

# Auswirkung der Franchise auf die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen

## POSTULAT

vom 22.3.2013

**Barbara Schmid-Federer**

Nationalrätin CVP

Kanton Zürich



**Der Bundesrat wird beauftragt, die Auswirkung der Franchise auf die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen zu prüfen. Insbesondere stellt sich die Frage,**

**1. ob die Höhe der Franchise aus Prämienspargründen so gewählt wird, dass diese für Versicherte nicht tragbar ist und so zu einem Verzicht auf Leistungen führt.**

**2. ob neben den tiefsten Einkommensklassen auch Familien der Mittelklasse mit zwei oder mehr Kindern oder mit unterstützungsbedürftigen Angehörigen wegen der höheren Franchise auf medizinische Leistungen verzichten.**

**3. ob allenfalls ein Systemwechsel denkbar ist, welcher die Höhe der Franchise aufgrund des steuerbaren Einkommens oder der Anzahl unterstützungsbedürftiger Angehöriger einer Familie festlegt.**

### Begründung

Mit der obligatorischen Kranken- und Pflegeversicherung soll der Zugang zu den nötigen medizinischen Leistungen für alle gewährleistet werden. Das System der Franchise will die Inanspruchnahme der OKP für Bagatellfälle verhindern. Der Selbstbehalt soll eine Mitverantwortung der Versicherten für die Kosten schaffen. Die Vermutung liegt aber nahe, dass ein Verzicht auf frühzeitige medizinische Versorgung Komplikationen und irreversible Schäden zur Folge haben kann, die später zu deutlich höheren Kosten führen.

Eine Untersuchung im Kanton Genf ergab 2011, dass 14,5 Prozent der Erwachsenen zwischen 35 und 74 Jahren aus ökonomischen Gründen auf medizinische Leistungen verzichten. Die Studie wurde in der Fachzeitschrift

Swiss Medical Weekly veröffentlicht (Swiss Med Wkly. 2011; 141:w13165). Die OECD empfahl in ihrem Bericht über das Schweizerische Gesundheitswesen von 2011 die «Überwachung der Gleichheit bei der Finanzierung, insbesondere hinsichtlich der Auswirkungen von Versicherungsverträgen mit hohem Selbstbehalt oder hohen Jahresfranchisen auf den Zugang zur Gesundheitsversorgung. Die Wirksamkeit von Mechanismen zum Schutz der sozial Schwächeren (z.B. Prämienverbilligungen) sollte weiter überwacht werden, und die mögliche Festlegung von Mindestanforderungen für die Gewährung von Prämienverbilligungen für anspruchsberechtigte Haushalte soll geprüft werden.» (OECD Bericht über Gesundheitssysteme – Schweiz. OECD 2011).

Stand der Beratung: Im Plenum noch nicht behandelt

# Gesundheitswesen. Wettbewerb bei den Hilfsmitteln

## ANFRAGE

vom 14.12.2012

### Toni Bortoluzzi

Nationalrat SVP

Kanton Zürich



Bereits im Jahr 2005 hat Nationalrätin Ruth Humbel eine Änderung der Gesetzesgrundlagen für Produkte der MiGel verlangt. Offensichtlich werden bei der IV und den Krankenversicherungen nach wie vor überhöhte Preise bezahlt.

Ich bitte den Bundesrat um die Beantwortung folgender Fragen:

1. Wie beurteilt er die Wettbewerbssituation bei den Produkten, welche durch die IV und die Krankenversicherungen bezahlt werden?
2. Ist ihm bekannt, dass qualitativ gleichwertige Produkte (z.B. Rollstühle) mit Preisen bis zu 50 Prozent günstiger gehandelt werden?
3. Wie gedenkt er den Wettbewerb in diesem Segment zum Tragen zu bringen?

