

Ausgewählte Beiträge zur Schweizer Politik

Suchabfrage	24.04.2024
Thema	Keine Einschränkung
Schlagworte	Gesundheitskosten
Akteure	Keine Einschränkung
Prozesstypen	Verordnung / einfacher Bundesbeschluss
Datum	01.01.1989 - 01.01.2019

Impressum

Herausgeber

Année Politique Suisse
Institut für Politikwissenschaft
Universität Bern
Fabrikstrasse 8
CH-3012 Bern
www.anneepolitique.swiss

Beiträge von

Benteli, Marianne
Heidelberger, Anja

Bevorzugte Zitierweise

Benteli, Marianne; Heidelberger, Anja 2024. *Ausgewählte Beiträge zur Schweizer Politik: Gesundheitskosten, Verordnung / einfacher Bundesbeschluss, 1990 - 2018*. Bern: Année Politique Suisse, Institut für Politikwissenschaft, Universität Bern. www.anneepolitique.swiss, abgerufen am 24.04.2024.

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Chronik	1
Sozialpolitik	1
Gesundheit, Sozialhilfe, Sport	1
Ärzte und Pflegepersonal	1
Medikamente	1
Sozialversicherungen	1
Krankenversicherung	1

Abkürzungsverzeichnis

GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
BFS	Bundesamt für Statistik
ALV	Arbeitslosenversicherung
IV	Invalidenversicherung
EDI	Eidgenössisches Departement des Inneren
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherungen

CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
OFS	Office fédéral de la statistique
AC	assurance-chômage
AI	Assurance-invalidité
DFI	Département fédéral de l'intérieur
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie

Allgemeine Chronik

Sozialpolitik

Gesundheit, Sozialhilfe, Sport

Ärzte und Pflegepersonal

VERORDNUNG / EINFACHER
BUNDESBESCHLUSS
DATUM: 30.05.1997
MARIANNE BENTELI

Weil die **Kosten im Spitex-Bereich** seit dem Inkrafttreten des neuen KVG zum Teil unkontrolliert zugenommen haben, drängten die Krankenkassen und deren Vertreter im Parlament auf eine Beschränkung der Höchstlimite für den Bezug dieser Leistungen. Der Bundesrat schloss sich dieser Sichtweise an und nahm eine **Verordnungsänderung** vor, mit welcher pro Patient und Quartal ein maximales Zeitbudget von 60 Stunden festgesetzt wird. Ist dieses aufgebraucht, muss in Zusammenarbeit von Arzt, Spitex-Organisation und Krankenversicherung neu abgeklärt werden, ob sich die Pflegemassnahme noch aufdrängt. Mit diesem Entscheid kam der Bundesrat einer vorläufig unterstützten parlamentarischen Initiative des designierten Verwaltungsratspräsidenten der Krankenkasse Visana, Nationalrat Rychen (svp, BE), entgegen, der ebenfalls eine Beschränkung auf 60 Stunden pro Quartal verlangte, eine Weiterführung aber nur in Härtefällen zulassen sowie - analog zu den Pflegeheimen - auch für die Spitex eine Klassifizierung der Pflegebedürftigkeit einführen wollte (Pa.Iv. 97.402). Dieser letzten Forderung trug der Bundesrat insofern Rechnung, als er per 1998 den Kantonen Höchstansätze für Spitex-Leistungen je nach Pflegebedürftigkeit und Umfeld der Patientinnen und Patienten empfahl (30 bis 65 Fr. pro Stunde). Damit soll den zum Teil exorbitanten Rechnungen gewinnorientierter Spitex-Anbieter der Riegel geschoben werden. Nicht folgen mochte der Bundesrat der Forderung des Initianten, auch Chronischkranke und Langzeitpatienten dem Zeitbudget zu unterstellen; ihnen sollen nach Ansicht des Bundesrates aus dieser Massnahme keine Nachteile erwachsen.¹

