

Editorial

Sehr geehrte Damen und Herren des National- und Ständerats

Sie schliessen mit der Wintersession ein gesundheitspolitisch reich befruchtetes Jahr ab. Gerne bedanke ich mich an dieser Stelle für den guten Austausch. Wir werden diesen auch im Wahljahr 2023 und in der kommenden Legislatur weiterpflegen. Die Sicht der Spezialärztinnen und Spezialärzte ist zentral; denn wir erörtern unter anderem, was medizinisch nötig und qualitativ gut ist.

In der vergangenen Herbstsession haben sie im Parlament viele wichtige gesundheitspolitische Geschäfte behandelt. Der Ständerat beriet im Differenzbereinigungsverfahren über das Kostendämpfungspaket 1b und nahm die Beratungen zur Kostenbremse-Initiative, ihrem indirekten Gegenvorschlag sowie zur Prämien-Entlastungs-Initiative und deren indirekten Gegenvorschlag auf. Wir durften dazu beitragen, Kompromisse zu finden. Dafür bedanke ich mich bei ihnen.

Die FMCH setzt sich ein für ein nachhaltig finanzierbares Gesundheitswesen, das allen Einwohnerinnen und Einwohnern der Schweiz den Zugang zu qualitativ hochstehender medizinischer Versorgung ermöglicht. Wer Kosten dämpfen will, muss in die Qualität investieren.

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

Frohe Weihnachten!

HERZliche Grüsse

Prof. Dr. med. Michele Genoni

Präsident FMCH

Update Kostendämpfungspaket 1b

In der Herbstsession 2022 wurden die letzten Differenzen zum Art. 47c KVG bereinigt.

Das Parlament hat nun entschieden auf staatliche Durchsetzungsmöglichkeiten in Form von Sparmassnahmen zu verzichten. Bei Art. 47c hätten Bund und Kantone bei Kosten- und Mengenüberschreitungen eingreifen können, was der Einführung einer Form eines Globalbudgets gleichkommt. Die FMCH hat sich dezidiert dagegen ausgesprochen. Der Nationalrat ist dem Ständerat im Differenzbereinigungsverfahren gefolgt und hat diese Eingriffskompetenzen verworfen. Dennoch müssen bei nicht erklärbaren Mengen- und Kostenentwicklungen im Gesundheitswesen künftig die Leistungserbringer selbst Korrekturmassnahmen vorsehen, die Verantwortung liegt nun also bei den Tarifpartnern.

Wir halten fest: Die FMCH setzt sich für Qualität und Wirtschaftlichkeit ein. Kostenvorgaben im Gesundheitswesen, die sich nicht an medizinischen Kriterien orientieren, erschweren den Zugang zu medizinischen Leistungen und wirken qualitätsmindernd. Konzepte mit Globalbudgets passen nicht zur Schweiz. Dagegen wird sich die FMCH weiter wehren.

Für tiefere Prämien im Gesundheitswesen? Keine Massnahmen, die Rationierung bringen

Zur Initiative für eine Kostenbremse in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) für Bund und Kantone hat der Bundesrat einen indirekten Gegenvorschlag präsentiert. Die Initiative möchte, dass der Bundesrat zusammen mit den Kantonen Massnahmen zur Kostenreduzierung ergreift, wenn das Wachstum pro versicherte Person zwei Jahre nach Annahme der Initiative um 20 % über der Nominallohnentwicklung liegt. So wollen die Initianten „zahlbare Krankenkassenprämien“ sicherstellen.

Der indirekte Gegenvorschlag sieht Kosten- und Qualitätsziele für Leistungen im Gesundheitsbereich vor, welche der Bundesrat für die folgenden vier Jahre festlegen könnte. Auch die Kantone könnten entsprechende Ziele beschliessen.

Die SGK-S beantragte die Verlängerung der Behandlungsfrist der Volksinitiative um ein Jahr bis 2023.

Auch diese Initiative würde möglicherweise Leistungen rationieren, welche medizinisch notwendig sind. Die FMCH positioniert sich weiterhin klar gegen so folgenschwere staatlich verhängte Ausgabenregeln. Zwingend notwendig ist eine rasche Ablösung des Tarmed durch den modernisierten Tardoc.

Initiative wie Gegenvorschlag sind deshalb abzulehnen.

Wichtige Geschäfte

Wintersession 2022

Ständerat

30. November

- 21.063 Maximal 10% des Einkommens für die Krankenkassenprämien (Prämien-Entlastungs-Initiative). Volksinitiative und indirekter Gegenvorschlag

01. Dezember

- 09.528 Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus
- 22.3372 Einführung der einheitlichen Finanzierung der Leistungen nach KVG. Kostenneutralität überprüfen
- 13.3213 Gleiche Finanzierung von stationären und ambulanten Spitalleistungen

Nationalrat

28. November

- 20.3209 Elektronische Rezepte für Heilmittel. Bessere Qualität und höhere Patientensicherheit.
- 20.3211 Für mehr Handlungsspielraum bei der Beschaffung von Medizinprodukten zur Versorgung der Schweizer Bevölkerung

Prämien-Entlastungs-Initiative – Massnahmen zugunsten Bedürftiger

Die SGK-S ist mit 10 zu 1 Stimme (1 Enthaltung) auf den indirekten Gegenvorschlag zur Prämien-Entlastungs-Initiative eingetreten. Ziel ist es die steigenden Kosten für Haushalte mit tiefem und mittlerem Einkommen tragbar zu machen.

