

Gegenvorschlag zum Zulassungsstopp

MOTION

vom 22.3.2013

Jürg Stahl

Nationalrat SVP

Kanton Zürich



Der Bundesrat wird bezüglich der Beschränkung der Zulassung zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung beauftragt, auf ein Moratorium zu verzichten und ab einer bestimmten Ärztedichte die Vertragsfreiheit einzuführen. Er soll dem Parlament die hierzu notwendigen Gesetzesänderungen vorschlagen.

Begründung

In Folge der Aufhebung des Zulassungsstopps haben seit 1. Januar 2012 die Anträge für die Eröffnung neuer Arztpraxen stark zugenommen. Die Absicht des Bundesrates besteht darin, den Zulassungsstopp für Spezialisten für drei weitere Jahre (bis März 2016) wieder einzuführen. Dieser Schritt kommt einer staatlichen Planung des ambulanten Bereichs gleich und überträgt den Kantonen weitere Aufgaben und regulatorische Kompetenzen. Die Rolle der Kantone ist heute bereits sehr umfassend (Spitaleigentümer, Tarifgenehmigungs- und Tariffestsetzungsbehörde usw.). Deren Kompetenzen sollten daher nicht noch stärker gewichtet werden, und ihre Aufgaben sollten auf die Sicherstellung der Rahmenbedingungen und der medizinischen Versorgung begrenzt werden.

Statt den Kantonen noch mehr Kompetenzen zu übergeben, sollte der Bundesrat die Vertragsfreiheit einführen. Diese sollte aber nur dann zur Anwendung kommen, wenn in einem Kanton mehr Ärzte praktizieren, als für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung notwendig ist. Nach Anhörung der Ärzte und der Versicherer soll der Bundesrat die entsprechende Anzahl Ärzte festlegen, welche für die ganze Schweiz einheitlich (pro 1000 Einwohner) und nach Facharztgruppen definiert werden sollte.

Stand der Beratung: Im Plenum noch nicht behandelt

Leistungsgerechte Korrekturen am Arzttarif Tarmed und Stärkung der Hausarztmedizin

INTERPELLATION

vom 21.3.2013

Ruth Humbel

Nationalrätin CVP

Kanton Aargau



Seit Anfang Jahr hat der Bundesrat die Kompetenz, Anpassungen an der Tarifstruktur vorzunehmen, wenn sich diese als nicht mehr sachgerecht erweist und sich die Parteien nicht auf eine Revision einigen können. Es scheint, dass die Tarifpartner weiterhin nicht in der Lage sind, die im Bericht der eidgenössischen Finanzkontrolle bereits im November 2010 aufgezeigten Schief lagen des Tarifes zu korrigieren. Als Beispiel sei die Kataraktoperation (grüner Star) erwähnt, welche mit rund 2500 Franken für einen 15-minütigen Eingriff viel zu hoch tarifiert ist, weil die Tarifierung noch immer auf der wesentlich länger dauernden offenen Operation basiert.

Mit dem «Masterplan Hausarztmedizin und medizinische Grundversorgung» will der Bundesrat die Hausarztmedizin stützen. Für die Grundversorger respektive die Hausarztmedizin soll ein separates Kapitel eingeführt werden. Doch die Vertragspartner scheinen sich nicht einig zu werden über die Frage, wer zu den Verrechnungsberechtigten gehören soll. Anscheinend wollen auch Spezialärzte und sogar Spitäler in diesen neuen Topf greifen.

Weiter scheint es den Tarifpartnern nicht zu gelingen, differenzierte Taxpunktwerte auszuhandeln, um beispielsweise in abgelegenen Gebieten mit dem Risiko von Unterversorgung höhere Preise zu bezahlen und demgegenüber tiefere Taxpunktwerte in Agglomerationen mit Überversorgung.

In diesem Zusammenhang bitte ich den Bundesrat, folgende Fragen zu beantworten:

1. Wie und in welchem Zeitraum gedenkt er von seiner Kompetenz, Tarmed-Tarife anzupassen, Gebrauch zu machen?
2. Sieht er ein gestaffeltes Vorgehen für die tarifarische Besserstellung der Hausarztmedizin sowie für die Korrekturen von zu hoch tarifierten Tarmed-Leistungen vor?

3. Werden die Leistungen des neuen Kapitels für die Hausarztmedizin in Tarmed einzig und ausschliesslich für ambulant tätige Hausärzte in freier Praxis verrechenbar sein?

4. Bis wann wird das neue Kapitel für Hausarztmedizin in Kraft gesetzt?

5. Wie sieht der Zeitplan bezüglich der Umsetzung der übrigen Massnahmen gemäss Empfehlung der eidgenössischen Finanzkontrolle aus?

6. Werden die technischen Leistungen aufgrund eines Auslandspreisvergleiches gesenkt?

7. Wie kann der Bundesrat Einfluss nehmen auf differenzierte Taxpunktwerte und diese in Agglomerationen mit Überversorgung senken und in Gebieten mit drohender Unterversorgung erhöhen?

