statistik von santésuisse weist das wieder als Spitalkosten aus, und nicht als ambulante Hausarztkosten. Auch hier hat man letztlich wieder eine Verschiebung in den spitalambulantem Bereich. Wenn sie den Gesamtanteil an ambulanten Kosten am KVG über die letzten zehn Jahre anschauen, werden sie feststellen, dass der ambulante Bereich im Vergleich zu den übrigen Bereichen nicht gewachsen ist. Der ambulante Bereich ist also nicht angestiegen. Es hat Verlagerungen gegeben. Wir haben das überprüft und können Ihnen die Zahlen zur Verfügung stellen. Aber Sie haben diese Zahlen sicher selber auch.

Zum Inhalt der Massnahmen:

Behandlungsgebühr: Wir haben bisher keine konkreten Daten darüber gesehen, wie das wirken soll. Die Wirksamkeit ist eine reine These. Sie haben Schweden erwähnt. Zu Schweden muss man sagen, dass man für die Bevölkerung vorher keine Anreize hatte. Dort hat man erstmals überhaupt Anreize eingeführt. Die Situation ist ganz anders in der Schweiz. Was feststeht: Die Aufwände in den Spitälern werden riesig sein. Wir haben bereits Abklärungen gemacht. Wir rechnen mit rund zehn bis zwanzig Franken pro Inkasso für diese ambulanten Gebühren, über alle ambulanten Konsultationen also mit Verwaltungskosten von rund einer halben Milliarde Franken. Das Problem bei den Spitälern ist, dass sie unterschiedlichste Inkassostellen haben müssen. Sie werden das ganze bar zahlen müssen, sonst können sie's streichen. Dann fällt der psychologische Effekt – wie Sie ihn nennen – nämlich weg. Aus vielen Wirtschaftsstudien weiss man, dass dieser psychologische Effekt nur zu Tage tritt, wenn es sich um eine unerwartete, überraschende Handlung handelt. Sobald eine Gewohnheit besteht, ist dieser Effekt wieder weg. Das wird sich innert Kürze auch im Gesundheitswesen wieder reetablieren, wie man in Deutschland gesehen hat. Diese Cash-Vorauszahlung wird innerhalb von ein, zwei Jahren keinerlei Wirkung mehr haben, wenn sie sich zu Beginn überhaupt einmal einstellt.

Für die Spitäler werden sich weitere Sicherheitsfragen stellen. Ein Uni-Spital wird pro Tag rund CHF 20'000.– bar-Inkasso machen müssen, wenn man die Massnahme so umsetzt, wie Sie es vorschlagen. Spitäler sind heute keine Banken. Schon rein die Sicherung beispielsweise für Medikamente musste massiv eingeführt werden. Dann käme jetzt offenbar auch noch die Sicherheit für das Bargeld hinzu. Und der letzte Punkt, ein ganz wesentlicher: Die vorliegenden Ausnahmen für die Behandlungsgebühr. Es gibt weitere Ausnahmen, die gar nicht erwähnt sind, da es sich um Leistungen nach anderen Gesetzen handelt. Das muss das Spital in Zukunft vorher abklären. Man muss versicherungstechnisches Fachwissen im Spital etablieren, damit man die Vorabklärungen machen kann, ob im Einzelfall eine Inkasso-Gebühr anfällt oder nicht. Über das Ganze gesehen müssen in etwa zwei Drittel der Fälle das Inkasso gemacht werden und in einem Drittel der Fälle nicht. Das müssen sie vorher jeweils triagieren und wissen, wo man das machen kann.

Die vorhin teilweise erwähnte Steuerungswirkung oder Differenzierung, je nach Behandlungsstruktur, lehnen wir definitiv ab. Aus unserer Sicht kann es nicht sein, dass man über solche Gebühren Strukturpolitik betreibt. Es geht darum, wo die Leistungen effizient erbracht werden, und nicht dass man Patienten dorthin steuert, wo das der Politik gefällt.

Bezüglich der Tarifsenkung sehen wir eigentlich keinen Grund eine solche Massnahme zusätzlich einzuführen. Es gibt heute das Verhandlungsprinzip: Wenn man sich nicht einigen kann, kann der Staat eingreifen. Wenn sie sagen, man müsse zusätzlich intervenieren, wäre es ehrlicher zu sagen, man will von Anfang an Staatstarife. Mit dem Mechanismus, den Sie vorschlagen, betreiben sie wiederum Strukturpolitik. Sie werden diese ambulanten Bereiche, zu denen man eine Verlagerung hin entwickelt, durch tiefere Preise bestrafen. Letztlich heisst das wieder, dass man Strukturpolitik betreibt.

Die Planung der Spitalambulatorien ist auch eine Verstaatlichungsmassnahme. Wir kennen keine sinnvollen Kriterien, wie das gemacht werden soll. Wie auch schon erwähnt wurde, bezieht sich der Art. 39 auf Spitäler gemäss Spitalliste. Alle ambulanten Strukturen, die nicht darunter fallen würden, könnten dann trotzdem weiterhin in keiner Art und Weise geplant werden. Das soll allerdings kein Votum sein, das Gesetz noch auszuweiten. Im Gegenteil will ich damit sagen, dass diese Planung keinen Sinn macht.

Die telefonischen Dienste erachten wir als sehr prüfenswert, wobei man sagen muss, dass diese heute schon weitgehend existieren, wie wir auch von den Versicherern schon gehört haben. Es stellt sich die Frage, wieso man das gesetzlich vorschreiben muss. Wenn es wirklich sinnvoll und wirksam ist, wird es ja hoffentlich gemacht. Mit unserer Spitalerfahrung stellen wir uns immer Fragen zu statistischen Zuteilungen: Wieso wird das statistisch den Verwaltungsgebühren zugeordnet? Die Spitäler haben gute Erfahrungen, wie man Statistiken manipulieren kann. Es wäre schon ehrlicher zu sagen, dass es hier um medizinische Leistungen geht und nicht um Verwaltungsleistungen von Versicherungen.

Dominique Jordan, pharmaSuisse

Notre prise de position ne sera pas très longue, on utilisera la possibilité de pouvoir vous faire parvenir d'ici la fin de la semaine notre prise de position par écrit.

Le conseil téléphonique: Comme il a déjà été demandé par les cantons, il serait important de préciser dans la loi que ce conseil téléphonique pourrait ou devrait être délégué. Il y a aujourd'hui des fournisseurs de prestations qui sont dynamiques et qui ont des modèles à disposition. Il serait dommage qu'il y ait une concurrence. Cette séparation entre les fournisseurs de prestations et les assureurs me semble très importante.

Le ticket modérateur me semble aussi très important. Je ne veux pas discuter sur le montant. On a vu que des incitations monétaires avaient pas mal d'influence sur les patients. On l'a vu avec les actions du DFI sur les génériques. Et je crois qu'il est très important – si on veut avoir une incitation positive – de calculer aussi le processus avec lequel il va être appliqué pour ne pas avoir des tendances négatives, qui pourraient être relativement dramatique.

Nous sommes au niveau de la pharmacie souvent en contact avec les patients, nous avons souvent aussi des difficultés à convaincre une personne à aller voir son médecin. Donc une menace financière pourrait être un handicap supplémentaire par rapport à une bonne prise en charge d'un patient. Ce d'autant plus que si p.ex. – je prends juste la pharmacie – si on envoie activement quelqu'un chez son médecin, c'est une incitation relativement négative qu'il doit encore payer CHF 30.–. Encore là je ne dis pas, qu'on ne doit pas l'appliquer, mais l'appliquer peut-être différemment, avec une communication adéquate, si on ne veut pas rater le but.

Pierre Théraulaz, SBK-ASI

Merci de nous donner la parole. Je ne traiterais que deux ou trois points ici.

Avec la future ordonnance sur le financement des soins en ambulatoire qui doit bientôt sortir, les patients que nous prenons en charge dans ce secteur vont voir déjà augmenter de manière notable leur participation. De même les institutions de soins de ce secteur attendent déjà depuis des années que leurs coûts globaux puissent être pris en compte dans le financement.

Le ticket modérateur comme l'intervention sur les tarifs ne nous semble – pour ce secteur spécifique en tout cas – ne pas arriver à un bon moment. Il faudrait d'abord voir les effets des modifications législatives de l'année passée. Pour ce qui est du ticket modérateur de plus il nous semble manquer de précision et poser des problèmes d'application. Un exemple : l'infirmière de santé publique qui dans le Spitex prend en charge un patient et qui considère avoir besoin d'une nouvelle prescription, devra t'elle demander au patient les CHF 30.– pour pouvoir aller vers le médecin demander une ordonnance ? Il s'agit ici d'une prestation du médecin qu'il pourra facturer au TARMED. De la même façon, et je rejoins Monsieur Jordan en disant que, lorsqu'un professionnel de la santé dirige un patient vers un secteur de la santé ou vers un autre professionnel de la santé un tel ticket ne me semble pas devoir être demandé, car sinon ça donnera des incitations négatives et ça créera des problèmes de communication entre le professionnel et son patient.

Conseil téléphonique : Nous le considérons comme une très bonne mesure. Elle est intelligente et a fait ses preuves. Des expériences dans ce pays le prouvent déjà. Seulement elle doit être liée au réseau et ne peut pas être une structure nationale, car à ce moment-là on a des doublons et des problèmes de lien. En plus on aurait des problèmes de contrôle, car ce serait la seule structure du domaine qui ne serait pas sous le contrôle des polices sanitaires cantonales et ceci nous pose un grand problème. Si vous avez eu l'occasion d'entendre ce qui se passe dans les commissions de plainte pour patients, vous vous rendrez compte que les débordements sont déjà rapides, mêmes avec des structures sous surveillances des conseils de santé. De plus, il serait nécessaire de préciser, au moins dans les ordonnances, quelle est la qualification minimum des professionnels qui assument ce rôle. Il ne suffit pas de dire « un professionnel de santé ». Ça doit être une personne avec une

qualification minimum et nous la considérerons comme étant d'un niveau tertiaire de formation selon le niveau de formation professionnel Suisse.

Rosmarie Glauser, VSAO Schweiz

Wir bedauern es etwas, dass hier keine Gesamtsicht vorgeschlagen wird. Fast alle Probleme und Lösungsansätze, die hier vorgeschlagen werden, könnten mit einer flächendeckenden Lösung von Managed Care-Systemen gelöst werden und jedes Problem wäre dadurch besser gelöst.

