

SPERRFRIST: 16.6.09, 14.30 Uhr «Sofortpaket 09» zur Senkung der Grundversicherungskosten um 1,5 Milliarden Franken

Grundsätze:

- Kosten kann man nur senken, wenn alle Beteiligten finanzielle Nachteile in Kauf nehmen.
- Die Qualität der medizinischen Versorgung wird nicht tangiert.
- Wer dieses Paket beurteilt, soll seine Interessenbindungen bekannt geben, diese dann aber gleich wieder vergessen.

Das «Sofortpaket 09» zur Senkung der Grundversicherungskosten schlägt eine dringliche Revision des Krankenversicherungsgesetz (KVG) vor und unterstützt eine dringliche Motion, die vom Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) verschiedene Änderungen von Verordnungen verlangt.

Mitglieder:

Beim «Sofortpaket 09» haben folgende National- und StänderätInnen mitgemacht: NR Ruth Humbel (Präsidentin), SR Verena Diener, SR Christine Egerszegi, SR Erika Forster, SR Simonetta Sommaruga, NR Toni Bortoluzzi, NR Jacqueline Fehr, NR Yvonne Gilli, NR Hansjörg Hassler, SR Luc Recordon, NR Otto Ineichen (Initiant).

Massnahmen:

	Massnahme «Sofortpaket 09»	Tangiertes Gesetz oder Verordnung	Sparpotenzial	Fakten und Argumente
			<u>Total rund</u> <u>1,5 Mrd CHF</u>	Nur Kosten der Grundversicherung sind berücksichtigt. Nicht berücksichtigt sind die 200 Mio CHF tieferen Kosten der bereits beschlossenen tieferen Laborgebühren. Mit den neuen Laborgebühren beträgt das Sparpotenzial 1,7 Mrd CHF.
1.	<u>Selbstbehalte differenzieren</u> <u>20% statt 10% Selbstbehalt</u> a) für den direkten Zugang zu Spezialärzten (ausser Kinderärzte, Frauenärzte, HMOs etc. und Notfälle) sowie	<u>Änderung Aritkel KVG</u> Art. 64, 6 «Der Bundesrat kann für bestimmte Leistungen und	250 Mio CHF im 2010. Später auf 600 Mio, geschätzt: a) Günstigere Behandlungen bei	a) Zu den «Grundversorgern»: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Zu den Grundversorgern mit 10% Selbstbehalt wie heute zählen <ul style="list-style-type: none"> - Hausärzte/Internisten mit Praxen für Allgemeinmedizin, - Hausärzte, welche in Notfallstationen von Spitälern die Triage machen. - Kinderärzte und Frauenärzte. - Gruppenpraxen mit eigener Budgetverantwortung und mehrheitlich Grundversorgern.

Massnahme «Sofortpaket 09»

