

Editorial

Sehr geehrte Damen und Herren des National- und Ständerats

In der Herbstsession stehen gesundheitspolitisch so relevante wie brisante Themen auf dem Programm. Der Ständerat befindet sich im Differenzbereinigungsverfahren zum Kostendämpfungspaket 1b und entscheidet dort, ob er staatliche Eingriffe betreffend Mengen- und Kosten zulassen will oder nicht. Auch die Kostenbremse-Initiative, ihr indirekter Gegenvorschlag sowie die Prämien-Entlastungs-Initiative und deren indirekter Gegenvorschlag werden vom Ständerat behandelt. Kostendämpfungspakete und Initiativen stehen in komplexem Zusammenhang; die Beratungen sind anspruchsvoll.

Um die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen nachhaltig zu sanieren, braucht es das Engagement von allen beteiligten Akteuren. Die FMCH als Verband der chirurgisch und invasiv tätigen Ärztinnen und Ärzte setzt sich besonders dafür ein, dass allfällige Massnahmen immer an ihrer zu erwartenden Wirkung zur Verbesserung der Qualität gemessen werden. Wir wollen ein qualitativ hochstehendes Schweizer Gesundheitssystem für alle – mit Leistungen, die sich am medizinisch Notwendigen orientieren. Dabei muss der Zugang für alle zu jeder Zeit sichergestellt sein. Die Ausgestaltung von sinnvollen ambulanten Pauschalen ist im Sinne aller beteiligten Akteure und sollte deshalb vorangetrieben werden, gleichzeitig braucht es den Einzelleistungstarif. Weitere Informationen dazu finden Sie auf unserer Webseite www.fmch.ch.

Ich wünsche Ihnen eine gute Lektüre und freue mich auf den Austausch zu gesundheitspolitisch relevanten Themen.

Herzliche Grüsse

Prof. Dr. med. Michele Genoni
Präsident FMCH

Update Kostendämpfungspaket 1b – Differenzbereinigungsverfahren im Ständerat

Die Gesundheitskommission des Ständerates hat in der Sommersession über Differenzen des ersten Kostendämpfungspaketes diskutiert. Beim umstrittenen Art. 47c zum Monitoring der Kosten- und Mengenentwicklung sowie bei möglichen Korrekturmassnahmen schnürte die SGK-S einen Kompromissvorschlag: die Tarifpartner sollen dann Korrekturmassnahmen ergreifen, wenn sich die steigenden Kosten nicht durch Indikatoren wie z.B. eine alternde Bevölkerung erklären lassen. Entgegen dem Nationalrat beschliesst die SGK-S mit 8 zu 4 Stimmen, dass den Behörden auf Bundes- und Kantonsebene keine Eingriffsmöglichkeiten bei einer Nicht-Einigung der Tarifpartner eingeräumt werden. Dieser Kompromissvorschlag wird in der Herbstsession im Differenzbereinigungsverfahren nochmals beraten. Der Kompromiss ist wichtig. Falls sich die Räte nicht darauf einigen können, den nachträglich eingebauten Art. 47c gänzlich zu streichen, darf eine Regelung nicht über den Kompromiss hinausgehen.

Die FMCH setzt sich für Qualität und Wirtschaftlichkeit ein. Kostenvorgaben im Gesundheitswesen, die nicht an medizinischen Kriterien festzumachen sind, erschweren einerseits den Zugang zu medizinischen Leistungen und wirken andererseits qualitätsmindernd. Um die hohe Qualität im Gesundheitswesen zu gewährleisten, müssen kostendämpfende Massnahmen im Gesundheitswesen nachhaltig sein und vor allem die medizinischen Leistungen in den Vordergrund stellen. Die FMCH appelliert an die Räte, den Art. 47c entweder gänzlich zu streichen oder aber auf den Kompromiss einzuschwenken.

Für tiefere Prämien im Gesundheitswesen – Volksinitiative und Gegenvorschlag

Die Mitte will mit der Initiative eine Kostenbremse in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) für Bund und Kantone einführen. Liegt das Kostenwachstum pro versicherte Person zwei Jahre nach Annahme der Initiative um 20% über der Nominallohnentwicklung, soll der Bundesrat zusammen mit den Kantonen Massnahmen zur Kostenreduktion verabschieden. Die Kostenentwicklung soll sich nach der Schweizer Wirtschaft und den durchschnittlichen Löhnen richten und so bezahlbare Prämien ermöglichen.

Der Bundesrat wünscht einen indirekten Gegenvorschlag. Der Gegenvorschlag sieht vor, dass der Bundesrat künftig Kosten- und Qualitätsziele für Leistungen im Gesundheitsbereich für die folgenden vier Jahre festlegen kann. Auch die Kantone könnten sich am Bundesratsbeschluss orientieren und entsprechende Ziele festlegen.

