



Rapport sur les résultats de la procédure de consultation concernant la révision urgente de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)

3003 Berne, le 25 mai 2009

Table des matières

1 Contexte

2 Résumé des prises de position écrites

2.1 Evaluation générale du projet

2.2 Remarques concernant les dispositions

Art. 13, al. 2, let. g : triage par téléphone

Art. 21, al. 4 : données des assureurs-maladie

Art. 39, al. 1^{bis} : pilotage de l'offre dans le secteur ambulatoire hospitalier

Art. 55b : tarifs

Art. 62, al. 2^{ter} : durée du rapport d'assurance

Art. 64, al. 4

Art. 64, al. 5^{bis} : ticket modérateur

Art. 64, al. 6, let. d

II Dispositions transitoires de la modification du...

III Urgence

2.3 Autres propositions

Contribution de la Confédération à la réduction des primes

Autres propositions

Annexe 1 Procès-verbal de la consultation par voie de conférence du 11 mai 2009

Annexe 2 Liste des destinataires de la consultation

Annexe 3 Liste des participants à la consultation par voie de conférence du 11 mai 2009

Annexe 4 Liste des participants à la consultation écrite / abréviations / statistiques

1 Contexte

Par lettre et courriel du 6 mai 2009, le Département fédéral de l'intérieur (DFI) a invité les organisations intéressées à s'exprimer sur la révision urgente de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) lors d'une consultation menée sous la forme d'une conférence le 11 mai 2009 ainsi qu'à prendre position par écrit jusqu'au 15 mai 2009.

La documentation relative à l'audition a été envoyée à 101 destinataires, dont 78 étaient représentées lors de la consultation par voie de conférence du 11 mai 2009. Le procès-verbal de l'audition est disponible en annexe (voir annexe 1).

Au total, 62 positions ont été remises par écrit (48 provenant d'organisations consultées, 14 d'organisations non consultées officiellement).

2 Résumé des prises de position écrites

Les prises de position par écrit sont résumées et reportées ci-après.

2.1 Evaluation générale du projet

D'un point de vue matériel, la révision proposée a été **accueillie de façon critique et comme n'étant pas appropriée pour résoudre les problèmes existants.**

D'un point de vue formel, la grande majorité des intervenants **critiquent fortement la procédure adoptée** : soit de façon générale, soit en invoquant expressément un délai beaucoup trop court pour prendre position. D'autres qualifient la procédure d'inadéquate, d'inacceptable et de non démocratique. Quelques-uns vont jusqu'à s'y opposer fermement en exigeant une nouvelle procédure de consultation avec un délai convenable.

L'urgence des mesures proposées est également l'objet de nombreuses critiques étant donné que la situation n'est pas nouvelle et que les problèmes actuels sont connus depuis des années.

Certains participants à la procédure de consultation considèrent qu'il est discutable, voire peu judicieux, de mener une procédure de consultation par voie de conférence, réunissant une bonne centaine d'acteurs, pour un thème aussi important. On donne ainsi l'impression que cette démarche sert uniquement d'alibi, qu'elle n'est menée que par respect des formalités.

Quelques rares participants à la consultation reconnaissent toutefois de manière explicite qu'il existe un besoin urgent d'action et qu'il est indispensable de mettre en place rapidement des mesures visant à réduire la hausse des coûts de santé.

Mais de nombreux participants à la consultation expriment leur mécontentement que les mesures proposées se fassent une fois de plus sur le dos des patients et des médecins : en effet, ils jugent que l'augmentation prévue des primes est consécutive à la situation financière délicate des assurances-maladie, en rapport également avec la crise financière ainsi qu'à une politique des primes erronée, notamment aux importantes différences de primes entre les cantons, mais en aucun cas la conséquence d'une explosion des coûts de la santé due à une surconsommation de soins par les assurés.

FRC (41) constate d'ailleurs que les documents envoyés en consultation ne donnent que peu de renseignements sur les causes de la détérioration de la situation financière des assurances et s'étonne de l'absence de données de chiffres relatifs à la crise financière.

La majorité des participants considèrent que les mesures proposées sont insuffisantes et ne conviennent pas pour stabiliser la croissance des coûts et éviter de nouvelles hausses des primes. De plus, aucun effet positif ne se fera sentir sur les primes 2010. CDS (51) observe que l'analyse de la problématique est toujours incomplète, que la description des hypothèses retenues est insuffisante et qu'il manque une estimation des conséquences financières par mesure. Fait également défaut une estimation de l'impact des mesures sur les milieux concernés, à savoir les patients et les fournisseurs de soins. La description des conséquences financières pour les cantons est de plus incomplète. Selon FR (40) et FMH (46), il s'agit plutôt de propositions lancées à la va-vite, dont ni les conditions de mise en oeuvre, ni les conséquences n'ont été évaluée soigneusement.

Il s'agit bien plus de trouver des solutions pour un financement durable du système de santé. Pour ce faire, il faut une démarche commune et coordonnée des divers acteurs, avec une préparation minutieuse et un débat de fond.

FR (40) regrette qu'aucune contrainte ni délais ne soient imposés aux assureurs pour assainir leurs réserves, alors qu'il s'agit de la raison qui implique une augmentation massive des primes.

2.2 Remarques concernant les dispositions

Art. 13, al. 2, let. g : triage par téléphone

L'obligation d'introduire un service médical par téléphone par les assureurs est accueillie de façon très différenciée, refusée par environ la moitié des intervenants et saluée ou du moins considérée comme une idée intéressante par l'autre moitié. Il n'est pas possible d'établir un reflet clair des positions selon l'origine des intervenants : les avis divergent au sein même des différents groupes représentés (cantons, partis politiques et organisations diverses).

Le problème des coûts importants que cette mesure va engendrer est relevé par presque tous les intervenants, y compris ceux qui considèrent un tel système comme susceptible de diminuer le recours inutile à des prestations de soins. De par ces coûts élevés, il est donc très douteux que ces conseils téléphoniques permettent d'effectuer des économies. Dans le meilleur des cas, on arriverait à un « jeu à somme nulle » (« Nullsummenspiel »).

La qualification de ces coûts comme frais administratifs ne convient pas à l'Ombudsman (7), FMH (46), RVK (32) et santésuisse (36): pour eux, il s'agit bel et bien de prestations LAMal.

Les Verts (38), PST POP (58), AVIVO (54), FARES (53), groupmutuel (44), PKS (21), SHV (24), ASA (48) et ASMAC (33) font remarquer que les conseils téléphoniques ne sont absolument pas gratuits, que les assurés doivent, en fin de compte, les payer par le biais des primes.

La plupart des partisans de cette mesure ou des opposants dans l'hypothèse où cette disposition entrerait tout de même en vigueur, exigent que différentes conditions soient remplies :

- qualification professionnelle : il faudra garantir - si nécessaire par une disposition dans la loi ou l'ordonnance - que le service de conseil médical réponde à des normes de qualité claires : la prestation doit être fournie par du personnel qualifié, sous la responsabilité d'un médecin. C'est pourquoi certains sont d'avis qu'un triage par téléphone efficient, basé sur la qualité n'est pas l'affaire des assureurs mais des soignants. De plus, la formulation actuelle dans la loi est jugée trop vague.

- indépendance entre les personnes qui donnent les conseils par téléphone et les assureurs ;
- protection des données : aucune donnée personnelle relative à l'entretien téléphonique ne doit être fournie aux assureurs-maladie.

Pour FMH (46), coordonner le conseil téléphonique et le travail dans les hôpitaux et les cabinets médicaux représente le véritable défi.

