

Inhaltsverzeichnis

H+ - DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ

Verbände gründen Gesellschaft für ambulante Arzttarife

 nau.ch | 02.06.2022

Alain Berset retoque une deuxième fois TarDoc

 24 heures | 04.06.2022

Ewiges Ringen um Ärztetarif geht in die nächste Runde

 Blick | 04.06.2022

Steigende Kosten befürchtet: Ärztetarif braucht Nachbesserung

 St. Galler Tagblatt | 04.06.2022

Tarifs médicaux: Curafutura et la FMH déplorent une décision "incompréhensible"

 swissquote.ch | 03.06.2022

Le Conseil fédéral refuse encore le tarif médical Tardoc

 Le Quotidien jurassien | 04.06.2022

SPITÄLER

Milo Puhan: «Komplikationen sind extrem teuer» - Interview

 Tages-Anzeiger | 04.06.2022

NE – Les comptes 2021 de l'hôpital neuchâtelois plombés par le Covid

 RTS La 1ère | 02.06.2022

FR – HFR: Urgence ne rime pas toujours avec hôpital

 La Gruyère | 02.06.2022

Kinder sind keine kleinen Erwachsenen - Gastkommentar

 Neue Zürcher Zeitung NZZ | 02.06.2022

FR – «La santé, ce n'est pas d'avoir un hôpital tout près»

 La Liberté | 01.06.2022

KRANKENKASSEN

Stop aux tricheurs, protégeons les assurés!


 blick.ch (fr) | 02.06.2022

Tauschen im Dreieck

 Weltwoche | 02.06.2022

GESUNDHEITSPOLITIK SCHWEIZ

Untersuchung gegen das BAG bei der Covid-Impfstoffbeschaffung

 Radio SRF 4 News | 03.06.2022

Médicaments: de l'impasse thérapeutique à l'accès compassionnel - Commentaire

 Le Temps | 03.06.2022

Das Schweigekartell: Woran unser Gesundheitswesen wirklich krankt

 watson.ch (de) | 02.06.2022

Schweiz lässt sich mit Boostern Zeit

 Blick | 02.06.2022


Bundesrat warnt vor Kostenschub

 Neue Zürcher Zeitung NZZ | 04.06.2022

Bitterböse Pfister-Show im Bundeshaus

 Neue Zürcher Zeitung NZZ | 02.06.2022

Medikamente: Die Preisunterschiede im Vergleich zum Ausland nehmen zu

 Tages-Anzeiger | 01.06.2022

Sanità, una breccia per parlare di costi - Commento

 Corriere del Ticino | 02.06.2022

Sanità, la ricetta sui costi per contenere i premi

 Corriere del Ticino | 02.06.2022

'Obiettivo di costo' sul filo del rasoio

 La Regione | 01.06.2022

Bordate dal Centro e da Berset contro i «cartelli» della sanità

 Corriere del Ticino | 01.06.2022

De tout petits pas dans la santé en l'absence de grande réforme

 Le Temps | 01.06.2022

Wenigstens ein Kostenziel vor Augen - Kommentar

 Tages-Anzeiger | 01.06.2022

Wie lassen sich Kosten dämpfen?


 Aargauer Zeitung - Ausgabe Aarau | 01.06.2022

KANTONAL / REGIONAL

AG – Neue Bundesregeln verschärfen den Hausärztemangel im Aargau

 Aargauer Zeitung - Ausgabe Aarau | 02.06.2022

FR – Die SP Freiburg stellt Gesundheitsstrategie vor

 Freiburger Nachrichten | 01.06.2022

PHARMA

Den raschen Zugang zu Medikamenten verbessern - Kommentar

 Neue Zürcher Zeitung NZZ | 01.06.2022

Verbände gründen Gesellschaft für ambulante Arzttarife

 nau.ch | 02.06.2022

Die wichtigsten Verbände des Gesundheitswesens in der Schweiz stehen kurz vor der Gründung einer Gesellschaft für die Entwicklung ambulanter Arzttarife.

Die wichtigsten Verbände [des Gesundheitswesens](#) in der Schweiz stehen kurz vor der Gründung einer Gesellschaft für die Entwicklung [ambulanter Arzttarife](#). Der Berner Gesundheitsdirektor Pierre Alain Schnegg leitete auf Bitte des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) die Vorbereitungsarbeiten.

Wie Schneggs Direktion mitteilte, genehmigten die [Vertreterinnen und Vertreter](#) der Verbände einstimmig die Statuten und einen Aktionärsbindungsvertrag.

Beteiligt waren die Krankenkassenverbände [Santésuisse](#) und Curafutura, die Ärztevereinigung FMH, der Spitalverband H+ und die Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK).

Auch die Konferenz der kantonalen [Gesundheitsdirektorinnen](#) und -direktoren (GDK) war vertreten, wie der bernische Gesundheitsdirektor auf Anfrage sagte.

Zur einstimmigen Verabschiedung der Dokumente kam es laut der Mitteilung durch die Erarbeitung einer «Zusatzvereinbarung Doppelte Parität». Diese sieht die gegenseitige Anerkennung der Grundlagen zum Tarif für die Verrechnung ärztlicher Leistungen Tardoc vor.

«Organisation für ambulante Arzttarife AG»

Die Grundlagen bilden laut Communiqué den Ausgangspunkt für die Weiterentwicklung der gemeinsamen Organisation. Die Aktiengesellschaft wird unter dem Namen «Organisation für ambulante Arzttarife AG» (OAAAT) auftreten.

Die Statuten, der Aktionärsbindungsvertrag und die Zusatzvereinbarung werden nun den Verbänden unterbreitet. Sie müssen diese genehmigen. Anschliessend kann, unter Vorbehalt der Genehmigung durch die zuständigen Beschlussgremien, die Gründung der Aktiengesellschaft vollzogen werden. Bis Ende September soll dieser Prozess über die Bühne gehen.

Die Partner haben sich entschieden, die im Rahmen des Projekts geschaffenen Gremien weiterzunutzen. Die beiden Gremien sollen die Erarbeitung der Tarifierungsgrundsätze und des Organisationsreglements für die zu gründende Organisation vorantreiben. Diese Arbeiten erfolgen ausserhalb des Auftrags des BAG.

Auf Anfrage sagte der bernische Gesundheitsdirektor Schnegg, er sei Präsident der Swiss DRG AG, der Tariforganisation für stationäre Spitalbehandlungen. Deshalb stehe er mit allen Seiten in Kontakt. Aus diesem Grund sei er vom BAG gebeten worden, die Arbeiten zu leiten.

Der [Krankenkassen](#)-Dachverband Curafutura und die FMH hatten dem [Bundesrat](#) Ende 2021 eine neue Version von Tardoc vorgelegt. Sie hofften auf ein Inkrafttreten am 1. Januar 2023.

Vor einem Jahr war eine erste Version für einen Ärztetarif vom [Bundesrat](#) abgelehnt worden. Somit gilt immer noch die veraltete Tarifstruktur für ambulante ärztliche Leistungen namens TarMed.

Auch am Donnerstag forderten die FMH und der Verein der leitenden Spitalärzte der Schweiz (VLSS) wieder die Einführung von Tardoc. Aus ihrer Sicht sollte der Tarif nun auf den 1. Januar 2024 eingeführt werden.

Gleichen tags erschienen in

- [cash.ch](https://www.cash.ch)
- [volksblatt.li](https://www.volksblatt.li)
- [fuw.ch](https://www.fuw.ch)

Alain Berset retoque une deuxième fois TarDoc

 24 heures | 04.06.2022

Le nouveau tarif médical n'est pas encore au point, selon le Conseil fédéral. Il manque la garantie qu'il ne coûtera pas plus. Les élus sont lassés.

Lise Bailat, Florent Quiquerez

Tarifs médicaux - Non, c'est toujours non. Le Conseil fédéral a décidé vendredi de ne pas encore approuver la nouvelle structure tarifaire pour le domaine ambulatoire, le fameux TarDoc. Le concept, proposé notamment par Curafutura (ndlr: l'une des organisations réunissant des assureurs maladie) et la Fédération des médecins (FMH), en est à sa quatrième version.

Il avait déjà été recalé l'an dernier par le gouvernement. L'enjeu est colossal: TarDoc doit remplacer TarMed, un système datant de 2004 et totalement dépassé. Les prestations médicales couvertes par ce tarif se montent à 12 milliards de francs par année.

Mais le concept n'est pas encore mûr, selon Alain Berset, qui parle d'une décision «difficile»: «Le Conseil fédéral constate que les progrès ne sont pas encore suffisants pour satisfaire les conditions légales, même s'il reconnaît que les acteurs se sont beaucoup engagés et les en remercie.»

Pourquoi le projet de nouvelle structure tarifaire n'est-il pas encore satisfaisant? S'appuyant sur un rapport d'évaluation, le ministre de la Santé cite au moins quatre éléments problématiques, dont un est absolument clé: TarDoc ne respecte toujours pas la neutralité des coûts. «On ne doit pas prendre le risque, au moment de l'approbation de la nouvelle structure, d'avoir un saut des coûts vers le haut et un effet sur les primes», explique Alain Berset.

Un point qui surprend dans la mesure où Curafutura et la FMH assurent à longueur d'interviews que leur TarDoc garantit la neutralité des coûts. «Les coûts découlant de la transition d'un système à l'autre ne sont pas pris en compte dans la proposition», détaille l'une des spécialistes de l'OFSP.

Et maintenant? Le Conseil fédéral invite les partenaires tarifaires à lui faire une nouvelle proposition d'ici à fin 2023. Et s'ils décidaient d'abandonner l'exercice, fâchés d'avoir été retoqués deux fois? Alain Berset estime que ce que le Conseil fédéral demande est «faisable en quelques mois».

Le socialiste rappelle aussi la responsabilité des assureurs et des prestataires de soins de trouver une solution «pour le pays et les payeurs de primes». Et il ajoute: «Même si c'est dur, un cycliste ne jette pas l'éponge à deux virages du sommet du col du Tourmalet!»

Réactions divergentes

Du côté des deux plus importantes faïtières d'assureurs maladie du pays, en opposition totale sur ce projet, les réactions sont pour le moins contrastées.

Dans un communiqué commun, Curafutura et la Fédération des médecins suisses (FMH), qui étaient à fond derrière TarDoc, jugent que cette non-approbation «est une décision incompréhensible qui affaiblit

durablement le partenariat tarifaire, au détriment des patients et des payeurs de primes».

Analyse toute différente chez SantéSuisse - qui avec H+, faïtière des hôpitaux, ne voulait pas du projet. «Nous sommes soulagés, réagit Matthias Müller, responsable de la communication. Accepter TarDoc aurait conduit à une hausse dangereuse des coûts. SantéSuisse est prête à travailler en étroite collaboration avec l'ensemble des acteurs à l'élaboration du tarif du futur et s'y engagera avec la ferme volonté de défendre au mieux les payeurs de primes.»

Mais au sein du parlement, c'est plutôt un sentiment de ras-le-bol qui domine. «Tout le monde est d'accord de flinguer TarMed, mais il n'y a aucune unanimité entre les acteurs sur l'alternative à apporter, réagit Benjamin Roduit (Le Centre/VS). Les deux camps s'accusent de proposer une solution qui fera augmenter les coûts. À un moment donné, il faudra qu'ils se mettent d'accord, quitte à fusionner leur projet. Ce n'est pas au politique de jouer les arbitres.»

«On ne doit pas prendre le risque, au moment de l'approbation de la nouvelle structure, d'avoir un saut vers le haut et un effet sur les primes.» - Alain Berset, conseiller fédéral chargé de la Santé

Des fronts figés

Ce qui hallucine le plus Michel Matter (PVL/GE), c'est qu'on se retrouve dans une situation de blocage, alors que l'idée est de simplifier les choses. «Les fronts sont figés, surtout du côté des assureurs. On s'inquiète déjà d'une explosion des coûts, alors que l'objectif est de trouver une nouvelle structure tout en garantissant la neutralité des coûts. Comme s'il s'agissait d'installer un nouveau programme sur un ordinateur. Sans accord, il est à craindre que le Conseil fédéral intervienne lui-même.»

Pierre-Yves Maillard (PS/VD) prend acte de cette décision du Conseil fédéral. «C'est de sa compétence et c'est lui qui a fait les analyses techniques du projet. Cela étant dit, cela signifie que TarMed restera quelques années encore la référence. Cela rend encore plus indispensables les mesures que nous avons adoptées cette semaine (ndlr: au parlement) pour exiger des retouches rapides au système actuel.»

Gleichentags erschienen in

- Tribune de Genève

Ewiges Ringen um Ärztetarif geht in die nächste Runde

 Blick | 04.06.2022

Berset schickt Tardoc zurück auf Feld 1

Gianna Blum

Wie viel dürfen Ärztinnen und Ärzte für welche Leistung abrechnen? Dass der aktuelle Tarif – Tarmed genannt – völlig veraltet ist, ist unbestritten. Einige Leistungen in diesem 12-Milliarden-Markt werden darin zu hoch abgerechnet, andere zu niedrig. Umstritten ist aber, ob der Vorschlag für einen neuen Tarif – Tardoc – denn tatsächlich Abhilfe schafft.

Die Landesregierung ist gestern nicht zum ersten Mal zum Schluss gekommen: nein. Erneut schickt SP-Gesundheitsminister Alain Berset (50, SP) das Paket zurück an den Absender, den Ärzteverband FMH und den Krankenkassenverband Curafutura. «Es gab grosse, erfreuliche Fortschritte», betonte Berset. Doch auch die neuste Überarbeitung sei schlicht nicht kostenneutral.

Hauptproblem an Tardoc ist auch, dass nicht alle Tarifpartner dahinterstehen. Es fehlt vor allem der zweite grosse Krankenkassenverband, Santésuisse sowie der Spitalverband H+. Letztere haben einen eigenen Vorschlag mit Fallpauschalen erarbeitet. Theoretisch könnten sich Pauschalen und Einzelleistungstarif Tardoc auch ergänzen und beide eingeführt werden. Doch praktisch schaffen es die Partner partout nicht, sich auf einen gemeinsamen Weg zu einigen.

Die einzelnen Akteure sind derart verkracht, dass sie ihren Streit offenbar sogar in der parlamentarischen Gesundheitskommission ausgetragen hatten. Dem Parlament geht denn auch die Geduld aus: Es droht inzwischen sogar, wieder am alten Tarif Tarmed zu schrauben – etwas, was keine der verkrachten Parteien will.

Bundesrat Berset gab sich für die Zukunft optimistisch, dass eine Lösung möglich sei. Er setzte eine Frist bis Ende 2023 für einen neuen Versuch. Hoffnung liegt insbesondere auf einer neuen, vom Parlament geforderten Tariforganisation für den ambulanten Bereich, bei der sämtliche Partner dabei sein sollen.

Vorgestern Donnerstag wurde bekannt, dass diese kurz vor der Gründung steht.

Steigende Kosten befürchtet: Ärztetarif braucht Nachbesserung

 St. Galler Tagblatt | 04.06.2022

Der Bundesrat schickt den Ärztetarif Tardoc zurück an die Absender. Diese reagieren enttäuscht.

Maja Briner

Es steht viel auf dem Spiel, sehr viel: Es geht um Gesundheitskosten von jährlich 12 Milliarden Franken, die unter der Ärzteschaft neu verteilt werden sollen. Seit Jahren wird um den neuen ambulanten Ärztetarif Tardoc gerungen – und seit gestern ist klar: Das Ringen geht weiter. Der Bundesrat hat sich in zwei Sitzungen darüber gebeugt und entschieden, das Tarifwerk «noch nicht zu genehmigen», wie Bundesrat Alain Berset vor den Medien sagte.

Die vorgelegte Version – es ist bereits die vierte – erfülle die gesetzlichen Anforderungen noch nicht, «insbesondere, was die Kostenneutralität angeht», sagte der Gesundheitsminister. Man könne das Risiko nicht eingehen, einen Kostensprung zu verursachen, der sich dann auch auf die Prämien auswirke. In einem Brief an die Tarifpartner schreibt der Bundesrat, es sei davon auszugehen, dass Tardoc «über die kostenneutrale Einführung hinaus zu deutlichen Mehrkosten führen würde».

«Schwarzer Tag auch für weitere Reformen»

Laut Berset ist der Tardoc aber dennoch eine gute Grundlage, auch seien grosse Fortschritte gemacht worden. «Das ist nicht das Ende des Prozesses», betonte er. «Wir wollen vorwärtsmachen auf Basis des Tardoc.» Der Bundesrat fordert nun Nachbesserungen: Bis Ende 2023 sollen die Tarifpartner eine neue Version vorlegen.

Gleich mehrmals würdigte Berset an der Medienkonferenz das «grosse» Engagement des Krankenkassenverbands Curafutura und der Ärztevereinigung FMH. Sie haben den Tardoc zusammen mit den Unfallversicherern MTK in jahrelanger Arbeit entwickelt.

Die netten Worte mochten deren Wut über die Nichtgenehmigung jedoch nicht zu dämpfen. «Wir sind enttäuscht», sagte Curafutura-Direktor Pius Zängerle vor den Medien. Man habe nun drei Mal nachgebessert, habe die Bedingung der Kostenneutralität erfüllt, betonte er. Nun dauere es noch länger, bis der heute geltende Tarif abgelöst werden könne. Das führe zum einen dazu, dass der veraltete Tarmed mit seinen «erheblichen» Fehlanreizen weiter gelte. Zum anderen laufe man in Gefahr, dass der Tardoc – wenn er denn endlich eingeführt werden könnte – schon veraltet sei. «Die Zeche bezahlen die Patienten», sagte Urs Stoffel von der FMH.

Beide Seiten warnen also vor einem Kostenschub: Berset im Falle der Genehmigung, die Tardoc-Befürworter wegen der Nicht-Genehmigung. Joachim Eder, ehemaliger FDP-Ständerat und Präsident der Tariforganisation ats-tms AG, sprach von einem Scherbenhaufen, den die Prämienzahlenden und Patienten berappen müssten. Es sei ein «schwarzer Tag, auch für weitere notwendige Reformen im Gesundheitswesen», sagte er: «Das Vertrauen ist beschädigt.»

Die Tardoc-Entwickler kritisieren, es habe seit Einreichung der letzten Version nie einen inhaltlichen Austausch mit dem Bund gegeben. Zudem stütze sich der Bundesrat auf einen veralteten Prüfbericht von Ende 2020.

Tarifpartner sollen sich zusammenraufen

Dass der Bundesrat den Ärztetarif nicht genehmigen würde, hatte sich abgezeichnet. Bereits vor zwei Wochen hatte Berset seinen Regierungskolleginnen und Regierungskollegen eine Nicht-Genehmigung beantragt, wie diese Zeitung gestützt auf gut informierte Quellen berichtete.

Neben den inhaltlichen Mängeln sieht der Bundesrat auch formelle Gründe, den Tardoc nicht zu genehmigen: Dieser wurde nur von Curafutura und der FMH eingereicht; der Krankenkassenverband Santésuisse sowie der Spitalverband Hplus standen bisher abseits. Sie erarbeiten einen eigenen Tarif, der sich aus Pauschalen für den ambulanten Bereich zusammensetzt. Auch diese Arbeiten sollen laut Berset weitergeführt werden.

Hplus und Santésuisse begrüßten den Entscheid des Bundesrats, den Tardoc nicht zu genehmigen. Hplus rief die Tarifpartner auf, gemeinsam den Tardoc und die ambulanten Pauschalen weiterzuentwickeln. Santésuisse erklärte, der Bundesrat mache den Weg frei «für ein gemeinsames Vorgehen aller Tarifpartner». Wie die zerstrittenen Akteure einen gemeinsamen Weg finden wollen, steht allerdings in den Sternen.

Allerletzte Chance - Kommentar

Seitenzahl
4

Seitenzahl
Kommentar

Bundesrat Berset entkräftete gleich mehrfach den Vorwurf, der ihm nach dem Entscheid, den Tardoc nicht zu genehmigen, anhaftet: das System verstaatlichen zu wollen. Er beteuerte, dass er eine partnerschaftliche Lösung anstrebe: «Wir wollen den Tarif genehmigen können, wirklich.» Doch seien wichtige Vorgaben nicht erfüllt, hauptsächlich die Kostenfrage. Mit dem gestrigen Entscheid hat Berset endlich Klarheit geschafft: Der Tardoc würde gemäss Simulationen zu Mehrkosten von mehreren hundert Millionen Franken führen pro Jahr. Ein No-Go.

Die Kommunikation verpackte er in Watte, bedankte sich bei den «konstruktiven» Kräften, die den Tarif «weit gebracht» hätten. Denn die Wut über die Nichtgenehmigung ist gross. Zeit und Geld, welche der Ärztesverband FMH und der Kassenverband Curafutura ins Projekt gesteckt haben, sollen nicht umsonst sein. Berset sagte, es fehle wenig, eine Genehmigung sei möglich.