Tangiertes Gesetz
oder Verordnung

Sparpotenzial

Fakten und Argumente

	<p>b) für ambulante Spitalbehandlungen ohne Einweisungen oder zwingenden Grund. Für Hausarztpraxen, welche Spitäler den Notfallstationen vorlagern, gilt der Selbstbehalt von 10%.</p>	<p><i>Leistungsbereiche eine höhere Kostenbeteiligung vorsehen.»</i> ev. im Gesetz präzisieren: namentlich a) und b)</p>	<p>Grundversorgern anstelle teurer Spezialisten-Behandlungen. b) Günstigere Praxisbehandlungen anstelle teurer ambulanter Behandlungen im Spital.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Schweiz ist ausser Deutschland praktisch das einzige Land, in dem die Patienten direkten Zugang zu Spezialisten haben. Die Triage durch Grundversorger macht auch medizinisch Sinn. <u>In Skandinavien und Holland sind keine Nachteile aufgetreten.</u> ▪ Das «Gate-Keeper»-Prinzip ist ein wesentlicher Grund für die günstigeren Kosten in Holland, Skandinavien und in fast allen andern Ländern Europas. ▪ Im Kanton Waadt gibt es im Verhältnis zur Bevölkerung fast 70 Prozent mehr Spezialisten als im Kanton St. Gallen. Das ist einer der wichtigsten Gründe, weshalb die abgerechneten Grundversicherungs-Kosten im Kanton Waadt ein Drittel höher sind als im Kanton St. Gallen. <u>Der viel häufigere Besuch von Spezialärzten bringt den Waadtlandern keine gesundheitlichen Vorteile.</u> <p>b) Zum höheren Selbstbehalt für ambulante Spitalbehandlungen ohne Einweisung oder zwingenden Grund:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Erwünscht sind ambulante Spital-Behandlungen, die anstelle von bisher stationären Behandlungen erfolgen ▪ Unerwünscht sind ambulante Spitalbehandlungen anstelle von Behandlungen in Arztpraxen. Ausnahme: Wenn Spitäler den Notfallstationen Grundversorger für die Triage voranstellen. ▪ Seit 1998 sind die ambulanten OKP-Spitalkosten um extreme 8,5% jährlich gestiegen: Sie haben sich innert acht Jahren verdoppelt (Q. Santésuisse). ▪ Selbst wenn man die Tarmed-Tarife für ambulante Spitalbehandlungen auf das Niveau der Tarmed-Tarife ambulanter Praxisbehandlungen senkt (siehe weiter unten), sind ambulante Behandlungen in Spitälern trotzdem teurer, weil dort mehr technische Geräte zur Verfügung stehen (ein medizinischer Zusatznutzen infolge des grösseren technischen Einsatzes im Vergleich mit Praxisbehandlungen ist bisher nicht belegt worden). ▪ Der höhere Selbstbehalt bringt den Spitälern keinen Mehraufwand (im Gegensatz zu der vorgeschlagenen Eintrittsgebühr). ▪ Der Aufwand für die Kassen ist gering. ▪ Die Lenkungswirkung ist grösser.
<p>2.</p>	<p>a) <u>Zweijahrig</u>e Bindung für hohe Franchisen und andere <u>Versicherungsvarianten mit reduzierten Prämien.</u> b) <u>Leicht reduzierte maximale Prämienreduktion um 20%.</u> Wer ab 2010 neu eine hohe Franchise wählt oder ein anderes Grundversicherungsmodell mit</p>	<p><u>EDI Verordnung KVV Art 94,</u> a) Absatz 2 ergänzt: «Ab 2010 ist der Wechsel zu einer tieferen Franchise, in eine andere Versicherungsform oder zu einem anderen Versicherer</p>	<p>50 Mio CHF</p>	<p>a) Verpflichtung für zwei volle Jahre:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wer die höchste Franchise gewählt hat und entsprechend tiefe Prämien zahlt, verschiebt nicht dringende Behandlungen und Operationen um einige Monate und wechselt vorher zur niedrigsten Franchise. ▪ Ähnliches gilt bei andern Versicherungsvarianten mit Prämienreduktion <p>b) Leicht reduzierte maximale Prämienreduktion:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Leute mit gutem Risiko kommen mit der höchsten Franchise zu allzu günstigen Prämien. Die Kassen nutzen solche Angebote, um gute Risiken anzuwerben (so lange der Risikoausgleich nicht verbessert ist). ▪ Es ist klar, dass die Jagd nach günstigen Risiken erst ganz aufhört, wenn der

Massnahme «Sofortpaket 09»

**Tangiertes Gesetz
oder Verordnung**

Sparpotenzial

Fakten und Argumente

	Prämienreduktion, soll diese Variante und diese Versicherung mindestens zwei volle Jahre lang nicht wechseln können.	unter Einhaltung der in Artikel 7 Absätze 1 und 2 des Gesetzes festgesetzten Kündigungsfristen auf das Ende eines Kalenderjahres möglich, <i>frühestens aber nach Ablauf zweier voller Versicherungsjahre.</i> » b) Art. 90c KVV muss so geändert werden, dass die minimale Prämie bei der Wahl hoher Franchisen 60% der ordentlichen betragen muss (heute 50%).		neue Risikoausgleich in Kraft tritt und noch weiter verbessert wird.
3.	<u>Prämienverbilligung</u> Wer eine Zusatzversicherung abgeschlossen hat, verliert den Anspruch auf eine Prämienverbilligung.		200 Mio CHF = 5% der heutigen Verbilligungen, zugunsten von Bund und Kantonen.	Heute insgesamt etwa 4 Mrd CHF Prämienvergünstigung durch Kantone und Bund. Die Grundversicherung deckt eine medizinisch gute Versorgung vollständig ab. Wer sich eine Zusatzversicherung leisten kann, soll keine Steuergelder für die Vergünstigung der Grundversicherungsprämie erhalten. Heute hilft die Prämienverbilligung indirekt oft dazu, eine Zusatzversicherung zu finanzieren.
4.	<u>Verbot von Provisionen Und Telefonwerbung</u> a) Verbot von Provisionen für das Vermitteln und den Abschluss von Grundversicherungen. b) Verbot von Telefonwerbung für das Vermitteln und den Abschluss von Grundversicherungen.	<u>Neuer Artikel KVG</u> Text:	100 Mio CHF	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Kosten für das Vermitteln von neuen <u>Grundversicherungs</u>-Abschlüssen werden auf ca. 200 Mio CHF geschätzt (Provisionen, Kommissionen, Entschädigung an Comparis etc.). ▪ Einige Kassen zahlen pro Abschluss 200 CHF. ▪ <u>Es ist klar, dass die Jagd nach günstigen Risiken erst ganz aufhört, wenn der neue Risikoausgleich 2012 in Kraft tritt und noch weiter verbessert wird.</u> Im Sofortprogramm ist dies jedoch nicht zu schaffen.