Pour asci et SKS (42), il faut accorder une attention particulière à ce que le service puisse être garanti également aux assurés parlant une langue étrangère. SPO (25) précise expressément le turc et l'albanais.

SSR (55) constate que l'on n'a pas encore déterminé les possibilités de prendre en compte les personnes souffrant de troubles de la parole ou de l'audition. SGB (2) et Pro Infirmis (4) rejettent nettement l'idée considérée comme discriminante, voire inacceptable, pour des personnes malentendantes.

Selon Medi 24 (23), RVK (32), santésuisse (36), UPS (29), USAM (14) et ASA (48), il faut continuer à offrir la possibilité de modèles de télémédecine tels qu'ils sont déjà proposés actuellement par certaines assurances dans le cadre de modèles de réduction de primes. FRC (41) considère qu'en devenant un service de base pour tous, le service téléphonique revient à une hausse des primes déguisée pour les assurés qui avaient choisi ce modèle d'assurance.

La question se pose pour certains de savoir si ce service doit être imposé aux assureurs et aux assurés.

FER (39) et santésuisse (36) refusent qu'il le soit aux assureurs. PLR (49) et UPS (29) craignent que cette obligation restreigne les effets de baisse des coûts générés par les produits managed care.

Pour UDC (50), asci et SKS (42), PULSUS (62) et ASA (48), un tel service n'est utile que s'il est proposé sur une base facultative par les fournisseurs et utilisé de même par les assurés ; il faut laisser les assureurs décider s'ils veulent proposer un triage par téléphone.

CDS (51) et Medi 24 (23) s'opposent à une obligation générale qui serait faite aux assurés d'avoir recours à des conseils médicaux par téléphone. Au contraire, FRC (41) est d'avis que pour que cette mesure permettrait véritablement de réaliser des économies, et qu'il conviendrait de la rendre obligatoire. TI (56) demande de vérifier l'opportunité d'un système obligatoire pour l'assuré avec réduction de la prime.

L'Ombudsman (7) est d'avis que la valeur de ce service téléphonique n'est pas totalement claire pour les assurés.

L'art. 13, al. 2, let. g, a également donné lieu à d'**autres propositions** :

GE (26), PST POP (58), ASI (34) et physioswiss (61) proposent de collaborer avec les services déjà existants dans ce domaine, notamment avec le centre d'appel d'urgence 144 ou les centrales des médecins. FMH (46) et UNION (17) soulignent la nécessité de réorganiser les services médicaux d'urgence dans tous les cantons et de ne pas mettre en place de système concurrent.

VD (59) et VS (57) souhaitent qu'il n'y ait qu'un seul service de triage par téléphone par canton et que l'organisation en soit déléguée aux cantons. Physioswiss (61) propose cela par région.

UDF (22) considère qu'il vaudrait la peine d'examiner la question de la création, par les assureurs, d'un service de conseil par téléphone/par Internet unique.

Selon kf (6), une autre possibilité serait que les médecins de famille puissent être joints directement par téléphone pendant un certain temps, par exemple le matin, pour prendre en charge le conseil à leurs patients. Les assureurs pourraient déléguer cette mission et la rémunérer.

Art. 21, al. 4 : données des assureurs-maladie

Cette disposition est **rejetée par une courte majorité des participants à la consultation**.

ZG (16), UDC (50), UDF (22), groupmutuel (44), CCM (18), PKS (21), PULSUS (62), UPS (29), santésuisse (36), ASM (60), USAM (14) et ASA (48) rejettent la mesure proposée. Certains participants à la consultation - UDF (22), UDC (50), Centre Patronal (31), groupmutuel (44), CCM (18), UPS (29), santésuisse (36), ASM (60), USAM (14) et ASA (48) – craignent une augmentation de la charge administrative pour l'Office fédéral de la santé publique et les assureurs-maladie en raison de la forte cadence de livraison des données et, partant, une augmentation des coûts et des primes d'assurance-maladie. De plus, aucune utilité directe n'est constatée. SCG (12) regrette également que cette obligation fasse tout d'abord grimper les coûts et craint que la collecte des données soit étendue aux fournisseurs de prestations.

Les Verts (38) avancent que le transfert de données mensuel serait à l'origine de distorsions aléatoires ou difficilement interprétables et générerait une charge administrative. On pourrait toutefois envisager un transfert semestriel des données pour les prestations concernant la facturation.

En revanche, FR (40), JU (28), TI (56), VD (59), VS (57), PLR (49), ASI (34), FRC (41), CDS (51), pharmaSuisse (43), physioswiss (61), RVK (32) et UNION (17) approuvent globalement cette mesure. Dans le même temps, il faudrait, selon CDS (51) assurer que les données annuelles soient disponibles pour l'OFSP en temps utile. Certains partisans de la mesure doutent toutefois de son utilité [FR (40), VS (57), asci et SKS (42), FMH (46), H+ (19)] et craignent une augmentation des coûts [JU (28), PDR (49), Kf (6), UNION (17)]

Art. 39, al. 1^{bis} : pilotage de l'offre dans le secteur ambulatoire hospitalier

Environ deux tiers des participants à la consultation rejettent l'art. 39, al. 1^{bis}.

SSMG (20), USAM (14), Vaud-cliniques (45) et ASMAC (33) rejettent la proposition, car des mandats étatiques ne permettraient pas de réaliser des économies.

Pour groupmutuel (44), santésuisse (36), USAM (14) et ASA (48), la mesure n'est pas judicieuse car les cantons n'ont pas assumé de manière satisfaisante leur mission de pilotage dans le secteur hospitalier. Santésuisse (36) exige davantage de soutien de la part des cantons lors de la fixation des tarifs, ceci dans l'intérêt des contribuables et des personnes payant les primes.

Selon Centre Patronal (31), FER (39), H+ (19), PKS (21), Spitex (15), UNION (17) et ASMAC (33), la proposition ne tient pas compte du fait que l'augmentation des prestations ambulatoires résulte du transfert recherché du secteur hospitalier au secteur ambulatoire et des progrès de la médecine.

FR (40), TI (56), Centre Patronal (31), ASM (60), SGC (12) et PKS (21) trouvent problématique le fait qu'aucun cadre n'a été fixé aux cantons pour la réglementation des mandats de prestations. FR (40) et TI (56) exigent par ailleurs que la Confédération mette les données statistiques nécessaires à la disposition des cantons.

ASMAC (33) considère que la pression des coûts continuera à augmenter pour les hôpitaux avec le nouveau financement hospitalier. Les hôpitaux pourraient générer des recettes supplémentaires avec

les prestations ambulatoires afin de respecter les conventions collectives de travail (CCT) et la loi sur le travail. Dans ce contexte, ASMAC (33) se prononce en faveur du modèle de l'interlocuteur personnel de santé (IPS) qui rend inutile un pilotage administratif des soins hospitaliers ambulatoires puisque ce modèle prévoit que l'IPS détermine s'il y a lieu d'effectuer un traitement à l'hôpital.

H+ (19) et UPS (30) se prononcent en faveur de la suppression du nouvel alinéa : de leur point de vue, une planification des prestations ambulatoires fournies à l'hôpital uniquement, sans prise en compte des autres prestations ambulatoires, n'apporte rien de nouveau. De plus, une telle mesure risque de générer des erreurs de planification.

PLR (49) rejette la proposition. Selon lui, un pilotage basé sur la comparaison des coûts et de la qualité des prestations médicales est plus efficient qu'une planification cantonale.

USAM (14) et UPS (30) se montrent plutôt réticents envers cette mesure qui représente une nouvelle intervention étatique.