Die gute Nachricht: Es gebe kein Vetorecht für Tarifpartner wie Santésuisse, die abseits stehen und die Lösung sabotieren. Die Verbände haben es in der Hand. Wenn der Tarif inhaltlich stimmt, genehmigt ihn der Bundesrat. Es ist dies ein Steilpass – und eine allerletzte Chance, um zu zeigen, dass ein partnerschaftliches System funktioniert.

Anna Wanner anna.wanner@chmedia.ch

Gleichen tags erschienen in

- Luzerner Zeitung
- Wiler Zeitung
- Der Rheintaler
- Zuger Zeitung
- Appenzeller Zeitung
- Obwaldner Zeitung
- Nidwaldner Zeitung
- Werdenberger & Obertoggenburger
- Urner Zeitung
- Thurgauer Zeitung
- Bote der Urschweiz
- Toggenburger Tagblatt
- Solothurner Zeitung
- Oltner Tagblatt
- Limmattaler Zeitung
- Grenchner Tagblatt
- Aargauer Zeitung - Ausgabe Freiamt
- bz – Zeitung für die Region Basel
- Badener Tagblatt
- Schweiz am Wochenende - Ausgabe national

Tarifs médicaux: Curafutura et la FMH déplorent une décision "incompréhensible"

 [swissquote.ch](https://www.swissquote.ch) | 03.06.2022

Berne (awp/ats) - Curafutura et la FMH regrettent la décision du Conseil fédéral de ne pas approuver le nouveau tarif médical pour le secteur ambulatoire (Tardoc). Cette décision "incompréhensible" affaiblit selon eux le partenariat tarifaire. H+ et santésuisse comprennent en revanche les motifs du gouvernement.

Le Tardoc a été présenté en 2019 et revu à trois reprises. Il remplit les critères légaux fixés pour une acceptation, soulignent l'association des assureurs Curafutura, la Fédération des médecins suisses (FMH) et la Commission des tarifs médicaux LAA (CTM) dans un communiqué commun.

Selon elles, il réunit la majorité des fournisseurs de prestations, notamment la FMH et l'association des hôpitaux H+, ainsi que la majorité des assureurs (Curafutura, Swica et CTM). Il garantit en outre la neutralité des coûts grâce à un concept qui assure que le passage de l'ancien tarif Tarmed au Tardoc n'entraîne pas de coûts supplémentaires.

Confiance rompue

Les trois partenaires accusent le Conseil fédéral d'avoir "à nouveau changé les règles du jeu" concernant la neutralité des coûts. A leurs yeux, la décision du gouvernement "remet fondamentalement en question le partenariat tarifaire comme pilier central de la loi sur l'assurance maladie".

Les trois organisations estiment que la confiance est rompue entre les partenaires tarifaires et l'autorité d'approbation. Elles craignent que le retard pris par le tarif médical, qui représente un tiers des primes, ne dure encore des années.

L'association Médecins de famille et de l'enfance Suisse (mfe) regrette aussi que le Conseil fédéral ait "désavoué l'alliance des forces désireuses de réformer" le système et "foulé aux pieds" le partenariat tarifaire. Dans un communiqué, son président Philippe Luchsinger juge "frustrant que nous devions continuer à travailler avec un tarif obsolète et inapproprié".

Continuer à travailler

Le ton est différent du côté de H+. La faïtière des hôpitaux "comprend" la décision du Conseil fédéral et estime que le projet n'était "pas mûr". Elle se dit prête à "apporter son soutien actif dans le cadre des travaux de fondation de la nouvelle organisation tarifaire nationale".

Pour elle, cette révision constitue un pas vers l'introduction en parallèle de la structure TARDOC remaniée et des forfaits développés par H+ et santésuisse, la seconde organisation des assureurs maladie.

Cette dernière est elle aussi "soulagée". Le Conseil fédéral accorde une importance appropriée aux intérêts des payeurs de primes, indique-t-elle, estimant que le Tardoc aurait entraîné une nouvelle hausse des coûts et donc une augmentation supplémentaire des primes.

La décision du Conseil fédéral "ouvre la voie à la mise en œuvre d'un tarif ambulatoire élaboré conjointement par tous les partenaires", ajoute santésuisse. **ats/rp**

Le Conseil fédéral refuse encore le tarif médical Tardoc

 Le Quotidien jurassien | 04.06.2022

Le nouveau tarif médical pour le secteur ambulatoire (Tardoc) progresse. Il n'est toutefois pas suffisamment abouti pour obtenir l'approbation du Conseil fédéral, annonçait celui-ci hier.

Introduit en 2004, Tarmed est jugé dépassé et doit être remplacé. Le tarif ne correspond plus aux prestations médicales, aux besoins des patients et à la manière de travailler des médecins, a expliqué aux médias le ministre de la Santé Alain Berset.

L'association des assureurs Curafutura et la Fédération des médecins suisses (FMH) ont présenté en juillet 2019 le Tardoc. Cette version avait déjà été refusée par le Conseil fédéral en raison d'importantes lacunes.

Saut des coûts

La nouvelle mouture, déposée en décembre 2021, subit aujourd'hui le même sort. Elle ne remplit toujours pas les exigences légales, notamment la neutralité des coûts, a indiqué Alain Berset. Ce point est un des critères essentiels pour une approbation.

«Avec la structure actuelle, on aurait un saut vers le haut en termes de coûts de la santé et des conséquences sur les primes», a rappelé le ministre. «Le Conseil fédéral a beaucoup travaillé pour freiner la hausse des coûts.»

D'autres éléments doivent encore être réglés. L'Office fédéral de la santé publique en a recensé environ 40. Et M. Berset d'énumérer notamment: transparence, économicité, actualisation des données. «Ces points sont très complexes.»

Par ailleurs, le ministre a rappelé que la révision doit être signée par tous les partenaires déterminants. Actuellement, ni les Hôpitaux suisses (H+), ni Santésuisse, seconde fédération d'assureurs, ne sont à bord. Les intérêts des hôpitaux pourraient ne pas être suffisamment pris en compte.

Bonne base

«Les efforts des partenaires ne sont pas vains. Le refus de l'approbation n'est pas la fin du processus. Et le Conseil fédéral est déterminé à faire aboutir le Tardoc», a assuré le ministre.

Le projet constitue une base valable pour un nouveau tarif à la prestation. La nouvelle version présente des améliorations. «Nous enjoignons aux partenaires de poursuivre les travaux.»

Nouvelle version d'ici fin 2023

Ces derniers devront présenter d'ici fin 2023 une nouvelle version qui garantit la neutralité des coûts. Une lettre précise les conditions pour l'approbation. Les travaux doivent être poursuivis dans le cadre de la nouvelle organisation tarifaire demandée par le Parlement.

Milo Puhan: «Komplikationen sind extrem teuer» - Interview

 Tages-Anzeiger | 04.06.2022

Probleme nach der OP - Schädliche Folgen von Operationen werden nirgends erfasst – dabei seien die Auswirkungen massiv, sagt der Schweizer Epidemiologe Milo Puhan. Zum Beispiel beim Magenbypass oder bei Krebsoperationen.

Felix Straumann

Herr Puhan, wird die Bedeutung von Komplikationen nach Operationen unterschätzt?

Lange Zeit war das sicher so. Das verändert sich erst langsam. In der Schweiz werden jedes Jahr über eine halbe Million Eingriffe gemacht. Bei vielen kommt es dabei zu Komplikationen – häufig leichte, aber auch manchmal schwere. Zusammen machen sie eine wesentliche Krankheitslast in der Bevölkerung aus. Manche bezeichnen die postoperativen Komplikationen und ihre Kosten auch als versteckte Pandemie.

Werden zu viele Fehler gemacht?

Komplikationen haben oft nicht damit zu tun, dass die Leute im Operationssaal schlecht arbeiten würden. Sie liegen häufig in der Natur der Sache. Das ist vergleichbar mit den Nebenwirkungen bei Medikamenten und auch abhängig von der Art des Eingriffs und den bereits bestehenden Erkrankungen einer Patientin oder eines Patienten, wie zum Beispiel einem Diabetes, welcher die Wundheilung verzögert.

Um welche Operationsfolgen geht es?

Es sind die bekannten Komplikationen. Eine grosse Rolle spielen Infektionen. Aber auch schlecht verheilte Wunden beim operierten Organ, geplatzte Nähte und Ähnliches. Hinzu kommen generelle Komplikationen wie Lungenembolien, Lungenentzündungen oder Blasenentzündungen. Dann gibt es spezifische Probleme, je nach Eingriff. Zum Beispiel bringt ein Magenbypass die ganze Verdauung durcheinander, und Patienten müssen jahrelang Nahrungsergänzungsmittel einnehmen. Für den Körper ist das eine echte Belastungsprobe, die dann nach zwei oder drei Jahren zu neuen Problemen führen kann.

Lässt sich die Situation überhaupt verbessern?

Ja, es gibt viel Spielraum. Bei den Medikamenten existiert ein System, wie Nebenwirkungen klassifiziert und erfasst werden. Dieses ist zwar alles andere als perfekt, aber immerhin gibt es etwas. Für die Komplikationen nach Operationen existiert nichts Vergleichbares. Höchstens in ein paar wenigen Bereichen, wie zum Beispiel Transplantationsregister, werden Patienten nach der Operation über lange Zeit eng überwacht.

Wo zum Beispiel hätte eine systematische Erfassung von Komplikationen zu besseren Resultaten geführt?

Einer der Augenöffner waren für mich die Magenbypass-Operationen. Als vor über fünfzehn Jahren die ersten grossen Studien veröffentlicht wurden, waren die Ergebnisse extrem positiv. Den Patientinnen und Patienten ging es im ersten Jahr viel besser. Nicht nur wegen des Gewichtsverlusts, sondern auch in Bezug auf Zusatzerkrankungen wie Diabetes. Als man dann aber etwas länger nachbeobachtete, traten durch die ganze Umstellung der Verdauung neue Komplikationen auf. Das hätte man mit einer systematischen Erfassung früher bemerkt.

Sie haben zusammen mit dem Viszeralchirurgen Pierre-Alain Clavien für kommende Woche eine internationale Konferenz organisiert, an der Verbesserungen diskutiert werden.

Wir beschäftigen uns seit 20 Jahren mit Operationskomplikationen. Pierre-Alain noch länger. Ihm ist in den 1990er-Jahren ein Wurf gelungen, als er eine Klassifikation für den Schweregrad von Komplikationen entwickelt hat. Gemeinsam haben wir später dann einen Index entwickelt, der die Belastung durch Komplikationen quantifiziert. Andere Forschende arbeiten mit weiteren Instrumenten. Jetzt ist es an der Zeit, dass man das alles zusammenfügt.

Wie?

Wir haben Bereiche definiert, die wir als wichtig einschätzen. Es geht dabei nicht nur darum, wie Komplikationen erfasst werden können. Wir diskutieren auch die Patientenperspektive und die Sicht von Versicherungen und Behörden. Und wie und wem die Daten kommuniziert werden sollen. Expertenteams haben im Vorfeld der Konferenz Vorschläge gemacht, zu denen eine Laienjury dann Fragen stellen und nach der Konferenz eine kondensierte Empfehlung abgeben wird. Auch das Publikum kann Fragen stellen und mitdiskutieren.

Warum sollen Laien die Empfehlungen verfassen?

Die Laien in der Jury, wie zum Beispiel Alt-Bundesrat Joseph Deiss, sind alle auf ihrem eigenen Gebiet hoch qualifiziert, aber eben nicht im Bereich von Operationskomplikationen. Wir möchten dadurch eine Aussensicht und möglichst unbeeinflusste Empfehlungen. Aber auch Laien aus der Bevölkerung sollen sich einbringen. Die Konferenz ist offen. Man muss sich registrieren, und es kostet minimal etwas. Aber wir wünschen uns wirklich ein möglichst breites Publikum.

Sind Experten nicht objektiv?

Wir sind alle zu einem gewissen Grad befangen. Die Dinge, zu denen wir am meisten gearbeitet haben, finden wir logischerweise am besten. Wir haben unsere eigenen Überzeugungen, und das ist auch gut so.

An wen richten sich am Ende die Empfehlungen?

Die unmittelbarsten Empfänger sind die medizinischen Fachleute, nicht nur aus der Chirurgie, auch aus der Pflege und anderen Gesundheitsberufen. Sie sollten diese Empfehlungen nutzen und bei sich umsetzen. Natürlich können auch Behörden oder Versicherungen Vorgaben machen. Aber aus meiner Sicht funktionieren solche Top-down-Lösungen in diesem Bereich in den allerseltensten Fällen. Überzeugende Ansätze, die dann in der Praxis übernommen werden, sind wirkungsvoller. Schliesslich wollen in den Spitälern die allermeisten einen sehr guten Job machen.

Die Nachverfolgung von Patientinnen und Patienten ist aufwendig und kostspielig. Zahlt es sich denn für ein Spital aus?

Viele Komplikationen passieren, während Patienten noch im Spital sind. Diese systematisch zu erfassen, ist weniger aufwendig. Schwierig wird es nach dem Spitalaufenthalt. Da wäre schon viel gewonnen, wenn man wenigstens schwerere Eingriffe überwachen würde, zum Beispiel in der Tumorchirurgie. Das lohnt sich auch ökonomisch, denn Komplikationen sind extrem teuer und kostentreibend. In einer Studie fanden wir eine sehr enge Korrelation zwischen den Gesamtausgaben eines Spitals und der Anzahl Komplikationen.

Konferenz mit Prominenz aus Wissenschaft und Politik

Zusammen mit Pierre-Alain Clavien, Direktor der Klinik für Viszeral- und Transplantationschirurgie am Unispital Zürich, organisiert der Zürcher Epidemiologe Milo Puhan die internationale Konsensus-Konferenz «Outcome-4Medicine», die vom 8. bis 10. Juni in Zürich stattfindet. Dort sollen gültige Massstäbe für die chirurgische Versorgung festgelegt und anschliessend in der angesehenen Fachzeitschrift «Nature Medicine» publiziert werden. Unter den Teilnehmenden sind Victor Dzau (Präsident der National Academy of Medicine, USA), Reto Knutti (Klimaforscher, ETH) und Michele B. Goodwin (preisgekrönte Autorin und Bürgerrechtlerin, USA). (fes) fes / Straumann Felix

SPITÄLER

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

NE – Les comptes 2021 de l'hôpital neuchâtelois plombés par le Covid

 [RTS La 1ère](#) | RHNe | 02.06.2022

Le Réseau hospitalier neuchâtelois a clos son année 2021 avec un déficit de 6,8 millions de francs. Ces chiffres rouges s'expliquent principalement par le maintien d'un dispositif de crise durant toute l'année.

Deborah Sohlbank/pha avec ats

Le surcoût est principalement assumé par l'Etat de Neuchâtel. Le dispositif de crise a engendré un surcoût de 24 millions de francs. Les neuf dixièmes de cette somme seront pris en charge par le canton cette année encore, pour la dernière fois normalement. Dès 2022, l'hôpital devrait s'en sortir sans l'aide du canton, le Covid ne justifiant plus d'aide exceptionnelle.


Durant l'année 2021, le RHNe a accueilli 735 patients Covid en soins aigus. "La prise en charge des patients Covid a nécessité 116 EPT supplémentaires", a déclaré Claire Charmet, présidente du collège des directions.

Aujourd'hui, l'hôpital estime que le Covid lui coûtera 5 millions de francs pour l'année en cours. Il espère donc pouvoir discuter avec le canton et obtenir une nouvelle aide pour cette année.

Une phase difficile pour le RHNe

Au 1er juin, 403 lits de l'hôpital étaient occupés, alors que la capacité en temps normal est de 350 lits au maximum. En conséquence de cette saturation, certaines interventions ont dû être repoussées. Fin avril, l'hôpital a effectué environ 230 opérations de moins que l'an dernier. Cela représente un manque à gagner d'environ 1,6 million de francs sur 4 mois, selon une estimation de l'hôpital.

Le RHNe espère malgré tout renouer avec les chiffres noirs en 2024. L'objectif du retour à l'équilibre est "ambitieux", a déclaré Pierre-François Cuénoud, président du conseil d'administration. "Il nécessite de mener de nouvelles mesures d'amélioration du résultat", a-t-il ajouté en précisant qu'il n'y a pas de plan prévu de réduction massive des effectifs.

 [Commencer l'audio, durée: 01:41](#)

FR – HFR: Urgence ne rime pas toujours avec hôpital

 La Gruyère | HFR hôpital fribourgeois | 02.06.2022

Le PS a mandaté la professeure Stéphanie Monod pour analyser le système fribourgeois d'urgences sanitaires. Dans son rapport, elle propose aussi des pistes pour l'adapter aux défis à venir. Le PS entend ainsi amener des arguments étayés en vue du contre-projet à l'initiative Urgences 24/24.

Xavier Schaller

Le PS fourbit ses armes en vue du débat sur les urgences. Un débat qui aura lieu avant la votation sur l'initiative «Pour des urgences hospitalières publiques 24/24 de proximité». Mais aussi le débat qui se tiendra au Grand Conseil concernant le contre-projet que le canton veut lui opposer.

Pour étayer ses arguments, le PS a demandé à Stéphanie Monod d'analyser le système fribourgeois des urgences. Après avoir dirigé durant sept ans le Service de la santé publique du canton de Vaud, elle enseigne aujourd'hui à l'Institut des humanités en médecine de l'Université de Lausanne. Elle a présenté mardi ses conclusions à la presse et un résumé des 53 pages de son rapport.

Le défi du vieillissement

«Quand on discute avec les Fribourgeois, ils aiment à dire qu'ils ont dans le canton une population jeune et dynamique, constate la médecin. Ils oublient que ce canton, tout jeune qu'il est, vieillit très vite.» En fait, Fribourg a la vitesse de vieillissement la plus rapide de Suisse romande. De 13 296 en 2017, les 80 ans et plus pourraient être plus de 38 000 en 2045 (+ 187%). «La transition va donc devoir se faire beaucoup plus vite qu'ailleurs.» Elle estime que, d'ici à 2040, les soins de longue durée (à domicile ou en EMS) vont augmenter de 55% environ. «Cela implique aussi des lits hospitaliers supplémentaires.»

L'hôpital et les urgences seront clairement débordés si rien ne change. D'autant que Fribourg se caractérise déjà par un recours élevé aux urgences ambulatoires pour des soins simples. «Beaucoup d'utilisateurs des urgences n'ont simplement pas de médecin de famille ou de pédiatre.» Fribourg a en effet un taux de médecins de premier recours pour 1000 habitants parmi les plus bas de Suisse. Il faut donc investir pour former et fidéliser ces praticiens. Le constat est le même pour les infirmières et infirmiers. «Le taux de couverture ne sera plus que de 69% en 2029.»

Une autre prise en charge

Les gens doivent aussi comprendre qu'urgence ne rime pas forcément avec hôpital. Pour la population, il est important de savoir où obtenir un accès le plus rapide possible à une évaluation: «Qui peut m'aider, qui peut m'orienter et me garantir une prise en charge la plus appropriée possible?»

Stéphanie Monod rappelle que «l'urgence est un besoin de réponse urgente à une demande de soins. Elle résulte avant tout de la perception qu'a le patient de son état de santé.» Et cela ne se résume pas aux urgences au sens clinique. Il y a aussi la crise, y compris sociale, ou encore la demande de consultation sans rendez-vous.

Utiliser l'hôpital comme accueil pour tous les types d'urgences est un problème. «L'hôpital est très bon pour tout ce qui est AVC, infarctus, etc. Par contre, pour tout ce qui est de l'ordre de suivis plus chroniques, de discussions, d'adhésions thérapeutiques, les urgences de l'hôpital ne sont pas du tout paramétrées pour cela.»

La mise en place de centres de santé par l'HFR dans le cadre de sa stratégie 2030 va, selon Stéphanie Monod, dans le bon sens. Mais ils doivent couvrir des missions plus larges et ne pas être portés que par l'HFR. «La société médicale, les réseaux santé social, l'Etat et les citoyens doivent être intégrés dans la gouvernance.»

Un plan d'investissement massif de l'Etat est aussi nécessaire, avec une vraie stratégie. «Il faut sortir de l'idée que le besoin de soins est associé forcément à l'hôpital et améliorer très fortement les soins dans la communauté.» Ceux-ci représentent tous les soins réalisés en dehors des hôpitaux, que ce soit en ambulatoire dans un cabinet privé, dans un établissement pour personnes âgées ou à domicile par exemple.

Stéphanie Monod ne pense pas que l'initiative «Urgences 24/24» puisse améliorer la situation. «Il y a quelque chose de l'ordre du fantasme de se dire: "S'il y a des urgences partout, on sera en sécurité."» Les soins aigus nécessitent un volume critique pour être de qualité.