Medikamente

VERORDNUNG / EINFACHER
BUNDESBESCHLUSS
DATUM: 17.02.1993
MARIANNE BENTELI

Der Bundesrat will das **Preisgefälle zwischen hiesigen und ausländischen Medikamenten** in den Griff bekommen. Er gab den Auftrag zu den entsprechenden Verordnungsänderungen. Dabei ist auch ein Preisvergleich mit dem Ausland vorgesehen, wie ihn der Preisüberwacher im Vorjahr gefordert hatte, sowie eine Überprüfung der Patentdauer. Gleichzeitig soll die Verwendung von Generika - den kostengünstigeren Nachahmerpräparaten - gefördert werden. Die Apotheker wehrten sich gegen die geplanten Preissenkungen, die ihrer Ansicht nach zu einem Apothekensterben und damit zum Wegfall einer bedeutenden Dienstleistung im Gesundheitswesen führen würden. Vehement wiesen die Apotheker auch den Vorschlag einzelner Krankenkassen zurück, ihren chronischkranken Versicherten die Medikamente direkt abzugeben. Die Kassen argumentierten, bei der Abgabe von Langzeitpräparaten sei die Apotheker-Marge nicht mehr durch das Beratungsgespräch gerechtfertigt.²

Sozialversicherungen

Krankenversicherung

VERORDNUNG / EINFACHER
BUNDESBESCHLUSS
DATUM: 04.12.1990
MARIANNE BENTELI

Im Sinn **weitergehender Massnahmen zur Kosteneindämmung** setzte der Bundesrat im Dezember die Jahresfranchise für Versicherte auf neu 150 Fr. fest, die traditionelle Quartalsfranchise von zuletzt 50 Fr. wurde abgeschafft, der Selbstbehalt von 10% des die Franchise übersteigenden Betrags beibehalten. Im Bereich der Kollektivversicherungen verfügte er, dass die Versicherten auch bei alters- oder invaliditätsbedingtem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben sowie bei Arbeitslosigkeit weiterhin mit ihren Familienangehörigen dem Kollektivvertrag angehören können. Weiter wurden die Beitragsunterschiede zwischen den einzelnen Regionalstufen und den Eintrittsaltersgruppen gleichmässiger auf alle Versicherten einer Kasse verteilt und festgehalten, dass die Prämien der Kollektivversicherung die Minimalprämien der Einzelversicherung nicht unterschreiten dürfen.³

VERORDNUNG / EINFACHER
BUNDESBESCHLUSS
DATUM: 31.12.2002
MARIANNE BENTELI

Im Dezember des Vorjahres hatte Bundesrätin Dreifuss eine Reihe von Massnahmen angekündigt, unter anderem eine Prämienentlastung von Familien mit Kindern, die Schaffung eines Hochkostenpools, die Verpflichtung zum Einholen einer Zweitmeinung vor allzu häufig durchgeführten medizinischen Interventionen sowie eine weitere Preissenkungsrunde bei den Medikamenten. Ende Januar lehnte der Gesamtbundesrat die meisten der Vorschläge ab und teilte mit, er werde Dreifuss im heiklen Dossier Krankenversicherung von nun an „aktiver begleiten“; zudem verlangte er vom EDI eine breite Auslegeordnung des Systems der sozialen Krankenversicherung. Diese Mitteilung wurde in den Medien als „Bevormundung“ oder „Entmachtung“ von Dreifuss interpretiert. Am 22. Mai nahm der **Bundesrat** anlässlich einer **Klausurtagung** in der Kartause Ittingen (TG) Kenntnis vom verlangten Bericht. Dabei bekräftigte er seinen Willen, die Anstrengungen zur Kostensenkung zu verstärken. Als generelles Ziel, das mit kurz-, mittel- und langfristigen Massnahmen erreicht werden soll, bezeichnete er eine **bessere Steuerung der Leistungsmengen, den effizienteren Einsatz von Leistungen sowie eine gezieltere Kontrolle der Preise**. Zur Umsetzung will der Bundesrat auf einen Mix von zwingenden Vorgaben und partnerschaftlichen Instrumenten setzen. Als kurzfristige Massnahme setzte er auf Mitte Jahr drei neue Verordnungen resp. Verordnungsänderungen in Kraft: Verpflichtung zur Konsultation eines Vertrauensarztes vor gewissen medizinischen Behandlungen, befristete bedürfnisabhängige Zulassungsbeschränkung für neue Leistungserbringer und strengere Kontrolle der Arzneimittelpreise. Mittelfristig beschloss er, neue Vorschläge wie die flächendeckende Einführung einer Patientenkarte und die Schaffung eines Hochkostenpools soweit realisierbar bereits in die laufende 2. Teilrevision des KVG einzubringen. Einzig bei den Prämienrabatten für die Kinder konnte sich Dreifuss nicht durchsetzen. In einer längerfristigen Perspektive beauftragte der Bundesrat das EDI, Modelle für eine Aufhebung des Kontrahierungszwangs, für eine Kompetenzverlagerung zwischen Bund und Kantonen im Planungsbereich und für regulatorische Massnahmen wie Managed-Care-Modelle oder Systeme der Nachfragesteuerung durch modifizierte Kostenbeteiligungen vertieft zu prüfen.⁴