ZG (16), VS (57), UDF (22), PEV (5), asci et SKS (42), pharmaSuisse (43), physioswiss (61) et SSR (55) approuvent la proposition. CCM (18) approuve le contenu de la proposition mais ne voit pas la nécessité, sur le plan formel, d'en faire une mesure urgente.

JU (28) ne souhaite pas prendre position sur cette disposition qui ne représente pas, selon lui, une mesure urgente. Le débat sur la proposition devrait être repris dans un cadre différent.

TI (56), CDS (51) et FMH (46) approuvent le contenu de la proposition, mais demandent tout de même sa suppression dans la mesure où cette question devra être réglée dans le cadre de la réglementation subséquente à la limitation de l'admission. Si tel n'est pas le cas, l'art. 39, al. 1^{bis}, devrait, selon TI (56) et CDS (51) accorder aux cantons la compétence de régler, dans le cadre de leur planification, les conditions d'admission des hôpitaux à une activité dans le secteur ambulatoire. Il ne faut toutefois pas qu'on en déduise automatiquement une obligation générale de cofinancement pour les cantons. VD (59) se prononce également contre une obligation de cofinancement ; de plus, il faudra clarifier la distinction entre réglementation et planification.

GE (26), FRC (41) et PKS (21) approuvent la proposition et demandent que les cantons puissent régler l'ensemble du secteur ambulatoire.

UDC (50), Kf (6) et ASMAC (33) approuvent la proposition et exigent que le tarif ambulatoire des hôpitaux soit adapté à celui des médecins de famille. Selon UDC (50), les cantons devraient limiter le secteur ambulatoire des hôpitaux aux urgences et empêcher l'extension des prestations faisant partie du domaine des médecins de famille.

Les Verts (38) considèrent qu'il existe un besoin d'action dans le domaine des prestations ambulatoires hospitalières mais demandent que l'on évalue tout d'abord soigneusement dans quelle mesure les coûts du secteur ambulatoire augmenteraient suite aux séjours hospitaliers de courte durée préconisés et dans quelle mesure suite à une augmentation quantitative indésirable. Les mandats de prestations ne représentent pas un instrument de pilotage permettant de mettre un terme à l'augmentation quantitative.

Art. 55b : tarifs

Cette nouvelle disposition fait l'objet d'un **rejet ou de critiques de la majorité des participants à la consultation.**

FR (40), JU (28), VS (57), ZG (16), PEV (5), ASI (34), Centre Patronal (31), CURAVIVA (37), FMH (46), H+ (19), aspi (52), physioswiss (61), PKS (21), PULSUS (62), ASM (60), SCG (12), SSMG (20),

UNION (17), Vaud-cliniques (45) et ASMAC (33) rejettent la proposition ou la considèrent comme superflue.

Certains participants à la consultation y voient une contradiction avec le droit en vigueur [UDF (22), PKS (21), UPS (29), SCG (12), USAM (14), ASMAC (33)], dans la mesure où le Conseil fédéral intervient dans des tarifs dûment fixés ou négociés pour le secteur ambulatoire.

Centre Patronal (31) considère que la mesure présente un caractère punitif car les fournisseurs de prestations sont considérés comme les seuls responsables de l'augmentation des coûts et du volume des prestations bien que cette augmentation soit le résultat de tout un ensemble de facteurs.

PEV (5) craint que la pression générée soit à l'origine de mesures de rationalisation et que la pénurie s'aggrave encore pour le personnel de santé sans que les responsables des coûts n'aient à assumer leurs obligations. Selon H+ (19), une baisse de tarif empêchera le développement structurel nécessaire et freinera les progrès médicaux.

UDF (22) considère que réduire les tarifs de 10% au maximum constitue une mesure de baisse des coûts relativement inefficace.

Les Verts (38), FER (39), SSMG (20) et UNION (17) ne voient aucune raison de s'écarter de la pratique actuelle.

SHV (24) exige que les prestations particulières de maternité décrites à l'art. 64, al. 4 et 6, let. d, LAMal soient exclues de la baisse tarifaire dans la mesure où une réduction de 10% du salaire des sages-femmes ne pourrait en aucun cas être tolérée. De plus, les circonstances particulières devront être clairement définies dans l'ordonnance.

Selon GE (26), ZG (16), ASI (34) et CDS (50), si vraiment une telle mesure doit être mise en place, elle doit rester dans la compétence des cantons.

CCM (18) expose qu'ils sont les seuls fournisseurs de prestations à disposer, avec ceux qui supportent les coûts, d'un instrument de pilotage des prestations et des coûts. Ils font peu confiance à une procédure de baisse tarifaire à engager par le Conseil fédéral.

Selon FRC (41), l'intervention du Conseil fédéral dans la tarification est source de confusion dans la répartition des rôles. On peut comprendre toutefois qu'une certaine pression doit être exercée sur les cantons.

TI (56), PLR (49), UDC (50), asci et SKS (42), groupmutuel (44), Kf (6), pharmaSuisse (43) et santéSuisse (36) approuvent l'introduction de cette disposition ou considèrent tout du moins qu'elle mérite d'être examinée. Groupmutuel (44) et Kf (6) plaident en faveur d'une application à tous les secteurs des prestations médicales obligatoires et non seulement au secteur ambulatoire. UDC (50) avance que le Conseil fédéral devrait rapidement utiliser cette compétence. Dans le cas contraire, la mesure serait inutile. VD (59) entre en matière sur cette proposition tout en relevant que le projet manque de clarté quant aux conditions et mécanismes prévus.

Il n'est pas clair pour Spitex (15) dans quelle mesure Spitex et les établissements médico-sociaux sont concernés par cet article dans l'ancien et le nouveau droit. Spitex propose d'expliquer dans le message le lien entre la révision du financement des soins et les présentes propositions de révision.

Art. 62, al. 2^{ter} : durée du rapport d'assurance

La révision proposée ici est approuvée, sur le principe, par une petite majorité des participants à la consultation.

TI (56), VS (57), PCS (3), CCM (18) et SSMG (20) approuvent le projet. CDS (51) et physioswiss (61) approuvent également le projet sur le principe et demandent que les rabais de primes pour franchises à option soient réduits.

UDC (50), groupmutuel (44), RVK (32), santésuisse (36), USAM (14) et ASA (48) saluent la révision proposée mais se prononcent en faveur d'une durée minimale de contrat supérieure à deux ans. Groupmutuel (44), santésuisse (36) et ASA (48) proposent que l'allongement de la durée du contrat s'applique non seulement au modèle comprenant la franchise à option mais également à ceux qui incluent un rabais. UNION (17) se prononce également en faveur de la proposition, mais demande que les assurés doivent garder non seulement la franchise à option mais aussi la même caisse-maladie durant une période déterminée.

FR (40), JU (28), VD (59), FRC (41), Ombudsman (7) et SPO (25) saluent la proposition. Ils demandent toutefois que la loi prévoit seulement une obligation de garder la même franchise à option mais qu'il soit tout de même possible pour les assurés de changer de caisse-maladie.

ASI (34), FMH (46), FRC (41) et pharmasuisse (43) proposent, comme mesure alternative ou cumulative, la suppression des franchises élevées. FMH (46) réclame par ailleurs l'examen d'une interdiction des caisses bon marché et des modèles avec liste.

H+ (19) et UPS (30) considèrent qu'une durée de contrat plus importante pour les formes particulières d'assurance s'assimile à une augmentation de franchise en cas de maladie.

ZG (16) rejette la mesure et propose une prolongation générale des délais contractuels légaux à deux ans.