Pour sortir de ce surinvestissement symbolique de l'hôpital, «il faut recréer un récit narratif, re-raconter aux gens ce que prendre en charge veut dire. C'est extrêmement important pour la population.»



Les Fribourgeois vont plus facilement aux urgences que la plupart des Suisses, mais d'autres solutions existent. Arch. J-B. Morel

Kinder sind keine kleinen Erwachsenen - Gastkommentar

 Neue Zürcher Zeitung NZZ | 02.06.2022

Die Behandlungsqualität in den Schweizer Kinderspitälern und Kinderkliniken droht zu erodieren. Das ist vor allem für Patienten mit seltenen und chronischen Krankheiten fatal. Gastkommentar von Malte Frenzel

An den steigenden Gesundheitskosten erhitzen sich regelmässig die Gemüter. Momentan beschäftigt sich das Parlament mit zwei Kosteneindämmungspaketen. Bundesrat Alain Berset will so die Entwicklung der Krankenversicherungsprämien unter Kontrolle halten. Gegen Kostenbewusstsein kann niemand etwas einwenden. In der Kinder- und Jugendmedizin ist dieses Bewusstsein tief verankert. Die medizinische Versorgung der 20 Prozent Kinder und Jugendlichen verursacht trotz betreuungsintensiven und teilweise hochkomplexen Behandlungen nur gut 7 Prozent der Kosten. Das inhärente Kostenbewusstsein bewahrt Kinderspitäler aber nicht vor den anhaltenden Spareingriffen, die in der Regel undifferenziert erfolgen.

Im Kern zielen diese Eingriffe nicht auf die Kinder- und Jugendmedizin, treffen diese aber umso härter. Das gilt besonders für die Kinderspitäler, die sowohl in der stationären wie auch in der ambulanten Versorgung das Rückgrat der spezialisierten und hochspezialisierten Kinder- und Jugendmedizin in der Schweiz bilden.

Nachdem die systematische Untertarifierung durch die Einführung der neuen stationären Tarifstruktur SwissDRG 2012 in den letzten Jahren mehr oder weniger hatte korrigiert werden können, verschlechterte sich die finanzielle Situation im ambulanten Bereich durch die beiden Tarifeingriffe des Bundesrates von 2014 und 2018 dramatisch.

Den eigenständigen und universitären Kinderspitälern (Basel, Bern, Genf, Lausanne, St. Gallen und Zürich), die pro Jahr mehr als 600 000 ambulante Konsultationen leisten, entsteht heute jedes Jahr eine Deckungslücke von 60 Millionen Franken. 70 Prozent der Unterfinanzierung lässt sich auf vier Faktoren zurückführen: die Behandlung seltener Krankheiten, Notfallkonsultationen, ambulante Eingriffe und Limitationen, also die zeitliche Beschränkung von Leistungen wie etwa Konsultationen. Die Lage der Kinderspitäler ist derart angespannt, dass das Parlament den Bundesrat vor gut zwei Jahren mit Korrekturmassnahmen für eine «kostendeckende Finanzierung der Kinderspitäler bei effizient erbrachten Leistungen» beauftragte. Konkret: Um die ambulante Versorgung durch die Kinderspitäler kostendeckend zu vergüten, müssten ihre Leistungen in den Tarifstrukturen sachgerecht abgebildet werden.

Sachgerechtigkeit läuft letztlich darauf hinaus, dass die Kinder nicht nur im medizinischen Alltag, sondern auch in tariflichen Fragen nicht wie kleine Erwachsene behandelt werden dürfen, vielmehr entsprechend ihren biologisch-medizinischen Charakteristika. Ob das der Bundesrat bei der Lösung des Problems berücksichtigt, zu dem er ja selber massiv beigetragen hat, bleibt abzuwarten. Immerhin scheint der Wille vorhanden zu sein, hatte er doch einen parlamentarischen Vorstoss zur Annahme empfohlen. Man darf gespannt sein, welche Taten der Bundesrat seinen Worten folgen lässt.

Eine Möglichkeit, welche die akute Deckungslücke der Kinderspitäler auf einen Schlag deutlich reduzieren, aber noch nicht nachhaltig lösen würde, wäre die neu entwickelte Tarifstruktur Tardoc, die beim Bundesrat zur Genehmigung liegt. Die Ablösung des veralteten Tarmed-Systems wäre ein erster Schritt in die richtige Richtung. Damit zu warten, bis auch ambulante Pauschalen in einem genügenden Reifegrad vorliegen, ist nicht nötig. Man kann das eine tun und das andere nicht lassen. Gegen ambulante Pauschalen ist auch

aus Sicht der Kinderspitäler nichts einzuwenden, solange folgende Punkte beachtet werden: Die Krankheitsbilder in den ersten 18 Lebensjahren weisen ein sehr breites Spektrum mit unterschiedlichem Behandlungsbedarf auf – innerhalb einer Altersstufe, aber auch über alle Altersstufen hinweg. Im Vergleich zur Erwachsenenmedizin entsteht auch bei den Sprechstundenleistungen ein enormer Mehraufwand, weil bei Kindern immer auch das soziale Umfeld einbezogen werden muss.

Die erwähnten Punkte erschweren die Entwicklung von sachgerechten Pauschalen. In einem Einzelleistungstarif lassen sich diese Aspekte besser regeln. Dennoch: Ob Pauschal- oder Einzeltarif, ob ambulant oder stationär – zentral in allen Überlegungen in der Tarifgestaltung sollte die Einsicht greifen, dass Kinder keine kleinen Erwachsenen sind und auch tarifarisch nicht über einen Leisten geschlagen werden können. Ohne Gegensteuer droht die Behandlungsqualität in den Kinderspitälern und Kinderkliniken zu erodieren. Das ist vor allem für Kinder und Jugendliche mit seltenen und chronischen Krankheiten fatal. Anders als in der Erwachsenenmedizin arbeiten die spezialisierten Kinderärzte zum grössten Teil in den Kinderspitälern und -kliniken der höchsten und der zweithöchsten Versorgungsstufe.

Eine Erosion der Versorgungsqualität in den führenden Häusern schlägt auch negativ auf ihre Qualität als Aus- und Weiterbildungsstätten für Kinderärzte durch, die nach ihrer Assistenzzeit in die Praxis wechseln und fortan eine zentrale Rolle in der Grundversorgung übernehmen.

Malte Frenzel ist Geschäftsführer der Allianz Kinderspitäler der Schweiz (AllKidS) und arbeitet zudem als Kinderkardiologe am Universitätskinderspital beider Basel.

FR – «La santé, ce n'est pas d'avoir un hôpital tout près»

 La Liberté | HFR | 01.06.2022

Urgences hospitalières - Sollicitée par le Parti socialiste, la Prof. Stéfanie Monod a réalisé un rapport sur la structure sanitaire idéale pour les urgences.

Magalie Goumaz

«La santé, ce n'est pas que des médecins et des hôpitaux, et il faut arrêter d'entretenir l'idée qu'on serait davantage en sécurité avec des urgences partout.» C'est ce que pense Stéfanie Monod, professeure en politique de la santé à Lausanne. Celle qui a également été pendant sept ans directrice du Service de la santé publique dans le canton de Vaud a présenté hier en conférence de presse un rapport sur les enjeux dans la prise en charge des urgences sanitaires. Il s'agissait d'un mandat du Parti socialiste afin d'alimenter les futurs débats avec des arguments étayés.


Et des débats, il y en aura. L'Hôpital fribourgeois (HFR) a commencé à concrétiser sa stratégie 2030, visant à concentrer les soins aigus sur le site principal et à créer des centres de santé dans les régions. Ce projet est contesté, et la population sera appelée à se prononcer sur l'initiative citoyenne «Pour des urgences hospitalières publiques 24/24 de proximité», qui fera probablement l'objet d'un contre-projet.

Le rapport de Stéfanie Monod dresse un état des lieux. Après des années de croissance démographique, Fribourg va faire face à un vieillissement très important de sa population, avec à la clé une forte hausse des besoins de prise en charge. Or, la spécialiste rappelle que Fribourg a une des plus faibles densités de médecins généralistes de Suisse. En parallèle, le canton présente un taux de recours au service des urgences parmi les plus élevés du pays. Ceci expliquant cela. «Ce qu'on fait aujourd'hui, on ne pourra plus le faire dans dix ans s'il n'y a pas une remise en question», déclare la spécialiste.

Pour Stéfanie Monod, la stratégie 2030 de l'HFR va dans le bon sens. Mais elle estime que l'établissement hospitalier ne doit pas porter seul tous les défis sanitaires à venir. L'Etat de Fribourg devrait se doter d'une politique de santé publique à l'horizon 2040, avec un solide plan d'investissement. «L'Etat ne peut pas se soustraire à cette responsabilité», estime-t-elle.

Car c'est en amont du service des urgences qu'il y a lieu d'intervenir. Stéfanie Monod suggère de sortir du champ hospitalier pour renforcer les soins dans la communauté, avec les acteurs de la communauté. Les cas non vitaux doivent pouvoir être pris en charge par un réseau de proximité. Il s'agit d'anticiper, d'organiser et de coordonner ce dispositif de premier recours qui collaborerait avec les centres de santé. Une mission de l'Etat.

Stop aux tricheurs, protégeons les assurés!

 [blick.ch \(fr\)](https://blick.ch/fr) | 02.06.2022

Jessica Jaccoud inaugure une nouvelle série de chroniques sur le pouvoir d'achat. La présidente du Parti socialiste vaudois et députée s'attaque aujourd'hui aux tricheurs et aux médecins qui facturent avec largesse leurs talents à l'assurance complémentaire.

Jessica Jaccoud

Elles et ils sont nombreux en Suisse à avoir le sentiment que, parmi les grandes crises que traverse notre pays, dont les crises sanitaire et environnementale, la crise sociale est la plus importante d'entre elles. Ce constat fait écho au sentiment, largement partagé dans la population, et bien au-delà des classes défavorisées, de dégradation du pouvoir d'achat. Vous savez, ce sentiment qu'avec le même salaire, on ne remplit plus autant le caddie.

Dans ce contexte, les partis, les femmes et les hommes politiques, ont un rôle crucial à jouer. Cependant, les solutions pour renforcer le pouvoir d'achat ne sont pas les mêmes que l'on soit de droite ou de gauche.

Des patients otages

Dans notre monde vertueux, assureurs et médecins spécialisés tirent à la même corde pour vous offrir les meilleurs soins du monde. Jamais, ô jamais, ils ne pensent à s'en mettre plein les poches. Ils ont le cœur sur la main pour garantir un accès universel à la santé.

Vous n'y croyez pas? Ça tombe bien, moi non plus! J'ai la certitude que vous et moi ne sommes jamais les gagnants d'un système peu transparent dont nous sommes complètement captifs. Et pendant que vous tirez la langue, d'autres s'enrichissent de manière importante, sur votre dos, grâce à des pratiques douteuses, voire potentiellement frauduleuses. Quelqu'un s'en émeut? Heureusement oui, suivez mon regard.

En décembre 2020, le gendarme des marchés financiers en Suisse, la Finma, pas franchement de gauche, a tiré la sonnette d'alarme. Des prestataires de soins – des médecins majoritairement – facturaient des prestations à double: une fois à l'assurance de base, et une fois à l'assurance complémentaire. Bingo!

Des variations de coûts monstres

Pour des traitements identiques, les coûts supplémentaires à charge de l'assurance complémentaire peuvent varier, pour une opération de prothèse de la hanche de 1500 francs à 25'000 francs! Sans compter qu'en général, les assurés ne reçoivent aucune copie de la facture du prestataire. Pour la transparence, on repassera. En résumé, c'est la jungle! Personne ne surveille quelle prestation est facturée et pour quel prix.

Les grands gagnants sont indéniablement les tricheurs et les médecins qui facturent avec largesse leurs talents. Les grands perdants sont toujours les mêmes: vous et moi, les patients et assurés.

Quel est le rôle des assureurs dans cette histoire? Dans les faits, la plus grande passivité. Ils peuvent en effet, dans le domaine très libéral des assurances complémentaires, reporter sur les primes le montant des prestations prises en charge tout en se garantissant une marge confortable.

Vache à lait de la médecine privée

Je vous présente le système de la vache à lait de la médecine privée: des médecins qui facturent très généreusement – voire à double – et qui s’enrichissent sans se casser la tête, des assureurs qui paient les factures les yeux fermés et des assurés qui se retrouvent captifs de primes qui augmentent d’année en année, les contraignant parfois à renoncer à une couverture privée d’assurance.

Une large étude sur ce phénomène a été publiée le 2 mai sur le site de la Fédération romande des consommateurs, en collaboration avec la Fédération suisse des patients: absence de tarif d’usage privé unique – merci le mythe de la libre concurrence –, catalogues tenus secrets, factures illisibles, quasi-absence de contrôle des assureurs, absence de consensus dans la branche pour remédier au problème. Les patients et assurés restent les otages du système et paient leurs primes sans avoir de moyen de lutter contre leur constante augmentation.

Un État fort et investigateur

Parmi les pistes de réflexion possible, il y a celle d’un État fort qui, malgré le caractère privé de l’assurance, puisse contrôler les prestations facturées. Ce même État pourrait également investiguer de manière prioritaire sur les cas de double facturation, tout comme la violation du droit à l’information du patient sur sa facture. L’État, faute de base légale, n’est aujourd’hui pas en mesure de le faire. Mais cela peut changer.

C’est précisément ce que j’ai proposé au Grand conseil vaudois. Le résultat serait doublement positif: plus de transparence et plus d’économie pour les patients et assurés. Et un gain potentiel sur leur pouvoir d’achat. C.Q.F.D.

Tauschen im Dreieck

 Weltwoche | 02.06.2022

Alle Parteien sollen das Risiko teilen. Hier sind sich die GesundheitsökonomInnen einig. Man sucht nach neuen Vertragsformen, die zu einer bewussteren Kooperation führen.

Stefan Felder

Beim Bäcker ist es vergleichsweise einfach. Die Kundin nimmt und zahlt das Brot, und der Tausch ist damit abgeschlossen. In einem modernen Gesundheitssystem laufen die Kauf- und Verkaufsvorgänge dagegen übers Eck. Wie beim Bäcker zahlt die Patientin zwar die bezogene Leistung beim Produzenten – in diesem Fall dem Arzt –, erhält jedoch ihre Auslagen vom Krankenversicherer zurückerstattet. Dieser verkauft ihr gegen eine monatliche Prämienzahlung den Versicherungsschutz und regelt mit den Leistungserbringern die Vergütung.

Damit steht im Tausch-Dreieck jeder zwei jeweils unterschiedlichen Vertragspartnern gegenüber. Erschwerend kommt hinzu, dass die Vertragsparteien nicht einsehen können, was die jeweils anderen unternehmen, damit Erkrankungen vermieden werden und deren Behandlungskosten begrenzt bleiben. Die Patientin wie auch der Krankenversicherer sind zudem nicht in der Lage, genau abzuschätzen, ob die erbrachten Leistungen in jedem Fall indiziert sind. Der Versicherer ist in einer besonders schlechten Position, weil Patienten und Leistungserbringer einen Anreiz haben, zu seinen Lasten möglichst viele Leistungen abzurechnen – jedenfalls dann, wenn der Vertrag eine volle Deckung vorsieht.

Vergütungen werden pauschalisiert

Als ob dies der Herausforderungen nicht schon genug wären, ist bei den Verträgen noch zu berücksichtigen, dass Aufwand und Erfolg einer medizinischen Leistungserbringung unsicher sind. Bei dem einen Patienten schlägt die Behandlung an, bei einem anderen nicht. In einem Fall gestaltet sich die Behandlung aufwendig, in einem anderen nicht. Aufgrund dieser Unsicherheiten haben auch die Leistungserbringer ein starkes Interesse daran, dass ihre Vergütung in Teilen den Charakter einer Versicherung hat.

Unter GesundheitsökonomInnen ist man sich darin einig, dass alle Parteien einen Teil des Risikos tragen sollten. Vollversicherung für die Patientin ist genauso wenig geboten wie eine Vollabsicherung des Arztes. Für Patienten ist dies realisiert, wenn auch deren proportionale und absolute Kostenbeteiligung (Franchise) an der medizinischen Versorgung noch besser ausgestaltet werden könnte. Und die Versicherten haben die Möglichkeit, sich in spezielle Verträge einzuschreiben, die sie in der freien Arztwahl einschränken. Alle diese Verträge binden die Versicherten im Krankheitsfall; entweder ist es der zu zahlende Preis, der ihre Nachfrage nach medizinischen Leistungen begrenzt, oder die eingeschränkte Auswahl der Leistungserbringer.

Bei der Vergütung sind die Ärzte im niedergelassenen Bereich heute weitestgehend abgesichert. Der Versicherer darf keine Auswahl unter ihnen treffen; es herrscht der sogenannte Kontrahierungszwang. Die Versicherer können die Vergütung von ärztlichen Leistungen nur verweigern, wenn deren Erbringung nicht indiziert war, wobei die Beweislast auf ihrer Seite liegt. Zudem können Leistungen einzeln abgerechnet werden. Ärzte tragen kein Risiko von hohen Aufwänden, die sie nicht vergütet erhalten. Damit ist der

Spielraum für die Ärzte gross und die Zurückhaltung bei der Leistungserbringung klein, zumal die Selbstbeteiligung der Patienten niedrig ist.

In der Schweiz ist man gerade dabei, den Umfang der Einzelleistungsvergütung in der ambulanten Versorgung einzuschränken und diese teilweise zu pauschalieren. Der vorgeschlagene neue Tarif bündelt gewisse Leistungen, die nur noch als eine Position abgerechnet werden können. Für den chirurgischen Bereich überlegt man, zum Beispiel bei der Operation des grauen Stars, neu Behandlungen pauschal zu vergüten. Dort ist die Behandlung jeweils hinreichend einheitlich, sodass Spritzen, Tupfer, ärztliche Zeit sowie die Nutzung der Apparate und Räume nicht einzeln abgerechnet werden sollten.

Aber man könnte die Reform vertiefen und etwa im hausärztlichen Bereich mit einer fixen Vergütung pro eingeschriebenem Versicherten arbeiten. Damit würden die finanziellen Anreize von den Füssen auf den Kopf gestellt. Die Ärzte verdienen viel, wenn sie wenig machen – gerade umgekehrt, als es heute der Fall ist.

Man könnte im hausärztlichen Bereich mit einer fixen Vergütung pro Versichertem arbeiten.

Zuschläge für Langlieger

Im akutstationären Bereich hat die Schweiz im Jahr 2012 die Vergütung von tagesgleichen Pflegesätzen auf diagnosebezogene Fallpauschalen umgestellt. Verdiente ein Spital früher mehr, wenn es einen Patienten länger behandelte, kehrte sich dies mit der Einführung der Fallpauschalen um. Je früher die Entlassung, umso höher der Gewinn des Spitals.

Dies hat dazu geführt, dass die Spitäler ihre Behandlungsabläufe heute besser strukturieren. Die pauschalisierte Vergütung überträgt ausserdem das Risiko hoher Behandlungskosten grundsätzlich an das Spital. Allerdings wird dieses Risiko insofern abgeschwächt, als die Fallpauschalen nicht nur diagnosebezogen sind, sondern auch Prozeduren und deren Kosten berücksichtigen, die erst nach der Diagnosestellung auftreten. Auch für Langlieger gibt es Zuschläge, die das Kostenrisiko zwischen dem Spital und dem Versicherer aufteilen.

Im Spitalbereich bahnt sich eine Entwicklung an, die bei der Vergütung zusätzlich das Ergebnis der Behandlung berücksichtigt. Sie läuft unter den Schlagwörtern «Value-based Health Care» und «Pay for Performance» (P4P). So verlangt die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich seit 2019 von den Listenspitalern eine Messung der Indikations- und Ergebnisqualität bei Patienten mit Hüft- und Knieprothesenoperationen (zirka 6500 Operationen pro Jahr). Die Spitäler erhalten einmal jährlich eine Auswertung ihrer Daten, mit der sie sich mit dem Durchschnitt der anderen vergleichen können. Die Qualitätskontrolle geschieht durch ein Board, das unabhängig von der Gesundheitsdirektion arbeitet.

Untersuchungen aus den USA haben gezeigt, dass die gegenseitige Information von Chirurgen über die Qualität ihrer Operationen deren Ergebnis stark verbessern können. Das Wissen darum, dass man mit dem Ergebnis seiner Arbeit auf einer Rangliste erscheint, spornt diese zu besseren Leistungen an.

In einem Pilotprojekt entwickeln gegenwärtig der Versicherer Groupe Mutuel, das Universitätsspital Basel und das Hôpital de La Tour in Meyrin im Kanton Genf ein neues Tarifsysteem im Bereich der Hüftgelenksprothesen. Nebst der Information darüber, wie die Spitäler im Vergleich abschneiden, sollen hier auch monetäre Anreize zum Tragen kommen. Grundlage für Ab- und Zuschläge auf die Fallpauschale sind Wiedereintritts- und Revisionsraten sowie die Veränderung des subjektiven Gesundheitszustandes, die beim Patienten während des Spitalaufenthalts und danach erhoben wird.