Laut SGK-S sollen die Kantone einen Mindestbeitrag von 5 bis 7,5 % der kantonalen Krankenpflegeversicherungskosten für die Prämienverbilligungen ausgeben. Dabei sollen sie festlegen müssen, welchen Anteil die Prämien am Einkommen der Versicherten ausmachen dürfen. Die Mehrkosten dieser Auflage beziffert die SGK-S mit rund ca. 493 Millionen Franken.

Die FMCH betont weiterhin etwas sehr Prinzipielles: Der schliesslich resultierende Betrag zur zusätzlichen Prämienverbilligung soll anhand eines geeigneten Kriterienkataloges definiert werden. Wichtig ist, dass eine zusätzliche Entlastung bedürftigen Versicherten zugutekommt.

Mit gleicher Finanzierung Kosten dämpfen

Die Parlamentarische Initiative fordert die einheitliche Finanzierung von stationären und ambulanten Kosten durch die Krankenkasse und Kantone. Zurzeit werden stationäre Leistungen zu mindestens 55 % von den Kantonen übernommen und nur zu höchstens 45 % von den Versicherern. Ambulante Leistungen hingegen werden zu 100 % von den Versicherern übernommen. Um Fehlansätze im Gesundheitssystem zu verhindern, braucht es eine einheitliche Finanzierung. Die FMCH appelliert deshalb weiterhin dieses System voranzutreiben.

Die SGK-S beantragt nun: „[...] dass die Kantone neu mindestens 26,9 % und die Krankenversicherer höchstens 73,1 % der Leistungen finanzieren, unabhängig davon, wo und von wem diese erbracht werden.“ Diese Vereinheitlichung soll dazu beitragen, dass steuer- und prämienfinanzierte Anteile stabilisiert, Fehlansätze beseitigt und die koordinierte medizinische Versorgung erleichtert wird. Die Kommission weicht damit in einigen Punkten vom Beschluss des Nationalrats ab: Unter anderem sollen die Kantone mehr Handlungsspielraum erhalten. Wenn die Kosten in einem Kanton überdurchschnittlich steigen, soll – zusätzlich zur geltenden Zulassungsbeschränkung für Ärztinnen und Ärzte – die Zulassung anderer Leistungserbringer im ambulanten Bereich beschränkt werden können (Art. 55b). Zudem soll die einheitliche Finanzierung drei Jahre nach der Referendumsfrist in Kraft treten.

Die FMCH betont weiterhin: Wir befürworten die Einführung dieses neuen Finanzierungssystems seit Jahren. Dabei ist wichtig: Die Entscheidung über die Art der Behandlung (stationär oder ambulant) sollte rein medizinisch sein. Sie darf nicht durch Finanzierungsfragen beeinflusst werden.

Kostendämpfungspaket 2 – ein runder Tisch ist dringend nötig

Auch das zweite Massnahmenpaket soll die Kosten im Gesundheitswesen dämpfen. Die geplanten finanziellen Einsparungen durch das zweite Kostendämpfungspaket wurden in der Botschaft des Bundesrates nicht klar dargelegt. Eine Regulierungsfolgenabschätzung, um die Einsparungen des Pakets zu veranschaulichen, wurde nicht durchgeführt. Die angepeilte kostendämpfende Wirkung des Pakets ist also gar nicht ausgewiesen.

Die Botschaft umfasst unter anderem die staatliche Anordnung von Netzwerken für eine koordinierte Versorgung und die Befugnis des Bundesrates, selbst festzulegen, wie und wann die periodische Überprüfung der Leistungen nach den Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW) erfolgt. Richtigerweise hat die SGK-N hier sehr klar reagiert: Sie hat nach den Hearings beschlossen, dass die Verwaltung mit der Organisation eines runden Tisches zum Thema koordinierte Versorgung jene Vorarbeit nachliefern muss, welche der Bundesrat bei der Erstellung der Botschaft ausgelassen hatte. So soll sichergestellt werden, dass alle betroffenen Akteure sich einbringen können: Versicherer, Patientenorganisationen, Kantone, die Ärzteschaft und vor allem auch die bereits bestehenden Netzwerke. Die SGK-N wird mit der Beratung im 2. Quartal 2023 fortfahren.

Die FMCH begrüsst die Organisation eines solchen runden Tisches und hält weiter fest: Eine stärkere Delegation von Kompetenzen an Bund und Kantone ist nicht zielführend. Die in der Botschaft beschriebenen Netzwerke führen zu mehr administrativem Aufwand auf Seite der Leistungserbringer und auf Seite des Staats. Auch die vorgesehene neue Kompetenz des Bundesrates, Leistungen nach Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW) zu prüfen, erhöht weder die Effizienz noch die Qualität von medizinischen Leistungen und ist deshalb abzulehnen.

Bern, 25. November 2022