Massnahme «Sofortpaket 09»

Tangiertes Gesetz
oder Verordnung

Sparpotenzial

Fakten und Argumente

<p>5. <u>Bundeskompentenz zum Festsetzen von Eckwerten für die Tarmed-Tarife.</u></p> <p>Neuer Artikel im KVG. Möglichst ebenfalls im Gesetz präzisieren</p> <p>a) dass die Taxpunktwerte für ambulante Behandlungen in Spitälern gleich tief sind wie in den Arztpraxen (Senkung der Spital-Taxpunktwerte);</p> <p>b) dass die Taxpunktwerte schweizweit nicht mehr als zehn Rappen auseinander liegen;</p> <p>c) dass die Taxpunktwerte für technische Leistungen reduziert werden, namentlich für Röntgenleistungen und ähnliches. Im gleichen Zug können Taxpunktwerte für Grundversorgungsleistungen erhöht werden.</p> <p>d) dass Grundversorger in Mangelgebieten einen höheren Taxpunktwert erhalten als Grundversorger in Gebieten mit genügender Dichte.</p> <p>Die neuen Taxpunktwerte dürfen bei der Einführung die gesamte Honorarsumme der Ärzte nicht erhöhen.</p>	<p><u>Neuer Artikel KVG:</u></p> <p>Bundeskompentenz zur Festlegung von Eckwerten für die Tarmed-Tarife, mit Präzisierungen. Text:</p> <p><u>Ergänzung:</u> Gegen die Tarifverfügungen des EDI gibt es kein Rekursrecht, jedenfalls keines mit aufschiebender Wirkung.</p>	<p>50 Mio. CHF</p> <p>Trotz unmittelbarer Kostenneutralität bei der Honorarsumme: Die neuen Tarmed-Tarife begünstigen die günstigeren Grundversorger gegenüber den teureren Spezialisten. Und sie begünstigen Besuche in Arztpraxen (ob Grundversorger oder Spezialisten) gegenüber ambulanten Behandlungen im Spital.</p>	<p>Die heutigen Tarmed-Tarife setzen falsche Anreize:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ sie bevorzugen Spezialärzte und machen die Grundversorgung finanziell unattraktiv; ▪ sie tragen zur Abwanderung von Grundversorgern aus ländlichen Gebieten bei; ▪ sie fördern teure ambulante Spitalbehandlungen. ▪ sie führen zu einem Überangebot an technischen Leistungen. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Eine Bundeskompetenz (allerdings nur eine restriktive) fordert Bundesrat Couchepin in seinem Massnahmenpaket. ▪ Die Tarmed-Tarife werden bis heute kantonal zwischen Ärzten und Kassen ausgehandelt. Nur im Konfliktfall kann eine Kantonsregierung entscheiden. Ärzteschaft und Kassen ist es nicht gelungen, kaum erklärbare Unterschiede, Ungereimtheiten und Fehlanreize der Tarife zu ändern. ▪ Die FMH vertritt sowohl die Interessen der Grundversorger als auch der Spezialisten und schafft keinen Ausgleich. ▪ Ambulante Spital-Behandlungen, welche günstigere Behandlungen in Arztpraxen ersetzen, werden mit dem höheren Selbstbehalt weniger attraktiv. Spitäler können weniger daran verdienen, haben aber auch weniger Kosten. Die Arztpraxen profitieren.
<p>6. <u>Liste der Mittel und Gegenstände (MiGel): Senkung oder Aufhebung der Höchstpreise Vertragsfreiheit einführen.</u></p>		<p>50 Mio CHF</p> <p>= 17% von 300 Mio.</p>	<p>ca. 300 Mio CHF zu Lasten der Grundversicherung.</p>