Stand der Beratung: Im Plenum noch nicht behandelt

Patientensicherheit

MOTION

vom 22.3.2013

Bea Heim

Nationalrätin SP

Kanton Solothurn



Durch ein Urteil des Bundesverwaltungsgerichts aus dem Jahr 2011 sind die Pharmafirmen nicht mehr verpflichtet, ihre Fach- und Patienteninformationen in aufbereiteter und qualitätsüberprüfter Form zu publizieren. Seit dem 1. Januar 2013 übernimmt Swissmedic die Publikation aller Arzneimittelinformationen (Publikationssystem AIPS, www.swissmedicinfo.ch). Neu können sich die Pharmafirmen damit begnügen, die Fach- und Patienteninformationen ihrer Arzneimittel eigenverantwortlich und ohne Plausibilitätsprüfung Dritter in das Swissmedic-Publikationssystem

tem AIPS einzuspeisen. Swissmedic genehmigt einzig die Arzneimitteltex-te, und dies auch nur in einer einzigen Sprache. Eine externe Qualitätssicherung stellte bis heute Vollständigkeit und Aktualität sicher, was wesentlich zum hohen Standard der schweizerischen Patientensicherheit beitrug.

Aus Sicht von Gesundheitsfachpersonen ist der Zugriff auf verlässliche Daten (Buch, elektronische Datenbank), in denen die Arzneimittelinformationen vollständig, aktuell, qualitätsgesichert und in strukturierter Form zur Verfügung stehen, für die Patientensicherheit von entscheidender Bedeutung. Für klinische Entscheide bei Mehrfachmedikationen ist zudem der Zugriff auf Interaktionsdatenbanken respektive die Möglichkeit, mit der Medikation auch gleich die Information von Interaktionsdatenbanken zur Verfügung zu haben, von grossem Nutzen. Es stellt sich zudem die Frage, wie die vermehrte Nutzung dieser Datenbanken und (E)-Hilfsmittel gefördert werden kann, um den Standard der Patientensicherheit noch zu verbessern.

1. Die aufbereiteten und qualitätsüberprüften Informationen und Publikationen, die im Leistungsauftrag durch Dritte erstellt wurden, werden heute noch täglich von über 80 Prozent der praktizierenden Ärzte und weiteren Gesundheitsfachpersonen verwendet. Wie beurteilt der Bundesrat die Qualität der auf der AIPS-Plattform nun zur Verfügung gestellten Patienten- und Fachpublikationen?
2. Was unternimmt er, um den steigenden Anforderungen für die Patientensicherheit in Zukunft gerecht zu werden?
3. Wie stellt er sicher, dass die Patientensicherheit auch während der Übergangszeit vom Print- ins E-Health-Zeitalter gewährleistet ist und kein Qualitätsabfall zuungunsten der Patienten zu beklagen ist?

Stand der Beratung: Im Plenum noch nicht behandelt

Unterbindung der Umgehung des Werbeverbots für Ärztinnen und Ärzte

MOTION

vom 21.3.2013

Thomas Hardegger

Nationalrat SP

Kanton Zürich



Der Bundesrat wird aufgefordert, die immer häufigere, aggressivere und durchsichtiger Werbung für medizinische Eingriffe und Behandlungen mit geeigneten Anpassungen bei den gesetzlichen Grundlagen zu unterbinden.

Begründung

Die direkte Werbung für medizinische Verordnungen ist den Ärztinnen und Ärzten un-

tersagt. Anstelle der Ärzte werben Kliniken, medizinische Zentren oder Arztpraxen für Behandlungen, unter anderem mit «Informationsveranstaltungen» relativ direkt für verschiedene medizinische Eingriffe. Auch Anbieter von medizintechnischen Produkten werben für den Einsatz ihrer Produkte. Werbung unter dem Titel Information findet auch in den Printmedien und zunehmend auch in Radio, Fernsehen und Internet statt. So wird im Fernsehen zunehmend, im Beisein eines Patienten und eines Spezialisten als Fachmann, in Gesprächsrunden für bestimmte Eingriffe geworben. Dabei wird unverblümt und direkt für ausgewählte Behandlungen und Produkte geworben.

Bei all diesen Werbeaktionen stehen nicht der Nutzen, nicht die Qualität und auch nicht die Evidenz-basierte Medizin im Vordergrund, sondern prioritär die wirtschaftlichen Vorteile für den Leistungserbringer. Ebenso wenig werden

die Kriterien der Grundversicherung «wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich» als Maxime eingehalten.

Damit wird nicht zuletzt die Medikalisierung gefördert und die Mengenausweitung unterstützt, ohne ausgewiesenen Nutzen für die Patienten und ohne Gewissheit, ob die Behandlungen notwendig und zielführend sind. Nicht zuletzt durch die sogenannte Überversorgung fallen zudem unnötige Kosten in der Grundversicherung an.

Stand der Beratung: Im Plenum noch nicht behandelt