VERORDNUNG / EINFACHER
BUNDESBESCHLUSS
DATUM: 22.03.2017
ANJA HEIDELBERGER

Zwischen März und Juni 2017 führte das EDI eine Vernehmlassung zur **Revision des Tarmed** im Bereich der ambulanten ärztlichen Leistungen durch. Da sich die Tarifpartner nicht auf eine gemeinsame Tarifstruktur einigen konnten, soll der Tarmed in diesem Bereich zudem per 1. Januar 2018 als gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstruktur für ärztliche Leistungen festgelegt werden. Auch im Bereich der physiotherapeutischen Leistungen muss der Bundesrat mangels vereinbarter einheitlicher Strukturen die Einzelleistungstarifstruktur festlegen. Zur vorgeschlagenen Lösung gingen in der Vernehmlassung 980 Stellungnahmen ein. Neben den hauptsächlich auf die Stellungnahme der GDK verweisenden Kantonen meldeten sich auch die grossen nationalen Parteien, Wirtschafts-, Versicherer- und Konsumentenverbände, Patientenorganisationen, Ärztesellschaften und -vereinigungen sowie rund 700 einzelne Leistungserbringerinnen und -erbringer zu Wort. Unbestritten war der Revisionsbedarf des Tarmed, so dass Kantone, Parteien und Versicherer die vorgeschlagenen Änderungen grösstenteils befürworteten. Die Patientenorganisationen befürchteten jedoch insbesondere Kostenverschiebungen zur IV oder zur ALV sowie Leistungsverschiebungen vom ambulanten zum stationären Bereich. Die Ärztesellschaften und Spitäler kritisierten die ungenügende Kostendeckung, welche eine wirtschaftliche Praxisführung in Frage stelle. So würden bereits heute gewisse Kosten nicht mehr durch den Tarmed gedeckt und die Revision verstärke dies zusätzlich. Besonders stark von den Änderungen betroffen seien zudem die vulnerabelsten Patientinnen und Patienten sowie ihre Leistungserbringer.⁵

VERORDNUNG / EINFACHER
BUNDESBESCHLUSS
DATUM: 18.10.2017
ANJA HEIDELBERGER

Im August 2017 gab der Bundesrat bekannt, dass er von seiner subsidiären Kompetenz Gebrauch machen und die Einzelleistungstarifstruktur **Tarmed** anpassen werde. Dies war nach 2014 zum zweiten Mal nötig geworden, weil sich Leistungserbringer und Versicherer nicht auf einen gemeinsamen Tarif hatten einigen können und somit für das Jahr 2018 keine Tarifstruktur mehr vorgelegen hätte. Die Änderungen der Verordnung zum Tarmed sahen vor, die „Vergütungen der verschiedenen Leistungen in angemessene Relation zu stellen“. Dazu sollten einerseits die Leistungsvergütungen bestimmter Tarifpositionen geändert werden. Zum Beispiel soll für alle Leistungen ein einheitlicher Dignitätsfaktor bestimmt werden. Die Weiterbildungsdauer der Fachärzte soll folglich nicht mehr in die Tarife einfließen, so dass alle ärztlichen Leistungen einheitlich abgerechnet werden. Andererseits werden die Abrechnungsregeln einzelner Tarifpositionen geändert, was unter anderem zu mehr Abrechnungstransparenz und

reduzierten Beträgen bei der Verrechnung von Leistungen in Abwesenheit der Patientinnen und Patienten führen soll. Zudem werden die Tarife derjenigen Leistungen gesenkt, deren Dauer durch technische oder medizinische Fortschritte reduziert worden ist. Einzelne dieser Massnahmen hatte der Bundesrat entsprechend den Rückmeldungen aus der Vernehmlassung angepasst, so dass er nun mit jährlichen Einsparungen von CHF 470 Mio. (anstelle der ursprünglich erwarteten CHF 700 Mio.) rechnete. Diese Korrekturen betrafen vor allem die vulnerabelsten Patienten, also Kinder, Betagte und psychisch Kranke, deren Grundkonsultation unter anderem weiterhin länger dauern darf als bei den übrigen Patienten.