Massnahme «Sofortpaket 09»

**Tangiertes Gesetz
oder Verordnung**

Sparpotenzial

Fakten und Argumente

	<p>Eine Motion ist vom Parlament im 2008 wie folgt verabschiedet worden: «Der Bundesrat wird beauftragt zu prüfen, ob im KVG die gesetzlichen Grundlagen zu schaffen sind, damit die Preise bei den Produkten der Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL) vertraglich auszuhandeln sind und die Krankenversicherer Produkte einzig gestützt auf einen vertraglich ausgehandelten Preis zwischen den Leistungserbringern und den Krankenversicherern bzw. deren Verbänden bezahlen müssen.»</p>	<p><u>EDI Verordnungen</u> Texte: Falls Motion nicht direkt umgesetzt wird: a) Generelle Senkung der Preise um 15%. b) Schliesst ein Versicherer mit einem Anbieter einen günstigeren Vertrag, gilt der tiefere Preis auch gegenüber andern Anbietern.</p>	<p>Santésuisse hält Einsparung bis 100 Mio möglich, was einer Preissenkung von 33% entsprechen würde.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Das EDI setzt Höchstvergütungsbeträge fest. Diese Höchstvergütungsbeträge sind in der Regel sehr hoch und stellen faktisch eine Preisfestsetzung dar. Immer wenn kein separater Vertrag besteht - und das ist die Regel -, müssen die Krankenversicherer den oft überrissenen Maximalpreis der Migel bezahlen. ▪ Wenn mit einem Anbieter ein tieferer Preis ausgehandelt werden kann, darf sein Konkurrent, der keinen Vertrag abschliessen will, seine Produkte trotzdem zum Höchstvergütungsbetrag verrechnen. ▪ Die Anbieter haben daher kaum ein Interesse, mit den Versicherern Verträge mit tieferen Preisen abzuschliessen, weil die Krankenkassen die Migel-Produkte ohnehin bis zum Höchstbetrag entschädigen müssen. Deshalb entsteht kein Wettbewerb unter den Anbietern. Das führt zu stark überhöhten Preisen in der Schweiz und bei der wachsenden Nachfrage nach Migel-Produkten zu enormen Kostensteigerungen. ▪ Viele MiGel-Produkte stammen aus dem Ausland und sind dort viel billiger.
<p>7.</p>	<p><u>Arztzeugnisse für kurze Absenzen vom Leistungskatalog streichen</u></p> <p>Die Grundversicherung übernimmt keine Kosten für Arztzeugnisse, welche Arbeitgeber für eine Absenz bis zu drei Tagen verlangen. Die Kosten können zum Beispiel hälftig auf Arbeitgeber und Arbeitnehmer verteilt werden.</p>	<p><u>EDI Verordnung</u> (Leistungskatalog) Text: Zudem Revision Arbeitsgesetz: Vertrauensärzte oder von der Suva zertifizierte Ärzte und Ärztinnen. Kosten für Arztzeugnisse hälftig zu Lasten der Arbeitgeber und Arbeitnehmer.</p>	<p>50 Mio CHF</p>	<p>Ca. 3 Mio Arztzeugnisse pro Jahr (?). Arztzeugnisse für kurze Krankheits-Absenzen von bis zu drei Tagen sind nur deshalb zum Standard geworden, weil die soziale Grundversicherung die Kosten trägt. In den meisten Fällen sind diese Arztzeugnisse reine Formsache und haben <u>eine geringe Aussagekraft</u>. Verweigert ein Arzt ein Zeugnis, kann der Beschäftigte einen andern Arzt aufsuchen – ebenfalls auf Kosten der Grundversicherung. Für diese Kurzabsenzen ist es nicht Aufgabe der sozialen Krankenversicherung Arztzeugnisse zu finanzieren. Dafür soll es Arbeitgebern erlaubt sein, bei Missbrauch-Verdacht Vertrauensärzte zu bestimmen, welche ein Arztzeugnis ausstellen. Auch von der Suva zertifizierte Ärzte wären ein gangbarer Weg.</p>