ASMAC (33) se prononce en faveur d'une suppression générale de la franchise à option ou de l'introduction du modèle IPS (interlocuteur personnel de santé), et donc contre la présente révision. Compte tenu de l'effet répulsif de la durée contractuelle de deux ans, UDF (22) rejette la proposition.

Les Verts (38), PST POP (59), asci et SKS (42), AVIVO (54), FARES (53) et PULSUS (62) sont contre la proposition qui pourrait avoir des effets graves sur les finances des personnes malades et ne prend pas en compte les changements pouvant intervenir dans la capacité économique des assurés.

Art. 64, al. 4, 1^{re} phrase

FR (40), les Verts (38) et CCM (18) approuvent expressément cette exception. ZG (16), CDS (51), UDF (22) et SHV (24) ne l'approuvent que si l'art. 64, al. 5^{bis}, est réellement introduit.

H+ (19) réclame explicitement la suppression de cette disposition car elle s'oppose au ticket modérateur.

Art. 64, al. 5^{bis} : ticket modérateur

Les trois quarts de tous les participants à la consultation rejetent clairement le ticket modérateur.

Même dans le groupe des partisans de cette mesure et des sceptiques qui n'y sont pas totalement opposés - TI (56), PCS (3), UDF (22), CDS (51), groupmutuel (44), Kf (6), pharmaSuisse (43), santésuisse (36), ASA (48) RVK (32), SLKK (9), PLR (49), Centre Patronal - nombreux sont ceux qui doutent de l'efficacité de cette mesure qui, même si elle pouvait avoir un effet positif, risque toutefois d'engendrer des complications administratives telles que le profit serait maigre en regard des inconvénients causés. Quant à PLR (49), Kf (6), santésuisse (36) et ASA (48), ils estiment l'effet plutôt psychologique que permettant réellement des économies. Asci et SKS (42), PLR (49) et FMH (46) doutent précisément de cet effet psychologique à long terme.

La principale critique concerne les coûts que l'introduction du ticket modérateur engendrerait et qui ne permettrait donc pas, selon la majorité des intervenants, de contribuer à de réelles économies. Tous s'accordent à dire que cette mesure représente un important travail administratif supplémentaire, autant du côté des prestataires de soins que des assureurs. Sont notamment cités en exemple : la gestion des subsides au niveau cantonal, l'administration des flux financiers et des contrôles des factures, des problèmes de gestion de dossiers (interaction avec les autres assureurs sociaux), des problèmes de recouvrement en cas de non-paiement. FMH (46) souligne d'autres problèmes comme celui des consultations courtes, des diagnostics trop précoces, l'incitation à l'hospitalisation et le problème du service d'urgences.

FR (40), PCS (3), PEV (5), FARES (51), FMH (46), FRC (41), GELIKO (35), CCM (18), Pro infirmis (4), pro mente sana (11), UNION (17) et ASMAC (33) indiquent que l'on risque de devoir faire face à une « bombe à retardement » : cette mesure peut inciter des personnes malades à consulter trop tard un médecin, à attendre que la maladie empire ou à renoncer à des examens de prévention. Il faut ensuite un suivi médical plus intense et des médicaments plus chers, ce qui peut générer des coûts supplémentaires massifs.

Les cantons de FR (40), VS (57) et TI (56), le PST POP (58) ainsi que plusieurs organisations (Aide suisse contre le sida (27), FARES (51), FMH (46), pro mente sana (11), PULSUS (62), ASM (60), SHV (24), Spitex (15) et ASMAC (33) constatent que cette mesure est anti-sociale et représente une pénalisation et une charge supplémentaire et excessive pour les personnes de condition précaire et défavorisée. Pour les Verts (38) et GELIKO (35), cette mesure ne va pas forcément freiner les personnes qui exploitent le système ; elle risque même de pénaliser des patients qui font preuve d'un comportement raisonnable. Pour TI (56) et FRC (41), cette disposition porte atteinte au principe de solidarité entre états de santé et entre revenus.

Pour FRC (41), cette mesure porte un coup supplémentaire au modèle du médecin de famille que des acteurs de plus en plus nombreux considèrent comme le modèle du futur en termes d'efficacité. FARES (53) considère que les meilleurs conseillers médicaux d'un patient sont les médecins qu'il connaît et qui le connaissent.

ZG (16), SCG (12), FER (39), H+ (19) et CCM (18) critiquent le fait qu'il faille payer en espèces, un mode de paiement peu réaliste, anachronique, désuet et contraire aux évolutions courantes. FMH (46) constate que cette exigence est en contradiction avec l'actuel projet eHealth.

Voici encore en résumé les **autres propositions** en relation avec l'art. 64, al. 5^{bis} :

Plusieurs intervenants souhaitent limiter l'introduction du ticket modérateur à certains domaines :

- aux consultations ambulatoires hospitalières : FMH (46), Kf (6), Ombudsman (7), santésuisse (36) (mais CHF 50.- et au maximum 4 fois par an), ASA (48), UNION (17);
- aux traitements ambulatoires dans les services d'urgences des hôpitaux : les Verts (38), ASMAC (33).

PharmaSuisse (43), RKV (32) et SHV (24) proposent des montants différents selon la situation (urgence, spécialiste, médecin de premier recours sans y avoir été envoyé, médecin de premier recours suite à l'envoi par un autre fournisseur de prestations).

SLKK (9) considère que le montant de CHF 30,- est trop faible. Il trouve qu'il faudrait appliquer un ticket de CHF 50,-.

Divers participants à la consultation - UDF (22), PEV (5), groupmutuel (44), RVK (32), USAM (14) - proposent une augmentation de la franchise annuelle et/ou de la quote-part.

GE (26) propose l'introduction des franchises selon le revenu pour responsabiliser les assurés.

RVK (32) recommande de renoncer à la baisse de la quote-part annuelle de CHF 700,- à CHF 600,-.

Art. 64, al. 6, let. d

En cas d'introduction de l'art. 64, al. 5^{bis}, TI (56), ZG (16), CDS (51), UDF (22) et les Verts (38) approuvent cette exception.

De nombreux intervenants demandent en revanche que la **liste des exceptions soit complétée** et que cette disposition s'applique également:

- aux personnes qui consultent un médecin de premier recours: FR (40), SSMG (20), ASMAC (33)
- aux patients dirigés par un professionnel vers un autre praticien: ASI (34)
- au transfert vers un spécialiste effectué par le médecin de famille: SSMG (20), UNION (17)
- aux assurés dans un modèle de Managed Care: VD (59), kf (6), Ombudsman (7), santésuisse (36), UNION (17)
- aux patients victimes de maladies chroniques: UNION (17)
- aux résidents des EMS: VD (59), ASI (34), CURAVIVA (37)
- aux usagers de soins à domicile: VD (59)
- aux patients victimes d'accidents: UNION (17)

CDS (51), UDF (22), AVIVO (54), FMH (46), CCM (18) et SHV (24) constatent que l'exception mentionnée dans le commentaire pour les prestations en cas de maternité ne figure pas dans la loi. Ils demandent qu'elle y soit donc intégrée.

SCG (12) pense que cette exception générera à nouveau une hausse des coûts et qu'elle est donc peu utile.

H+ (19) réclame la suppression de cette exception car elle s'oppose au ticket modérateur.

II Dispositions transitoires de la modification du...

UDF (22) et Medi 24 (23) considèrent que le délai d'introduction d'un an est trop court.

CCM (18) trouve l'introduction des services de conseils téléphoniques à partir de 2011 judicieuse. Mais ceci montre que les conseils par téléphone n'offrent aucune alternative moderne au ticket modérateur pour les personnes à revenus modestes notamment.

FR (40) demande que la mise à disposition de la consultation téléphonique soit simultanée à l'introduction du ticket modérateur.