Die betroffenen Akteure reagierten unterschiedlich auf die Revision. Der Kassenverband Curafutura lobte die Revision und erwartete deutliche Einsparungen bei den Prämien; Santésuisse hingegen bezweifelte, dass die durch die Revision möglichen finanziellen Reduktionen tatsächlich die von Bundesrat Berset angegebene Höhe erreichen würden. Negative Reaktionen kamen vor allem von den Leistungserbringern: Der Ärzteverband FMH sorgte sich aufgrund der Revision wie bereits in der Vernehmlassung vor möglichen Verschiebungen vom ambulanten in den stationären Bereich. Für die Ärzte bedeute dies zudem eine Reduktion ihrer Vergütungen um durchschnittlich 10 Prozent, vereinzelt könne es gar zu Reduktionen bis 30 Prozent kommen. Dies veranlasste die Presse zu Spekulationen, ob die Revision den Anreiz der Ärzteschaft gesteigert habe, ihre eigene Tarifrevision Tarco voranzutreiben. Deren Erarbeitung hatte sich zuvor als schwierig erwiesen, weil höhere Ansätze bei den einen Ärzten aufgrund der nötigen Kostenneutralität zu finanziellen Einbussen für andere Ärzte führen würden. Der Spitalverband H+ betonte schliesslich, dass die Anpassung des Tarmed die Situation der Spitäler weiter verschlechtern werde. Aufgrund dieser unterschiedlichen Rückmeldungen waren sich die Medien nicht einig, ob die Revision eine gute oder schlechte Nachricht für die Patienten sei. Zwar setze der Bundesrat damit ein Zeichen gegen die ständig wachsenden Prämien, jedoch seien Einsparungen von einer halben Milliarde pro Jahr bei jährlichen Gesundheitskosten von etwa CHF 70 Mrd. eher ein Tropfen auf den heissen Stein.⁶

VERORDNUNG / EINFACHER
BUNDESBESCHLUSS
DATUM: 12.02.2018
ANJA HEIDELBERGER

Einen **ersten Effekt verzeichnete die Tarmed-Änderung**, die im Januar 2018 in Kraft trat, bereits im Februar 2018: Wie das Bundesamt für Statistik vermeldete, sank der Landesindex der Konsumentenpreise (LIK) von Dezember 2017 auf Januar 2018 um 0.1 Prozent. Dies sei insbesondere auf die tieferen Preise für ambulante Behandlungen im Spital, die um 4.9 Prozent gesunken waren, zurückzuführen, erklärte das BFS.⁷

1) Amtl. Bull. NR, 1997, S. 1430 ff., "Dreifuss (1997). Spitex vor grossen Herausforderungen" in CHSS, S246ff.; TA, 25.2.97; Bund, 5.3.97; NZZ, 24.3.97; Presse vom 30.5., 17.6. und 18.9.97., CHSS, 1997, Nr. 5; CHSS, 1997, S. 247.

2) NQ, 19.2.93; Presse vom 13.5.93; Ww, 16.9.93; Bund, 24.9.93., Presse vom 2.9.93; SHZ, 16.9.93.; Presse vom 17.2.93; NZZ, 17.4.93, Bund, 19.8.93., Amtl. Bull. NR, 1993, S. 1917., Bund, 7.9.93, Presse vom 9.6.93.

3) AS, 1991, S. 17 ff. und 606 ff.; Bund und NZZ, 4.12.90; TA, 31.12.90.

4) Presse vom 31.1., 17.5., 24.5. und 4.7.02; TA, 14.5.01

5) Ergebnisbericht Vernehmlassung BAG; Medienmitteilung BAG vom 22.3.17

6) Ergebnisbericht Vernehmlassung BAG; Medienmitteilung BAG vom 16.8.17; AZ, BZ, Cdt, LT, LZ, Lib, NZZ, TA, 17.8.17; AZ, LT, 19.8.17; NZZ, 19.10.17; SGT, 21.10.17

7) Medienmitteilung vom 12.2.18; NZZ, 13.2.18; TA, 15.2.18