## Antwort des Bundesrates vom 8.3.2013

Hilfsmittel werden durch die Invalidenversicherung (IV), Unfallversicherung (UV), Militärversicherung (MV) und die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV) sowie die Krankenversicherung vergütet. Die Modalitäten der Vergütung der Hilfsmittel durch die IV und AHV werden vom Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) festgelegt, diejenigen im Bereich der UV und MV von der Medizinaltarifkommission (MTK). Die Mittel- und Gegenständeliste (MiGel) ist ein Instrument der Krankenversicherung, welches vom Bundesamt für Gesundheit verwaltet wird. Da unterschiedliche Vorgehensweisen zum Tragen kommen und da innerhalb der verschiedenen Hilfsmittelkategorien unterschiedliche Nachfrage- und Angebotsstrukturen bestehen, kommen differenzierte Vergütungssysteme (z.B. Tarifverträge, Pauschalen, Höchstvergütungsbeträge) zur Anwendung.

1. Die in der MiGel aufgeführten Mittel und Gegenstände werden auf der Basis einer allgemeinen Produktbeschreibung mit einem behördlich festgesetzten Höchstvergütungsbetrag (HVB) vergütet. Dieser entspricht in der Regel einem Durchschnittspreis der auf dem Markt erhältlichen zweckmässigen Produkte, wobei auch die Preise im Ausland berücksichtigt werden. Das System der HVB wurde aufgrund der Produktvielfalt der MiGel gewählt. Sofern in der MiGel nicht auf

Preisregulierungen verzichtet wird, wird das System der HVB als grundsätzlich wettbewerbsfördernd beurteilt und als taugliches Instrument zur Verbesserung des Preis-Leistungs-Verhältnisses angesehen.

Bei den IV-Hilfsmitteln werden regelmässig die Vergütungsarten auf ihre Wettbewerbs-tauglichkeit überprüft. Beispielsweise wurde bei den Hörgeräten eine Pauschalvergütung an die Versicherten eingeführt. Ob die dadurch anvisierte Preissenkung erreicht werden kann, wird aktuell in einer vom BSV in Auftrag gegebenen Studie untersucht. Ein anderes Beispiel betrifft die Elektrobetten, bei welchen ein HVB festgesetzt wurde, wodurch die Kosten gesenkt werden konnten.

2. Der in der MiGel angegebene Höchstvergütungsbetrag (HVB) stellt den Betrag dar, der maximal von den Krankenversicherern vergütet werden kann. Produkte auf dem Markt können teurer oder günstiger sein als der in der MiGel aufgeführte HVB. Im ersten Fall müssen die Versicherten die Differenz selber tragen. Auf Basis dieser Regelung müssen Produkte, die günstiger gehandelt werden, auch zum entsprechend günstigeren Preis in Rechnung gestellt werden.

Rollstühle werden mit Tarifpositionen nach der Rahmenvereinbarung der IV abgerechnet. Eine Verrechnungsmöglichkeit über die MiGel

besteht nicht. Das BSV hat im Jahr 2005 eine Untersuchung (Egger, Dreher und Partner) durchführen lassen, welche feststellte, dass die Rollstuhlpreise in der Schweiz mit denjenigen in Deutschland vergleichbar sind, das Zubehör jedoch um einiges teurer ist. Aus diesem Grund laufen aktuell Verhandlungen zwischen IV, UV/MV und den Rollstuhllieferanten.

3. Es ist unbestritten, dass in der MiGel ein Bedarf nach einer optimierten Struktur sowie einer einheitlichen Nomenklatur für die diversen Mittel und Gegenstände besteht. Das Ziel ist, ein transparentes Gesamtkonzept zu schaffen, das eine differenzierte Kontrolle der Kostenentwicklung und eine regelmässige Überprüfung und Anpassung der Höchstvergütungsbeträge im Hinblick auf eine sinnvolle und gesicherte Versorgung der Gesamtbevölkerung erlaubt. Vorgesehen ist daher eine Revision, in der die Nomenklatur, die Gestaltung der Liste und der Höchstvergütungsbeträge geprüft werden, wobei das Hauptaugenmerk auf der Verbesserung der Wettbewerbsfähigkeit liegt.

Auch die Preise der Hilfsmittel werden vom BSV und von der MTK regelmässig überprüft. Falls notwendig, wird die Vergütungsart angepasst, werden Beiträge gesenkt oder Tarifverträge neu verhandelt.