Solche neuen Formen der Zusammenarbeit zwischen Versicherern und Spitalern sind wichtig, denn die Vergütung sollte die Qualität der Leistung abbilden. In dieser Hinsicht tut sich das Schweizer Gesundheitssystem bisher schwer. Das Krankenversicherungsgesetz verlangt zwar, dass medizinische Leistungen zweckmässig, wirksam und wirtschaftlich sind. Qualität wird jedoch nicht als ein graduelles

Ergebnis einer Leistungserbringung verstanden, sondern lediglich vorausgesetzt. Die eidgenössische Qualitätskommission legt Massstäbe fest, die top-down umzusetzen sind.

Ausweg für Versicherer

Solche Initiativen scheitern in der Regel – wenn nicht an der schiereren Datenmenge, dann am Widerstand und am Ausweichverhalten der betroffenen Leistungserbringer. Damit es funktioniert, muss P4P von unten aufwachsen, wo sich einzelne Leistungserbringer und Versicherer in Verträgen finden. Dem steht zwar grundsätzlich der Zwang für die Versicherer entgegen, mit jedem Leistungserbringer unter den landesweit geltenden Manteltarifen zu kontrahieren. Aber es gibt einen Ausweg: Wenn sich der Dritte im Tausch-Dreieck, der Versicherte, einem Selektivvertrag zwischen Leistungserbringern und Versicherer anschliesst, sind Letztere frei, die Vergütung im Einzelnen zu regeln. Es kommt also letztlich auf die Krankenversicherer an, sich im Wettbewerb mit innovativen Vertragsformen wie P4P durchzusetzen.

Stefan Felder ist Ordinarius für Gesundheitsökonomie und Inhaber der Stiftungsprofessur Health Economics an der Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät der Universität Basel.

Check-up mit Prof. Biedermann

Mann mit häufigen Erkältungen

Herr G., knapp 20-jährig, stört sich daran, dass er so häufig erkältet ist. Er raucht, aber das tun auch seine Kollegen, die keine Atemwegsinfekte erleiden. Das klinische Befundmuster weist bei diesem jungen Mann auf einen sogenannten Alpha-1-Antitrypsin-Mangel hin, einen genetischen Defekt eines wichtigen Schutzmechanismus der Lunge. Der Patient nimmt die anschliessend erfolgte Diagnose aufmerksam zur Kenntnis – und hört auf zu rauchen. Seither hat er keine Atemwegsinfekte mehr. Auch die Covid-19-Pandemie hat er unbeschadet überstanden.

Check-up mit Prof. Biedermann

Geschlechtsunterschied

Es ist augenfällig, dass Patientinnen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit den verfügbaren blutdrucksenkenden Medikamenten weniger gut behandelt sind als Männer. Dies liegt daran, dass früher – wegen der Angst vor fruchtschädigenden Wirkungen – Frauen im gebärfähigen Alter von klinischen Studien zur Prüfung der Medikamentenwirksamkeit ausgeschlossen wurden.

Untersuchung gegen das BAG bei der Covid-Impfstoffbeschaffung

 Radio SRF 4 News | 03.06.2022

Womöglich hat das Bundesamt für Gesundheit die Budgethoheit des Parlaments bei der Impfstoffbeschaffung verletzt.

- Hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) Verträge mit den Covid-Impfstoffherstellern unterschrieben und dabei vergessen, dass das Parlament schlussendlich die Menge und Preise bestimmen darf?
- Diesen Vorwurf lässt Bundesrat Alain Berset jetzt mit einer Administrativuntersuchung unter Leitung eines externen Experten abklären.

Die Budgethoheit liegt beim Parlament und nicht beim Bundesrat und auch nicht bei den Amtsdirektorinnen oder -direktoren. Das Parlament entscheidet über die Ausgaben. Genau um diese Grundsatzfrage geht es, ob dieser Grundsatz bei der Impfstoffbeschaffung verletzt wurde.

Das BAG musste letztes Jahr Verträge mit den Impfstoffherstellern abschliessen. Schnell musste es gehen, in genügender Menge und die richtigen und wirksamsten Produkte sollten es sein. Lieber zu viel Impfstoff kaufen als zu wenig. Wahrscheinlich sind hier Fehler passiert im Bundesamt für Gesundheit.

Menge an Impfstoffen kaum reduzierbar

Möglicherweise hat das BAG die Budgethoheit des Parlamentes verletzt. Im Ständerat war am Mittwoch nämlich plötzlich unklar, ob dieser die Bestellmenge für neuen Impfstoff überhaupt noch reduzieren könne.

Finanzminister Ueli Maurer sagte: «Was im Moment wahrscheinlich scheint, ist, dass einer dieser Verträge durch das BAG ohne einen Vorbehalt des Parlamentes abgeschlossen wurde. Wir müssen wahrscheinlich, das ist mein heutiger Wissensstand, trotzdem übernehmen und kaufen.»

Der Parlamentsvorbehalt wäre die Vertragsklausel zwischen dem BAG und einem der Impfstoffhersteller, die garantieren würde, dass eben das Parlament das letzte Wort hat.

Externer Experte arbeitet Versäumnisse auf

Der Präsident der Finanzkommission des Nationalrates, der Grünliberale Roland Fischer, fordert schnell Transparenz: «Für die Finanzkommission ist es jetzt wichtig, dass wir über die Beträge, um die es geht, Klarheit haben, sodass wir im Nachtragsbudget einen Beschluss fassen können.»

Eine interne Arbeitsgruppe im Departement des Innern muss über die Pfingsttage die finanzielle und vertragliche Situation klären. Zusätzlich wird ein externer Experte die möglichen Versäumnisse und Abläufe im BAG aufarbeiten.

 Audio starten, Start: 00:42, Ende: 02:39

Médicaments: de l'impasse thérapeutique à l'accès compassionnel - Commentaire

 Le Temps | 03.06.2022

Valérie Junod et Carole-Anne Baud

Les cas d'impasse thérapeutique sont plus fréquents qu'on ne pourrait le penser. On songe d'abord bien sûr aux maladies graves, comme les cancers ou les alzheimers, maladies pour lesquelles les traitements cessent d'être efficaces, respectivement n'existent simplement pas. On se souvient aussi des 6000 à 8000 maladies rares recensées, qui chacune ne frappent que peu de patients, mais ensemble finissent par affecter près d'un demi-million de personnes en Suisse. On pense encore aux enfants pour lesquels les traitements conçus pour des adultes ne sont pas toujours appropriés. De même parfois pour les patients très âgés ou les femmes enceintes. Dernier cas de figure dont on entend de plus en plus parler: les ruptures de stock qui font qu'un médicament cesse provisoirement – et souvent brutalement – d'être disponible sur le marché suisse.

Que faire pour toutes ces personnes lorsque fait défaut un médicament sûr, efficace et remboursé? Il existe des solutions (réunies sous le vocable: accès compassionnel), mais leur mise en œuvre est complexe. Ainsi, plusieurs procédures administratives permettent de rendre disponible sur le territoire suisse un médicament autorisé à l'étranger, un médicament en cours d'étude à l'étranger, un médicament évalué dans un essai clinique en Suisse ou en phase d'évaluation par notre autorité sanitaire, Swissmedic. Malheureusement, chaque procédure est autonome, c'est-à-dire qu'elle suit ses propres règles. Une personne atteinte dans sa santé n'a pas toujours le courage de se plonger dans ce touffu dédale législatif pour trouver la bonne voie. Son entourage, à moins d'être juriste, pas davantage. Les soignants sont démunis, à moins d'être spécialistes d'une maladie pour laquelle le besoin de recourir à un médicament «hors norme» tend à se répéter.

Soignants, fabricants et patients sont aussi confrontés à l'épineuse question de l'allocation des médicaments chaque fois que ceux-ci ne sont disponibles qu'en quantité limitée. Ainsi, en 2019, les doses d'un médicament contre l'amyotrophie spinale, une maladie dégénérative rare touchant les enfants, ont dû être distribuées par tirage au sort (avant la mise sur le marché à plus large échelle du médicament). La décision a suscité un débat éthique sur le choix de critères légitimes d'allocation. Ce d'autant plus que tous les médicaments expérimentaux ne sont pas salvateurs, loin de là. On sait que sur 10 médicaments qui débutent leurs essais cliniques, moins de deux obtiendront, à terme, l'autorisation de mise sur le marché.

Aux problèmes de disponibilité pratique s'ajoutent aussi souvent d'importantes difficultés à se faire rembourser par la caisse maladie. En effet, ces médicaments particuliers ne figurent en général pas sur la Liste des spécialités, soit la liste des médicaments que les caisses sont tenues de rembourser. Il existe une procédure ad hoc – encore une! – pour obtenir une prise en charge exceptionnelle, mais elle doit être mise en œuvre au cas par cas. De nouveau, c'est un lourd travail pour le patient et son équipe soignante. Et les résultats obtenus sont très disparates: certaines caisses remboursent, d'autres non, alors que le dossier soumis semble très similaire. Chaque année, ce ne sont pas moins de 30 000 cas qui sont ainsi analysés par les caisses. On comprend que l'enjeu n'est pas anodin.

Le recours aux tribunaux, s'il est théoriquement possible, n'est généralement pas une option viable, en raison de sa lourdeur et de sa lenteur. De plus, la Cour européenne des droits de l'homme a jugé qu'il n'existe pas de droit fondamental à accéder à des thérapies expérimentales.

Pour approfondir les enjeux et cerner de possibles voies d'amélioration, le Cedidac (Centre du droit de l'entreprise) organise à l'Université de Lausanne un colloque ce 21 juin. L'objectif est de confronter les différents points de vue. Pour rendre le processus décrit ci-dessus plus fluide, la collaboration et la communication entre toutes les parties prenantes sont indispensables. C'est ainsi qu'on réduira la charge de travail assumée par l'équipe soignante, en expliquant clairement les options ouvertes, leurs risques, leurs chances de succès et la motivation attendue dans les dossiers soumis. Avec pour but d'améliorer l'espérance de vie et la qualité de vie des patients.

**Valérie Junod, professeure de droit aux Universités de Genève et Lausanne et Carole-Anne Baud, post doc sur un projet FNS*

Das Schweigekartell: Woran unser Gesundheitswesen wirklich krankt

 [watson.ch \(de\)](https://www.watson.ch/de) | 02.06.2022

Das Parlament debattiert wieder über Sparmassnahmen im Gesundheitswesen. Und einmal mehr droht eine Nullrunde, denn zu viele potente Akteure profitieren vom Ist-Zustand.

Peter Blunski

Die beiden letzten Jahre waren in gewisser Hinsicht paradox. Trotz der grössten Gesundheitskrise seit Jahrzehnten stiegen die Krankenkassenprämien nur moderat. Für 2022 [wurden sie sogar gesenkt](#). Dieser «Verschnaufpause» droht nun ein jähes Ende. Im Herbst könnten die Prämien [um bis zu zehn Prozent steigen](#), heisst es warnend.

Das hat seine Logik, denn eigentlich kennen die Gesundheitskosten seit Jahrzehnten nur eine Richtung: nach oben. Die [Schweiz](#) verfügt über ein hochwertiges Gesundheitswesen, das auch während der Corona-Pandemie den «Stresstest» bestanden hat, obwohl es zeitweise am Anschlag war, wegen vielen Ungeimpften auf den Intensivstationen.

Es ist aber auch das weltweit zweitteuerste Gesundheitswesen nach jenem der [USA](#). Die Ursachen für den Kostenanstieg werden häufig auf einen eher simplen Nenner gebracht: [Bevölkerungswachstum, Alterung, medizinischer Fortschritt](#). Übersehen wird das eigentliche Übel: Das System steckt voller Fehlanreize, von denen die Leistungserbringer profitieren.

«Ein Paradies für Geldsammler»

Ein bekanntes Beispiel ist der Vertragszwang zwischen Krankenkassen und Ärzten. Auch Pharmaindustrie und Spitäler profitieren vom Ist-Zustand. «In einem System, in dem Leistungen grundsätzlich bezahlt werden, fühlt sich niemand verantwortlich, die Kosten zu senken», erklärte die Aargauer Mitte-Nationalrätin Marianne Binder am Dienstag.

Besonders prägnant umschrieb Mitte-Präsident Gerhard Pfister das Problem: «Das Gesundheitswesen in der Schweiz ist ein einzigartiges Perpetuum mobile der Selbstbedienung, ein Paradies für Geldsammler.» Möglich ist dies, weil die erwähnten Akteure über eine enorme (Lobby-)Macht verfügen und griffige Reformen seit Jahren torpedieren.

«Wegschauen und schweigen»

So sind sämtliche Anläufe gescheitert, den Vertragszwang zu lockern, geschweige denn zu beseitigen. «Unser Eindruck ist, dass im Gesundheitswesen der schwarze Peter bezüglich Kosten und Mengenausweitung immer allen anderen zugeschoben wird – selber nimmt man sich aber davon aus», sagte EVP-Nationalrätin Lilian Studer.

Das aber ist nur ein Teil des Problems. Noch gravierender ist ein Aspekt, für den Gesundheitsminister Alain Berset einen markanten Begriff verwendete: Schweigekartell. Sobald die Politik in einem bestimmten

Bereich die Kosten senken wolle, würden die anderen Akteure «wegschauen und schweigen», sagte Berset am Dienstag im [Nationalrat](#).

Das Krähen-Prinzip

«Man hofft, vom Schweigen zu profitieren, wenn man selber an der Reihe ist», meinte Berset. Will die Politik die Medikamentenpreise anpacken, die [in der Schweiz teilweise doppelt so hoch sind wie im Ausland](#), schauen Ärzte und Spitäler weg. Geht es um die Ärztetarife, sind Pharma und Spitäler still. Es gilt das Motto «Eine Krähe hackt der anderen kein Auge aus».

Auf diese Weise entsteht das von Gerhard Pfister beschriebene Perpetuum mobile. Seine Partei will das Problem mit der Volksinitiative «für eine Kostenbremse im Gesundheitswesen» anpacken, die am Dienstag und Mittwoch im Nationalrat behandelt wurde. Sie verlangt vereinfacht gesagt, dass die Gesundheitskosten nicht stärker steigen als Löhne und Renten.

Umstrittener Gegenvorschlag

Für Familien mit Kindern aus dem (unteren) Mittelstand, die keine Prämienverbilligungen erhalten, ist das Kosten- und Prämienwachstum eine enorme Belastung. Trotzdem war die Initiative ausserhalb der Mitte/EVP-Fraktion chancenlos. Die Kostenbremse sei zu starr und sogar gefährlich, hiess es aus den anderen Fraktionen.

Angenommen wurde dafür ein indirekter Gegenvorschlag. Er sieht vor, dass der [Bundesrat](#) für alle Akteure im Gesundheitswesen Kosten- und Qualitätsziele festlegt. Dieser Punkt ist jedoch heftig umstritten. Bereits spielen wieder die bekannten Reflexe: Die Ärztereinigung FMH und der Krankenkassenverband Curafutura drohen mit dem Referendum.

Mehr ambulante Behandlungen

Am Dienstag wurde das Kostenziel im Nationalrat nur knapp angenommen, mit 94 zu 91 Stimmen, [weil einige SVP-Mitglieder abwesend waren](#). Es ist keineswegs garantiert, dass es den parlamentarischen Prozess «überleben» wird. Dabei herrscht weitgehend Einigkeit, dass ein Gegenvorschlag ohne Kostenziel zahnlos wäre und kaum etwas bewirken würde.

Dies wäre ganz im Sinn des Schweigekartells. Dabei fehlt es nicht an Sparideen für das Gesundheitswesen. Grundsätzlich positiv ist etwa die Ausweitung der ambulanten Spitalbehandlungen. Sie hat jedoch einen Pferdefuss: Ambulante Behandlungen werden von den Krankenkassen bezahlt und schlagen voll auf die Prämien durch.

Bessere Koordination

Bei stationären Behandlungen mit Übernachtung im Spital hingegen tragen die Kantone die Hälfte der Kosten. Eine einheitliche Finanzierung wird im Prinzip allseits begrüsst, doch eine entsprechende Vorlage steckt in den parlamentarischen Mühlen fest. Umstritten ist, ob und wie weit die Pflege in die einheitliche Finanzierung aufgenommen werden soll.

Grosses Potenzial bietet auch die Digitalisierung, wenn man etwa an [das Trauerspiel beim Elektronischen Patientendossier](#) (von Lästermäulern als «PDF-Friedhof» bezeichnet) denkt. Und durch eine bessere Koordination der Leistungen könnten «drei Milliarden Franken eingespart werden», rechnete die Aargauer Mitte-Nationalrätin Ruth Humbel vor.

Nur eine Minderheit leidet

Daran aber hat das Schweigekartell kein Interesse. Manche Politiker neigen deshalb zu Fatalismus. Ein Nationalrat sagte am Medienapéro der Mitte-Fraktion am Dienstagabend im Gespräch mit watson, dass Menschen mit hohen und tiefen Einkommen kaum von der Prämienexplosion betroffen seien: Die einen verkraften sie, die anderen erhalten Verbilligungen.

Nur etwa 20 Prozent der Bevölkerung würden ernsthaft leiden. Es sind die erwähnten Familien mit Kindern. Deshalb könnte am Ende die Volksinitiative der [SP](#) Auftrieb erhalten, die in der dritten Woche der Sommersession vom Nationalrat behandelt wird. Sie will die Prämienlast für alle Haushalte bei zehn Prozent des verfügbaren Einkommens deckeln.

Linke Umverteilung

Es ist eine typisch linke Umverteilungsvorlage, die Symptombekämpfung betreibt. Kritiker warnen, sie würde sogar kontraproduktiv wirken, denn mit dem Leidens- nehme auch der Spardruck ab. Diese Lesart hat einen zynischen Beigeschmack, aber sie wäre im Sinne des Schweigekartells, das seine Einnahmen weiter «optimieren» könnte.

Eine SP-Initiative, die das Problem nicht anpackt? Eine Mitte-Initiative, die selbst bei einer Annahme kaum konkrete Folgen haben könnte und die mit einem womöglich zahmen Gegenvorschlag bekämpft wird? Einmal mehr droht eine Spardebatte in der Gesundheitspolitik mit einer Nullrunde zu enden.

SBB finden Asbest in falsch markierten Zugteilen – Gewerkschaft: «Wir sind besorgt»

Im SBB-Werk in Bellinzona kamen Mitarbeitende möglicherweise mit Asbest in Kontakt. Die Suva hat eine Untersuchung eröffnet, betroffene Mitarbeitende werden von der Bahn «eng begleitet». Doch es bleiben Fragen offen.

Der Fall weckt unschöne Erinnerungen bei den Mitarbeitenden im SBB-Werk in Bellinzona: In den 80er-Jahren waren einige von ihnen Asbest ausgesetzt und erkrankten an Krebs, was auf den seit 1989 hierzulande verbotenen Werkstoff zurückgeführt wurde (CH Media berichtete). Nun müssen die SBB via Beitrag im eigenen Blog erneut mögliche Fälle von Asbest-Exposition in Bellinzona bekannt geben.

Schweiz lässt sich mit Boostern Zeit

 Blick | 02.06.2022

Andere machen mit Auffrischimpfung vorwärts, wir streiten über Kosten

Daniel Ballmer und Gianna Blum

Die Zeiten, als man an der Schweizer Grenze automatisch das Covid-Zertifikat zücken musste, sind vorbei. Doch eine Garantie, dass ein Impfnachweis fürs Reisen auch künftig nicht nötig sein wird, gibt es nicht. Früher oder später laufen auch die Zertifikate der Geboosterten aus, was der Tourismusbranche Sorgen macht.

Das bringt die Frage nach einem zweiten Booster aufs Tapet. Wenn es nach der Landesregierung geht, sollen Reiselustige selbst in die Tasche greifen. Sie schlägt den Kantonen ein Selbstzahlersystem für jene Impfungen vor, die nicht von den Behörden empfohlen worden sind.

Diverse Kantone zerreißen den Vorschlag als nicht umsetzbar in der Luft. Der Aufwand dafür sei «in keiner Weise zu rechtfertigen», hält der Kanton Zürich fest. Ähnlich klingt es aus St. Gallen, Basel-Stadt, Appenzell Ausserrhoden oder Solothurn.

Nicht alle sperren sich gegen die Idee: Für den Thurgau etwa ist klar, dass jeder selbst in die Tasche greifen muss, wenn man den vierten Piks nicht zugunsten der eigenen Gesundheit, sondern wegen der Reiselust setzen lässt. Grundsätzlich offen zeigt sich auch Basel-Landschaft. Der Halbkanton schlägt aber vor, mindestens bis Herbst abzuwarten, wenn man auch «stabilere Impfpfehlungen» erwarten könne.