Selon CDS (51), il faut prévoir en même temps au moins dans l'ordonnance que les assureurs informent leurs assurés en conséquence sur l'offre et les possibilités d'utilisation.

III Urgence

De nombreux intervenants ne sont **pas d'accord avec le caractère d'urgence** de la révision.

GCK (51), TI (56) et ZG (16) approuvent expressément la durée de validité.

RVK (32) critique la limitation à deux ans qui s'oppose d'une certaine manière aux coûts d'investissement élevés qu'elle génère.

2.3 Autres propositions

Contribution de la Confédération à la réduction des primes

Une quinzaine de prises de position contiennent des remarques sur la contribution de la Confédération à la réduction des primes; la moitié en faveur de cette proposition, l'autre moitié contre.

Autres propositions

Une bonne moitié des participants à la consultation proposent des mesures supplémentaires afin de réaliser des économies, mesures qui ne sont cependant pas en relation directe avec la révision faisant l'objet de cette consultation. Mentionnons par exemple :

- la réduction des rabais de primes dans les franchises à option
- l'augmentation de la franchise annuelle et de la quote-part
- la baisse des prix des médicaments
- l'examen du catalogue des prestations de base
- l'adaptation des tarifs pour les services ambulatoires hospitaliers
- l'assouplissement de l'obligation de contracter
- la compensation du risque entre les assureurs-maladie
- la diminution temporaire des réserves des caisses-maladie
- le financement ambulatoire des hôpitaux
- les coûts des matériels auxiliaires médicaux
- l'encouragement du Managed Care et des réseaux de médecins

Certains participants à la consultation demandent également que le Conseil fédéral mette en œuvre sans délai les mesures négociées lors de la table ronde qui a eu lieu début avril.

Révision urgente de la LAMal Consultation par voie de conférence du 11 mai 2009 (de 14h30 à 18h00)

Liste des participants : cf. annexe 3

Procès-verbal

Allocution de bienvenue

Pascal Couchepin

Mesdames Messieurs j'ai le plaisir de vous souhaiter la bienvenue, de vous remercier de votre nombreuse présence qui manifeste l'intérêt que vous avez pour cette consultation. Je rappelle simplement quelques faits : Le 6 mai 2009 le conseil fédéral a chargé le département fédéral de l'intérieur de mener une procédure de consultation sous forme de conférence, portant sur les mesures destinées à juguler partiellement les coûts dans l'assurance maladie. Vous avez reçu les documents relatifs à la consultation, il y a 1 ou 2 jours. Les mesures proposées feront l'objet, dans la mesure où elles seront confirmées par le Conseil fédéral, d'un message demandant l'urgence à l'intention du Parlement. Mais ce ne seront pas les seules mesures qui seront prises dans les semaines qui viennent, je prendrais un certain nombre de mesures par le biais de modification d'ordonnance notamment en ce qui concerne les médicaments, elles ne font pas l'objet de la discussion d'aujourd'hui. Mais il y aura des informations complémentaires le 29 mai en principe, lors de la conférence de presse.

Cet après-midi nous allons procéder de la façon suivante. Le responsable du secteur, Monsieur Indra, donnera les informations sur toutes les mesures qui sont à la base de ces décisions et ensuite on ouvrira la possibilité pour vous de nous donner votre point de vue et vos arguments. Le but n'étant pas d'avoir une discussion mais d'entendre vos arguments. Vous pouvez également vous exprimer jusqu'à la fin de la semaine par écrit.

En ce qui concerne le temps à disposition nous allons rester à votre disposition aussi longtemps que vous le voulez. Il n'est pas question de couper la parole à quelqu'un, sauf si on commence à parler de choses qui n'ont aucun rapport avec l'objet d'aujourd'hui. Le but est de vous entendre. Je vous prie d'être le plus bref possible pour qu'on puisse entendre le point de vue de toutes les organisations clefs dans ce domaine.

Je vous remercie encore une fois de votre présence et passe la parole à Monsieur Indra.

Einführung Kosten- und Prämiensituation

Peter Indra

Danke Herr Bundesrat, sehr geehrte Damen und Herren. Erlauben Sie mir aufzuzeigen wie die aktuelle Situation aus der Beurteilung des BAG und des Departements ist. Dazu haben Sie eine Serie von Folien verteilt bekommen, durch die ich jetzt ganz kurz durchgehen möchte und Ihnen die wichtigsten Punkte herausstreichen werde. Es geht dabei um Fragen der Kosten, Leistungen, aktuelle Reserve, Rückstellungen und Prämiensausblick auf diesen Herbst.

Peter Indra präsentiert die Folien zu den Fakten (Folien 1-10).

Pascal Couchepin : Gibt es Fragen zu den präsentierten Fakten?

Christiane Jacquet-Berger, AVIVO suisse

Dans les chiffres qui viennent de nous être donnés, je m'étonne que nous n'ayons pas connaissance des réserves canton par canton. On sait que c'est pourtant l'un des problèmes qui se pose actuellement.

Pascal Couchepin

On n'a pas les réserves canton par canton tout d'abord parce que c'est les pronostiques pour la fin de l'année, personne peut savoir comment les choses vont évoluer. Le deuxième point, les réserves doivent être nationales. Il y a quelques années nous avons constaté que certains cantons avaient des réserves affectées qui étaient plus hautes que la moyenne nationale et on a convenu de régler ce problème avec les années. Mais aujourd'hui on a des estimations pour cette année. Des estimations pour l'année prochaine, on a que les chiffres globaux, ce n'est pas le problème principal, qui est l'explosion des coûts dans l'ensemble de la Suisse. Mais naturellement on tient compte aussi de ce problème lors ce que nous devons approuver les primes en automne.

Yvonne Gilli, die Grünen Schweiz

Bei der Kostenentwicklung nach Kostengruppen wäre es wichtig zu wissen, was der prozentuale Anteil an den Gesamtgesundheitskosten ausmacht für die Gruppen, die erwähnt sind.

Pascal Couchepin

Ces chiffres sont publiés dans le résumé de la politique sociale de Suisse. Veuillez vous référer à ce document.

Einführung Massnahmen

Peter Indra präsentiert die Folien zu den Massnahmen, welche die Teilnehmenden vorgängig schriftlich erhalten haben. Es geht um Massnahmen in folgenden Bereichen:

Verbesserung der Steuerung

- Planung der Kantone
- Eingreifen in die Tarife

Verbesserung der Kundendienstleistung und des Kundenservice

- Telefonberatung

Verstärkung der Solidarität

- Längere Vertragsdauer

Stärkung der Eigenverantwortung

- Behandlungsbeitrag

Monitoring

- Massnahmen im Bereich Statistik

Konjunktur-Massnahmen

- Prämienverbilligung

Pascal Couchepin : Gibt es Fragen zu den präsentierten Massnahmen?

Sarah Stalder, Stiftung für Konsumentenschutz

Frage zu Art 64 Abs. 5bis. Sie haben die Ausnahmen erwähnt. Gibt es weitere Ausnahmen? Ich denke an Leute, die schon heute keine KK-Prämien bezahlen.

Peter Indra: Nein, es gibt keine weiteren Ausnahmen. Es ist aber so, dass Leute, die heute schon keine KK-Prämien bezahlen können, in bestimmten Fällen ausgeschlossen sind. Z.B. Leute, die Ergänzungsleistungen beziehen. Denen wird auch diese CHF 30.– Gebühr voll wieder zurückerstattet werden. Sie haben hier also eine Abfederung in diesem besonders vulnerablen Bereich. Es gilt auch zu sagen, dass, solange die Franchise nicht erreicht ist, die CHF 30.– sowieso bezahlt werden müssen. In diesem Fall werden diese einfach im Voraus bezahlt. So wie es heute ist, wird sie nachträglich belastet. Es ist in diesem Sinne keine Bestrafung, sondern eine Vorwegnahme der Leistung, bevor sie durch die Kasse in Rechnung gestellt wird.