Die Telefontriage ist sicher eine sehr gute Idee. Das braucht es. Es wäre aber besser, wenn es in einem Netz wäre, denn man wird von niemandem so gut telefonisch beraten wie vom eigenen Grundversorger oder von Leuten, die einen [den Patienten] kennen. Sicher ist, dass in der Gesetzesvorlage Qualitätsvorgaben gemacht werden müssten. Vor allem müsste klar geregelt werden, dass, wer versichert, nicht behandelt, und dass nicht behandelt, wer versichert. Konkret: Die Telefonzentralen dürfen keinesfalls von Krankenkassen geführt werden. Heute wurde uns hier gesagt, dass dies auch nicht die Idee ist. Das ist schön. Aber man sollte das auch regeln, um es sicherzustellen.

Die Regelung der ambulanten Tätigkeit der Spitäler durch die Kantone: Die Verschiebung vom stationären in den ambulanten Bereich ist ausdrücklich gewollt und wird mit der neuen Spitalfinanzierung forciert werden. Es ist logisch, dass dies zu einer Kostenverschiebung führt und dass der ambulante Bereich kostenmässig zunimmt. Ich kann mich des Eindrucks nicht erwehren, dass es hier darum geht, Instrumente zu entwickeln, um das zu kappen. Das geht nicht ohne flankierende Massnahmen. Die Kriterien: Wenn die Kostenzunahme höher ist als im Durchschnitt der letzten fünf Jahren oder höher als in anderen Kantonen. Das wird immer der Fall sein, weil die Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich in jedem Kanton irgendwann einen Kostenschub auslösen wird, der höher ist als der Durchschnitt der letzten fünf Jahre. Da dies nicht in allen Kantonen gleichzeitig stattfindet, wird es immer Kantone geben, die in diesem Bereich günstiger sind. Dieses Benchmarking kann auch zu gefährlichen Situationen führen. Unterstützt ist das immer vom Gesundheitspersonal, das wie wir wissen immer alles möglich macht und jetzt schon unter Bedingungen arbeitet, die zum Teil katastrophal sind. Die Spitäler brauchen also auch genügend Mittel, um diese Vorgaben einhalten zu können. Und die Spitäler werden zum Teil explizit gezwungen, Mehreinnahmen zu generieren. Wenn in diesem Bereich eine Lösung gefunden werden muss, dann sicher die, dass die Tarife für ambulante Leistungen im Spital wie in der freien Praxis immer die gleichen sind.

Das gleiche gilt für die andere Massnahme in diesem Bereich, die Tarifsenkungen. Auch da wird der ambulante Bereich zunehmen und es kann nicht sein, dies einfach mit der Tarifsenkung zu kappen. Hinzu kommt – wie wir schon gehört haben – dass ein demokratisch abgesegnetes Verfahren existiert, um diese Tarife festzusetzen. Es kann nicht sein, dass jetzt so ein dirigistisches Element undurchdacht zum Tragen kommt. Zudem ist es ein ausgesprochen falsches Signal für den akuten Ärztemangel und für andere Berufe im Gesundheitswesen, wo wir auch in eine Phase der Unterversorgung kommen.

Die Praxisgebühr ist eine zusätzliche Belastung der privaten Haushalte. Diese ist in der Schweiz bereits hoch. Daher können wir das nicht unterstützen. Zudem gibt es bei den meisten Leuten kaum einen Lenkungseffekt. Die Leute, bei denen diese Massnahme einen Lenkungseffekt haben könnte, sind genau jene, die dann aus Kostengründen zu spät medizinische Hilfe in Anspruch nehmen. Ausserdem generiert diese Massnahme einen grossen administrativen Aufwand. Wir unterstützen H+ mit der Forderung, dass es keinen Sinn macht, hier Differenzierungen zwischen Spital und nicht-Spital zu machen, weil es sich dabei um innovative Modelle handelt, die aufgrund des Ärztemangels nötig sind. Zum Beispiel, dass Praxen im Spital vorgelagert werden. Und da wird eine Unterscheidung dann sehr schwierig.

Lionel Ricou, CURAVIVA

Nous prendrons position sur une seule mesure, le ticket modérateur: Nous considérons que du point de vue des EMS, en particulier pour leurs résidents, cette mesure n'est pas appropriée et nous demandons donc de les [les EMS] exclure de cette mesure.

Les raisons pour lesquelles elle n'est pas appropriée : tout d'abord en raison de la prochaine mise en œuvre du financement des soins, les résidents seront susceptibles de contribuer jusqu'à hauteur de CHF 7'000.– par année à leurs soins. Donc ils contribuent déjà largement au financement des soins. Deuxièmement l'effet psychologique ne sera pas atteint puisque les résidents en EMS ne vont pas eux-mêmes payer les CHF 30.–, mais ça devra être assuré soit par leur famille, soit par l'établissement médical, soit par le tuteur. Et enfin lorsque les résidents sont confrontés à des bagatelles comme elles ont été décrites dans les commentaires, les résidents peuvent recourir aux infirmiers et ne vont pas recourir au médecin. Notre position est donc de demander d'exclure les résidents en EMS de cette mesure du ticket modérateur.

Urs Brogli, Privatkliniken Schweiz

Ich möchte mich im Grundsatz H+ anschliessen. Wir haben hier keine Differenzen. Trotzdem möchte ich auf zwei, drei Punkte etwas näher eingehen.

Zuerst zum Verfahren: Wir haben heute wieder gehört, dass die Einsparungen aufgrund dieser Massnahmen eigentlich nicht wirklich beziffert werden können. Wir sind der Meinung, dass keine einzige dieser Massnahmen die Prämien für 2010 beeinflussen wird. Deshalb hätte diese Notfallübung nicht gemacht werden müssen und wir hätten diese ganze Geschichte auf dem ordentlichen Weg angehen können, auch viel grundsätzlicher angehen können, wie das verschiedentlich schon erwähnt worden ist.

Wir lehnen die Bestimmung zur Planung des ambulanten Spitalbereichs ab. Nachdem sich das Parlament in der letzten KVG-Revision zu etwas mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen durchgerungen hat, will man nun wieder in die entgegengesetzte Richtung fahren und Planung und Staatseingriffe auch im ambulanten Bereich intensivieren, mit anderen Worten die staatliche Vollplanung im Spitalbereich anstreben. Eine solche Planung würde auch im Widerspruch zu den Behandlungsmodellen stehen, die eine enge Zusammenarbeit der Leistungserbringer fördern sollen. Stichwort interdisziplinäre Behandlungen oder Behandlungsketten. Das würde dadurch zumindest teilweise in Frage gestellt.

Dann zum Art. 55b, den wir ebenfalls ablehnen: Dem Bundesrat soll damit ja die Möglichkeit gegeben werden, rechtsgültig ausgehandelte oder festgesetzte Tarife im ambulanten Bereich einseitig wieder ändern zu können. Ein derartiges Vorgehen ist unhaltbar und letztlich von der Wirkung her auch absolut untauglich. Grundsätzlich ist zu diesem Problemkreis zu sagen, dass die Zunahme der ambulanten Behandlungen gewollt ist und eine effiziente Massnahme zur Senkung der Gesundheitskosten insgesamt darstellt. Der Hauptgrund liegt darin, dass in stark zunehmendem Mass eine Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich angestrebt worden und auch erfolgt ist. Werden nun Massnahmen ergriffen, die die ambulanten Behandlungen defizitär oder noch defizitärer werden lassen, wird diese positive Entwicklung gestoppt. Dies wird zur Folge haben, dass die stationären Kosten wieder steigen werden. In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass im Bereich des ambulanten Tarifs seit der Einführung des TARMED im Jahre 2004 keine Teuerung ausgeglichen worden ist. Zudem wurden die damaligen Tarife bereits aus politischen Gründen tiefer angesetzt als die vereinbarte, auf betriebswirtschaftlichen Überlegungen beruhende Berechnungsart ergeben hat. Dies zeigt, dass eine Senkung des heute ohnehin zu tiefen Tarifs unzumutbar ist. Sie würde dazu führen, dass gewisse Leistungen gar nicht mehr angeboten würden, was letztlich eine Rationierung der Gesundheitsdienstleistungen zur Folge hätte.

So viel zu diesen zwei Punkten. Zu den restlichen Punkten werden wir uns schriftlich äussern.

Margot Enz Kuhn, Schweizerische Gesellschaft für Allgemeinmedizin, SGAM

Auch wir sind der Ansicht, dass dieses Paket vor allem zu Umverteilung führt und keine Qualitätseffekte haben wird. In den von Ihnen verteilten Unterlagen sehen wir, dass die Bruttoleistungen pro versicherte Person von 1999 bis 2007 im Bereich der ambulanten Ärzte deutlich unter dem Durchschnitt der übrigen Leistungserbringer im Gesundheitswesen liegen, und zwar um 2,7%. Deshalb ist es verfehlt, diese Korrekturen einmal mehr auf dem Buckel der Patienten und der Hausärzte abwickeln zu wollen. Aus diesem Grund erachten wir das gesamte Paket als ungeeignet für die Kosteneindämmung.

In Ergänzung zu dem, was heute zum Behandlungsbeitrag schon besprochen wurde, möchte ich sagen, dass wir diese Massnahme in der vorgeschlagenen Form inakzeptabel finden. Es würde einen riesigen administrativen Aufwand für uns in den Praxen bedeuten. Wir leiden schon jetzt darunter und fordern seit drei Jahren eine Reduktion des bürokratischen Aufwandes und nicht eine Steigerung. Wir sind zudem der Ansicht, dass die Qualität der Patientenbegleitung negativ beeinflusst werden könnte, wenn sich Leute weigern, wegen dieses Behandlungsbeitrages zu Nachkontrollen zu kommen, die in gewissen Situationen sinnvoll und für die Qualität der Behandlung notwendig sind.

Wir sehen jedoch eine sinnvolle Lenkungsmassnahme zur Steuerung der Patientenströme durchaus als eine positive Massnahme. Diese muss aber gut diskutiert werden. Falls an der Patiententaxe festgehalten wird, muss dies bedeuten, dass die Hausarztkonsultationen und die durch den Hausarzt erfolgten Überweisungen an den Spezialisten zwingend davon ausgenommen werden. Dies wäre im Rahmen von Managed Care – was auch unserer Ansicht nach unbedingt zu fördern ist – bereits erfüllt.