Der wunde Punkt der Impfpfehlung kommt in den Konsultationsantworten immer wieder vor. Zwar ist es wahrscheinlich, dass diese nur für Risikopersonen angepasst wird. Sollten die Eidgenössische Impfkommision (Ekif) und das Bundesamt für Gesundheit (BAG) aber doch einem grösseren Kreis eine erneute Auffrischung empfehlen, wäre ein Selbstzahlersystem sofort wieder überholt.

Bislang gibt es seitens Behörden nur eine Empfehlung für Personen mit besonders stark geschwächtem Immunsystem. «Spätestens vor den Sommerferien» werde man über die Impfpfehlung für den kommenden Herbst und Winter informieren, hiess es kürzlich. Zugelassen ist der zweite Booster in der Schweiz noch nicht.

Während die Schweiz streitet, machen andere Länder längst vorwärts. Etwa Deutschland: Über 70-Jährige werden schon länger aufgefordert, den Schutz aufzufrischen. Erst vor kurzem hat die Bundesregierung beschlossen, den zweiten Booster allen zu ermöglichen. Im landesweiten Durchschnitt haben sich schon über 5,5 Prozent der Bevölkerung erneut boostern lassen.

Frankreich gibt ebenfalls Gas. Schon Anfang April hatte Gesundheitsminister Olivier Véran (42) angekündigt, dass sich auch Personen ab 60 Jahren mit einem zweiten Booster impfen lassen könnten. Auch die Europäische Arzneimittelagentur empfiehlt ihn allen über 80-Jährigen.

Schweizer Gesundheitspolitiker sowie die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektoren (GDK) zeigten sich bereits besorgt, dass die Schweiz ein weiteres Mal zu spät reagieren könnte. Seit Wochen fordert GDK-Präsident Lukas Engelberger (47) endlich Klarheit, damit sich die Kantone rechtzeitig vorbereiten können.

Sommerwelle im Anzug

Das Coronavirus ist nicht verschwunden, wie ein Blick nach Portugal zeigt. Dort wird die Hoffnung auf einen coronafreien Sommer durch explodierende Fallzahlen getrübt. Schuld daran: Die Omikron-Subvarianten BA.4 und BA.5. Auch hierzulande ist ein Anstieg der beiden Varianten in mehreren Regionen zu beobachten. Rollt eine Sommerwelle auf die Schweiz zu? Möglich. «Eine neue Welle von Infektionen während der Sommermonate kann angesichts der neuen Untervarianten nicht ausgeschlossen werden», sagt Simone Buchmann vom Bundesamt für Gesundheit zu Blick. Konsequenzen könne dies für ungeimpfte, besonders gefährdete Personen haben. Einen Massnahmen-Sommer à la 2020 erwartet das BAG aber nicht. Buchmann zu Blick: «Derzeit gehen wir nicht davon aus, dass die neuen Virusvarianten weitere Massnahmen erfordern.» **Chiara Schlenz**

Bundesrat warnt vor Kostenschub

 Neue Zürcher Zeitung NZZ | 04.06.2022

Gesundheitsminister Berset zwingt Versicherer und Ärzte erneut zum Nachsitzen im Tarifpoker

Christof Forster, Fabian Schäfer, Bern

229 397 Franken: Wenn es so etwas wie einen Standard-Arzt gäbe, dann wäre dies hierzulande sein jährliches «Referenzeinkommen». So sehen es zumindest die Ärzteverbindung FMH und der Krankenkassenverband Curafutura. Sie haben gemeinsam einen Vorschlag für einen neuen Tarif für die ambulante Medizin erarbeitet, der am Freitag zum wiederholten Mal Thema im Bundesrat war. Zu den Grundlagen des umfangreichen Werks gehört das Referenzeinkommen, das den Bruttolohn inklusive Arbeitgeberbeiträgen abbilden soll.

Nun finden aber die Fachleute des Bundes, dieses Einkommen sei etwas gar hoch angesetzt. Dies ist einer von vielen Gründen, weshalb der Bundesrat dem neuen Tarif noch immer nicht zustimmen will. Gesundheitsminister Alain Berset und seine Kollegen befürchten einen ungerechtfertigten Kostenschub, wenn sie den Tardoc, wie das umstrittene Werk heisst, genehmigen würden.

Wie weit die Bedenken gehen, zeigt der ebenfalls am Freitag veröffentlichte Prüfbericht des Bundesamts für Gesundheit (BAG). Daraus geht hervor, dass die Berechnung des Referenzeinkommens auf dem Durchschnitt der Löhne von Spitalkaderärzten beruht. Dies ist aus Sicht des Bundes nicht angemessen. Laut dem BAG-Bericht wäre das vorgeschlagene Referenzeinkommen gut 10 Prozent höher als beim gegenwärtigen Tarif.

Es geht um 12 Milliarden

Allerdings hat der Bundesrat den neuen Tarif am Freitag nicht definitiv verworfen, wie dies einige der Beteiligten befürchtet hatten. Berset betonte ausdrücklich, es handle sich bei dem Vorschlag um eine gute Basis. Diese müsse nun bis Ende 2023 weiter verbessert werden, um doch noch eingeführt werden zu können. Berset betonte mehrfach, der Bundesrat sei sehr interessiert an einer Einigung.

Denn die Lage ist übel. Der heutige Tarif, der Tarmed, ist seit 2004 in Kraft. Über ihn laufen weiterhin Zahlungen von gut 12 Milliarden Franken aus der Grundversicherung, obwohl die zugrunde liegende Struktur mittlerweile heillos veraltet ist. Das ist zwar bei allen Interessengruppen anerkannt, dennoch waren sie bis dato nicht imstande, sich zusammenzuraufen und einen gemeinsamen Vorschlag für eine neue Lösung auszuarbeiten. Vor allem der andere Krankenkassenverband, Santésuisse, lehnt den Tardoc vehement ab, ebenfalls aus Angst vor einem Kostenschub. Die Spitäler stehen ebenfalls abseits, zeigen sich aber seit kurzem gesprächsbereit. Sie könnten inzwischen mit einem verbesserten Tardoc leben. Beide Seiten, Santésuisse und die Spitäler, möchten künftig lieber mit Pauschaltarifen arbeiten.

Der Bundesrat wiederum sähe es am liebsten, wenn alle Tarifpartner sich gemeinsam auf eine Lösung verständigen könnten. Seine Aufrufe haben aber wenig gefruchtet. An Vermittlungsversuchen hat es nicht gemangelt. Aus einer Zusammenstellung des Departements Berset geht hervor, dass der Gesundheitsminister in den letzten Jahren dreimal einen runden Tisch mit allen Akteuren durchgeführt hat. Hinzu kamen zahlreiche Treffen des BAG mit Tarifpartnern.

Und doch gibt der Bundesrat die Hoffnung nicht auf – wohl nicht zuletzt, weil er keine Alternative hat. Allerdings gehen die Hausaufgaben, die er den Tardoc-Partnern am Freitag mitgegeben hat, relativ weit. Sie dürften vor allem bei den Ärzten unangenehme Diskussionen nach sich ziehen: Der Bundesrat erhöht den Kostendruck. Man kann seine Entscheide so lesen, dass die Curafutura-Kassen den Ärzten aus seiner Sicht in den bisherigen Verhandlungen zu weit entgegengekommen sind. Sie haben sich unter anderem darauf geeinigt, dass in den ersten Jahren Mehrkosten von bis zu 3 Prozent akzeptiert werden, ohne dass Tarifrückführungen umgesetzt werden. Der Bundesrat verlangt nun, dass diese Obergrenze erstens verbindlich garantiert und zweitens auf 2 bis 2,5 Prozent reduziert wird. Zudem soll der Deal auch ein verbindliches Monitoring umfassen, das die längerfristige Kostenentwicklung erfasst.

Ein weiterer Kritikpunkt taucht mehrfach auf: Das BAG moniert in verschiedenen Bereichen, dass Curafutura und FMH relevante Werte im Tardoc nicht auf effektive, überprüfbare Daten abstützen, sondern unter anderem auf Expertenmeinungen. Die Tarifpartner haben inzwischen zwar Anstrengungen in dieser Hinsicht unternommen, allerdings ist das BAG nach wie vor nicht zufrieden. Wie schwierig die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Versicherern in puncto Transparenz offenbar ist, lässt ein Hinweis im BAG-Bericht erahnen: «Festzuhalten ist ebenfalls, dass die FMH gewisse Unterlagen bedauerlicherweise nur dem BAG zur Verfügung gestellt, Curafutura diese jedoch nicht erhalten hat.»

Spielregeln mehrmals geändert

Kurz nach der Medienkonferenz des Bundesrats legten die Tardoc-Partner ihre Sicht der Dinge dar. Sie zeigten sich bitter enttäuscht über den Entscheid. Die Rede ist von einem «schwarzen Tag, beschädigtem Vertrauen und einem gesundheitspolitischen Scherbenhaufen». FMH und Curafutura werfen Berset und seinen Fachleuten vor, mehrmals die Spielregeln geändert zu haben. Vor einem Jahr habe der Bundesrat die Mehrkosten von bis zu 3 Prozent nicht moniert. Die jetzt geforderte Begrenzung des Kostenwachstums auf maximal 2,5 Prozent sei den Tarifpartnern nie mitgeteilt worden, sagte der Curafutura-Direktor Pius Zänglerle.

Sie kritisieren auch, dass sie seit den Ende 2021 eingereichten Nachbesserungen nichts mehr vom Bund gehört hätten bis zum Entscheid der Regierung vom Freitag. Die Tarifpartner hätten mindestens erwartet, dass sie zu den verbleibenden Kritikpunkten des Bundesrats vorher Stellung nehmen könnten. Zwischen den Zeilen lässt sich der Vorwurf herauslesen, Bundesrat Berset sei vielleicht gar nicht an der Einführung des Tardoc interessiert, weil er die Hürden laufend erhöht habe.

In anderen Punkten steht Aussage gegen Aussage. Laut Bundesrat bleibt die Einführung des neuen Tarifs nicht wie verlangt ohne Kostenfolgen, sondern führt unmittelbar zu einem Anstieg von mindestens 123 Millionen Franken. Der FMH-Vertreter Urs Stoffel widersprach: Dies sei nicht korrekt. Durch den Wechsel des Tarifmodells entstünden keine Mehrkosten.

FMH und Curafutura liessen am Freitag offen, ob sie den Tardoc nachbessern werden, um die Bedingungen des Bundesrats zu erfüllen. Man werde den Entscheid analysieren und über das weitere Vorgehen beraten. Sie liessen indes durchblicken, dass sie die Türe nicht vorschnell zuschlagen werden. Dabei steht für die beiden Partner ausser Frage, dass es nur um eine Nachbesserung des eingereichten Tardoc gehen kann.

Völlig anders sieht dies Santésuisse, der zweite Krankenkassenverband. Er zeigte sich erleichtert über den Entscheid des Bundesrats. Damit sei der Weg geebnet für einen ambulanten Tarif, der von allen Tarifpartnern gemeinsam erarbeitet werde. Santésuisse hatte sich nicht an den Verhandlungen zu Tardoc beteiligt.

Dies wiederum wollen Curafutura und FMH nicht. Die Haltung von Santésuisse führe zurück auf Feld eins, sagte Zänglerle. Es würde fünf bis acht Jahre dauern, bis ein neuer ambulanter Tarif entwickelt und verhandelt wäre.

Die Positionen der Tarifpartner liegen auch nach dieser Runde meilenweit auseinander. Der Aufruf des Bundesrats an die Tarifpartner, zusammenzuarbeiten, bleibt ein frommer Wunsch.

Bitterböse Pfister-Show im Bundeshaus

 Neue Zürcher Zeitung NZZ | 02.06.2022

«Das Gesundheitswesen ist ein Perpetuum mobile der Selbstbedienung, ein Paradies für Geldgierige», wettet der Mitte-Präsident

Fabian Schäfer, Bern

Es war einmal die CVP, die grosse Mitläuferin der Schweizer Politik. Mal marschierte sie rechts mit, mal links, immer nett und kompromissbereit. Heute heisst die CVP Mitte. Und sie will aus alten Verhaltensmustern ausbrechen. Zumindest will das ihr Präsident, Gerhard Pfister. Er arbeitet mit grosser Entschlossenheit daran, seine Partei in eine Rolle zu manövrieren, die sie wohl noch nie hatte: allein gegen alle anderen – die Mehrheitsmacherin als Sololäuferin, nicht auf der Suche nach dem Kompromiss, sondern nach dem Alleinstellungsmerkmal.

Pfister und seine Mitstreiter haben sich ein grosses Spielfeld ausgesucht: die Gesundheitspolitik. Ihr Vehikel ist die Volksinitiative für eine «Kostenbremse» im Gesundheitswesen. Der Nationalrat hat am Dienstag und Mittwoch eine intensive Debatte darüber geführt. Sie verlief, wie Pfister es sich gewünscht hatte: Niemand ausserhalb der Mitte-Fraktion unterstützt die Initiative. Das passt ins Konzept. Die Mitte will sich als einzige Kraft etablieren, die sich in der Gesundheitspolitik ernsthaft für die Interessen der Prämien- und der Steuerzahler einsetzt.

«Auf dem hohen Ross»

Pfister sprüht vor Kampfeslust. Er legte in der Debatte des Nationalrats einen ebenso wortgewaltigen wie bitterbösen Auftritt hin. Sein scharfzüngiges Votum geriet zur Abrechnung. Vorab hielt er fest, das «angeblich beste Gesundheitswesen der Welt» sei krank. «Diejenigen, die an ihm herumdoktern, verdienen alle hervorragend.» Diese Branche sei ein «einzigartiges Perpetuum mobile der Selbstbedienung, ein Paradies für Geldgierige».

Ein Arzt finde hier den «einzig real existierenden Markt, wo ihm Absatz- und Preisgarantie von Gesetzes wegen zustehen». Es herrsche ein Gewimmel von Experten, Beratern und Interessengruppen, die alle ebenfalls gut daran verdienten, dass sie die Komplexität nicht reduzierten, sondern so erhöhten, dass sich an ihrem einträglichen Businessmodell nichts ändere.

Der Mitte-Chef teilte kräftig nach allen Seiten aus. Ausführlich mokierte er sich über die Krankenkassen und deren zwei zerstrittene Verbände Santésuisse und Curafutura. «Einen solchen Luxus können sich nur Organisationen leisten, die auf dem hohen Ross der politischen Unantastbarkeit sitzen.»

Dass nicht einmal die Versicherer bereit sind, Zielgrössen zur Eindämmung der Gesundheitskosten einzuführen, will ihm nicht in den Kopf. In der realen Welt sei es völlig normal, Budgets zu erstellen. Im Gesundheitswesen aber sei man nicht einmal dazu bereit. «Was jeder Prämienzahlende für sich jährlich tun muss, weil die Prämie sein Budget stärker belastet, ist für die Lobbys im Gesundheitskartell eine Zumutung, die sie nur beim Geldzählen stören würde.»

Droht ein Fiasko an der Urne?

«Gesundheitskartell»: Dieses Schlagwort hat Pfister für die bevorstehende Auseinandersetzung kreiert. Er lässt keinen Zweifel daran, dass er seine Partei unter dieser Losung auch in einen Abstimmungskampf führen würde. Nach dem Motto: Wenn das ganze Kartell gegen die Initiative ist, ist diese wohl das richtige Mittel, um das Kartell aufzubrechen.

Allerdings ist die ganze Operation für die Mitte-Partei auch mit Risiken verbunden. Die Grünliberalen können davon ein Lied singen. Sieben Jahre ist es her, dass sie mit einer Volksinitiative an der Urne ein veritables Waterloo erlitten haben («Energie- statt Mehrwertsteuer»). 92 Prozent stimmten Nein. Die GLP hatte zwar ihren Auftritt allein gegen den Rest, ausgezahlt aber hat er sich nicht. Sie stand als Verliererpartei da. Wenige Monate später gingen auch die Wahlen verloren.

Bei der Mitte kommt hinzu, dass sie mit ihrer Initiative gegen eine der wohl mächtigsten Lobbys im Land antreten muss: gegen die Ärzte. Ihre Vertreter werden nach Kräften die Botschaft verbreiten, die Mitte nehme eine Verschlechterung der Gesundheitsversorgung in Kauf. Ein unangenehmer Vorwurf.

Kostenziele erzeugen Druck

In der Sache hingegen – in der Gesundheitspolitik – könnte die neue Marschrichtung der Mitte einiges verändern. Plötzlich sind Mehrheiten für Reformen denkbar, die bis anhin einen schweren Stand hatten. So hat der Nationalrat am Mittwoch eher überraschend einen Gegenvorschlag beschlossen, der die Einführung sogenannter «Kosten- und Qualitätsziele» für sämtliche Gesundheitsleistungen vorsieht. Sie sollen für je vier Jahre vom Bundesrat festgelegt werden, wobei er zuvor alle Beteiligten inklusive der Versicherten anhören müsste.

Für Aufregung sorgen vor allem die Kostenziele. Sie sollen nun jedoch in einer milden Form eingeführt werden: Werden die Vorgaben nicht eingehalten, soll dies nicht unmittelbar finanzielle Konsequenzen nach sich ziehen. Der Bundesrat wäre hier gern weitergegangen, was primär die Ärzte auf die Barrikaden brachte. Sie warnten vor «Rationierung» und «Zweiklassenmedizin».

In der Soft-Version des Nationalrats dürften die Kostenziele vor allem die Transparenz erhöhen. Erstmals würde im Voraus definiert, welcher Anstieg plausiblerweise zu erwarten ist. Fällt er höher aus, müssten sich die Anbieter erklären. Eine neue Kommission soll sich um die Überwachung der Ziele kümmern. Sie wird öffentlich über ihre Erkenntnisse berichten. Und sie könnte auch konkrete Massnahmen vorschlagen, falls sie Handlungsbedarf sieht. Zumindest indirekt könnten die Kostenziele somit durchaus handfeste Wirkung zeigen.

Angriff auch auf Parteikollegen

Der Gegenvorschlag geht als Nächstes in den Ständerat. Der derzeitige Entwurf umfasst weitere, umstrittene Elemente. Insbesondere soll der Bundesrat erneut einen Eingriff in den Tarif für ambulante Medizin vornehmen. Dieser ist zwar veraltet, aber immer noch in Kraft, weil es Versicherer und Anbieter nicht schaffen, sich auf einen neuen zu einigen. Nun soll der Bundesrat «unverzüglich» einzelne Positionen des alten Tarifs verändern, um das Kostenwachstum zu dämpfen. Ob es so weit kommt, ist jedoch fraglich. Der Entscheid ist wohl eher als Warnsignal an die Branche zu verstehen, dass sie sich zusammenraufen soll.

Bereits zusammengerauft hat sich die Mitte. Im Nationalrat waren die Reihen geschlossen. Gerhard Pfister schreckte auch nicht davor zurück, einzelne Parteikollegen, die ebenfalls zum «Gesundheitskartell» gehören, in eine delikate Lage zu bringen. Sie waren implizit mitgemeint, als er all jene Gesundheitspolitiker angriff, die vor ihm gesprochen hatten, ohne ihre Interessenbindungen offenzulegen:

«Meine Vorredner haben so viele Interessen, dass sie die Hälfte ihrer Redezeit dafür aufbringen müssten, sie hier zu erwähnen.»



Gerhard Pfister, Präsident der Mitte-Partei, erzielt mit seinem Angriff auf das «Gesundheitskartell» einen Zwischenerfolg. Keystone

Medikamente: Die Preisunterschiede im Vergleich zum Ausland nehmen zu

 Tages-Anzeiger | 01.06.2022

Neue Analyse von Santésuisse - Arzneien kosten in der Schweiz deutlich mehr - und die Differenz wächst weiter. Das sind die Forderungen, die dazu führen sollen, Medikamente billiger zu machen.

Maren Meyer

Kauft eine Patientin in der Schweiz ein rezeptpflichtiges Medikament, kostet sie das deutlich mehr als in europäischen Vergleichsländern. Dort wird ein solches Arzneimittel im Schnitt um 8,8 Prozent günstiger angeboten, nach Ablauf des Patents sogar um 15,4 Prozent.

Der Preisunterschied ist gegenüber dem Vorjahr erneut gestiegen. Damals betrug er bei rezeptpflichtigen Medikamenten, deren Patent noch gültig ist, erst 6,9 Prozent. Das zeigt der neuste Auslandpreisvergleich des Krankenkassenverbandes Santésuisse und von Interpharma, dem Interessenverband der forschenden Pharmaunternehmen in der Schweiz, der gestern veröffentlicht wurde.