Jacqueline Fehr, Sozialdemokratische Partei, SP

Eine Anschlussfrage dazu: Das heisst, der Arzt muss wissen, wer von den Patienten Ergänzungsleistungen bezieht, wer in welcher Situation ist, wer wie oft schon bei ihm war, da ja die Gebühr cash bezahlt wird?

Peter Indra: Der Arzt muss das nicht wissen. Die Gebühr muss cash bezahlt werden, aber das ist eine Problematik, bei der wir noch mit den zuständigen Behörden in Diskussion sind um zu sehen, wie das konkret gelöst werden kann.

Stefan Kaufmann, santésuisse

Ich habe eine Frage zu den genauen Modalitäten der Behandlungsgebühr. Bei unseren Mitgliedern ist die Frage aufgetaucht, wie das genau sein wird bezüglich Anrechenbarkeit der Franchise. Auf welcher Grundlage wird die Franchise genau berechnet?

Peter Indra: Das ist eine sehr komplexe Materie. Wir werden dazu auf der BAG Website Beispiele aufschalten, wie die Modalitäten genau sein werden. Es ist jedoch zu komplex, um das jetzt hier detailliert zu erläutern.

Bernhard Wegmüller, H+

Auch eine Frage zu dieser Behandlungsgebühr und zur spitalambulanten Planung: Gibt es von Ihnen Abklärungen bei der Praxisgebühr, wie dessen Wirksamkeit ist? Sobald die Leute mehr als 6-mal die Praxisgebühr bezahlen mussten, kann man davon ausgehen, dass sie keine Wirksamkeit mehr zeigt. Und zur spitalambulanten Planung, gibt es dort Vorstellungen vom BAG? Aus dem stationären Bereich gibt es Studien, die alle sagen, die Planung ist unwirksam. Man weitet das jetzt aus auf einen Bereich, wo es noch viel schwieriger ist. Welche Vorstellungen hat hier das BAG?

Pascal Couchepin : En ce qui concerne l'efficacité, dans les pays scandinaves cette mesure a été introduite. Elle est très efficace. Pour le reste, on ne peut faire que des prévisions. Il n'y a pas d'étude de simulation qui a été faite pour la bonne raison qu'il s'agit de quelque chose d'une grande complexité. Mais dans les pays scandinaves, ça marche et ils sont d'un assez bon niveau social.

Roland Zimmermann, canton de Neuchâtel

A-t-on conscience au DFI que cette mesure, potentiellement va concerner les personnes bénéficiaires de prestations complémentaires, on vient de l'entendre, mais également celles bénéficiaires de l'aide sociale qui ne seront pas exempté, si je l'ai bien compris ? Ce qui p.ex. pour le canton de Neuchâtel

représenterait environ CHF 2 mio. à CHF 2.5 mio. de charges supplémentaires pour la prise en compte de ces éléments.

La seconde question : Est-ce qu'on ne va pas finalement arriver à un système où le rendez-vous va être fixé s'il y a un paiement préalable de la taxe, puisqu'on ne peut pas payer avec la carte ? Que ce passe t'il si une personne arrive chez le médecin et ne peut pas payer directement ?

Peter Indra: Grundsätzlich sind diese CHF 30.– zu bezahlen. Die Bezahlung mit der EC-Karte ist einer Barzahlung gleichgestellt.

Pascal Couchepin : Ce qui serait intéressant, c'est de savoir comment vous arrivez au chiffre de CHF 2.5 mio.

Roland Zimmermann, canton de Neuchâtel: 6'000 personnes assistées et 8'000 personnes bénéficiaires de prestations complémentaires, multipliés par 30 et fois 6, on arrive à un potentiel de cet ordre de grandeur.

Monika Dusong, Fédération romande des consommateurs

Concernant les consultations téléphoniques par les assureurs, quel pourrait être le personnel, qui aurait l'indépendance nécessaire et les connaissances médicales ? Comment seraient-elles soumises au secret médical ? Comment est-ce qu'on pourrait éviter, que les connaissances qu'auraient ces personnes qui répondent au téléphone soient utilisées par l'assureur ? Il me semble bizarre qu'un assureur puisse commencer à traiter ou à conseiller un traitement.

Peter Indra: Die Frage lässt sich einfach beantworten. Es ist nicht der Versicherer, der diesen Service ausführt. Der Versicherer gibt diesen Service in Auftrag. Das funktioniert heute schon. Über 5 Mio. Versicherte haben die Möglichkeit, diesen Service zu gebrauchen und da gelten genau gleich die Regeln des Datenschutzes und alle ändern. Der Versicherer macht es nicht selber, er gibt diesen Service in Auftrag.

Rudolf Luginbühl, Ombudsman Krankenversicherung

Wurden bezüglich des Behandlungsbeitrags von CHF 30.– Überlegungen oder Untersuchungen im Verhältnis zu Hausarztmodellen und HMO-Praxen angestellt, bei denen die Versicherten zuerst zu ihren Gatekeeper gehen müssen, um herauszufinden, ob diese Modelle als Kosten sparend einzustufen sind?

Pascal Couchepin : De tels modèles ont été discutés dans le Parlement, mais ils n'ont jamais été adoptés par le Parlement.

Urs Wanner, SBV

Zur Frage der Telefonberatung: Wie verhält es sich mit der Haftung bei fehlerhaften Empfehlungen oder bei allenfalls bewussten Verzögerungen der entsprechend notwendigen Behandlungen?

Peter Indra: Das verhält sich gleich, wie dies schon heute der Fall ist. Heute haben wir genau dasselbe Problem. Es haftet der Anbieter dieses Telefonservices. Das ist Medi24 oder Medgate.

Margot Enz Kuhn, Schweizerische Gesellschaft für Allgemeinmedizin

Ich habe auch eine Frage zur Telefontriage: Ich verstehe den Grund der Einführung nicht. Es besteht keine Evidenz, dass damit Kosten eingespart werden können. Es könnte auch zu einer Kostensteigerung führen, weil die Patienten aus Unsicherheit gehäuft überwiesen werden.

Pascal Couchepin : C'est exact, il n'y a pas d'études qui ont été faites pour l'instant. Ceux qui ont recours à ce système ont en général eu de très bons résultats. Toute une série d'études montre que les diagnostics donnés par téléphone sont dans leur immense majorité non seulement correcte mais très précis et la marche d'erreur n'est pas plus forte que dans la pratique.

Walter Häcki, PULSUS

Haben Sie untersucht, ob mit dem Telefonservice auch eine Ausweitung des Angebots stattfindet, indem die Leute in Fällen das Telefon beanspruchen, in denen sie sonst eigentlich nicht zum Arzt gehen würden? Dass Leute schon bei kleinen Gebrechen zum Telefon greifen und es dadurch zu einer Ausweitung des Gesundheitswesens kommt?

Pascal Couchepin : Rien n'est impossible, mais c'est improbable.

Danielle Lehmann, UNION schweizerischer Komplementärmedizinischer Ärzteorganisationen Luzern

Frage zu der Telefonberatung: In vielen Kantonen werden zur Zeit die ärztlichen Notfalldienste neu organisiert. Vorbildlich ist diesbezüglich z.B. der Kanton Wallis, wo es ein nächtliches Ärztelefon gibt. Ist es sinnvoll, wenn diese neuen Versuche von Telefontriage und Notfalldiensten konkurrenziert werden?