Zu den Tarifsenkungen durch den Bundesrat bei überdurchschnittlicher Kostensteigerung: Sie wissen, dass die einzige erfolgreiche Steuerung im Gesundheitswesen bei den frei praktizierenden Ärzten in den letzten fünf Jahren durch die Kostenneutralitätsvereinbarung und die LeiKoV, Leistungs- und Kostenvereinbarung, erfolgt. Im Gegensatz zur Behauptung in der Botschaft sind mit der Ausnahme von Genf sämtliche Kantone der LeiKoV beigetreten. Es handelt sich also nicht um eine Art Freiwilligkeit, die nur von den wenigsten befolgt wird. Die Vorgaben wurden von uns auch vollumfänglich erfüllt. Aus diesem Grund ist die geforderte Massnahme im OKP-Bereich der frei praktizierenden Ärzte schlicht überflüssig.

Die ungerechtfertigten Unterschiede der Taxpunkte im ambulanten Bereich, also an den Spitalambulatorien und bei den frei praktizierenden Ärzten, werden durch die vorgeschlagene Massnahme nicht sicher korrigiert. Es ist möglich. Aber wir glauben nicht, dass dies so erfolgen wird.

Die Telefontriage ist grundsätzlich sicher eine gute Angelegenheit. Wir machen das tagtäglich bei unseren Patienten. Dem ist nichts entgegen zu setzen. Es mutet uns etwas merkwürdig an, dass bei unserer Arbeit immer von Evidenz gesprochen wird, während hier eine Massnahme eingeführt werden soll, die offensichtlich jeglicher Evidenz entbehrt, was die Kosteneindämmung angeht. Wir wissen nicht, ob diese Massnahme etwas bringt, oder ob sie im Gegenteil die Leute erst recht zu den Ärzten schleust, weil der Triageur unsicher ist.

Es ist sehr zu bezweifeln, ob die Versicherer, die eine solche Telefontriage aus eigenen Mitteln finanzieren müssen, die mit hohen Kosten verbundene Qualität auch sicherstellen können und wollen. Wir befürchten, dass die Qualität der Telefontriage darunter leiden könnte.

Zur Steuerung des Angebots im spitalambulanten Bereich: Wir haben bis heute die Erfahrung gemacht, dass Leistungsaufträge nicht zu einer Kosteneinschränkung führen. Deshalb sind sie nicht geeignet für diese Massnahme.

Urs Wanner, SBV

Ich fasse mich kurz. Beim Telefonberatungsdienst ist seitens unserer Vereinigung ein Fragezeichen in Bezug auf die Evidenz zu machen, wie das soeben von meiner Vorrednerin dargelegt worden ist.

Sollte die Regelung der Tätigkeit der Spitäler im ambulanten Bereich ohne objektive und realisierbare, kontrollierbare Kriterien aufgenommen werden, dann ist diese Regelung ein Blankoscheck und muss von uns klar abgelehnt werden.

Was die Tarifsenkung bei überdurchschnittlichen Kostenentwicklungen betrifft: Hier bedauern wir, dass ausdrücklich nur die Kantone angefragt werden sollen. Wieso wollen Sie hier nicht auch die Leistungserbringer durchaus einmal zu Rate ziehen?

Bei den Prämienvorbilligungen sind wir der Meinung, dass diese ausdrücklich kontraproduktiv sind, weil sie eben gerade die Stärkung der Eigenverantwortung, auf die der Behandlungsbeitrag abzielt, im Grunde genommen wieder neutralisieren.

Wir werden morgen an unserer Vorstandsitzung die entsprechende schriftliche Eingabe noch ergänzen.

Walter Häcki, PULSUS

Wir sind eine Vereinigung, die sich für eine freie, sozial verantwortbare Medizin einsetzt und haben insgesamt etwa 7'000 Mitglieder, Kollektivmitglieder inklusive. Wie alle hier im Saal haben wir wenig Zeit gehabt, uns die Massnahmen anzusehen. Diese Stellungnahme ist also provisorisch.

Wir stellen fest, dass hier mit Eile eine Vorlage durchgeboxt werden soll, zu der man eigentlich alle Daten und Prognosen schon gekannt hat. In jedem Bereich, auch im spitalambulanten, ist das Wachstum schon seit zehn Jahren da. Das Wachstum hat sich ziemlich konstant zwischen 10% und 20% jährlich entwickelt. Man weiss schon lange, wo Veränderungen stattfinden, wo die Entwicklung stattfindet. Aber man hat diese Entwicklung so gewollt, wie verschiedene Redner heute bereits bemerkt haben. Wir vermuten, dass die Verwerfungen, die jetzt zu diesem notfallmässigen Handeln führen, durch die Finanzmärkte ausgelöst wurden. Wahrscheinlich wurden Reserven verloren oder annulliert, je nach Versicherer. Sollte es jedoch der Fall sein, dass die Versicherungen vom Bundesamt selbst angehalten wurden, mehr als nur mündelsichere Anlagen zu tätigen, dann fragen wir uns, ob hier der richtige Ansprechpartner ist, um die Probleme zu lösen.

Die Ärzteschaft hat in den letzten fünfzehn Jahren stark unter den Entwicklungen im Gesundheitswesen gelitten, vor allem in der ambulanten Praxis. Wir wissen alle, dass die ambulante Praxis die effizienteste Behandlungsform ist, auch für Notfälle, wenn sie dort erledigt werden können. Der zweite Schritt zum Spital kann dann nötig werden, ist so aber besser gelöst. In diesem Zusammenhang lehnen wir die Massnahmen ab, die den Besuch der Praxen reduzieren wollen. Daher lehnen wir diese Kostenpauschale ab. In Deutschland hat die Kostenpauschale am Anfang eine gewisse Wirkung gehabt. Diese wurde dann ausgeglichen und es war nichts mehr zu sehen davon. Wie vorhin schon gesagt wurde hat die Kostenpauschale viel Aufwand mit sich gebracht. Ich denke, das lässt sich so nicht durchführen.

Zum Datenstrom an die Versicherer: Ich befürchte, dass wenn die Daten monatlich beim Bundesamt landen, sich dort noch hektischere Aktivitäten entfalten. Dem möchte ich lieber vorbeugen. Die Versicherer sind selbst in der Lage, ihre Kassenhaltung zu beurteilen.

Zu den Tarifen: Wir lehnen diese Kompetenzzuweisung an den Bundesrat kategorisch ab. Tarife und Kostenentwicklung sind Sache der Tarifpartner. Hier soll in keiner Form interveniert werden können.

Bei den Verlängerungen der Versicherungsverhältnisse muss man gründlich anschauen, was sinnvoll ist, und was nicht. In Bezug auf die zwei Jahre haben wir unsere Meinung noch nicht gemacht. Aufgrund der Voten, die ich heute gehört habe, kann man dazu auch kritisch Stellung nehmen, zumindest zu der Form, in der diese Massnahme vorgeschlagen wurde.

Telefondienst ist Sache der Versorgung und muss von Ärzten oder Pflegenden durchgeführt werden, wie das jetzt bereits schon gemacht wird. Ich denke nicht, dass dies zur Steuerung der Behandlung im Sinne der Krankenversicherung durchgeführt werden kann. Dies muss anderen Organisationen überlassen werden.

Noch eine Bemerkungen zu den offenbar erfolgreichen Daten aus Skandinavien: Ich möchte daran erinnern, dass Skandinavien ein sozialistisches Gesundheitswesen hat. Dort kann der Patient nicht aus viel mehr auswählen, als das, was ihm geboten wird. Dass dort Modelle wie diese Telefonberatung Erfolg haben, kann ich mir gut vorstellen. Aber in der Schweiz haben wir andere Verhältnisse.

Sollte das Bundesgesetz in der vorgesehenen Form verabschiedet werden, denke ich, dass wir von PULSUS bereit wären, ein Referendum zu unterstützen, gleich wer dieses ergreift. Wir wünschen dem Departementsvorsteher allerdings einen besseren Abgang.

Alexander Weber, Vertreter der Schweizerischen Zahnärzte-Gesellschaft SSO

Ich möchte zwei Bemerkungen anbringen. Zuerst zur Praxisgebühr: Wir haben schon gehört, dass die administrativen Kosten steigen. Das ist klar. Es steigt aber auch das Ausfallrisiko, wenn das Geld nicht eingetrieben werden kann. Ich denke hier insbesondere an Unfälle, bei denen der Patient direkt zum Behandler geht. Wenn dieser das Geld dann nicht eingetrieben hat, liegt das Risiko beim ihm. Ich bin der Meinung, dass dieses Risiko abgegolten werden muss, ähnlich wie im Bereich der Bundessteuer, wo die Kantone für den Einzug dieser Gebühr entschädigt werden. Mindestens 30% dieser Gebühr müssten für die Administration vorab abgenommen werden. In diesem Zusammenhang möchte ich darauf hinweisen, dass ein grosser Teil der KVG-Behandlungen Unfälle sind, die in Zahnarztpraxen behandelt werden. Hier stellt sich immer die Frage der Abgrenzung: Ist die Person nach KVG oder nach Unfallversicherungsgesetz gegen den Unfall versichert. Das ist in vielen Fällen zu Beginn gar nicht klar. Man weiss also nicht, ob man die Gebühr einkassieren muss oder nicht. Und wenn man das einkassierte Geld schlussendlich noch zurückschicken muss, sind die CHF 30.– durch die Administration bereits wieder weg.

Ich möchte darauf hinweisen, dass wir insbesondere den Vorschlag bezüglich der längeren Vertragsdauer für spezielle Versicherungsformen unterstützen. Wir glauben, dass dieser Selbstbedienungsladen, bei dem man jedes Jahr eine andere Variante wählen kann, durchaus eingeeengt werden darf.

Zur Telefontriage möchte ich dem Departementsvorsteher und den Politikern zu überlegen geben, dass es nicht sein kann, dass die Telefontriage bei der Krankenkasse – auch wenn sie bei Medgate angeboten wird – gratis ist. Wenn ich aber meinen Hausarzt anrufe, wird für dieses Situation die Praxisgebühr verrechnet. Das kann ja wohl nicht Sinn der Sache sein.

Ulrich Bürgi, Schweizerische Gesellschaft für Innere Medizin

Alles was sage wurde eigentlich schon gesagt. Ich melde mich nur noch, weil unsere Gesellschaft zusammen mit den Allgemeinmedizinerinnen einen grossen Teil der Hausärzte vertritt.