Massnahme «Sofortpaket 09»

Tangiertes Gesetz
oder Verordnung

Sparpotenzial

Fakten und Argumente

<p>8.</p>	<p><u>Medikamente Preise</u></p>		<p>600 Mio CHF =11 % von 5,5 Mrd</p> <p>-9 % Umsatz Originalpräparate, -2 % Umsatz Generika- Firmen</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Medikamente = 25% der Grundversicherungskosten = 5,5 Mrd CHF</u> (4,47 Mrd CHF Apotheken und Ärzte +1,04 Mrd CHF in Spitälern) ▪ Für die Grundversicherung setzt das EDI die Medikamentenpreise aufgrund eines Preisvergleichs mit den Ländern D, GB, NE und Dänemark fest. Das sind im Wesentlichen Hochpreisländer. ▪ Die Preiskorrekturen im 2008 von rund 400 zum Teil umsatzstarken, patentgeschützten Medikamenten aufgrund dieses Auslandspreisvergleichs erfolgten zu einem Wechselkurs von 1.75 Euro (1.65 + 8% «Schwankungsreserve»). Würde man die Preise zum heutigen Wechselkurs von 1.50 festsetzen, würde allein diese Korrektur der Korrekturrunde Einsparungen in der Grössenordnung von 100 Mio CHF bewirken. (Quelle: Preisüberwachung). ▪ Bei der dreijährigen Überprüfung der Preise und der Zweckmässigkeit spielt der gewählte Wechselkurs eine wichtige Rolle.
<p>8a.</p>	<p><u>Änderung oder Erweiterung des Länderkorbs für den Preisvergleich.</u></p> <p>Regelmässige Überprüfung der <u>Preise und der Zweckmässigkeit</u> aller SL-Medikamente mindestens alle drei Jahre. Rekurse gegen diese Überprüfungsentscheide haben keine aufschiebende Wirkung.</p> <p>Wird eine Erweiterung oder eine Einschränkung der Indikation verfügt, so wird auch der Preis gesenkt oder erhöht.</p>	<p><u>EDI Verordnung:</u> Ergänzung des Länderkorbs (heute: D, GB, NE, Dänemark) mit F, A und Belgien.</p> <p><u>Verordnung:</u> <u>Text</u></p>	<p>(±160 Mio zu Lasten Originalpräparate.)</p> <p>Das EDI will den Länderkorb nur mit Frankreich und Österreich ergänzen. Italien wird abgelehnt. Anstelle von vom günstigen Italien muss das ebenfalls günstige Belgien treten.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Interpharma ist mit Änderung des Länder-Vergleichskorbs einverstanden, sofern es Länder mit ähnlichen Verhältnissen sind. ▪ Wären Parallelimporte gestattet, würden Medikamente von den <i>günstigsten</i> EU-Ländern importiert. ▪ 70 Prozent aller Grundversicherungs-Medikamente werden importiert. Von hohen Preisen profitieren in erster Linie ausländische Pharmafirmen.
<p>8b.</p>	<p><u>Generika-Preise aufgrund des Auslandspreisvergleichs festlegen (Kosten pro mg Wirkstoff).</u></p>	<p><u>EDI Verordnung</u></p> <p>Trotz bestehender Vorschrift werden Generika-Preise nicht mit dem Ausland abgeglichen, weil</p>	<p>(±120 Mio zu Lasten Generika-Hersteller)</p> <p>Quelle: Statistik Santésuisse, Annahme: Preise -20%.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Selbst die Interpharma erklärt immer wieder, die Generika-Preise seien in der Schweiz zu hoch. ▪ Laut Preisüberwachung würde ein Preisvergleich mit den bisherigen Referenzländern die Generika-Preise um über 20 Prozent senken. ▪ Der Anteil der Generika ist in der Schweiz im Vergleich zum Ausland viel zu tief.