Noch grösser sind die Preisunterschiede bei Generika, also Nachahmerprodukten mit Wirkstoff des Originalpräparates. Diese sind in den Vergleichsländern Belgien, Dänemark, Deutschland, Finnland, Frankreich, Grossbritannien, Niederlande, Österreich und Schweden durchschnittlich 48,4 Prozent günstiger als in der Schweiz. Der Preisunterschied ist im Vergleich zum Vorjahr noch einmal um knapp 5 Prozentpunkte gewachsen. Ein wesentlicher Treiber ist der erstarkte Franken.

In der Hand des Parlamentes

Wie gross die Preisunterschiede bei Generika in der Schweiz zum Ausland sind, zeigt besonders krass das Beispiel von Schweden. Dort sind sie im Schnitt um 66 Prozent günstiger als in der Schweiz.

Aus Sicht der Kundinnen und Kunden, die ein Medikament in der Apotheke selber zahlen, könnte der Preisunterschied gegenüber dem Ausland sogar noch grösser sein. Denn Santésuisse und Interpharma untersuchten ausschliesslich die Fabrikabgabepreise - also jene Preise, welche die Pharmahersteller verrechnen. Die Margen, die vom Handel draufgeschlagen werden, wurden nicht berücksichtigt.

Dass sich hierzulande bezüglich des Preises kaum etwas ändert, liegt laut Santésuisse-Vizedirektor Christoph Kilchenmann in der Verantwortung des Parlaments. «Das Parlament muss einen neuen Anlauf nehmen, um die überhöhten Preise bei Medikamenten runterzubringen.»

Die Medikamentenpreise wirken sich direkt auf die Krankenkassenprämien aus. Wenn die Originalpräparate so günstig wären wie im Schnitt der neun Vergleichsländer, würde das die Schweizer Prämienzahlerinnen und -zahler um rund 300 Millionen Franken entlasten. Bei Nachahmerpräparaten liesse sich eine zusätzliche Kosteneinsparung von 350 Millionen Franken erzielen.

Der Santésuisse-Vizedirektor fordert verschiedene Massnahmen, um jährlich fast bis zu einer Milliarde Franken einzusparen: Die Preise für Nachahmermedikamente müssten auf das Niveau im vergleichbaren

Ausland gesenkt werden, die Preise für alle Medikamentengruppen vom Bund jährlich und nicht wie bisher alle drei Jahre überprüft werden.

Zudem müsse der Anteil an Generika in der Schweiz erhöht werden. Die schnellste Möglichkeit, um dies zu erreichen, sieht Kilchenmann darin, Ärzten oder Apothekerinnen keinen Anreiz mehr zu bieten, das teurere Original zu verkaufen. Dazu will Kilchenmann die Vertriebsmargen anpassen. Also jene Gewinnspanne, die Apotheken oder Ärzte auf die Medikamente im Verkauf aufschlagen. 300 Millionen Franken sollen so pro Jahr eingespart werden.

Lösungsvorschlag beim Bund eingereicht

Für eine jährliche Überprüfung der Medikamentenpreise und die Senkung der Vertriebsmargen spricht sich auch Curafutura aus, der Verband der Krankenversicherer CSS, Helsana, Sanitas und KPT. Er fordert überdies Anpassungen bei der Preisbildung: Neben dem Auslandpreisvergleich und dem Vergleich mit Produkten ähnlicher Wirkungsweise solle auch die Zahl der versorgten Personen bei der Preisbildung eines Medikamentes mitberücksichtigt werden, sagt Sprecherin Simone Hinnen. Sprich: Je häufiger ein Medikament verschrieben wird, desto günstiger solle es abgegeben werden.

Hierzu reichte FDP-Ständerat Josef Dittli 2019 eine Motion ein, in der er den Bundesrat aufforderte, die Rechtsgrundlagen für das Zulassungs- und Preissystem bei Medikamenten so anzupassen, wie es Curafutura fordert. Die Motion wurde vor zwei Jahren angenommen.

Curafutura fordert überdies die Einführung von «anreizneutralen Vertriebsmargen» bei Arzneimitteln. Das heisst: Da Ärzte und Apothekerinnen heute für das Originalpräparat eine höhere Marge als auf einem Nachahmermedikament erzielen, führe dies dazu, dass sie Generika seltener verkauften. Um diesen negativen Anreiz zu eliminieren, dürfe es keinen wesentlichen Margenunterschied zwischen Originalmitteln und Generika geben.

Zusammen mit dem Schweizerischen Apothekerverband Pharmasuisse und der Ärztevereinigung FMH hat Curafutura einen entsprechenden Lösungsvorschlag beim Bundesamt für Gesundheit eingereicht. Aktuell sei man daran, diesen noch einmal zu schärfen, sagt Curafutura-Sprecherin Hinnen.

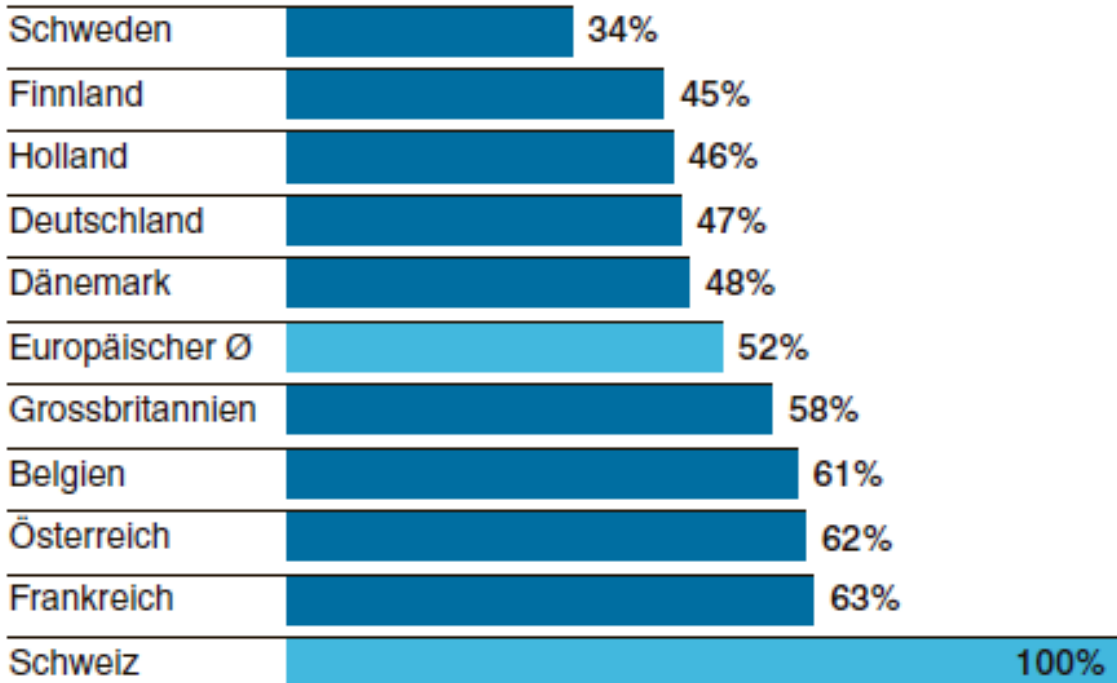
Die hohen Medikamentenpreise in der Schweiz sind seit Jahren ein Thema in der Politik. Nicht immer kommen die Motionen durch: So schlug der Bundesrat im Kampf gegen die hohen Generikapreise ein Referenzpreismodell vor. Demnach sollten alle patentabgelaufenen Mittel mit demselben Wirkstoff in eine Gruppe eingeteilt werden. Die Krankenkasse würde nur noch einen Festbetrag zahlen - und zwar auf Grundlage des günstigsten Präparats.

Das Preismodell sollte im Jahr Einsparungen von 400 Millionen Franken bringen - und wurde vergangenes Jahr von National- wie Ständerat abgelehnt.

In Schweden kostet ein Generikum nur ein Drittel

Preisunterschiede für Generika im Jahr 2020, europäische Länder im Vergleich zur Schweiz. Preisniveau der Schweiz = 100 Prozent

Lesebeispiel: In Schweden zahlt eine Kundin nur 34 Prozent des Preises, den sie in der Schweiz dafür bezahlen würde.



Grafik: mre, mya / Quelle: IQVIA, Santésuisse

Verbände fordern Massnahmen gegen zu hohe Medikamentenpreise

Seitenzahl

Seitenzahl
Titelseitenanriss

Pharmabranche Im Vergleich zum Ausland kosten Arzneimittel in der Schweiz deutlich mehr. Das zeigt der neuste Auslandpreisvergleich von Santésuisse und Interpharma. Seit Jahren sind die hohen Preise in der Schweiz Thema in der Politik. Nun fordern Verbände Massnahmen, um die Preise zu senken und den Anteil an Generika zu erhöhen.

Ausschlaggebend für die hohen Preise sei die Verkaufsmarge auf rezeptpflichtige Medikamente, die angepasst werden müsse. (mya)

Gleichen tags erschienen in

- Berner Oberländer
- Thuner Tagblatt
- Langenthaler Tagblatt
- Berner Zeitung Burgdorf Emmental
- Berner Zeitung Stadt + Region Bern
- Zürcher Unterländer
- Zürichsee-Zeitung
- Zürcher Oberländer
- Der Bund
- Der Landbote
- Basler Zeitung

Sanità, una breccia per parlare di costi - Commento

 Corriere del Ticino | 02.06.2022

Giovanni Galli

Il controprogetto adottato dal Nazionale va in parte nel senso dell'iniziativa, introduce obiettivi in termini di costi e di qualità e prevede una serie di misure concrete, ad esempio a livello di tariffe medico-ambulatoriali (provvisoriamente) e di laboratori. Non si sa ancora come la soluzione degli obiettivi di costo potrebbe essere messa in pratica, se non che in caso di superamento dell'ordine di grandezza concordato, Confederazione, Cantoni e partner tariffali dovrebbero verificarne le ragioni e definire eventuali misure correttive. In teoria, il solo fatto di essere chiamati a rendere conto di un sorpasso dovrebbe fungere da stimolo per incrementare la trasparenza e rafforzare la collaborazione fra gli attori del settore. Ospedali e medici verrebbero tenuti costantemente sotto pressione. Non bisogna comunque esagerare la portata di una revisione di legge che deve ancora fare il suo corso - gli Stati potrebbero essere più restrittivi - e sul cui impatto effettivo molti nutrono dubbi.

L'iniziativa ha comunque il merito di aver aperto una breccia e imposto all'attenzione generale la questione centrale di come frenare i costi. L'aumento dei premi non è infatti causato dalle casse malati, ma dal costante aumento delle prestazioni sanitarie di cui la popolazione beneficia, favorito anche dai falsi incentivi del sistema per chi queste prestazioni le fornisce. Il tema dei costi finora è stato affrontato in modo insufficiente, complici i veti incrociati che paralizzano il settore e che favoriscono anche una certa rassegnazione a livello politico. «Il sistema è paralizzato. Nessuno vuole risparmiare: né i medici, né gli ospedali, né i cantoni, né gli uffici federali, né i produttori, né i farmacisti, né i pazienti, nessuno!» ha detto in aula Benjamin Roduit, consigliere nazionale del Centro (VS) e membro della Commissione sanitaria. Secondo gli assicuratori, si potrebbero attuare altri provvedimenti tramite ordinanza da parte del Consiglio federale, con un impatto positivo sui premi. Ma c'è anche bisogno di riforme di più ampia portata, come il finanziamento uniforme delle cure ambulatoriali, gli interventi legislativi a livello di farmaci e, soprattutto, l'introduzione di un nuovo tariffario medico. Su questo punto le associazioni di categoria degli assicuratori, una d'intesa con i medici, l'altra con gli ospedali, sostengono soluzioni diverse.

Alain Berset ha garantito che sarà presa una decisione al più tardi entro fine giugno. Di fronte alla prospettiva di un sensibile aumento dei premi, da parte degli assicurati-contribuenti cresce su tutti questi fronti l'aspettativa di soluzioni efficaci.

Sanità, una breccia per parlare di costi

Seitenzahl
Seitenzahl
Titelseitenanriss

Giovanni Galli

Non sarà introdotto un meccanismo che lega l'evoluzione dei costi della sanità all'economia e ai salari, così da rendere i premi di cassa malati più sostenibili.

L'iniziativa popolare «per un freno ai costi» è stata nettamente respinta dal Consiglio nazionale e, con ogni probabilità, lo sarà anche agli Stati.

A fronte di un obiettivo incontestabile, le è stata rimproverata la mancanza di chiarezza sui mezzi concreti per realizzarlo. In un sistema sanitario di alto livello e che permette di ricorrere ad un'ampia gamma di prestazioni, uno strumento rigido (e anche mal calibrato) di contenimento dei costi avrebbe un rovescio della medaglia.

Rischierebbe di imporre alla popolazione, in un modo o nell'altro, delle rinunce: da una minore libertà di scelta a un peggioramento delle condizioni di accesso alle prestazioni, o addirittura a un loro razionamento. Se da un lato si sostiene che un buon 20% delle cure sono inutili e che si potrebbe benissimo farne a meno senza un impatto concreto sulla salute, dall'altro bisogna anche capire, in concreto, a chi spetterebbe il compito di decidere cosa è superfluo e cosa no. Sarebbe sbagliato lasciare questo ruolo allo Stato.

Ma a parte la sconfitta formale in aula, per l'Alleanza del Centro, che l'ha promossa, l'operazione è stata comunque un successo parziale.

Sanità, la ricetta sui costi per contenere i premi

 Corriere del Ticino | 02.06.2022

Il Nazionale ha bocciato l'iniziativa popolare del Centro per frenare gli oneri della salute e ha adottato un controprogetto che prevede un approccio diverso basato su obiettivi - Gerhard Pfister: «Per noi un successo parziale, la maggioranza ha capito che c'è un problema»

È stata bocciata l'iniziativa popolare «Per premi più bassi Freno ai costi nel settore sanitario». Al termine di un dibattito fiume di sei ore, con 156 voti a 28, il Nazionale ha raccomandato di respingere la proposta lanciata dall'Alleanza del Centro. Al tempo stesso, però, ha proposto un controprogetto indiretto.

L'iniziativa vuole fare in modo che le spese si evolvano in modo corrispondente all'economia nazionale e ai salari medi e che i premi rimangano finanziariamente sostenibili. Per la maggioranza - tutti i partiti ad eccezione del Centro - è troppo vaga: fissa obiettivi senza spiegare come raggiungerli.

Martedì il relatore commissionale Philippe Nantermod (PLR/VS) ha detto che «la proposta può condurre a due situazioni contraddittorie: o diventa una tigre di carta o causerà l'introduzione di un budget complessivo, il che significa, come avvenuto in altri Paesi, una limitazione delle cure a fine anno e un rinvio degli interventi medici necessari nel bilancio dell'anno successivo». Non è vero che l'iniziativa chiede un razionamento delle cure, aveva replicato Christian Lohr (Centro/TG). La proposta vuole solo obbligare i partner a trovare misure di riduzione dei costi. «Non possiamo semplicemente sederci e aspettare che il problema si risolva da solo».

L'obiettivo di frenare la spirale dei costi della salute è però condiviso da tutti. Per questo motivo la Camera del popolo, con 104 voti contro 74 e 5 astenuti, ha approvato un controprogetto indiretto, elaborato sotto forma di revisione della legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal). Questo conterrà degli obiettivi a livello di costi e qualità per quattro anni, dopo aver sentito tutti gli attori del sistema sanitario. Dal canto loro, gli enti responsabili della politica sanitaria saranno poi chiamati ad adottare le misure correttive in caso di superamento dell'obiettivo di costo. La Camera doveva definire gli ultimi punti del controprogetto. Ha in particolare deciso che il Consiglio federale dovrà ridurre immediatamente le indennità in eccesso nell'obsoleta struttura tariffale Tarmed nel settore delle cure mediche ambulatoriali. Ha poi stabilito che le remunerazioni non adeguate e non conformi ai principi di economia aziendale andranno riviste.

Il Consiglio federale dovrà anche ridurre le indennità in eccesso nell'obsoleta struttura tariffale Tarmed

Altra novità: qualora una convenzione tariffale non dovesse soddisfare i criteri di economicità e appropriatezza e i partner tariffali non si saranno accordati entro un anno su un adeguamento, l'autorità potrà intervenire. «Un'operazione agli occhi che richiedeva due ore 20 anni fa e pochi minuti al giorno d'oggi ha ancora lo stesso costo», ha sostenuto Roduit giustificando la necessità di intervenire. L'autorità potrebbe così, ad esempio, ridurre le tariffe per alcuni specialisti o promuovere i medici di base in alcune regioni. Il Consiglio federale non voleva questa disposizione: «Dobbiamo mantenere una struttura

tariffaria uniforme», ha sostenuto il ministro della Sanità Alain Berset, spiegando come i criteri tariffali non siano precisati. Altre misure riguardano le tariffe e le analisi di laboratorio. Le **casse malati** dovranno rimborsare le analisi soltanto ai laboratori con i quali hanno concluso un contratto (principio della libertà contrattuale). I rimborsi dovrebbero essere inferiori alle tariffe stabilite dall'autorità competente. Sono esclusi da tale norma i laboratori degli studi medici.

«Non era scontato»

Per Gerhard Pfister, presidente dell'Alleanza del centro, quello ottenuto alla Camera bassa «è un successo parziale. La maggioranza del Nazionale ha capito che c'è un problema. Un controprogetto non era scontato. E quello votato mercoledì conterrà degli obiettivi a livello di costi, un elemento centrale della nostra proposta ». Il dossier adesso passa alla Camera dei Cantoni. «Vedremo se anche gli Stati adotteranno questa soluzione o se, sotto la pressione dei lobbisti, che hanno fatto di tutto per non avere nemmeno un controprogetto o averne uno molto debole, la controproposta verrà ulteriormente annacquata». Se il controprogetto rimarrà invariato dopo il dibattito agli Stati, il ritiro dell'iniziativa sarà un'opzione? «Siamo un partito aperto alle buone soluzioni. Se potremo dare per certo che i partner tariffari si impegneranno a fare scendere i costi allora bene. Ma è presto per dire che non ci sarà una campagna di voto». **ats/GVN**

'Obiettivo di costo' sul filo del rasoio

 La Regione | 01.06.2022

Salvo, per il momento, il 'cuore' del controprogetto governativo all'iniziativa del Centro

Stefano Guerra

'Limiti massimi di costo', 'monitoraggio dei costi', 'obiettivi di costo': i termini variano; i contenuti anche, ma solo in parte. L'idea su per giù è sempre la stessa: se in un anno i costi superano una certa soglia, l'anno successivo si interviene con dei correttivi per riportarli al di sotto del 'tetto' stabilito. L'introduzione di un 'obiettivo di costo' per frenare l'aumento dei costi della salute (e, di riflesso, dei premi di cassa malati) è il cuore del controprogetto indiretto opposto dal Consiglio federale all'iniziativa popolare dell'Alleanza del Centro (vedi infografica). Al termine della prima parte (cinque ore) di un dibattito-fiume che si concluderà oggi, si è salvato per il rotto della cuffia. In futuro Consiglio federale e Cantoni – previa consultazione dei fornitori di prestazioni, nonché delle associazioni degli assicurati e dei pazienti – dovrebbero pertanto stabilire obiettivi di costo e di qualità dei servizi per i quattro anni successivi. Però non è detta l'ultima parola. La votazione sul complesso – compresi gli altri possibili elementi del controprogetto, come quelli voluti dalla commissione competente (vedi infografica) – si terrà soltanto stamane. La sorpresa finale non è esclusa.

A imporsi su quest'aspetto cruciale è stata la minoranza della commissione, sostenuta nel plenum dai gruppi di Centro, Ps e Verdi. Il pilastro del controprogetto governativo ha raccolto 94 voti favorevoli; 91 deputati (Udc, Plr e Verdi liberali-Pvl) si sono espressi contro, uno si è astenuto. Quattro Udc e tre Pvl erano assenti al momento del voto. Fossero stati al loro posto, il risultato sarebbe stato diverso. Un ribaltone che, come detto, potrebbe prodursi stamattina. L'iniziativa popolare, invece, va incontro a una sicura bocciatura: tutti i partiti, tranne il Centro, sono intenzionati a respingerla. Il Consiglio degli Stati se ne occuperà in una prossima sessione.

La necessità di agire è incontestata. L'evoluzione dei costi nel 2021 e quest'anno è «più che preoccupante», ha detto Philippe Nantermod (Plr/Vs) a nome della commissione. In autunno l'aumento dei premi sarà «drammatico, estremamente elevato: del 7-9%, stando ai più pessimisti». Il rincaro sarà in media di «circa mille franchi per famiglia», ha precisato. «Adesso dobbiamo agire», ha esortato Christian Lohr (Centro/Lu): «Non è possibile che in un Paese che ha un sistema sanitario di ottima qualità, un numero crescente di persone non sia più in grado di pagare i premi di cassa malati (...) e per questo rinunci a prestazioni sanitarie».