Aus unserer Sicht können wir die Monitoringmassnahmen unterstützen. Die Verlängerung der Vertragsdauer auch. Mit der Telefonberatung leben wir schon fast. Wir glauben allerdings, dass die ideale Telefonberatung zwischen Patient und Hausarztnetz stattfindet. Schwierigkeiten haben wir mit der Behandlungsgebühr von CHF 30.–. Wir fürchten, dass es grosse administrative Umtriebe geben wird. Wir können uns vorstellen, dass es nur vorübergehend wirkt, wie das vorhin bereits aufgezeigt wurde. Wir hätten gerne an einem allgemeinen, grösseren Paket mitgearbeitet als an Einzelpunkten.

Beatrice Mazenauer, Spitex

Generell sind wir der Meinung, dass Notrecht nicht adäquat ist. Dies aus vier Gründen. Die Wirkung für 2010 ist zweifelhaft. Die Mitwirkung im parlamentarischen Prozess ist beschränkt. Verschiedene

Elemente sind bereits in verschiedenen Revisionspaketen in Diskussion. Und die Problemanalyse sowie die Wirksamkeit der Massnahmen konnten nicht seriös geklärt werden.

Uns ist der Zusammenhang zwischen diesem dringlichen Bundesbeschluss und der Revision der Pflegefinanzierung, die verabschiedet aber noch nicht in Kraft ist, unklar. Ich möchte daran erinnern, dass die Patienten im neuen System der Pflegefinanzierung bereits genügend an der Pflege beteiligen müssen. Die Beteiligung beim Besuch des Arztes käme dann noch dazu.

Herr Indra hat in der Einführung Spitex als kostentreibenden Faktor erwähnt. Ich möchte darauf hinweisen und wäre froh, wenn das auch in der Botschaft erwähnt würde, dass die Spitexkosten Folgen von Faktoren in der Spitalbehandlung sind. Nach ambulanter Behandlung sind Massnahmen in der Pflege möglicherweise noch notwendig. Die Personen werden früher aus dem Spital entlassen, sind damit aber nicht gesünder, sondern bedürfen weiterer Pflegemassnahmen. Zudem treten die Personen auch viel später in Pflegeheime ein. Diese drei Faktoren sind aus den Kosten in den Anhängen der Botschaft eigentlich ersichtlich. Es handelt sich um Verlagerungen, die das KVG seit der Abstimmung immer wieder erwähnt hat und die auch gewollt sind. Wir wären froh, wenn Spitex jetzt nicht als Kostentreiber hingestellt würde.

Daniel Herren, FMCH

Ich möchte mich kurz fassen und in Ergänzung zum bereits Gesagten noch eine Sicht der Spezialisten einbringen. Als invasiv und chirurgisch tätige Spezialisten befürchten wir eine überproportionale Zunahme von Erstkonsultationen bei uns Spezialisten. Dies könnte indirekt zu einer weiteren Schwächung der Grundversorgung und Hausarztmedizin führen. Es lässt befürchten, dass die Zahl der Bagatellfälle, die direkt von Spezialisten beurteilt und behandelt werden müssen, zunehmen könnte. Gleichzeitig, wenn nun eine Gebühr für Spezialisten eingeführt würde, fürchten wir einen Behandlungsqualitätsverlust und eine mögliche kostenbedingte Unterlassung von Folgekonsultationen nach chirurgischen und invasiven Behandlungen. Die postoperative Nachsorge bedingt eine sorgfältige Betreuung der Patienten. Mit der Einführung einer solchen Gebühr werden falsche Anreize zur Unterlassung solcher Kontrollen gesetzt.

Zum Kostenmonitoring der ambulanten Kosten im Spital durch die Kantone: Grundsätzlich begrüsst es die FMCH, dass dies nebst der Kontrolle der stationären Behandlungskosten durchgeführt wird. Der medizinische Fortschritt und die damit verbundenen Möglichkeiten auch komplexere Behandlungen ambulant vornehmen zu können, fördert nebst anderen Faktoren die Verschiebung der Kosten in den ambulanten Spitalbereich. In Hinblick auf die Einführung der Fallpauschalen scheint es uns extrem wichtig zu sein, die ambulanten Spitalkosten im Sinne eines Teilaspekts der Begleitforschung dieser Einführung der Fallpauschalen zukommen zu lassen. Allerdings fordern wir dort eine Einbettung in ein Kostenmonitoring und ein sinnvolles Begleitforschungskonzept sowie die Bereitstellung von genügend Ressourcen für diese Aufgabe.

Walter P. Hölzle; vips

Die vorgeschlagenen Massnahmen sind im Vorfeld und auch hier jetzt wieder extrem kritisch aufgenommen worden. Wir meinen aber, dass man es sich zu einfach macht, wenn man alle Massnahmen welche eine gewisse Lenkung der Nachfrage zum Ziel haben einfach ablehnt. Dazu gehören namentlich der Vorschlag der Patientenpauschale oder Massnahmen welche von kantonaler Seite ergriffen werden könnten, um im spitalambulanten Bereich oder im Notfallbereich einzugreifen. Wir wünschen noch mehr Aktivitäten zur Förderung von Netzwerken und Managed Care. Wir sind eher zurückhaltend wenn es um andere Leistungserbringer geht. Für uns sind die Medikamentenpreise und die Massnahmenpakete auf Verordnungsebene entscheidend. Diese wollen sie uns ja per Ende Monat eröffnen. Wir sind schon ganz gespannt darauf.

Seit 1996 haben wir regelmässig mit Behörden Pakete gesucht, so dass die Preise in der Schweiz mit vergleichbaren Ländern auch wirklich angepasst wurden. Das waren über CHF 1 Mia.

Preissenkungen in diesem Zeitabschnitt, das waren auch sehr viele Arbeitsplätze, welche tangiert wurden. Jetzt wiederum hört man in den Medien Zahlen wie CHF 500 Mio., CHF 850 Mio., das sind sehr extreme Szenarien, wenn man die gesamten Medikamentenkosten betrachtet, welche eigentlich im Teuerungsrahmen gewachsen sind. Im ersten Quartal ist die Menge wiederum, wahrscheinlich aufgrund der Grippewelle auch, um 2.7% gestiegen, Kosten jedoch nur um 3.6%. D.h die hochinnovativen Präparate haben eigentlich nicht sehr viel Wachstum ausgemacht.

Was für uns wichtig ist sind berechenbare, nachhaltige Massnahmen, die man in Zukunft umsetzt. Die Pharmaindustrie ist hier bereit, obwohl die KVG-Revision gescheitert ist, einen sinnvollen Preisüberprüfungsrhythmus einzuführen, damit solche Ausreisser gegenüber dem vergleichbaren Ausland nicht mehr stattfinden. Wir sind der Überzeugung, dass bei neuen Indikationen eine WZW-Überprüfung stattfinden sollte. Aber selbstverständlich kann eine neue Indikation nicht automatisch eine Preissenkung auslösen, weil diese mit hochwertigen und sehr teuren klinischen Studien erforscht werden müsste.

Ein letzter Punkt, wir glauben dass der Generikagebrauch in der Schweiz durchaus noch mehr Potenzial hat. Wir sehen auch hier im Vergleich Originalpräparate Ausland und Generika Ausland – vergleichbares Ausland wie Deutschland – noch Handlungsbedarf, hier ist noch Sparpotenzial vorhanden.

Die Schweiz ist ein sehr wichtiger Standort für die Pharma mit einem wahrscheinlich höchsten Wertschöpfungsanteil im Bezug auf Arbeitsplätze. Der direkte und indirekte Beitrag der Industrie zum Volkseinkommen beträgt zurzeit gut das 5-fache der Ausgaben, die wir im Medikamentensektor vornehmen.

Ich möchte noch diesen Irrtum korrigieren, dass wir die Kaufkraft schwächen wenn man Prämien erhöht. Das ist nicht korrekt. Wir alle haben heute gerade jetzt eine Kaufkraft X. Die Frage stellt sich, wo geht die Kaufkraft hin. Wenn sie in das Gesundheitswesen geht, ist fast 90% der Wertschöpfung im eigenen Land, gut 20% der arbeitenden Bevölkerung arbeitet hier, d.h. es ist wahrscheinlich der grösste kaufkrafttreibende Faktor in der Gesamtbetrachtung des BIP. Bei einem neuen Auto sind es vielleicht 20% lokale Wertschöpfung, bei Auslandsreisen nicht mal mehr 5%. Hier muss man gesamtwirtschaftlich vorsichtig korrigieren und nicht einfach alles ausschneiden damit dann die wertvollen Arbeitsplätze verloren gehen.

Pascal Couchepin: Si j'ai bien compris, l'augmentation de 15% prévisible des primes est le meilleur programme d'impulsion qu'on peut avoir.

Susanne Clauss, SHV Schweizerischer Hebammenverband

Das Meiste wurde schon gesagt. Was uns fehlt ist in Art. 55b, die Mutterschaft. Sie gehen mit mir einig, dass wir eigentlich mehr Leistung möchten. Es wäre für die Hebammen jedoch ziemlich fatal, wenn dann die ambulanten Kosten, die daraus entstehen, sich auf die Tarife auswirken würden, da die Hebammen schon schlechte Tarife haben. Vor allem 10% ist für uns schwierig zu meistern.

Bei der Telefonberatung befürchten wir eine Qualitätseinbusse. Auch wir müssen uns ständig an die WZW-Formel halten. Wir möchten darauf hinweisen, dass Mutterschaft etwas ganz Spezielles ist und immer von Fachpersonen beraten sein sollte. Wir wünschen uns, dass das auch noch verankert wird.

Wir sind dankbar dafür, dass in Art. 64 die Mutterschaft ausgeklammert wurde.

Corinna Bisegger Schweizerisches Rotes Kreuz

Es war zu kurz für eine Organisation wie das SRK um eine offizielle Stellungnahme mitzubringen.

Zwei Überlegungen in Bezug auf zwei Gruppen, die gerne vergessen gehen. Es wurde schon angesprochen, dass es Menschen gibt, für die CHF 30.– sehr viel ist. Es ist beruhigend zu wissen, dass man dieses Geld von der Ergänzungsleistung zurückbekommen kann. Trotzdem die Bitte, diese

Gruppe von Menschen zu berücksichtigen, wenn Sie die ganze Abwicklung regeln. Sei es mit Gutschriften oder mit vorangehender Befreiung, denn schon ein Vorschuss von CHF 30.– ist viel.