Massnahme «Sofortpaket 09»

Tangiertes Gesetz
oder Verordnung

Sparpotenzial

Fakten und Argumente

		häufig nicht die gleichen Firmen betroffen sind. Mit dem Vergleich der Kosten pro mg Wirkstoff ist dieses Problem behoben.		
8c.	<u>Bei austauschbaren Medikamenten nur den Preis der wirtschaftlichen vergüten.</u> Für Medikamente zahlen die Kassen maximal 10 Prozent mehr als das günstigste Angebot von Medikamenten mit den gleichen Wirkstoffen (in der Regel Generika). <u>Wer ohne medizinischen Grund ein teureres Medikament wählt, zahlt den Preisunterschied selber.</u>	<u>EDI Verordnung:</u> KLV Art. 34 ergänzen: <u>Art. 34 e</u> «Für Medikamente werden maximal 10 Prozent mehr vergütet als das günstigste Angebot mit den gleichen Wirkstoffen. Wer ohne ein vom Arzt bestätigter medizinischer Grund ein teureres Medikament verwendet, zahlt den Aufpreis selber.»	(±320 Mio zu Lasten Pharma; bisher ausgegeben für unwirtschaftliche Medikamente).	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Das KVG schreibt vor, dass Medikamente «wirtschaftlich» sein müssen. Die KLV Art. 34 präzisiert: «<u>Ein Arzneimittel gilt als wirtschaftlich, wenn es die indizierte Heilwirkung mit möglichst geringem finanziellem Aufwand gewährleistet.</u>» Daraus folgt eigentlich: Unter Medikamenten mit gleichen Wirkstoffen und Dosierung dürfen die Kassen nur die günstigsten zahlen. Wer ohne medizinischen Grund ein teureres Medikament wählt, müsste die Preisdifferenz selber zahlen. Doch das EDI/BAG hat Gesetz und Verordnung nie so angewandt. ▪ Wie in andern Ländern zahlen die Krankenkassen in Holland für patentfreie Medikamente nur 5 Prozent mehr als das jeweils günstigste Angebot (in der Regel Generika). Medizinische oder gesundheitliche Probleme gibt es nicht. ▪ <u>Es kommt nicht nur auf die Medikamenten-Preise an. Für die Kosten entscheidend ist ebenfalls, ob die Kassen bei austauschbaren Medikamenten, wie in manchen andern Ländern, stets nur die günstigeren zahlen oder nicht.</u>
9.	<u>Medikamente Handels-Margen</u>		200 Mio CHF	Die von den Preisen abhängige Marge von bisher 15% (unterdessen beschlossen 12%) entspricht nur einem Drittel der Gesamtmarge. Die restlichen zwei Drittel der Margen bestehen in Fixmargen (Quelle Preisüberwachung).
	a) <u>Für selbst dispensierende Ärzte die preisabhängige Marge sowie auch die Fixmargen halbieren.</u> Ärzte haben ihre Kosten damit gedeckt, aber sie können nicht mehr an den Medikamenten verdienen, die sie selbst verschreiben.	<u>EDI Verordnung:</u> <u>Variable und fixe</u> Marge der verschreibenden Ärzte halbieren. (= 50% Margen-	a) 220 Mio zu Lasten der Ärzte. Dafür als Kompensation eine Erhöhung der Tarmedpunkte für Ärzte in Kantonen mit Selbstdispensation,	a) Margen von Ärzten und Spitälern: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Margen, die je nach Vertriebskanal unterschiedlich sind, werden schon lange gefordert. Ein Arzt mit kleinem Sortiment hat im Vergleich mit einer Apotheke mit Pflicht zum Volls Sortiment und der Führung von Geschäften nur einen geringen Aufwand. ▪ <u>Das Einkommen von Ärzten und Spitälern sollte nicht von der Menge und Art der Medikamente abhängen, die sie selber verschreiben.</u>

Massnahme «Sofortpaket 09»