Pascal Couchepin : Il ne serait pas logique d'avoir un système concurrent, mais il est tout à fait possible que les gens se mettent d'accord pour recourir au même système. Et je tiens à dire qu'en effet tous ceux qui recourent au système en Valais sont très satisfaits du système. Il n'est pas question de créer un système à côté. La logique, c'est de le faire ensemble.

Charlotte Werthemann, INTERGENERIKA

Frage zur Telefonberatung: Im Moment gibt es [bei der Krankenkasse] einen Rabatt, wenn man dieses System wählt. Wird das nachher nicht mehr der Fall sein?

Pascal Couchepin : Cela n'existera plus.

Marcel Graber, RVK Verband der kleinen und mittleren Krankenversicherer

In den Erläuterungen zum Telefondienst steht, dass die Kosten dafür den Verwaltungskosten der Versicherer zugewiesen werden sollen. Macht es nicht mehr Sinn, diese Kosten separat auszuweisen, damit man auch später eine Erfolgskontrolle machen kann?

Peter Indra: Die Kosten werden natürlich separat ausgewiesen. Dies aber innerhalb der Kategorisierung «Verwaltungskosten» und nicht «Leistungskosten».

Fabrice Ghelfi, canton de Vaud

Question concernant le nouvel art. 64, al. 5 sur la contribution de CHF 30.– et son articulation avec l'art. 39 LAMal. Dans cet article, on fait référence non seulement aux hôpitaux, mais aussi aux EMS et aux soins à domicile. On sait qu'il y a des consultations médicales au sein des EMS. Est-ce que vous avez songé à exclure de manière formelle le monde des EMS et des soins à domicile de la contribution de CHF 30.–?

Pascal Couchepin : Il faut y réfléchir et résoudre cette question. On en prend acte et cela sera vérifié.

Semya Ayoubi, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren

In den Kommentaren steht, dass ein Sparpotenzial von CHF 500 Mio. Franken erwartet wird. In einem Papier des BAG steht, dass die Praxisgebühr ein Sparpotenzial von CHF 350 - 450 Mio. Franken beinhaltet. Können Sie die Zahlen etwas in Beziehung bringen und nach den verschiedenen Massnahmen aufteilen? Können Sie insbesondere auch sagen, wie viel Sie denken, dass man mit einem Eingriff in die Tarifstruktur sparen kann und sparen möchte?

Peter Indra: Es ist sehr schwierig zu sagen, was konkrete Zahlen sind und was geschätzte Zahlen sind. Wenn Sie sich diese Massnahmen anschauen, dann hat sehr viel mit dem Setzen von Anreizen zu tun. Dies geschieht nicht von heute auf morgen.

Die Zahl, die relativ gefestigt ist, das sind die CHF 350 - 450 Mio. die wir hier im Zusammenhang mit der Einführung des Praxisbeitrages genannt haben. Diese resultiert aufgrund des heutigen Wissens, wie viele Leute wie oft zum Arzt gehen, und auf einer realistischen Schätzung, wie viel hier gespart werden kann. Das Gesamtpotenzial ist geschätzt und ist natürlich wesentlich höher. Wir haben aber bewusst für die Steuerung, welche einige Zeit braucht, und die Tatsache, dass auf den 1. Januar keine Tarifsenkungen vorgesehen sind, sondern dazu nur die Möglichkeit gegeben wir, dazu keine weitere Stellung bezogen. Sie können aber errechnen, wenn der ambulante Bereich 40% der Gesamtkosten von CHF 22 Mia. ausmacht und sie 10% herunterfahren würden, dass wir hier von CHF 800 Mio. sprechen würden, würden sie querbeet herunterfahren mit diesen Tarifen. Aber hier haben wir bewusst darauf keinen Bezug genommen.

Stellungnahmen:

Pascal Couchepin : Je ne vous interromprai pas lors de vos prises de positions. Nous allons commencer avec les cantons, ensuite les autorités politiques, les partis politiques, puis les groupements d'intérêts.

1. Kantone und GDK

Franz Wyss, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirektoren GDK

Ich möchte mich vor allem zu den Punkten bezüglich der Verbesserung der Steuerung äussern.

Grundsätzlich sind wir nicht so begeistert, dass wir in so kurzer Zeit eine so komplizierte Materie beurteilen müssen. Wir denken, dass es wirklich nötig ist, das Thema seriös zu prüfen. Wir werden am nächsten Freitag in unserer Konferenz Gelegenheit haben, uns näher mit diesem Paket zu befassen und werden dann auch die Fragen bezüglich der Verbesserung der Steuerung in Bezug auf die Kantone genau anschauen. Grundsätzlich begrüssen wir die Stossrichtung durchaus freundlich. Bei den zwei Punkten «Planung der Kantone» und «Eingreifen in Tarife» haben wir bedenken. Bei der Planung im ambulanten Bereich sehen wir noch nicht so recht, wie das gelingen soll, beispielsweise im Rahmen von Leistungsaufträgen Mängelbegrenzungen für bestimmte Typen von Aktivitäten zu institutionalisieren. Wir hätten eher eine Lösung im Rahmen der Zulassungsbedingungen gesehen. Zulassungsbegrenzungen, insbesondere im Rahmen von Art. 55b, was wir auch dem Parlament gegenüber schon vorgebracht haben. Was die Tarife betrifft, sehen wir es lieber, wenn man nicht alles auf den Kopf stellen würde und dem Bund hier Kompetenzen einräumen würde. Auch hier ziehen wir es vor, den Kantonen eine angemessene Möglichkeit des gezielten Eingriffs zu geben.

Der Telefonberatung stehen wir grundsätzlich eher positiv gegenüber. Wir denken aber, dass noch einige Klarheiten geschaffen werden müssen mit Bezug auf die Freiwilligkeit der Beanspruchung dieser Leistungen, sonst wird es inkompatibel, beispielsweise mit HMOs.

Wir haben Probleme mit dem Behandlungsbeitrag. So wie er jetzt ausgestattet ist, können wir uns nicht vorstellen, dass das in Bezug auf das Nutzen-Kostenverhältnis wirklich viel bringen wird. Wir sind aber bereit, darüber nachzudenken, wie in dieser Richtung allenfalls etwas gemacht werden könnte.

Was die Verlängerung der Vertragsdauer betrifft, könnte man darüber diskutieren, ob man nicht weiter gehen müsste, wenn man schon sagt, dass mit den Franchisen eigentlich Risikoselektion betrieben wird. Konsequenterweise müsste man Fragen, ob man nicht die Wahlfranchisen abschaffen soll, anstatt an der Vertragsdauer herumzufeilen. Gegen die Verlängerung der Vertragsdauer haben wir aber grundsätzlich nichts einzuwenden. Wir finden, das geht in die richtige Richtung.

Monitoring: Mit den Massnahmen im Bereich Statistik sind wir selbstverständlich einverstanden.

Die Prämienverbilligung ist ein sehr delikates Problem, weil sich für uns die Frage stellt: Wie verkaufen wir der Bevölkerung nach zwei, drei Jahren den Umstand, dass die Gelder plötzlich wieder heruntergefahren werden sollen? Das ist unser grösstes Problem. Grundsätzlich haben wir Sympathien für diese Option. Sie ist aber nicht ganz unproblematisch.

Adrien Bron, canton de Genève

Heureusement, malgré l'impréparation dans laquelle on est mise, on partage déjà beaucoup de choses avec la CDS, ce qui est un bon point de départ.

