

Qualität der Früherkennung von Brustkrebs: Wo steht die Schweiz?

POSTULAT

vom 10.3.2014

Bea Heim

Nationalrätin SP

Kanton Solothurn



Der Bundesrat wird beauftragt, abzuklären und in einem Bericht aufzuzeigen,

1. ob die Zahl fehlerhafter Befunde bei Mammografien in Holland und Norwegen tatsächlich merklich tiefer ist als in der Schweiz.
2. welches möglicherweise die dafür verantwortlichen Erfolgsfaktoren dieser Länder sein könnten.
3. ob und welche Massnahmen die Schweiz konkret treffen müsste, um die Treffsicherheit der Diagnosestellung zu erhöhen.
4. welche Schlussfolgerungen Bundesrat und Fachleute aus den Berichten über die Realisierung des Programms zur Qualitätsförderung gezogen haben, die gemäss Artikel 10 der Verordnung über die Qualitätssicherung bei Programmen zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammografie von den Organisationen jährlich zuhanden des BAG zu erstellen sind.
5. ob und von wem diese Berichte erstellt und evaluiert werden.
6. ob wissenschaftliche Untersuchungen hinsichtlich der Treffsicherheit der Diagnosestellung bei der opportunistischen Methode im Vergleich zu jener der Screeningprogramme möglich sind und gemacht wurden.
7. welche Massnahmen seit Inkrafttreten der Verordnung betreffend Qualitätsrichtlinien bei Mammografiescreeningprogrammen umgesetzt und welche Ergebnisse erzielt wurden.
8. wer offiziell zuständig ist, um die Qualität der Screeningprogramme zu überprüfen,



notwendige Verbesserungen festzustellen respektive anzuordnen und welche Instrumente dafür den Kantonen und welche dem Bund zur Verfügung stehen.

Antrag des Bundesrates vom 14.5.2014: Der Bundesrat beantragt die Annahme des Postulates.

Eingriff des Bundesrates in die KVG-Tarifstruktur – ein Missbrauch von Kompetenzen?

INTERPELLATION

vom 3.3.2014

Olivier Feller

Nationalrat FDP

Kanton Waadt



Artikel 43 Absatz 5bis des KVG, seit 1. Januar 2013 in Kraft, sieht vor, dass der Bundesrat Anpassungen an der Tarifstruktur vornehmen kann, wenn diese sich als nicht mehr sachgerecht erweist und sich die Parteien nicht auf eine Revision einigen können. Der Bericht der SGK-NR vom 1. September 2011 verdeutlicht, dass die dem Bundesrat damit verliehene Kompetenz subsidiärer Natur ist und die Massnahme vor allem darauf ausgerichtet ist, die Parteien zu veranlassen, sich zu einigen. Der Bundesrat hält in seiner Stellungnahme

vom 16. September 2011 fest, dass er von seiner neuen Kompetenz nicht einzig mit dem Ziel Gebrauch machen kann, eine Methode, eine Technik oder einen Leistungserbringer-typ zu fördern.

Gestützt auf Artikel 43 Absatz 5bis hat der Bundesrat am 16. Dezember 2013 einen Verordnungsentwurf in die Vernehmlassung geschickt. Ziel ist die finanzielle Besserstellung der Grundversorger im Umfang von 200 Millionen Franken. Im Gegenzug soll die Entschädigung für gewisse technische Leistungen, die in Arztpraxen und im ambulanten Bereich von Spitälern und Kliniken erbracht werden, im Umfang von 200 Mio. Franken gekürzt werden. Auch wenn wir den Willen, die Grundversorgung aufzuwerten, unterstützen, stellen sich uns folgende Fragen:

1. Der Bundesrat kann nur intervenieren, wenn sich die Parteien nicht auf eine Revision der Tarifstruktur einigen können: Welche Kriterien wendet der Bundesrat an, um das Fehlen einer Einigung zwischen den

Parteien zu bestimmen? Müsste der Bundesrat, falls diese Kriterien erfüllt sind, angesichts der subsidiären Natur seiner Kompetenz den Parteien nicht eine Frist für eine Einigung setzen, bevor er interveniert?

2. Der Bundesrat kann nur intervenieren, wenn die Tarifstruktur sich als nicht mehr sachgerecht erweist: Welche Kriterien wendet der Bundesrat an, um die fehlende Sachlichkeit zu bestimmen? Erachtet der Bundesrat also die Entschädigung für technische Leistungen, die er kürzen will, als «nicht sachgerecht»?
3. Fördert der Bundesrat, indem er die Finanzierung der zusätzlichen Vergütung der Grundversorger de facto anderen Leistungserbringern aufbürden will, nicht einen bestimmten Leistungserbringertyp auf Kosten eines anderen und weicht dadurch vom Ziel ab, das er sich in seiner Stellungnahme vom 16. September 2011 selber gesetzt hat?