Beim Telefondienst wäre es eine gute Chance die Migrationsbevölkerung zu berücksichtigen. Indem sich Versicherer zusammenschliessen und einen Dienst anbieten, der die Betroffenen dazu anleitet das System in der Schweiz richtig zu nutzen. Z.B. nicht als erstes in den Notfalldienst zu gehen oder auch die Dienste früh genug in Anspruch zu nehmen, um nicht grosse Folgekosten zu verursachen.

Carmen Chuard ASDD / SVDE

Je rejoins l'avis des sages femmes. C'est vrai qu'en diététique ambulatoire depuis 2006 on a une diminution des prescriptions diététiques, donc une diminution des prestations et une diminution des revenus. Il ne serait malheureusement plus supportable de diminuer encore les tarifs dans notre métier.

Christiane Jaquet-Berger, AVIVO suisse

Mieux vaut sans doute être consulté dans les conditions d'aujourd'hui que ne pas du tout. Aussi l'AVIVO suisse vous remercie de l'écouter.

Nous avons tous constaté la diminution voulue des réserves et les aléas de la bourse. Nous ne sommes donc pas étonnamment surpris. Mais selon nous, il n'y a pas de raison de décider des mesures importantes dans la précipitation, pas plus que de décider par un arrêté fédéral urgent si ce n'est peut-être pour éviter un référendum dérangeant.

Aujourd'hui patients et cantons ne savent pas encore clairement comment va ce ventiler le financement des soins de longue durée. Et voilà que tombent de nouvelles décisions. Quid du financement des EMS ? Quid de la participation des résidents ? Quid du Spitex ? Pour nous, vouloir faire baisser les coûts de la santé en piquant dans la poche des malades n'est pas nouveau mais continue à nous scandaliser.

La taxe de CHF 30.– est inacceptable. C'est une augmentation suave du montant de la franchise et c'est aussi un épouvantail pour les personnes les plus modestes. Quant à l'automédication qui est conseillée elle nous semble aller dans le sens contraire de tout ce qui est proclamé depuis longtemps.

Dans le domaine des consultations téléphoniques qu'on appelle triage, nous constatons que les services du 144 qui existe dans nombre de cantons en collaboration avec l'état et lié aux réseaux sont efficaces, sûre et appréciée. C'est un modèle que nous souhaiterions voir développer et contaminer l'ensemble du pays. Mais nous sommes inquiet à l'idée que cela pourrait être le rôle des assureurs, qui pourraient en effet en qualité de payeur conseiller sans peut-être avoir toute l'indépendance voulue. D'autre part quel pourrait être la garantie, que les conseils qui ne seraient pas suivis seraient connus des assurances maladies ?

CHF 200 mio de plus pour payer les primes c'est toujours bon à prendre, mais cela signifie quand même des peanuts par rapport à l'augmentation des primes qu'on nous annonce. Nous regrettons que les mesures urgentes préconisées ne s'attaquent pas dans un vrai débat qui laisse le temps à chacun de pouvoir s'exprimer et de pouvoir discuter ensemble. S'attaquer au vrai problème comme p.ex celui qui fait que lorsqu'on change de caisse on ne peut pas emporter avec soi les réserves. P.ex. aussi le problème du contrôle réel des assurances par la Confédération. P.ex. aussi la suppression que nous souhaiterions voir des franchises qui n'ont à nos yeux rien à voir avec la solidarité. Nous souhaitons que l'on ne punisse pas les cantons qui ont fait des efforts d'économie et de planification et nous arrêterons là en vous faisant parvenir un rapport plus complet puisque vous nous en donnez l'occasion.

Roland Paillex, physiosuisse

J'aimerais surtout insister sur l'art. 55b concernant le tarif. Votre objectif écrit est de vouloir lier le tarif à l'évolution des volumes avec une idée de diminuer le tarif, le prix du point si les volumes augmentent. Or concernant la physiothérapie, les volumes sont engendrés par les prescriptions réalisées par les médecins prescripteurs et donc vous allez diminuer les tarifs du physiothérapeute par rapport à un volume ou ils ne sont pas directement concernés. Donc nous trouvons ce système illogique et nous ne pouvons que nous y opposer.

Fridolin Marty, economiesuisse

Vielen Dank, dass sich auch economiesuisse zu diesem Paket äussern darf. Ich möchte ein paar grundsätzliche Gedanken äussern. Economiesuisse teilt die Meinung des Bundesrates, dass das Gesundheitswesen in der Schweiz sich in einer ernsthaften Lage befindet. Anlass zur Sorge gibt vor allem auch der Finanzierungsschlüssel, der sich seit Jahren hin zu mehr Steuermitteln und mehr obligatorischen KK-Prämien verändert. Diese Entwicklung halten wir als schädlich, weil bei einem 55 Mia. Markt – der das Gesundheitswesen momentan ist – immer ein grösserer Teil stark durch diese Grundversicherung reguliert wird.

Pascal Couchepin: Wieviel ?

Fridolin Marty: Es sind inzwischen über 60%.

Pascal Couchepin : Nein, CHF 22 Mia. ungefähr.

Fridolin Marty: CHF 22 Mia. sind nur die Prämien, die KVG im engeren Sinn. Es kommen noch Steuermittel dazu und auch der Bund ist Leistungserbringer in gewissen Bereichen wie der Prävention.

Bezüglich der Dringlichkeit: Diese möchten wir in Frage stellen, auch wenn man das Paket betrachtet. Wir glauben dass diese vorgeschlagenen Massnahmen nicht auf diesem Weg hätten durchgeboxt werden müssen.

Zu den Massnahmen im Detail möchte ich mich nicht äussern. Aber grundsätzlich fällt auf, dass vor allem Kosten verschoben und wenige Kosten reduziert werden. Es gibt ein paar gute Ansätze, die, wenn man sie modifiziert, mehr in Richtung Managed Care gehen könnten. Ein Problem, dass wir in der obligatorischen Grundversicherung haben ist, dass insbesondere chronisch Kranke nicht in diese Managed Care-Modelle gehen. Deshalb greifen diese Modelle nicht so, wie sie eigentlich sollten.

Die erhöhte Steuerung der Kantone im spitalambulanten Bereich, das lehnt die Wirtschaft ab.

Bei den Prämienverbilligungen finden wir es sinnvoll, wenn es im Rahmen von Konjunkturmassnahmen diskutiert wird. Wir teilen aber die Ansicht der Kantone, dass hier das Problem besteht, dass man diese Prämienverbilligungen nur sehr schlecht oder mit grossen Opfern wieder abschaffen kann. Wir sind der Meinung, dass solche Massnahmen nur temporärer Natur sein dürfen.

Grundsätzlich befindet sich das Gesundheitswesen auf einem falschen Kurs. Es ist eigentlich der schlechtere Weg, wenn man jetzt versucht auf diesen Kurs kurzfristig Korrekturen anzubringen. Man sollte vielmehr das Schiff neu ausrichten. Ich kann hier noch zwei Stichworte dazu liefern: Das Gesundheitswesen bedarf höherer Transparenz, insbesondere Qualitätstransparenz. Auf dieser Basis müssen wir versuchen, einen Leistungswettbewerb zu installieren, damit es nicht nur ein Kostenwettbewerb ist, sondern auch die Leistungen in Betracht gezogen werden.

Monika Dusong, fédération romande des consommateurs

J'aimerais d'abord vous dire notre irritation sur la procédure de consultation un peu à la hussarde qui nous rend impossible toute concertation démocratique au sein de nos bases et je le regrette. Je

constate aussi que l'urgence à généré une certaine formulation vague des textes de loi, qui soulève beaucoup de questions et il y a encore trop d'imprécisions à ce sujet. Nous assistons donc à un exercice de pompiers et comme cela à été dit par la représentante de l'AVIVO, on n'est qu'à moitié surpris. La situation reflète une volonté politique, il faut juste ce le rappeler. On voulait que les assureurs fassent des pertes pour diminuer les réserves qui étaient à un niveau trop élevé. Je crois qu'il ne faut pas pleurer aujourd'hui pour dire qu'il faut rattraper. Maintenant si les primes ont été trop basses, il faut les rattraper jusqu'à ce que le niveau de réserve soit atteint, mais pas au delà. Il s'agit de voir comment les réserves peuvent être rattrapées. N'oublions quand même pas qu'on passe comme chat sur braise sur les pertes qui ont été enregistrés au niveau des réserves pas forcément réelles mais des pertes au niveau des bilans. Parce que les papiers valeurs peuvent être bilancés au niveau le plus bas historiquement. Donc même si la bourse ou les marchés financiers se relèvent, les assurés n'auront rien de ce fait là.

J'aimerais insister sur le contexte économique qui nous fait réellement soucis. Oui, il y a confiscation du pouvoir d'achat ou alors il y a transfert du pouvoir d'achat vers un seul secteur. Et ça ne peut pas nous être égal. Ce qui est dépensé une fois ne peut pas être dépensé une deuxième fois. L'économie en tant que tel souffre. On ne peut pas dire qu'il y aura la responsabilité individuelle et les gens vont juste assumer 15% d'augmentation des primes pour 2010 et pour 2011 on a encore rien dit. Pour certains cantons ça va être vraiment sanglant, parce que certains cantons n'ont pas les réserves qu'il faut pour pouvoir arriver avec 15% d'augmentation à un niveau réel. Donc assurément il faut des mesures d'accompagnement conjoncturelles pour soutenir les familles.

Concernent les mesures concrètes : pour la consultation téléphonique, si réellement on peut nous donner des assurances que c'est fait de manière professionnelle mais non par les assureurs mais délégué à des médecins ou des soignants nous pouvons entrer en matière. Nous aimerions beaucoup que les patients soient quasi obligés d'utiliser ce service. Sinon on met en place un service qui n'est pas utilisé. D'une manière ou d'un autre le patient qui utilise ce service devait être honoré de sa bonne volonté.

Concernant la taxe de consultation, bien sûr il s'agit d'un transfert sur les patients, et nous ne pouvons pas entrer en matière tel quel. Premièrement c'est un frein de consulter pour des personnes souvent fragiles. Si le médecin dit de revenir le voir dans une semaine car il veut voir l'évolution d'une maladie, il ne peut pas le faire et je pense aussi à des gens avec des maladies psychiques. Je préférerais qu'ils puissent aller consulter régulièrement leur médecin. On a assurément un effet sur la qualité de prise en charge et je ne pense pas à l'usine à gaz administrative quand il faut payer cash et ensuite être remboursé par la suite.