Richtigerweise hat der Nationalrat beide Vorschläge klar abgelehnt. Er sprach sich lediglich für eine Festlegung von Kosten- und Qualitätszielen im Gesundheitswesen durch die Leistungserbringer aus. Der Bundesrat soll zudem

Wichtige Geschäfte Herbstsession 2022

Ständerat

13. September

- 19.046 Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Änderung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1)

20. September

- 09.528 Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus
- 20.3452 Elektronische Rechnungen auch im elektronischen Patientendossier ablegen
- 22.3859 Masterplan zur digitalen Transformation im Gesundheitswesen, Nutzung von gesetzlichen Standards und bestehenden Daten

26. September

- 21.067 Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative). Volksinitiative und indirekter Gegenvorschlag (Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung)
- 21.063 Maximal 10% des Einkommens für die Krankenkassenprämien (Prämien-Entlastungs-Initiative). Volksinitiative und indirekter Gegenvorschlag

Nationalrat

19. September

- 22.3505 Neue Tarifstruktur im Bereich der ambulanten ärztlichen Leistungen

27. September

- 22.3816 Nein zu sozialistischen Forderungen nach noch mehr Staatsausbau, noch mehr Steuern und noch mehr Umverteilung. Ja zu eigenverantwortlichen, bürgerlichen Lösungen – Ja zur vollen Abzugsfähigkeit der Krankenkassenprämien

überhöhte Tarife in der Tarifstruktur Tarmed für ambulante ärztliche Behandlungen raschmöglichst senken. Der Tarif soll in Zukunft auch für gewisse Spezialärztinnen und -ärzte durch die Tarifgenehmigungsbehörde gesenkt werden können. Initiative und Gegenvorschlag werden in der Herbstsession vom Ständerat behandelt.

Die FMCH positioniert sich klar gegen staatlich verhängte Ausgabenregeln, die zu einer Leistungsrationierung führen. Die Kostenbremse-Initiative berücksichtigt weder die Alterung der Gesellschaft noch den medizinisch-technischen Fortschritt. Initiative wie Gegenvorschlag sind zwingend abzulehnen. Änderungen am bestehenden, veralteten Tarif Tarmed sind zudem nicht zielführend, vor allem nicht, wenn sie einseitig zulasten der Ärzteschaft gehen. Eine rasche Ablösung des Tarmed durch den neuen, modernisierten Tardoc ist dringend notwendig. Nur sie stellt eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung der Patientinnen und Patienten sicher.

Prämien-Entlastungs-Initiative – Volksinitiative und indirekter Ge- genvorschlag

Die Prämien-Entlastungs-Initiative der SP fordert, dass jede Person maximal 10 % ihres Einkommens für die obligatorischen Krankenkassenprämien ausgeben muss. Finanziert werden soll das zu zwei Dritteln durch den Bund, für die restlichen Kosten sollen die Kantone aufkommen.

In seinem indirekten Gegenvorschlag schlägt der Bundesrat vor, dass jeder Kanton einen Teil zur Reduktion der Prämien beiträgt. Der Beitrag soll einem Mindestprozentsatz der Bruttokosten der OKP der Versicherten des jeweiligen Kantons entsprechen. Wie hoch dieser Prozentsatz ist, wird an der Stärke der Belastung der 40 % Versicherten mit dem tiefsten Einkommen festgelegt.

Die FMCH empfiehlt die Initiative zur Ablehnung. Der Ständerat soll hier dem Nationalrat folgen. Der Betrag zur zusätzlichen Prämienverbilligung soll anhand eines geeigneten Kriterienkataloges definiert werden: Wichtig ist, dass eine zusätzliche Entlastung bedürftigen Versicherten zugute käme.

Finanzierung aus einer Hand – Monismus im Gesundheitswesen

Die Parlamentarische Initiative wurde bereits im Jahr 2009 eingereicht und fordert ein monistisches Finanzierungssystem. Auf der Grundlage der parlamentarischen Initiative hat die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats eine Gesetzesänderung beschlossen, die die einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Kosten durch die Krankenkasse und die Kantone fordert. Grund dafür ist die zurzeit unterschiedliche Finanzierung von stationären und ambulanten Behandlungen. Stationäre Leistungen werden von den Kantonen zu mindestens 55 % finanziert, von der Krankenversicherern nur zu maximal 45 %. Ambulante

Leistungen hingegen werden zu 100 % von den Versicherern übernommen. Dieses System ist überholt und widerspricht auch den Bemühungen um nachhaltige Kostendämpfung im System. Um Fehlanreize im Gesundheitssystem zu tilgen, braucht es eine einheitliche Finanzierung. Die FMCH appelliert an den Ständerat, dieses System voranzutreiben.

Übergeordnet betont die FMCH: Der Entscheid, ob eine Patientin oder ein Patient ambulant oder stationär behandelt wird, sollte ein rein medizinischer sein und nicht durch falsche Kostenanreize beeinflusst werden.