Però Udc, Plr e Pvl non vogliono sentir parlare di obiettivi di costo definiti per legge. A loro parere, questi creerebbero una «macchina burocratica», un sistema sanitario controllato dallo Stato e l'assistenza medica ai pazienti rischierebbe di risentirne. In diversi, come Lorenzo Quadri (Lega), hanno messo in guardia dal rischio di un razionamento delle cure. Consiglio federale, Alleanza del Centro e partiti di sinistra hanno replicato: la soluzione prevista non prevede alcun meccanismo automatico in base al quale i trattamenti non potrebbero più essere forniti, una volta l'obiettivo di costo superato. Alain Berset l'ha messa in questi termini: «Volete un controprogetto degno di questo nome o un guscio più o meno vuoto», come quello proposto dalla maggioranza commissionale? Se vogliamo un controprogetto davvero efficace, ha affermato il ministro della Sanità, abbiamo bisogno di obiettivi chiari sui quali gli attori del settore possano confrontarsi. La trasparenza che ne deriva è essenziale per ridurre i costi.

‘Cartello del silenzio’

Per Gerhard Pfister (Centro/Lu) la diagnosi è chiara: «Il miglior sistema sanitario del mondo è malato». Sinistra e destra non sono riuscite finora a risolvere il problema per motivi politici, ha dichiarato il presidente dell'Alleanza del Centro. I cartelli e le lobby della sanità traggono profitto dalla situazione attuale e non vogliono che cambi. Il lucernese, che ha difeso a spada tratta la ‘sua’ iniziativa, non ha risparmiato una frecciatina ai colleghi: bravi a pontificare dalla tribuna del Nazionale, ma ‘distratti’ quando si tratta di dichiarare i loro legami d’interesse nel settore. Berset gli ha fatto eco, puntando il dito contro «il cartello del silenzio»: «Il cartello del silenzio fa sì che, quando la politica – il Consiglio federale, il Parlamento – vuole intervenire in un ambito specifico del settore sanitario, gli altri guardino altrove e restino zitti, sperando di poter beneficiare dello stesso silenzio il giorno in cui anche loro saranno interessati. Questo cartello del silenzio porta a blocchi estremamente importanti nel settore della sanità».

Costi della salute, premi di cassa malati: daranno ancora filo da torcere al Parlamento in questa sessione. Tra due settimane sui banchi del Nazionale vi sarà l’iniziativa popolare del Ps per limitare l’onere dei premi a un massimo del 10% del reddito disponibile. Anch’essa è accompagnata da un controprogetto del Consiglio federale, che la commissione preparatoria nel frattempo ha emendato.

Il ‘nodo’ che nessuno pensa di sciogliere

Seitenzahl
3

Seitenzahl
Kommentar

Nessuno o quasi ne parla. Ma Manuela Weichelt (Verdi/Zg) è convinta che il problema dei costi della salute e dei premi viepiù insopportabili risieda nel finanziamento del sistema sanitario. Nel 1996, quando è entrata in vigore la Legge sull’assicurazione malattie (Lamal), «soltanto il 29,9% delle spese della salute era finanziato dai premi di cassa malati. Poi la parte dei costi a carico dell’assicurazione di base è cresciuta progressivamente, e oggi ha raggiunto il 37,9%. Se fosse rimasta al 29,9%, i premi di cassa malati nel 2022 sarebbero del 21% più bassi», dice alla ‘Regione’ la ex consigliera di Stato a margine del dibattito sull’iniziativa del Centro ‘Per un freno ai costi’ e sul relativo controprogetto. Il fatto è che tutti pagano lo stesso premio, indipendentemente da quanto guadagnano: una situazione che penalizza le famiglie con redditi bassi e, in particolare, la fascia inferiore del ceto medio, tagliata fuori dai sussidi. La soluzione? «O introduciamo premi di cassa malati proporzionali al reddito, oppure ne paghiamo una parte attraverso le imposte. Oppure ancora investiamo di più nella riduzione dei premi [i sussidi, ndr], in modo da aiutare anche le famiglie del ceto medio inferiore».

I Verdi non vedono di buon occhio «la riformite» di Governo e Parlamento: si sforna una modifica di legge dietro l’altra, senza prima sincerarsi dell’effettiva efficacia di quelle già in vigore. Un esempio: lo stop alle autorizzazioni per nuovi studi medici, che «non è stata fatta molto bene e che già richiede correzioni». Weichelt pone l’accento sul «bisogno incontestato di limitare prestazioni non necessarie». Ma questo, osserva, «possiamo già farlo adesso, senza dover ricorrere a ulteriori modifiche di legge. Il Consiglio federale, ad esempio, avrebbe già potuto intervenire per abbassare le tariffe delle analisi di laboratorio».

Bordate dal Centro e da Berset contro i «cartelli» della sanità

 Corriere del Ticino | 01.06.2022

Verso la bocciatura l'iniziativa popolare «Per un freno ai costi» – Il Nazionale le preferisce un controprogetto indiretto – Pfister e il consigliere federale puntano l'indice contro chi blocca le riforme – Oggi sono attese altre decisioni

Giovanni Galli

Non ha scampo in Parlamento l'iniziativa popolare per il «freno ai costi» nel settore sanitario. Dopo averla giudicata inadatta e poco chiara nel dibattito fiume iniziato ieri mattina, oggi la maggioranza del Nazionale la boccherà. L'iniziativa vuole far sì che i premi di cassa malati restino sostenibili e si evolvano in linea con l'economia nazionale e i salari. Negli ultimi dieci anni, invece, i premi sono cresciuti a un ritmo molto più alto. L'iniziativa prevede che se due anni dopo la sua riuscita l'aumento dei costi per assicurato è superiore di oltre un quinto all'evoluzione dei salari nominali, il Consiglio federale, in collaborazione con i Cantoni, deve prendere provvedimenti per ridurre i costi, con effetto a partire dall'anno successivo.

Secondo il liberale Philippe Nantermod (VS) vengono fissati obiettivi senza spiegare come raggiungerli. «La proposta può condurre a due situazioni contraddittorie: o diventa una tigre di carta, o causerà l'introduzione di un budget complessivo, il che significa, come avvenuto in altri Paesi, una limitazione delle cure a fine anno e un rinvio degli interventi medici necessari nel bilancio dell'anno successivo». Due soluzioni che nessuno vuole.

Rischio di razionamento

L'iniziativa, gli ha fatto eco Pierre Yves-Maillard (PS/VD), è troppo sommaria, non fornisce strumenti precisi per il controllo dei costi e si concentra sui salari come indicatore di crescita, il che è insufficiente. Anche Lorenzo Quadri (Lega) ha messo in guardia dal rischio del razionamento delle cure, «e a maggior ragione se non si tiene conto di fattori come il progresso medico e tecnologico e l'invecchiamento della popolazione». Sul versante democristiano, Céline Amaudruz (GE) ha detto che la proposta del Centro è troppo rigida e sarà accompagnata da una enorme burocrazia.

Spreco enorme

Per Ruth Humbel (Centro/AG), invece, la ragione principale dell'aumento dei costi è la crescita dei volumi delle prestazioni erogate. «Lo spreco di risorse nel nostro sistema sanitario è enorme» ha detto. «Abbiamo un potenziale di risparmio di 6 miliardi di franchi all'anno. Con un migliore coordinamento dei servizi, evitando quelli non necessari e l'eccessiva medicalizzazione è possibile risparmiare costi enormi». Durissimo il presidente del partito Gerhard Pfister, che ha puntato l'indice contro il «cartello della sanità». Un cartello potente e intoccabile, che si mantiene in un mercato miliardario. Il problema, ha detto, risiede in tutti quegli attori che hanno interesse a mantenere questo moto perpetuo di falsi incentivi, che per gli

approfittatori non è falso ma redditizio. «Se tutti i beneficiari di un cartello sono contrari a qualcosa, allora deve trattarsi di qualcosa che potrebbe smantellare il cartello, e questa è l'iniziativa». Quindi ben venga la votazione popolare.

Obiettivo giusto, mezzi vaghi

Il «ministro» della Sanità Alain Berset, ricordando le difficoltà incontrate dai pacchetti di risparmio governativi, ha parlato di un «cartello del silenzio» che gioca ancora e sempre. «Quando Governo e Parlamento vogliono toccare qualcosa di specifico in campo sanitario per frenare l'evoluzione dei costi, gli altri guardano altrove e tacciono, sperando di essere in grado di beneficiare dello stesso silenzio il giorno in cui saranno a loro volta interessati. Questo cartello porta a blocchi estremamente importanti nel campo della salute». Quanto all'iniziativa, secondo Berset l'obiettivo non solo è lodevole ma giusto. Il problema è che i mezzi sono troppo vaghi e generici per raggiungerlo. La votazione è prevista oggi.

L'alternativa

Nel frattempo il Nazionale ha già dato luce verde, con alcune modifiche, a un controprogetto indiretto (legislativo) proposto dallo stesso Consiglio federale. Questa alternativa è passata di stretta misura: 94 voti (sinistra e lo stesso Centro) contro 91 (UDC, PLR e Verdi liberali). Il Governo dovrà stabilire ogni quadriennio «obiettivi in materia di costi e di qualità riguardo alle prestazioni». La maggioranza della commissione era contraria a definire obiettivi di costo, perché riteneva che questi si potessero ripercuotere sui pazienti. Per il Governo, invece, non è previsto alcun automatismo che bloccherebbe l'erogazione di prestazioni in caso di superamento degli obiettivi. Per fissare questi ultimi, l'Esecutivo dovrà consultare non solo gli assicuratori, i Cantoni e i fornitori di prestazioni, ma anche gli assicurati. Gli attori responsabili della politica sanitaria definirebbero poi le misure correttive da adottare in caso di superamento dell'obiettivo. Oggi il Nazionale dovrà anche decidere anche su una serie di misure previste dalla commissione e che, se accettate, completerebbero il controprogetto. In discussione ci sono, ad esempio, il taglio delle indennità troppo alte nella struttura tariffale Tarmed per il settore ambulatoriale e una serie di provvedimenti concreti, in particolare per quanto riguarda le tariffe e le analisi di laboratorio.

Tutti i gruppi, a parte quello del Centro, si sono espressi in aula contro l'iniziativa per il freno ai costi

De tout petits pas dans la santé en l'absence de grande réforme

 Le Temps | 01.06.2022

Primes maladie - Le Conseil national a entamé l'examen de l'initiative du Centre pour freiner les coûts de la santé. Mais seul un contre-projet prévoyant des mesures de correction des dépenses a encore des chances d'être accepté

Michel Guillaume, Berne

Quinze élus présents sur 200 au début de la séance à 8h du matin! Le Conseil national a entamé son débat sur l'initiative du Centre pour freiner les coûts de la santé en faisant l'hémicycle buissonnier. Sans le vouloir, il a donné un sentiment d'impuissance face à l'immense défi qui l'attend ces prochains mois: éviter l'explosion des primes maladie pour 2023, la hausse crainte allant de 5 à 10% selon les experts. Alors qu'il ne tranchera sur le sort d'un contre-projet à l'initiative que ce mercredi, on ne pouvait s'empêcher de formuler la seule question qui s'imposait: le système de santé suisse est-il réformable?

Membre de la Commission de santé (CSSS) et vice-président du PLR, Philippe Nantermod ne cache pas son scepticisme: «Je suis surpris et déçu de constater que l'on parvient à réformer quasiment toutes les assurances sociales, sauf l'assurance maladie.» Ses collègues de la CSSS se veulent plus optimistes, mais n'est-ce pas là qu'un optimisme de façade? «J'ose espérer qu'on trouve des solutions, sinon ce serait un terrible aveu d'impuissance. Mais il est illusoire de penser qu'il existe une martingale qui permettrait de réduire significativement les dépenses de santé», tempère Céline Amaudruz, vice-présidente de l'UDC. Plus affirmatif, Pierre-Yves Maillard veut aussi y croire, mais à une condition. «Oui, le système est réformable, à condition qu'on prenne acte du fait que les partenaires tarifaires n'y arriveront pas seuls. Il faut que l'Etat intervienne pour prendre les décisions fortes», martèle-t-il.

«Des solutions existent»

Au coeur du débat, il y a bien sûr le Centre, qui a déposé cette initiative populaire exigeant que le monde politique prenne des mesures dès lors que l'écart entre la hausse des coûts par assuré et celle de l'évolution des salaires devient trop important. «Il y a urgence à stopper l'explosion incontrôlée des primes», rappelle Benjamin Roduit (Le Centre/VS). «Les coûts ont encore augmenté de 5% l'an dernier pour un système qui pèse 80 milliards de francs, soit 13% du PIB, dont 33 milliards à charge de l'assurance de base.»

«Le Conseil fédéral est arrivé au bout de ce qu'il peut faire avec des ordonnances» - Alain Berset, Ministre de la santé

Le Valaisan note certes un blocage dans les positions actuelles. «Il n'y a pas de volonté de s'entendre sur une vraie réforme chez les partenaires de santé et les partis politiques sont forcément divisés face aux propositions d'économies», reconnaît-il. Mais il se dit convaincu que des solutions existent, citant quelques exemples: le financement uniforme des soins favorisant un transfert de certaines opérations

dans le domaine ambulatoire (qui coûte deux fois moins cher); le développement du dossier électronique du patient, ou la baisse du prix des médicaments grâce à l'utilisation plus large des génériques.

Membre elle aussi de la CSSS, Léonore Porchet (Les Vert-e-s/VD) pointe la répétition inutile des actes médicaux et la surprescription. «Nous devons aussi questionner la rémunération à l'acte, tout comme les revenus des spécialistes. C'est davantage le problème de la répartition des coûts que les coûts eux-mêmes qu'il faut régler en Suisse», précise-t-elle.

Tarifs des spécialistes questionnés

Ce n'est pas Pierre-Yves Maillard qui la contredira. L'ancien ministre vaudois de la Santé cible lui aussi les spécialistes et sort une infographie révélatrice du problème: entre 2011 et 2020, les prestations des généralistes sont restées stables, tandis que celles des spécialistes ont grimpé de 4 à 7 milliards. «Cela provoque un cercle vicieux: pourquoi rester médecin de premier recours, exposé aux urgences et aux horaires irréguliers, alors qu'on gagne beaucoup mieux sa vie en faisant de la médecine spécialisée et élective? C'est la raison pour laquelle le Conseil fédéral et les cantons doivent prendre des mesures différenciées dans les tarifs», déclare Pierre-Yves Maillard.

Moins interventionniste, mais tout aussi critique, Philippe Nantermod déplore quant à lui le manque de concurrence dans le système de santé. «Regardez ce qui s'est passé pour les soins dentaires, les opticiens ou la prescription médicalement assistée: la technique et la compétition ont permis de maintenir les coûts dans des fourchettes raisonnables. Mais dans l'assurance maladie de base, c'est le phénomène inverse qui s'est produit. Les coûts explosent sans aucun contrôle», note-t-il.

A la fin de cinq heures de débat, alors que la salle du Conseil national s'était enfin remplie, le ministre de la Santé Alain Berset a appelé le parlement à prendre ses responsabilités. Après s'être battu notamment sur le prix des médicaments brevetés, il assure que «le Conseil fédéral est arrivé au bout de ce qu'il peut faire avec des ordonnances».

Et le parlement? S'il est sûr que le Conseil national rejettera l'initiative du Centre, la CSSS a proposé un contre-projet indirect qui garde ses chances: il chargerait le Conseil fédéral de corriger immédiatement le Tarmed, permettrait aux cantons d'introduire des tarifs différenciés et limiterait la capacité des laboratoires à fixer leurs prix. En l'absence de grande réforme, ce serait toujours cela de gagné.

Wenigstens ein Kostenziel vor Augen - Kommentar

 Tages-Anzeiger | 01.06.2022

Im Schweizer Gesundheitswesen ist eine starre Kostenbremse ein untaugliches Mittel gegen den Prämienanstieg. Nötig sind eine verbindliche Kostenkontrolle und ein Ausbau der Prämienverbilligung.

Markus Brotschi

15'000 Franken im Jahr oder 1200 Franken im Monat bezahlt eine vierköpfige Familie durchschnittlich für die Grundversicherung. Für Haushalte, die keine Prämienverbilligung bekommen, ist die Krankenversicherung nach der Wohnungsmiete der zweithöchste Ausgabenposten. Und er steigt sogar noch an: Per 2023 droht schlimmstenfalls eine Prämienhöhung im zweistelligen Bereich - und das ausgerechnet in einer Zeit, in der die allgemeine Teuerung die Kaufkraft schmälert. Da ist eine Kostenbremse, wie sie die Mitte-Partei in ihrer Initiative verlangt, ein verlockendes Heilsversprechen.

Die Idee dahinter: Künftig sollen die Gesundheitskosten nicht mehr stärker steigen als die Löhne. Bisher betrug der jährliche Kostenanstieg im Schnitt jeweils rund 4 Prozent, die Lohnsteigerung lag deutlich darunter. Die Mitte-Initiative verlangt also faktisch eine Notbremse, unter der vor allem die Patientinnen und Patienten zu leiden hätten. In einer Rezessionsphase müssten die Gesundheitskosten sogar sinken oder stagnieren, obwohl eine Wirtschaftskrise nichts mit dem Bedarf an medizinischen Behandlungen zu tun hat. Das zeigt: Eine strikte Kopplung der Gesundheitskosten an die Wirtschaftsentwicklung ist schlicht nicht sinnvoll.

Die Initianten verweisen auf ein theoretisches Einsparpotenzial von 6 Milliarden Franken, auf überflüssige Behandlungen, überteuerte Medikamente und verschwenderischen Umgang mit Arzneimitteln. Allerdings ist es eine Illusion, zu glauben, dass bei einem fixen Kostendeckel nur noch auf die überflüssigen Operationen verzichtet wird. Wer denn im konkreten Fall entscheiden soll, welche Eingriffe unnötig sind, lässt die Mitte offen. Die Initianten verweisen auf ein theoretisches Einsparpotenzial von 6 Milliarden Franken, auf überflüssige Behandlungen, überteuerte Medikamente und verschwenderischen Umgang mit Arzneimitteln, die tonnenweise im Abfall landen. Allerdings ist es eine Illusion, zu glauben, dass bei einem fixen Kostendeckel nur noch auf die überflüssigen Operationen verzichtet wird. Wer denn im konkreten Fall entscheiden soll, welche Eingriffe unnötig sind, lässt die Mitte offen.

Das Schweizer Gesundheitswesen gehört unbestritten zu den weltweit besten. Es ist noch kein halbes Jahr her, da war die Schweiz froh, dass das Gesundheitswesen trotz aller Warnungen vor erschöpftem Personal und zu wenigen Intensivbetten seine Krisenfestigkeit bewies. Wer es auf totale Effizienz trimmt, muss den Kranken auch sagen, was das heisst: Wartezeiten für nicht dringende Behandlungen und Kosten-Nutzen-Überlegungen, die dazu führen, dass eine vom grundversicherten Patienten gewünschte Behandlung nicht durchgeführt wird, weil sie unter «nice to have» läuft.

Das Schweizer Gesundheitswesen ist auch so teuer, weil alle gut daran verdienen wollen. Wichtig ist es deshalb, dass Fehlanreize bei den Tarifen beseitigt werden, falls sie zu Überbehandlung verleiten. Medikamentenpreise müssen sich an jenen von vergleichbaren Ländern orientieren, Spitalbehandlungen sollen wenn möglich ambulant gemacht werden.

Der Nationalrat hält richtigerweise die Kostenbremse für das falsche Mittel, um die Kosten und Prämien in den Griff zu bekommen. Stattdessen hat er sich für ein Kostenziel entschieden, das Bund und Kantone für eine Vierjahresperiode festlegen und an dem sich die Leistungsanbieter im Gesundheitswesen orientieren müssen, das aber zu keiner Rationierung führt. Das wäre bedauerlich. Auch wenn sich die Kosten des Gesundheitswesens nicht auf den Prozentpunkt genau fixieren lassen, sollte das Parlament einen gewissen Druck auf die Ärzteschaft und die Spitäler aufbauen, der sie zu mehr Kostenbewusstsein zwingt.

Der Ausbau der Prämienverbilligung darf nicht die einzige Antwort auf die stetig steigenden Prämien sein. Darüber diskutiert der Nationalrat in zwei Wochen: über die SP-Initiative, die die Prämienlast eines Haushalts auf 10 Prozent des Einkommens begrenzen will, und über einen Gegenvorschlag des Parlaments. Es braucht beides: Kostendisziplin und eine wirksame Prämienentlastung für den unteren Mittelstand. Auch zur SP-Initiative braucht es deshalb einen tauglichen Gegenvorschlag.

Wie lassen sich Kosten dämpfen?

 Aargauer Zeitung - Ausgabe Aarau | 01.06.2022

Die Mitte-Partei will verhindern, dass die Prämien stärker steigen als die Löhne. Dafür kämpft sie ziemlich alleine.