Concernant le pilotage et le monitoring bien sûr on trouve ça génial. Je suis très contente qu'enfin vous, Monsieur Indra, vous aurez les moyens pour piloter et je regrette que vous n'ayez pas encore ces moyens. Car c'est aussi une volonté politique de ne pas vous donner les moyens pour examiner les primes de manière à ce que les assureurs ne peuvent pas fixer des primes qui sont en dessous de leurs niveaux de couverture, peut-être pour une raison de concurrence. Au niveau de la planification, il faudra surtout tenir compte de ce que disent les cantons à ce sujet. Il y a une confusion au niveau des tarifs. Lorsque, dans un canton, vous avez la volonté politique p.ex. de développer les soins à domicile bien sûr que ce secteur va augmenter. Ce qui va diminuer c'est l'institutionnalisation dans les EMS. Donc il faut avoir une vision globale, c'est pourquoi les cantons sont les bons partenaires pour trancher sur les tarifs entre prestataire de soins et les assureurs. Subsidièrement pourquoi pas le Conseil fédéral ? Mais il le fait de toute façon déjà en tant qu'instance de recours en ce moment.

La durée des franchises: le seul point positif à ce sujet est que vous reconnaissez que les franchises à option élevées ont un effet défavorable pour la solidarité. Il y a des montants qui s'échappent à la solidarité. Donc la conséquence naturelle devrait être de diminuer soit les rabais soit les options en tant que tel et à ce moment-là, une fois qu'on a choisi un critère pourquoi pas y tenir. Mais il faut au départ descendre de cette hauteur de CHF 2'500.-. Malheureusement il y a beaucoup de gens qui les prennent parce que c'est le seul moyen de pouvoir payer les primes.

Nous aimerions qu'on ne passe pas à côté des autres mesures beaucoup plus structurelles, beaucoup plus efficace. On a parlé de Managed Care. Il y a un modèle de la CDS et de la FHM, il faut le prendre à bras le corps.

On attend les mesures pour les médicaments avec beaucoup d'espoir Monsieur le Conseiller fédéral. Santéuisse avec les consommateurs, c'est déjà une coalition extraordinaire et nous vous demandons d'être extrêmement ferme à ce sujet. Il faudrait des directives concernant le placement et la comptabilisation des réserves et une transparence au niveau des réserves assurément pour pouvoir rétablir une certaine confiance dans le système.

Sarah Stalder, Stiftung für Konsumentenschutz

Das Schiff neu ausrichten wurde vorhin gesagt. Wir fragen uns, wohin wir es neu ausrichten wollen. Wir bedauern es ausserordentlich, dass nicht das ganze Handlungsfeld zusammen angeschaut wird. Es wäre für uns ganz wichtig. Wie z.B. Ende Mai was mit den Medikamentenpreisen passiert oder auch wohin es mit Managed Care geht. Es heisst auf S. 12 in den Vernehmlassungsunterlagen, «es liegen keine anderen auf die Kostenentwicklung wirkenden Massnahmen vor». Das stimmt mich nicht sehr zuversichtlich. Wir denken, es gibt Massnahmen, welche viel schneller umgesetzt werden könnten.

Rückfrage Pascal Couchepin: Welche Massnahmen zum Beispiel?

Sarah Stalder: z.B. Medikamentenpreise, Qualitätsstandards definieren und den Managed Care.

Pascal Couchepin: Wie kann man Managed Care schnell umsetzen?

Sarah Stalder: Ich denke in erster Linie an die Medikamentenpreise, wo ein sehr grosses Einsparungspotenzial liegt.

Kurz zu drei Punkten. Die Telefonische Beratung muss gekoppelt werden an ein Versicherungsmodell, welches den Versicherten finanzielle Anreize gibt. Für uns wäre das die Stärkung der Eigenverantwortung und nicht der Behandlungsbeitrag dient dieser Stärkung. Diesen Beitrag lehnen wir ab. Wir haben da auch schon verschiedene Voten dazu gehört.

Solidarität, längere Vertragsdauer: Diese können wir uns mit höheren Franchisen nicht vorstellen aber z.B. bei Managed Care. Es wäre eine Option, welche man dort anschauen könnte.

Zum Schluss Konjunkturmassnahmen, Prämienverbilligung für ein Jahr: Das können wir uns sehr gut vorstellen. Auch wegen den – wie es in den Unterlagen heisst – unerwarteten Verlusten an den Finanzmärkten. Darüber wurde heute fast gar nichts gesagt. Und ich denke, dass schuldet man der Bevölkerung.

Peter Seiler, Schweizerischer Verband für Seniorenfragen (SVS)

Die Rentner, die wir vertreten, leiden stark unter den stark steigenden KK-Prämien und dem immer höheren Anteil an Steuergeldern für das Gesundheitswesen. Die BVG-Renten bleiben sehr häufig hinter der allgemeinen Teuerung zurück. Ein ganz wesentliches Anliegen wäre, dass die Gesundheitskosten nicht wesentlich über der allgemeinen Teuerung liegen. Deshalb begrüssen wir Massnahmen, welche die Gesundheitskosten dämpfen und die Eigenverantwortung stärken.

Zu den einzelnen Punkten: Telefondienst der Versicherer, dieser scheint uns sinnvoll. Jedoch zwei Punkte aus der Sicht der Senioren: Es sollte möglich sein, dass auch Hörbehinderte oder Leute, die nicht so gut sprechen können, in einer Form davon profitieren können. Und das zweite, dass die Haftung bei allfälligen Behandlungsfehlern unkompliziert und ohne grossen juristischen Aufwand gelöst werden kann.

Zum Kostenmonitoring haben wir keine Bemerkungen.

Zu den Leistungsaufträgen für Spitalambulatorien: Dort würde es uns nützlich scheinen, wenn die Kantone auch bei Hausarztambulatorien im Spital Leistungsverträge anfordern könnten.

Zur Mindestdauer bei Franchisen: Wir sind dafür dass die Wahlfranchisen beibehalten werden. Wir finden auch, dass eine Mindestdauer von 2-3 Jahren sinnvoll ist, damit man nicht zu viel ausweichen kann.

Zum Behandlungsbeitrag von CHF 30.-: Ob das wirklich eine Kostensenkung bewirkt, da sind wir nicht sicher. Wenn man es macht, dann auf jeden Fall kostengünstig und einfach umgesetzt und dazu gehört auch der Gebrauch von Zahlungskarten.

Ganz generell scheint uns aber auch wichtig, dass man die Wirksamkeit dieser Massnahmen evaluiert, d.h. dass man in 2 oder 3 Jahren weiss, was diese gebracht haben.

Andrea Mengis, Procap

Wir unterstützen sehr die Bemühungen für die Kosteneindämmung im Gesundheitswesen. Wir haben allerdings auch sehr grosse Mühe mit dem Schnellverfahren, wie bereits verschiedentlich erwähnt. Wir erachten das Ganze als eine sehr komplexe Materie und wir sind uns ziemlich unklar über die Ursachen. Wir haben heute verschiedene Akteure in diesem Zusammenhang gehört und alle sagen, es liege nicht an ihnen oder nicht nur oder es ist eine Verlagerung. Uns wäre es wichtig, dass man das gründlich prüft, bevor man vorschnelle Massnahmen ergreift.

Folgendes ist für uns schwierig zu verstehen: Man sagte uns in den Unterlagen, dass es darum geht, die privaten Haushalte zu entlasten, wegen der befürchteten oder kommenden Prämienhöhung. Und gleichzeitig werden diese privaten Haushalte wieder belastet mit der Behandlungsgebühr. Die Frage des Nutzens ist für uns ungeklärt. Das Gleiche mit der Wirksamkeit; wir haben hier verschiedene Voten dazu gehört. Stichworte, das man zu spät zum Arzt geht oder der administrative Aufwand sehr hoch ist. Für uns ist zu wenig geklärt ob diese Massnahmen wirklich Kosten senkend wirken. Wir bezweifeln dies.

Ein ganz wichtiger Punkt, der mehrmals genannt wurde und uns ein wichtiges Anliegen ist, sind die chronisch Kranken und die Pflegebedürftigen. Ich denke, diese werden durch diese Behandlungsgebühr zu sehr belastet und der psychologische Effekt geht bei diesen Menschen mit Krankheit und Behinderung fehl. Diese Leute brauchen diese Behandlungen. Sie können darauf nicht verzichten. Es sollte nur Leute treffen, die nur einmalig zum Arzt gehen und vorschnell ärztliche Hilfe holen.

Danielle Lehmann, UNION, schweizerischer komplementärmedizinischer Ärzteorganisationen Luzern

Wir haben vor allem Bedenken, dass es bei so schnell eingeführten Massnahmen schwierig ist die Konsequenzen richtig vorzusehen. Da ist es so, dass wir komplementärmedizinischen Ärzte schon schmerzlich leiden mussten unter Ihren schnellen Entscheidungen. Da wir fast alle in der ärztlichen Grundversorgung als Hausärzte arbeiten, können wir uns den Voten der Hausarztvertreter Frau Enz, Prof. Bürgi und auch der Chirurgen anschliessen.

Uns ist es einfach sehr wichtig, dass die Telefontriage koordiniert wird mit den kantonalen Bemühungen, die Notfalldienste neu zu regeln, damit nicht neue Systeme entstehen.

Bei den Behandlungstaxen: Hier begrüssen wir, dass Schwangere und Kinder von der Regelung ausgenommen werden, fragen uns aber, ob die Liste der Ausnahmen nicht noch vergrössert werden sollte, z.B. mit den blutverdünnten Patienten. Ich habe schon jetzt Diskussionen mit meinen Quick-Patienten, die sagen, dass, wenn dann die CHF 30.- kommen, wir ihnen die Karte ausfüllen müssen bis Ende Jahr. Das ist natürlich gefährlich. Die Qualität der Patientenbehandlung wird durch die CHF 30.- zudem beeinflusst werden. Gerade die Hausärzte haben ja oft mit den unspezifischen,

harmlosen Symptomen von Krankheiten zu tun, die sich evtl. später ernsthaft entwickeln können. Da kommen wir dann sehr unter Druck, weil die Patienten nur einmal kommen wollen, dass wir schon in der ersten Konsultation eine maximale Abklärung machen müssen, was natürlich viele Kosten mit sich bringt.

Für uns ist es klar, es gilt heute eine nachhaltige, mehrheitsfähige Lösung zu finden für unser Gesundheitswesen und wir erachten dieses Paket als eine «Pflasterlipolitik» und nicht als eine nachhaltige Lösung.