Antwort des Bundesrates vom 14.5.2014

1. Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung basiert auf dem Grundsatz der Tarifautonomie. Die dem Bundesrat neu erteilte Kompetenz nach Artikel 43 Absatz 5bis KVG ist daher auch als subsidiäre Kompetenz ausgestaltet. Indem der Bundesrat den Tarifpartnern die Möglichkeit und die Zeit für eine vertragliche Lösung gegeben hat, hat er den Grundsatz der Tarifautonomie respektiert. In Zusammenhang mit dem Masterplan «Hausarztmedizin und medizinische Grundversorgung» und dem damit verbundenen Auftrag des Parlamentes an den Bundesrat wurden die Tarifpartner mit Schreiben vom 5. Dezember 2012 dazu aufgefordert, bis Mitte März 2013 einen Vorschlag zur kostenneutralen Besserstellung der Grundversorger im Umfang von 200 Millionen Franken vorzulegen. Auf Antrag der FMH mit Schreiben vom 12. März 2013 und auf Antrag der Santésuisse mit Schreiben vom 13. März 2013 wurde die Frist für die Abgabe bis zum 19. April 2013 verlängert. Die Tarifpartner haben jeweils separat Stellung genommen, die FMH mit Schreiben vom 4. April 2013 und H plus mit Schreiben vom 22. April 2013. Ein Vorschlag, der auch die Einhaltung der Kostenneutralität beinhaltete, wurde einzig seitens Santésuisse mit Schreiben vom 19. April 2013 eingereicht. Mit Schreiben vom 25. Juli 2013 an die Mitglieder der eidgenössischen Räte haben die Tarifpartner einen Lösungsvorschlag bis Ende August 2013 angekündigt. Schliesslich haben die Tarifpartner mit Schreiben vom 23. September 2013 den Vorsteher des Eidgenössischen Departementes des Innern (EDI) darüber informiert, dass definitiv keine den Vorgaben entsprechende Vereinbarung der Tarifpartner zustande gekommen ist.
2. Die Tarifstruktur Tarmed beruht massgeblich auf Datengrundlagen aus den Neunzigerjahren. Seit der Einführung im Jahre 2004 haben die Tarifpartner die Tarifstruktur Tarmed regelmässig punktuell angepasst. Der Bundesrat genehmigte jeweils die Anpassungen, das heisst einzig die revidierten Positionen. Der grösste Teil der Tarifstruktur blieb hingegen seit der Einführung unverändert.

Der medizinische und technische Fortschritt hat indessen in vielen Fällen zu Veränderungen bei der Leistungserbringung geführt und neue Realitäten geschaffen. Der Revisionsbedarf ist grundsätzlich unbestritten. Die Tarifstruktur als Gesamtheit darf in der Folge als nicht mehr sachgerecht betrachtet werden. Dabei geht es nicht nur um einzelne Positionen, sondern um die Bewertung der Tarifstruktur als Gesamtheit.

In den letzten Jahren ist ein markanter Anstieg des Taxpunktolumens der technischen Leistungen im Vergleich zu den intellektuellen ärztlichen Leistungen zu beobachten. Auf Ebene der Tarmed-Kapitel ist nun insbesondere eine stärkere Steigerung des gesamten Taxpunktolumens (ärztliche und technische Leistungen) in einigen Kapiteln mit einem hohen Anteil an technischen Leistungen festzustellen; das im Vergleich zu den ärztlichen Grundleistungen, die einen tieferen Anteil an technischen Leistungen beinhalten. Daraus kann zu Recht abgeleitet werden, dass es insbesondere bei den technischen Leistungen Produktivitätsgewinne gegeben hat, welche aufgrund des Gebots der Wirtschaftlichkeit und der betriebswirtschaftlichen Bemessung zumindest teilweise zu kompensieren sind.

3. Ein Ziel bei Einführung des Tarmed war die finanzielle Aufwertung der intellektuellen ärztlichen Leistungen gegenüber den technisch-apparativen Leistungen. Die Einkommensunterschiede zwischen den technischen Fachspezialitäten und den Grundversorgern haben aber seither zu- statt abgenommen. Durch die Massnahme des Bundesrates werden die unter Antwort 2 erwähnten Produktivitätsgewinne zumindest teilweise kompensiert. Die Besserstellung der Grundversorger ist daher nicht einfach als Begünstigung der Hausarztmedizin zu verstehen. Sie soll vielmehr zu einer zumindest teilweisen Kompensation der obgenannten Entwicklungen seit Einführung des Tarmed und damit zu einer besseren Ausgewogenheit der Tarifstruktur beitragen.