Anna Wanner

Thomas de Courten nannte die Kostenbremse «gefährlich». Der SVP-Politiker verlangte darum im Nationalrat im Namen der Gesundheitskommission, die Initiative der Mitte-Partei abzulehnen. Die Kostenbremse berücksichtige weder den medizinischen Fortschritt noch die Alterung der Bevölkerung. Steigen die Prämien deutlich stärker als die Löhne, müssten automatisch Massnahmen einsetzen – und die Ausgaben kürzen. Der Bundesrat warnt gleichermassen vor «Rationierung» und «Zweiklassenmedizin».

Ausser der Mitte-Partei will die Initiative niemand. Und doch bastelte die Gesundheitskommission seit Januar an einem Gegenvorschlag. Denn die Nervosität steigt im Hinblick auf den September, wenn die nächste Prämienrunde ansteht. FDP-Nationalrat Philippe Nantermod warnte, die Kosten stiegen 2022 ausserordentlich, bis zu neun Prozent könnten darum auch die Prämien aufschlagen. 2023 rechnet die Branche mit einem ähnlichen Szenario. Dem Kostenwachstum wollte die Gesundheitskommission nicht tatenlos zusehen, so Nantermod.

Das Gesundheitskartell aufbrechen als Ziel

Und trotzdem fiel der Gegenvorschlag, den der Bundesrat entwickelt hatte und der ähnliche Ziele wie die Initiative verfolgt, bei den Gesundheitspolitikern durch. Doch am Dienstag feierte die Idee im Nationalrat ein unerwartetes Revival: Mit 94:91 Stimmen entschied sich das Plenum für Kostenziele, die bei einer Überschreitung Korrekturen auslösen sollen. Zumindest müssen betroffene Ärzte, Kantone und Versicherer gemeinsam prüfen, ob Massnahmen zur Kostenreduktion nötig sind.

Die Ratsmehrheit setzte sich gegen SVP, FDP und GLP durch – auch weil vier SVPler und drei Grünliberale die Abstimmung verpasst hatten. Unklar bleibt dennoch, ob der Gegenvorschlag in dieser Fassung überlebt. Die Vorlage ist nicht fertig beraten, der Nationalrat muss am Mittwoch noch über einzelne Massnahmen und das Gesamtpaket beschliessen. Entscheiden werden GLP und Grüne: Bieten sie Hand für einen Kompromiss?

Obwohl die Kosten weit herum als Problem wahrgenommen werden, lehnte die SVP den Gegenvorschlag von Beginn weg ab. Auch die FDP war stets skeptisch, nutzte dann das Vehikel, um eigene Massnahmen einzubringen. Weil die Zielvorgaben wieder im Gesetz stehen, lehnt die FDP den Gegenvorschlag nun ab. Es gebe keinen Grund, der Mitte aus der Patsche zu helfen, erklärte die Aargauer Nationalrätin Maja Riniker. Tatsächlich sucht die Partei von Gerhard Pfister einen Kompromiss, um die Initiative zurückzuziehen. Doch dieser muss die Zielvorgaben enthalten. Dass sich andere Parteien mit diesen schwer tun, liege am «Gesundheitskartell», sagte Pfister. Dieses lebe heute derart gut von den falschen Anreizen, dass diese eben nicht mehr falsch, sondern rentabel seien. «Das Gesundheitswesen in der Schweiz ist ein einzigartiges Perpetuum mobile der Selbstbedienung, ein Paradies für Geldgierige.» Pfister schloss mit der Empfehlung: Nur der Druck der Zielvorgaben könne das Kartell aufbrechen.

Schwere Suche nach Verbündeten

Immerhin: Die SP hilft beim Gegenvorschlag mit, wenn auch nicht aus voller Überzeugung. Die Partei muss argumentativ aufrüsten, wenn sie ihre eigene Initiative zu den Prämienverbilligungen verteidigen will. Nach staatlicher Unterstützung rufen, ohne das Problem an der Wurzel packen zu wollen, wäre zu einfach. Zudem erhält sie von der Mitte tatkräftige Unterstützung für eine grosszügige Ausgestaltung des Gegenvorschlags.

Die Grünen halten wenig von den Kostenzielen: Leistungen müssten für alle verfügbar, bezahlbar und zugänglich sein. Überhaupt seien nicht die Kosten das Problem, sondern die Finanzierung. Und schliesslich steckt auch die GLP im Dilemma. Die Partei lehnt die Kostenziele zwar ab, einen Gegenvorschlag hält sie aber für sinnvoll, um Reformen anzustossen. Ob sie zum Kompromiss bereit ist?

Seid ehrlich: Die Kosten sind egal

Seitenzahl

1

Seitenzahl

Kommentar

Anna Wanner

83311 Millionen Franken gaben Schweizerinnen und Schweizer 2020 für die Gesundheit aus. Das sind umgerechnet 804 Franken pro Monat, die jede Person in der Schweiz über Prämien, Steuern und Selbstbehalt zahlt. Für viele Versicherte ist die Grenze des finanziell Zumutbaren längst überschritten, manche erhalten vom Staat die Prämien verbilligt.

Was wir ebenfalls wissen: Das Sparpotenzial liegt vor unserer Nase. Unnötige Eingriffe, Doppelspurigkeiten und ein Überangebot an Leistungen könnten ohne Qualitätseinbussen einfach gestrichen werden. Doch niemand will diese Änderungen. Nicht die Ärzte, nicht die Spitäler, aber auch nicht die Patienten. Das zeigt sich in der Diskussion um die Kostenbremse-Initiative, die genau da ansetzen will: Sie erhöht den Druck auf Reformen, das System zu verbessern. Leider ist die Initiative falsch konzipiert. Bei den verschiedenen Variationen eines Gegenvorschlags zeigt sich wiederum deutlich, dass eben niemand ernsthafte Veränderungen will.

Für Reformen wird es künftig noch schwieriger: Ist die Initiative einmal vom Tisch, schwindet der Druck wieder. Ironischerweise wird dieser Effekt verstärkt durch die Prämien-Initiative der SP. Sie würde zwar die Haushalte breit entlasten, weil niemand mehr als zehn Prozent seines Einkommens für Prämien aufwenden müsste. Doch wenn die finanzielle Last beim Einzelnen schwindet, braucht es aus Sicht des Versicherten auch keine Reformen mehr.

Zielvorgaben feiern unerwartetes Revival

Seitenzahl

Seitenzahl

Titelseitenanriss

Gesundheitsreform Der erste Tag, an dem das Parlament über die Kostenbremse-Initiative diskutierte, endete mit einer Überraschung. Die vom Bundesrat vorgeschlagenen Zielvorgaben, die Ärzten, Apothekern und Spitälern ein maximales Kostenwachstum pro Jahr vorgeben wollten, sollten eigentlich kaum mehr Chancen haben. Weil Parlamentarier die Abstimmung verpassten, steht die Zielvorgabe nun im Gesetz – vorerst.
(wan)

AG – Neue Bundesregeln verschärfen den Hausärztemangel im Aargau

 Aargauer Zeitung - Ausgabe Aarau | 02.06.2022

Die Gesundheitsversorgung sei «hochgradig gefährdet», sagt Barbara Hürlimann, Chefin Gesundheit beim Kanton.

Noemi Lea Landolt

In der Sommersession 2020 hat das Parlament eine neue Regel für die Zulassung von Ärztinnen und Ärzten geschaffen, die zu Lasten der Krankenkassen abrechnen. Seit Anfang Jahr gelten die neuen, strengeren Regeln. Seither darf eine Ärztin nur noch eine Praxis eröffnen, wenn sie mindestens drei Jahre lang an einer schweizerischen Weiterbildungsstätte im entsprechenden Fachgebiet tätig war. Ausserdem müssen Ärzte nachweisen, dass sie über Sprachkenntnisse auf Niveau C1 verfügen.

Mit den neuen Regeln soll die Qualität erhöht und sichergestellt werden, dass sich in der Schweiz tätige Ärzte mit dem schweizerischen Gesundheitssystem auskennen und so zu einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung beitragen können. Gleichzeitig verschärfen die neuen Regeln laut Barbara Hürlimann, Leiterin der kantonalen Abteilung Gesundheit, den Ärztemangel im Aargau, weil es Ärztinnen und Ärzten aus dem Ausland nicht mehr möglich ist, direkt eine selbstständige Tätigkeit in der Schweiz aufzunehmen.

An einem Anlass des Gesundheitsverbands Vaka schlug Hürlimann Alarm. Die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung sei «hochgradig gefährdet», sagte sie. Vor allem, weil die neuen Regeln für alle Fachgebiete gelten und keine Ausnahmen möglich sind. Selbst bei einer Unterversorgung in einem Fachgebiet können Ärztinnen und Ärzte aus der EU mit in der Schweiz anerkanntem Facharzttitel keine Praxis eröffnen, wenn sie nicht mindestens drei Jahre in einer Weiterbildungsstätte in der Schweiz tätig waren.

Wie angespannt die Versorgungssituation im Aargau ist, zeigen Zahlen des Bundesamtes für Statistik für das Jahr 2020. Die Ärztedichte liegt im Aargau sowohl bei den Hausärzten als auch bei den Psychiaterinnen unter dem Schweizer Durchschnitt.

Nebst strengeren Regeln für Praxiseröffnungen sieht das Krankenversicherungsgesetz neu vor, dass Kantone die Zahl der Ärztinnen beschränken können, die ambulante Leistungen zu Lasten der Krankenkassen erbringen. In Fachgebieten mit einer Obergrenze wird nur dann ein neuer Arzt zugelassen, wenn ein bereits tätiger Arzt seine Tätigkeit aufgibt.

Kommt Zulassungsstopp für gewisse Fachärzte?

Durch die Obergrenzen erhofft man sich eine Dämpfung des Kostenwachstums. Bereits zehn Ärzte weniger bringe grob geschätzt eine Kostendämpfung von mindestens 2,8 Millionen Franken mit sich, führte Hürlimann aus. Im Idealfall seien Obergrenzen für angehende Ärzte auch ein Anreiz für die Wahl eines Fachgebiets, das nicht ausreichend versorgt ist, und bremsten eine weitere Ausweitung des Angebots in bereits ausreichend versorgten Fachgebieten und Regionen.

Während die beiden Basel bereits per 1. April in acht Fachgebieten einen faktischen Zulassungsstopp für Ärztinnen und Ärzte erlassen haben, ist der Aargau noch nicht so weit. Hier soll die Einführung von Höchstzahlen laut Hürlimann in zwei Schritten umgesetzt werden. Per 1. Juli 2023 sollen Obergrenzen für einzelne Fachgebiete festgelegt werden, eine eigentliche ambulante Zulassungsplanung soll es dann ab dem 1. Juli 2025 geben.

Hürlimann hat in ihrem Referat aber bereits acht Fachgebiete erwähnt, in denen Obergrenzen beziehungsweise ein Zulassungsstopp zu prüfen wären. So gibt es im Aargau beispielsweise tendenziell (zu) viele Augenärztinnen, Kardiologen, Neurologinnen oder Radiologen.

Neue Regel aus Bern verschärft Ärztemangel

Seitenzahl

Seitenzahl

Titelseitenanriss

Aargau Alle Ärztinnen und Ärzte, die in der Schweiz eine Praxis eröffnen wollen, müssen mindestens drei Jahre an einer Weiterbildungsstätte in der Schweiz tätig gewesen sein. Die Leiterin der kantonalen Abteilung Gesundheit macht sich wegen der neuen Bundesregel Sorgen. Gibt es im Aargau bald einen Zulassungsstopp für Fachärzte. **(nla)**

FR – Die SP Freiburg stellt Gesundheitsstrategie vor

 Freiburger Nachrichten | 01.06.2022

Die SP des Kantons Freiburg stellte gestern ein Strategiepapier vor, wie das kantonale Gesundheitssystem die Probleme und Herausforderungen der kommenden Jahrzehnte bewältigen soll.

Frank Oliver Salzgeber

Freiburg Das Gesundheitssystem im Kanton Freiburg sorgte in den letzten Monaten immer wieder für Schlagzeilen. Sei es das hohe Defizit des Freiburger Spitals (HFR) oder die Diskussionen darüber, wie die Notfallversorgung im Kanton am besten zu organisieren ist. Die Verfassungsinitiative «Für bürgernahe öffentliche Spitalnotaufnahme 24/24» verlangt beispielsweise, dass der Kanton Freiburg eine öffentliche Spitalnotaufnahme rund um die Uhr und an sieben Tagen in der Woche im Süden, im Zentrum des Kantons sowie im deutschsprachigen Teil sicherstellt. Diese Verfassungsinitiative hat die SP des Kantons Freiburg dazu veranlasst, eine eigene Studie zur Gesundheitsstrategie im Kanton Freiburg ausarbeiten zu lassen. «Das Thema Gesundheit hat bei der SP Priorität», sagte Alizée Rey, Präsidentin der kantonalen SP, am Dienstag an der Pressekonferenz zur Präsentation der Studie. Verfasst wurde das knapp 60 Seiten umfassende Strategiepapier von Stéfanie Monod, Professorin für Gesundheitspolitik an der Universität Lausanne und ehemalige Gesundheitsdirektorin des Kantons Waadt.

Geringe Ärztedichte in Freiburg

«Wichtig sei eine ganzheitliche und langfristige Gesundheitsstrategie, welche die nächsten 20 Jahre umfasst», schreibt Monod in ihrer Studie. Grossrätin Eliane Aebischer (SP, Düdingen) stellte an der PK die Bevölkerungsentwicklung im Kanton Freiburg in den kommenden Jahrzehnten dar. Lebten 2017 im Kanton rund 13 000 über 80-jährige Menschen, so werden es 2030 schon über 22 000 sein. Und laut Hochrechnungen werden 2045 drei Mal mehr über 80-Jährige im Kanton Freiburg leben als drei Jahrzehnte zuvor, nämlich über 38 000. «Mehr alte Menschen, das bedeutet automatisch mehr Pflegebedarf und mehr Krankheiten», so Aebischer. Gleichzeitig zeigt Monod in ihrer Untersuchung, dass die Dichte an Hausärzten im Kanton Freiburg viel tiefer ist als im Schweizer Schnitt. So gibt es in Freiburg einen Hausarzt für 2050 Einwohner, während der Schweizer Schnitt bei einem Hausarzt für 1450 Einwohner liegt. «Gibt es weniger Hausärzte, so müssen die Leute häufiger die Notaufnahme aufsuchen», sagte Aebischer. Monod zeigt in ihrer Studie, dass in kaum einem Kanton so häufig Personen die Notfallstation aufsuchen, ohne dass sie dann hospitalisiert werden müssen, wie im Kanton Freiburg. Sie hätten also nicht unbedingt das Spital aufsuchen müssen. Allerdings droht sich der Hausärztemangel noch zu verschärfen, da viele dieser Ärzte schon älter sind und bald in Pension gehen. Auch Pflegefachleute werden in Zukunft fehlen, um die zunehmende Zahl an alten Menschen betreuen zu können.

Das Gesundheitssystem braucht Vertrauen

Die Strategie des Freiburger Spitals (HFR) sieht vor, dass komplexe medizinische Fälle am Kantonsspital in Freiburg behandelt werden. Für die Grundversorgung sollen demgegenüber ambulante Gesundheitszentren entstehen. Ein Beispiel ist der Standort Tafers, der bis 2024 zu seinem solchen Zentrum ausgebaut werden soll (die FN berichteten). In den Grundzügen folgt auch die Studie von Monod dieser Strategie. Trotzdem fordert Monod auch ein Umdenken: «Viele Menschen verbinden heute medizinische Pflege und Betreuung automatisch mit dem Spital.» Monod plädiert aber dafür, dass beispielsweise Hausärzte wieder öfter Heimbesuche machen. Dadurch könnten teure Spitalaufenthalte reduziert werden. Das bedingt aber, dass etwas gegen die erwähnte geringe Dichte von Hausärzten im Kanton getan wird. Auch die Strukturen sollten vereinfacht werden, so Monod. Bei einem nicht dringenden Notfall ist es vom Tag, der Uhrzeit und dem Fall abhängig, welche Nummer man anrufen soll. «Es darf nicht sein, dass zuerst eine Internetrecherche nötig ist, bis man weiss, welche Nummer zu wählen ist», so Monod.

Grossrat Armand Jaquier (SP, Romont) fügte noch einen weiteren wesentlichen Punkt hinzu: «Grundsätzlich müssen wir uns darum kümmern, dass die Bevölkerung das Vertrauen in unser Gesundheitssystem zurückgewinnt.»



Das Spital Tafers soll zu einem Gesundheitszentrum werden. Bild Aldo Ellena/a

Den raschen Zugang zu Medikamenten verbessern - Kommentar

 Neue Zürcher Zeitung NZZ | 01.06.2022

Patientinnen und Patienten in der Schweiz haben ein Problem beim Zugang zu neuen, innovativen Medikamenten. Das darf nicht sein in einem Land, das seinem Gesundheitswesen gerne das Prädikat «Spitzenklasse» verleiht.

René Buholzer

Die Pharmaindustrie hat einen konstruktiven Vorschlag lanciert. Jetzt müssen die Akteure im Gesundheitswesen endlich vorwärtskommen. Patientinnen und Patienten sollen darauf vertrauen können, im Bedarfsfall rasch und gleichberechtigt Zugang zu den bestmöglichen Behandlungen zu erhalten. Dafür muss ein Arzneimittel nicht nur durch Swissmedic zugelassen werden, sondern durch das Bundesamt für Gesundheit (BAG) auch auf die Spezialitätenliste aufgenommen sein.

Erst dann wird es durch die Krankenversicherung vergütet und ist allen Patientinnen und Patienten zugänglich. Seit einigen Jahren gibt es aber zwischen der Swissmedic-Zulassung und der Aufnahme auf die Spezialitätenliste massive Verzögerungen. Noch 2015 betrug diese Zeitspanne im Mittel 42 Tage, mittlerweile sind es durchschnittlich 217 Tage. Die von der Verordnung vorgegebenen 60 Tage werden damit massiv überschritten. Der Grund für diese Verzögerung: Der gegenwärtige Aufnahmeprozess bei neuen Medikamenten und Therapien vermag mit der wissenschaftlichen Innovation nicht mehr Schritt zu halten.

Einem Land, das sein Gesundheitswesen gerne für seine Qualität rühmt, steht das nicht gut an. Das oberste gemeinsame Ziel des BAG und der Pharmabranche muss ein rascher und gleichberechtigter Patientenzugang sein. Seit Jahren werden Versuche unternommen, diesen Zugang in der Schweiz zu verbessern, leider führten sie bisher zu keinen Lösungen. Anscheinend will das BAG lieber den für die Vergütung in Einzelfällen bestimmten Ausnahmeartikel revidieren, anstatt das Problem an der Wurzel zu packen.

Die Industrie hat daher ihrerseits einen neuen, kostenneutralen und weitreichenden Vorschlag zur Optimierung des Prozesses lanciert. Kernelement des zur Diskussion stehenden rückvergüteten Innovationszugangs ist, dass unmittelbar zum Zeitpunkt der Swissmedic-Zulassung ein vorläufiger Preis für neue Medikamente mit einem ausgewiesenen hohen medizinischen Bedarf durch das BAG gesetzt und das Medikament in die Spezialitätenliste aufgenommen wird.

Das BAG hat danach neu ein Jahr Zeit (statt wie bisher 60 Tage), um einen definitiven Preis festzulegen. War der vorläufige Preis höher, wird die Preisdifferenz zwischen dem vorläufigen und dem definitiven Preis neuer Arzneimittel von der Herstellerfirma zurückerstattet. So gewinnen alle: Die Patientinnen und Patienten erhalten sofort und gleichberechtigt Zugang, die Prämienzahler haben die Garantie auf einen wirtschaftlichen Preis, das BAG gewinnt 305 Tage mehr Zeit für die Preisfindung, und die Pharmaunternehmen können ihre Innovationen schneller zu den Menschen bringen. Für den Fall, dass die Verhandlungen zwischen dem BAG und der Firma innerhalb eines Jahres zu keinem Ergebnis führen sollten, werden – falls beide Seiten zustimmen – die Diskussion und die Entscheidung an eine Schiedsstelle weitergezogen. Ein klar definierter Prozess soll Planungssicherheit geben.

Dieser Vorschlag bringt Vorteile für alle und hat es verdient, im Interesse der Patientinnen und Patienten von allen Akteuren ehrlich diskutiert und geprüft zu werden. Alte Abwehrreflexe sind gerade im Gesundheitsbereich nicht zielführend. Insbesondere der Rückzahlungsmechanismus ist eine bedeutende Konzession seitens der pharmazeutischen Industrie. Nun gilt es, gemeinsam, konstruktiv und zielgerichtet an dieser Lösung zu arbeiten. Denn die Patientinnen und Patienten warten.