Christina Werder, SGB

Ich beginne beim zusätzlichen Beitrag des Bundes an die Prämienverbilligung. Wir unterstützen und begrüssen den Vorschlag des Bundesrates, diesen Beitrag zu erhöhen. Nur reichen aus unserer Sicht diese CHF 200 Mio. in keiner Art und Weise. Im aktuellen wirtschaftlichen Umfeld darf die Kaufkraft, die durch die Prämienhöhung automatisch gesenkt wird, nicht einfach den Haushalten überlassen werden. Wir sind klar der Meinung, dass die Kaufkraft gestärkt werden muss und sich deshalb der Beitrag des Bundes im Umfang der Prämienhöhung belaufen sollte. Das heisst bei 10% wären das CHF 2 Mia. Es geht hier um eine klar befristete konjunkturelle Massnahme, nicht als eine Massnahme innerhalb des KVG.

Kurz noch zu den einzelnen Vorschlägen:

Tarifsenkungen: Wir gehen davon aus, dass die Tarifverhandlungen geregelt sind. Wenn Eingriffe gemacht werden aufgrund der Kosten, so erachten wir das als heikel. Wie schon von Spitex ausgeführt, kann das gewünschte Entwicklungen in der Versorgung wieder rückgängig machen. Der Ausbau der Spitex-Leistung war erwünscht. Wenn hier starke Eingriffe gemacht werden, wird diese Entwicklung wieder abgebremst.

Steuerung des Angebotes im spitalambulantem Bereich: Für uns ist dieser Vorschlag zu wenig klar und lässt zu viel Interpretationsspielraum offen. Wir sind der Meinung, dass die Steuerungsfrage im Rahmen der Nachfolgeregelung des Zulassungsstopps geregelt werden sollte.

Behandlungsbeitrag: Wir können diesen Behandlungsbeitrag von CHF 30.– nicht unterstützen.

Die Stärkung der Solidarität begrüssen wir grundsätzlich, nur sehen wir das nicht mit der Massnahme, die Vertragsdauer zu verlängern. Wir würden es begrüssen, wenn dieses Versicherungsmodell einfach gestrichen würde.

Hans Ulrich Schütz, KV Schweiz

Ich möchte ergänzend eine Einschätzung dieser Vorlage abgeben. Wir sehen, dass Handlungsbedarf besteht, denken aber nicht, dass diese Vorlage zielführend ist. Wir sind einverstanden mit den Massnahmen wie das Monitoring, diese ist sinnvoll. Verstärkung der Solidarität, die Stossrichtung hier ist richtig. Wir finden, die Telefonberatung geht in die richtige Richtung. Aber man muss sehr aufpassen, dass die Beziehungen zu den Managed Care-Modellen nicht gestört werden. Es darf keine Kannibalisierung dieser Modelle geben. Die Qualitätssicherung muss selbstverständlich übereinstimmen.

Bei der Verbesserung der Steuerung hat die heutige Diskussion gezeigt, dass hier noch Klärungsbedarf besteht.

Beim Behandlungsbeitrag von CHF 30.– sind wir sehr skeptisch. Von der Administration her ist es sehr komplex und kompliziert. Und ich denke, auch die Verhaltensannahmen sind nicht ganz richtig. Ich denke, dass das Bild, dass die Leute gerne rasch zum Arzt gehen, nicht stimmt. Ich möchte Sie auch daran erinnern, dass mit schwierigen Zeiten auf dem Arbeitsmarkt die Zahl der Personen, die aus Angst vor den Konsequenzen bei der Arbeitsstelle den Arztbesuch hinauszögern, eher zunimmt. Der Behandlungsbeitrag würde solche Tendenzen eher noch verschlechtern.

Also wie gesagt, wir sehen Handlungsbedarf aber die Vorlage ist nicht zielführend.

Ernst Reimann, Schweizerischer Städteverband

Beim Behandlungsbeitrag bin ich erstaunt, dass auf Seite 10 bei den Bemerkungen zu den finanziellen Auswirkungen auf die Kantone und Gemeinden nicht erwähnt ist, dass im Bereich Ergänzungsleistungen und Sozialhilfe geschätzte CHF 35 Mio. Franken als zusätzliche Belastung gegenüber heute durch die Einführung dieses Behandlungsbeitrages dazu kommen. Wenn ich diese grossen Zahlen höre, um die es heute geht, ist das nicht eklatant, aber ich denke es wäre der Vollständigkeit halber gut gewesen, wenn dies noch aufgeführt wäre.

Noch eine kurze Bemerkung, nicht vom SSV, sondern von mir persönlich: Ich weiss nicht, ob diese Vorlage im Bezug auf den Behandlungsbeitrag bei der Steuerverwaltung gewesen ist. Ich denke, es ist immer ziemlich gefährlich, einen Bargeld intensiven Betrieb zu errichten, weil dieser vielleicht falsche Anreize setzen könnte.

Pascal Couchepin

C'était un après-midi intéressant, je vous remercie de votre participation engagée, active et des multitudes de propositions constructives que vous avez faites. Bonne soirée.

Schluss der Veranstaltung: 17:55 Uhr

Liste der Adressaten der Vernehmlassung

1. Kantone und kantonale Konferenzen

- Kantonsregierungen
- Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektoren und -Direktorinnen
- Konferenz der kantonalen Finanzdirektoren
- Konferenz der kantonalen Sozialdirektoren und -Direktorinnen
- Konferenz der Kantonsregierungen

2. In der Bundesversammlung vertretene politische Parteien

- BDP Bürgerlich-Demokratische Partei Schweiz
- CVP Christlichdemokratische Volkspartei der Schweiz
- FDP. Die Liberalen
- SP Schweiz. Sozialdemokratische Partei der Schweiz
- SVP Schweizerische Volkspartei
- CSP Christlich-soziale Partei
- EDU Eidgenössisch-Demokratische Union
- EVP Evangelische Volkspartei der Schweiz
- Grüne Partei der Schweiz, GB Grünes Bündnis
- Grünliberale Partei Schweiz
- Lega dei Ticinesi
- PdAS Partei der Arbeit der Schweiz
- Alternative Kanton Zug

3. Gesamtschweizerische Dachverbände der Gemeinden, Städte und Berggebiete

- Schweizerischer Gemeindeverband
- Schweizerischer Städteverband
- Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für die Berggebiete

4. Gesamtschweizerische Dachverbände und Organisationen der Wirtschaft

- Associazione Consumatrici della Svizzera Italiana
- economiesuisse
- Fédération romande des Consommateurs FRC
- Konsumentenforum Schweiz
- KV Schweiz
- Schweizerischer Arbeitgeberverband
- Schweizerische Bankiervereinigung
- Schweizerischer Bauernverband
- Schweizerischer Gewerbeverband
- Schweizerischer Gewerkschaftsbund
- Stiftung für Konsumentenschutz

5. Organisationen des Gesundheitswesens

a) Leistungserbringer

- CURAVIVA - Verband Heime und Institutionen Schweiz
- ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz
- FAMH Schweizerischer Verband der Leiter Medizinisch-Analytischer Laboratorien
- FASMED Dachverband der schweizerischen Handels- und Industrievereinigungen der

Medizintechnik

- FMCH Verband chirurgisch und invasiv tätiger Ärztinnen und Ärzte Schweiz
- FMH Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
- H+ Die Spitäler der Schweiz
- Intergenerika
- Interpharma
- Konferenz der Schweiz. Berufsverbände der Logopädinnen und Logopäden
- Konferenz kantonale Krankenhaus Verbände
- physioswiss
- Privatkliniken Schweiz
- PULSUS
- SBV Schweizerische Belegärzte-Vereinigung
- Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
- Schweizerische Chiropraktoren-Gesellschaft
- Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Medizin
- Schweizerische Gesellschaft für Chemische Industrie SGCI
- Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft SSO
- Schweizerischer Apothekerverband
- Schweizerischer Hebammenverband
- Schweizerischer Verband der Berufsorganisationen im Gesundheitswesen
- Schweizerischer Verband dipl. ErnährungsberaterInnen
- Schweizerisches Rotes Kreuz
- SGIM Schweizerische Gesellschaft für Innere Medizin
- Spitex Verband Schweiz
- SULM Schweizerische Union für Laboratoriumsmedizin
- Union schweizerischer komplementärmedizinischer Ärzteorganisationen
- Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärzte/-innen VSAO
- vips Vereinigung Pharmafirmen in der Schweiz

b) *Versicherer*

- RVK Verband der kleinen und mittleren Krankenversicherer
- santésuisse
- Schweizerischer Versicherungsverband

c) *PatientInnen, BenutzerInnen*

- ASSUAS Association Suisse des Assurés
- AVIVO Schweiz
- Ombudsman der sozialen Krankenversicherung
- Procap, Schweizerischer Invalidenverband
- Pro Senectute / Für das Alter
- Schweizerischer Seniorenrat SSR
- Schweizerische Vereinigung PRO INFIRMIS
- SPO Schweiz. Patienten- und Versichertenorganisation
- SVS Schweiz. Verband für Seniorenfragen
- VASOS Vereinigung aktiver Senioren- und Selbsthilfe-Organisationen

Liste der TeilnehmerInnen an der konferenziellen Vernehmlassung vom 11. Mai 2009

Kantone / Cantons / Cantoni

Monsieur Terracciano Morreale, représentant du **canton de Fribourg**
Herr Lic.iur. Hanspeter Vogler, Vertreter **Kanton Luzern**
Herr Werner Gut, Vertreter **Kanton Obwalden**
Herr Karl Widmer, Vertreter **Kanton Zug**
Herr Giorgio Baumann, Vertreter **Kanton Basel-Landschaft**
Monsieur Georges Dupuis, représentant du **canton du Valais**
Monsieur Philippe Rech, représentant du **canton du Valais**
Monsieur Adrien Bron, représentant du **canton de Genève**
Herr Roland Hartmann, Vertreter **Kanton Uri**
Herr Andreas Scheuber, Vertreter **Kanton Nidwalden**
Herr Franz Müller, Vertreter **Kanton Solothurn**
Monsieur Christophe Guye, représentant du **canton de Neuchâtel**
Monsieur Roland Zimmermann, représentant du **canton de Neuchâtel**
Herr Dr. Hanspeter Conrad, Vertreter **Kanton Zürich**
Frau Dorothee Frei, Vertreterin **Kanton Basel-Stadt**
Herr Peter Altherr, Vertreter **Kanton St.Gallen**
Frau Katharina Schönbacher Seitz, Vertreterin **Kanton Bern**
Herr Mario Brunetti, lic. iur., **Kanton Thurgau**
Monsieur Farbrice Ghelfi, **canton de Vaud**
Monsieur G. Petazzi, **cantone Ticino**