**Tangiertes Gesetz
oder Verordnung**

Sparpotenzial

Fakten und Argumente

	<p>Als <u>Kompensation</u> sollen die Taxwert-Punkte für Ärzte in denjenigen Kantonen erhöht werden, welche diese wegen der Selbstdispensation niedriger festgelegt haben.</p> <p>b) Für <u>Apotheken</u> die preisabhängige Marge auf 10-12% Prozent senken. Die Fixmarge beibehalten.</p>	<p><u>Reduktion für Ärzte, aber Kompensation durch höhere Tarmed-Taxpunktwerte</u>.</p> <p>Variable Apotheker- und Grossistenmarge neu 10-12%. (= 10% Reduktion der <u>bisherigen Gesamtmarge</u>)</p>	<p>welche aus diesem Grund tiefere Taxpunktwerte kennen: +220 Mio. Für Ärzte ist die <u>Margenreduzierung also kostenneutral</u>. Die Apotheken profitieren, da Selbstdispensation weniger attraktiv wird.</p> <p>b) 200 Mio CHF zu Lasten der Apotheken. Dafür profitieren die Apotheker, weil die Selbstdispensation der Ärzte weniger attraktiv wird.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ In Kantonen, in denen Ärzte in Berücksichtigung des Verdienstes aus dem Medikamentenverkauf einen niedrigeren Tarmedtarif erhalten, sollen <u>die Tarmed-Taxpunktwerte als Kompensation erhöht werden</u>. ▪ Der Preisüberwacher unterstützt differenzierten Margen. <p>b) Margen von Apotheken:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Zwei Drittel der Apothekermargen sind heute fix. Es ist vertretbar, die variablen Margen auf 10-12% zu senken. ▪ Die Margen zwischen den Fabrikabgabepreisen und den Endpreisen ist in der Schweiz mit etwa 30 Prozent höher als in den meisten Ländern. ▪ In Gegenden mit Selbstdispensation profitieren Apotheker von diesem Sofortpaket, weil Ärzte an der Selbstdispensation nicht mehr verdienen können. ▪ Selbst in Gegenden ohne Selbstdispensation ist die Dichte der Apotheken zu gross. ▪ Ziel muss es sein, die Margen ganz unabhängig von den Medikamenten-Preisen festzulegen, um falsche Anreize zu vermeiden.
	<p>Eine <u>Variante</u> anstelle der Margenreduktion für selbst dispensierende Ärzte wäre der Vorschlag von BR Couchepin: Selbstdispensation der Praxisärzte generell verbieten. Ausnahmen: Ärzte in abgelegenen Gebieten, Ärzte mit Budgetverantwortung, Notfälle. Kompensation durch höhere Tarmed-Tarife in Kantonen, welche den Tarmed-Tarif wegen der Selbstdispensation niedriger festgesetzt haben.</p>			<p>Ein Verbot der in der Deutschschweiz verbreiteten Selbstdispensation (Ausnahme abgelegene Praxen, Ärzte mit Budgetverantwortung und Notfälle) hat kurzfristig wahrscheinlich keine Chance. Die Schweiz bleibt damit das einzige Industrieland, in dem Ärzte an Medikamenten, die sie verschreiben, gleichzeitig verdienen können. Der von allen Seiten gepredigte Grundsatz, dass Finanzanreize richtig gesetzt sein müssen, wird verletzt. Auch die OECD/WHO verlangen die Abschaffung der Selbstdispensation.</p> <p>Der Verdienstausschlag der selbst dispensierenden Ärzte kann mit höheren Taxpunktwerten kompensiert werden. Natürlich nur in Kantonen, welche die Tarmed-Tarife wegen der Selbstdispensation niedriger festgesetzt haben.</p>
<p>10</p>	<p><u>Beteiligung an den Spitalkosten</u></p> <p>Heute 10 CHF/Tag nur für Alleinstehende (KVV 104). Neu: 15 CHF für alle Erwachsene. Obergrenze bei 450 Franken (30</p>	<p>EDI Verordnung Änderung KVV Art. 104 Text</p>	<p>80 Mio CHF</p>	<p>2008 zahlte die Grundversicherung ca. 12,5 Mio Spitaltage. Die einbezahlten Kostenbeteiligungen von Alleinstehenden weist die Santésuisse nicht aus und seien «vernachlässigbar». Würden alle Erwachsenen 15 CHF pro Tag zahlen, mit einer Obergrenze von 450 CHF, käme man auf etwa 80 Mio. Wer im Spital liegt, spart alle privaten Ausgaben für Verpflegung und den Alltag.</p>

Massnahme «Sofortpaket 09»

**Tangiertes Gesetz
oder Verordnung**

Sparpotenzial

Fakten und Argumente

	Tage Spitalaufenthalt).			<p><u>Der heute nur für Alleinstehende gültige Selbstbehalt von 10 CHF/Tag wird der Teuerung angepasst und auf 15 CHF/Tag erhöht sowie auf alle Erwachsene ausgedehnt.</u></p> <p>Wer im Spital liegt, soll finanziell nicht besser dastehen als wenn er gesund zu Hause ist. Im ambulanten Bereich sind die Selbstbeteiligungen an der oberen Grenze, im Spital zahlen am meisten nicht einmal einen Franken an die Verpflegung.</p>
--	-------------------------	--	--	---