Herr Franz Wyss, **GDK**
Frau Semya Ayoubi, **GDK**

Politische Parteien / Partis politiques / Partiti politici

Frau Yvonne Gilli, Nationalrätin SG, **Die Grünen Schweiz**
Monsieur NR Claude Ruey, **FDP Die Liberalen**
Herr Philippe Gubler, Parteisekretariat FDP CH, **FDP Die Liberalen**
Frau Jacqueline Fehr, **Sozialdemokratische Partei SP**
Monsieur Stéphane Rossini, **Sozialdemokratische Partei SP**
Frau Alexandra Perina, **CVP**

Sonstige Organisationen / Autres organisations / Altre organizzazioni

Herr Dr. Fridolin Marty, **economiesuisse**
Herr Hans-Ulrich Schütz, **KV Schweiz**
Herr Fritz Schober, **Bildung und Dienstleistungen (DSBD) Schweizerischer Bauernverband**
Frau Sarah Stalder, **STIFTUNG FÜR KONSUMENTENSCHUTZ**
Madame Monika Dusong, **Fédération romande des consommateurs**
Herr Bruno Henggi, **Interpharma**
Frau Werder Christina, **SGB**
Monsieur Lionel Ricou, **CURAVIVA**

Herr Dr. med. Walter Häcki, **PULSUS**
Herr Dr. Franz Schmid, **die Schweizerische Chiropraktoren-Gesellschaft ChiroSuisse**
Herr Dr. Alexander Weber, **Vertreter der Schweizerischen Zahnärzte-Gesellschaft SSO**
Frau Margot Enz Kuhn, **Schweizerische Gesellschaft für Allgemeinmedizin, SGAM**
Monsieur Dominique Jordan, **pharmaSuisse, Schweizerischer Apothekerverband**
Herr Dr. Marcel Mesnil, **pharmaSuisse, Schweizerischer Apothekerverband**
Frau Carmen Chuard, **ASDD SVDE**
Frau Dr. Beatrice Mazenauer, **Spitex**
Frau Rosmarie Glauser, **VSAO Schweiz**
Herr Marcel Graber, **RVK Verband der kleinen und mittleren Krankenversicherer**
Herr Urs Brogli, **Privatkliniken Schweiz**
Monsieur Pierre Théraulaz, **Président SBK-ASI**
Frau Corinna Bisegger, **Schweizerisches Rotes Kreuz**
Frau Doris Schulte Wermeling, **vips**
Herr Walter P. Hölzle, **vips**
Herr lic. rer. pol. Stefan Kaufmann, **santésuisse**
Madame Christiane Jaquet-Berger, **AVIVO suisse**
Frau Margrit Kessler, **SPO Patientenschutz**
Frau Annemarie Bollier, **SPO Patientenschutz**
Monsieur Roland Paillex, **physioswiss**
Herr Rudolf Luginbühl, **Ombudsman KV**
Frau Klara Reber, **Schweizerischer Seniorenrat**
Herr Peter Seiler, **Schweizerischer Verband für Seniorenfragen (SVS)**
Frau Andrea Mengis, **Procap Rechtsdienst**
Herr Gérard Heimberg, **VASOS/FARES**
Frau Charlotte Werthemann, **INTERGENERIKA**
Herr Jacques de Haller, **FMH Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte**
Herr Hanspeter Kuhn, **FMH Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte**
Herr Prof. Ulrich Bürgi, **Schweizerischen Gesellschaft für Innere Medizin**
Frau Regula Sievers-Frey, **Schweizerischen Gesellschaft für Innere Medizin**
Herr Clemens Roggen, **SGCI Chemie Pharma Schweiz**
Herr Dr. med. Danielle Lemann, Vize-Präsidentin der **UNION, schweizerischer
komplementärmedizinischer Ärzteorganisationen Luzern**
Herr Erich Tschirky, **GELIKO Schweizerische Gesundheitsligen-Konferenz**
Frau Susanne Clauss, **SHV Schweizerischer Hebammenverband**
Madame Laura Regazzoni Meli, **ACSI**
Herr Ernst Reimann, **Schweizerischer Städteverband**
Herr Dr. med. Daniel Herren, **FMCH**
Herr Beat Huwiler, **VAKA**
Herr Bernhard Wegmüller, **H+**
Herr Dr Ulrich Wanner, **SBV**
Herr Dr. Bernard Burri, **SVPK**
Herr Melchior. Buchs, **FASMED**

Verwaltung / Administration / Amministrazione

Monsieur Pascal Couchepin, **Bundesrat**
Herr Jürg Pfammatter, **EDI**
Herr Jean-Marc Crevoisier, **EDI**
Herr Ljubisa Stojanovic, **EDI**
Herr Peter Indra, **BAG**
Frau Sandra Schneider, **BAG**
Frau Marie-Thérèse Furrer, **BAG**

Frau Helga Portmann, **BAG**
Monsieur Thierry Vauthey, **BAG**
Herr Christoph Kilchenmann, **BAG**
Herr Daniel Dauwalder, **BAG**
Herr Markus Schlatter, **BAG (Support)**
Frau Lea Blank, **BAG (Support)**
Frau Alexandra Schweiger, **BAG (Support)**
Herr Roger Eggimann, **BAG (Support)**

Liste der VernehmlassungsteilnehmerInnen / Abkürzungen / Statistik

I. Vernehmlassungsadressaten

| Nr. ¹ | Abkürzung | Name |
|------------------|--------------|---|
| 1 | GR | Departement für Justiz, Sicherheit und Gesundheit Graubünden |
| 3 | CSP | Christlich-soziale Partei |
| 4 | Pro Infirmis | Pro Infirmis |
| 5 | EVP | Evangelischen Volkspartei der Schweiz |
| 6 | kf | Konsumentenforum |
| 7 | Ombudsman | Ombudsman Krankenversicherung |
| 8 | iph | Interpharma |
| 12 | SCG | Schweizerische Chiropraktoren-Gesellschaft ChiroSuisse |
| 13 | SZ | Kanton Schwyz |
| 14 | SGV | Schweizerischer Gewerbeverband |
| 15 | Spitex | Spitex Verband Schweiz |
| 16 | ZG | Kanton Zug |
| 17 | UNION | UNION schweizerischer komplementärmedizinischer Ärzteorganisationen |
| 19 | H+ | H+ Die Spitäler der Schweiz |
| 20 | SGAM | Schweizerische Gesellschaft für Allgemeinmedizin |
| 21 | PKS | Privatkliniken Schweiz |
| 22 | EDU | Eidgenössisch-Demokratische Union |
| 24 | SHV | Schweizerischer Hebammenverband |
| 25 | SPO | SPO Patienten Schutz |
| 26 | GE | Kanton Genf |
| 28 | JU | Kanton Jura |
| 29 | SAGV | Schweizerischer Arbeitgeberverband |
| 30 | BE | Kanton Bern |
| 32 | RVK | RVK- Verband der kleinen und mittleren Krankenversicherer |
| 33 | VSAO | Verband Schweiz. Assistenz- und OberärztInnen |
| 34 | ASI | Schweizer Berufsverband der Pflegefrauen und Pflegemänner |
| 36 | santésuisse | santésuisse |
| 37 | CURAVIVA | CURAVIVA.CH Verband Heime und Institutionen Schweiz |
| 38 | die Grünen | Grüne Schweiz |
| 40 | FR | Kanton Freiburg |
| 41 | FRC | Fédération romande des consommateurs |
| 42 | asci und SKS | Associazione consumatrice della Svizzera italiana Stiftung für Konsumentenschutz |
| 46 | FMH | Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte |
| 48 | SVV | Schweizerischer Versicherungsverband |
| 49 | FDP | Die Liberalen |
| 50 | SVP | Schweizer Volkspartei |
| 51 | GDK | Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren |

¹ Nummerierung gemäss Eingang der Stellungnahmen

| | | |
|----|-------------|--|
| 52 | aspi | Association suisse des physiothérapeutes indépendants |
| 53 | VASOS | Vereinigung aktiver Senioren- und Selbsthilfe-Organisationen |
| 54 | AVIVO | AVIVO Suisse |
| 55 | SSR | Schweiz. Seniorenrat |
| 56 | TI | Kanton Tessin |
| 57 | VS | Kanton Wallis |
| 58 | PdAS | Partei der Arbeit der Schweiz |
| 59 | VD | Kanton Waadt |
| 60 | SBV | Schweizerische Belegärzte-Vereinigung |
| 61 | physioswiss | Schweizer Physiotherapie Verband |
| 62 | PULSUS | PULSUS |

II. Nicht begrüßte Organisationen

| Nr. | Abkürzung | Name |
|-----|--------------------|--|
| 2 | SGB | Schweiz. Gehörlosenbund |
| 9 | SLKK | Krankenkasse SLKK |
| 10 | GDK Ost | Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren der Ostschweizer Kantone und des Fürstentums Liechtenstein |
| 11 | pro mente sana | pro mente sana |
| 18 | KKA | Konferenz der Kantonalen Aertzegeellschaft |
| 23 | Medi24 | Medi 24-Mondial Service Switzerland AG |
| 27 | Aids-Hilfe Schweiz | Aids-Hilfe Schweiz |
| 31 | Centre Patronal | Centre Patronal |
| 35 | GELIKO | Schweizerische Gesundheitsligen-Konferenz |
| 39 | FER | Fédération des Entreprises Romandes |
| 43 | pharmaSuisse | pharmaSuisse |
| 44 | groupmutuel | Groupe Mutuel |
| 45 | Vaud-cliniques | Association vaudoise des cliniques privées |
| 47 | | Schlatter Elisabeth |

III. Statistik

| | Total Eingeladene | TeilnehmerInnen |
|---|-------------------|-----------------|
| Konferenzuelle Vernehmlassung vom 11. Mai 2009 | 101 | 78 |

| | Total Eingeladene | Stellungnahmen Begrüsste | Stellungnahmen nicht Begrüsste | Total Stellungnahmen |
|-----------------------------|-------------------|--------------------------|--------------------------------|----------------------|
| Schriftliche Stellungnahmen | 101 | 48 | 14 | 62 |