Concernant l'art. 13, al. 2 (triage par téléphone) on est plutôt favorable à cette mesure, puisque le triage montre son efficacité et permet d'être un élément assez important dans tout ce qui est de la lutte contre la futilité dans la consommation des prestations dans le domaine médical. Il convient de s'assurer que ce soit fait selon les critères d'indépendance, qui soient extrêmement transparents. Si on précisait directement dans la loi qu'il s'agit de collaborer avec des institutions qui existent déjà, plutôt que de développer des services qui doublonneraient et dépenseraient plus d'argent que maintenant, cela ne serait sans doute pas inutile. J'ajoute que vous avez évoqué un certain nombre de services, on peut aussi évoquer le numéro 144, qui a des pratiques déjà bien établies et qui pourrait sans doute aussi servir de service un peu plus général.

Monitoring, art. 21, al. 4 : en ce qui concerne la surveillance de l'application de la loi, nous sommes complètement intéressés. Dans le canton de Genève, on vient de développer très récemment un système de Monitoring des coûts de la santé, qui permet de regarder un peu plus en détail tout ce qui se passe dans l'ambulatorio, notamment aussi avec la collaboration de SantéSuisse. Là, j'en déduirais quand même que pour nous la périodicité des données est importante, puisque un mois est mieux que trois mois. Mais maintenant il faudra surtout élaborer des indicateurs nouveaux et donner des chiffres qui vont au-delà de ce que comporte le monitoring de l'OFSP. Notamment en ce qui concerne l'ambulatorio et l'hospitalier, toutes les parts de l'AOS qui vont dans le secteur totalement privé de l'hospitalier que ce soit dans l'hospitalier de séjour ou l'ambulatorio de l'hospitalier. Si on pouvait développer des choses dans ce domaine, ce serait sans doute très intéressant.

Mandats de prestations, art. 39, al. 1bis : nous avons des réserves assez sérieuses. Il est quand même assez loin de la vie pratique d'une administration cantonale. Donc de ceux, qui sont chargés de faire vivre cette loi. Concrètement il est mis dans l'exposé des motifs, qu'il n'y aura pas besoin de planifier tout le secteur ambulatorio hospitalier. En même temps je ne sais pas si vous vous imaginez ce que cela veut dire pour des administrations cantonales, de prendre des décisions quand même assez coercitives d'exclusion de certains prestataires, avec des bases aussi floues dans le fond. Nous avons les pires inquiétudes quand nous voyons cela, puisque la sécurité du droit ne sera absolument pas garantie. Nous serons obligés de planifier avec des critères qui sont à déterminer et difficile à établir et je pense que c'est une solution très compliquée et très dangereuse pour un objectif, que dans le fonds nous saluons et réclamons depuis longtemps. Nous aimerions la compétence pour réguler la totalité du secteur ambulatorio y compris dans les hôpitaux. Je crois, que cela permet avec les prestataires de soins d'avoir des éléments de pilotages, qui sont nettement plus efficaces et plus sûrs, que si on arrive à devoir exclure un certain nombre de prestataires, parce qu'ils n'ont pas de contrat de prestation, parce qu'on n'a pas les bases pour les leur donner. Je crois qu'il y a vraiment

des choses à développer dans le domaine du pilotage du secteur ambulatoire. Il faut vraiment piloter le volume et pas seulement punir l'offre.

Baisse des tarifs, art. 55b (nouveau) : là, nous sommes extrêmement réservés. Je suis frappé par l'imprécision de la rédaction de cet article. Pour nous c'est la porte ouverte à une étatisation des tarifs, qui est particulièrement contraire à l'esprit de liberté tarifaire et de tarifs négociés entre prestataires de soins. Le canton de Genève est d'avis que c'est un précédent assez dangereux et une porte ouverte pour toute une mesure qui serait prise au niveau national, qui serait contraire à l'application décentralisée actuelle de la loi. On se sent à Genève particulièrement concerné quand on parle d'évolution de différents secteurs supérieurs à la moyenne nationale. On sait que dans le domaine ambulatoire on part de très haut et que ça continue à évoluer. On s'interroge de ce que peut vouloir dire un secteur ambulatoire. Est-ce que c'est uniquement la médecine de ville, est-ce que c'est l'ambulatoire hospitalier, est-ce que c'est les établissements de soins ? Tout cela mérite d'être précisé. Je crois surtout que les critères dans le fonds pour intervenir dans ce domaine-là donnent une totale liberté de manoeuvre au Conseil fédéral. C'est clair que pour nous là aussi c'est simplement mal ciblé, puisque dans le fonds le monitoring des coûts permet de montrer que s'il y a un problème de coût par assuré dans l'assurance obligatoire des soins. Cela vient beaucoup plus du volume de l'offre que du tarif lui-même. En pilotant mieux l'offre ambulatoire on peut donc aboutir à des résultats nettement meilleurs.

Durée du contrat prolongée pour les franchises, art. 62, al. 2ter : je souhaite attirer l'attention sur les effets que cela peut avoir. Il est difficile d'avoir deux discours, de réclamer une meilleure compensation des risques et de critiquer les éléments qui pourraient s'approcher de cette intention-là. Il faut quand même avoir en tête, qu'un assuré qui choisirait une franchise élevée et qui se verrait obligé de la maintenir pendant deux ans minimum, n'aurait pas la possibilité de changer de caisse. Donc si les primes augmentent, il pourrait assez vite se retrouver dans la situation où il a des coûts à charge qui seraient insupportables et qu'il n'aurait pas anticipé. Ceci poserait des problèmes aux services sociaux des cantons. Ceci n'est absolument pas anodin et là aussi nous avons donc une position extrêmement réservée là-dessus.

Ticket modérateur, art. 64 : là aussi nous avons des soucis administratifs les plus vifs sur la manière d'appliquer cela. Nous sommes très loin d'une application pratique aisée. Il y a des coûts administratifs importants pour les cantons et je crois, que les gains qui peuvent être obtenus par cette mesure sont largement compensés par les coûts qu'ils induisent. Il y a des problèmes d'égalité de traitement évidents. Nous avons des réserves tout à fait déterminées sur l'application de cette mesure. Le canton de Genève prend acte du refus de la caisse unique. Néanmoins je pense que si on peut parler de responsabiliser les assurés, on peut quand même essayer d'évoquer les questions des franchises en fonction du revenu, qui seraient une piste un peu plus praticable puisqu'on voit dans le système actuel, que les assurés payent déjà une part importante des coûts. Ce serait là une mesure de plus qui vient s'ajouter aux franchises, aux quotes-parts, à la prime par tête, qui a priori est aussi faite pour responsabiliser les assurés et l'on évalue qu'il y a là aussi un problème de ciblage de cette mesure.

Urgence de ces mesures : le canton de Genève a eu en 2008 des coûts qui ont augmenté de 4.9%, ce qui est supérieur à la moyenne nationale. En même temps il y a un effet de rattrapage puisqu'en 2006 et 2007 les coûts par assuré avaient baissé. Cette hausse de 4.9% était tout à fait dans la cible de ce qui avait été intégré pour fixer les primes pour 2008. Nous sommes prêts à discuter de toutes les mesures de maîtrise des coûts, mais nous ne voyons pas comment l'urgence se justifie dans l'état actuel.

Roland Zimmermann, canton de Neuchâtel

Juste deux réflexions : En ce qui concerne les permanences médicales 24/24h on est dans une confusion totale des rôles. Si l'idée doit faire son chemin et qu'elle puisse être acceptée par la population, je me demande si on ne devrait pas réfléchir – puisque le financement se fait de toute manière au travers des assureurs maladie – vers un mandat pour les sociétés cantonales de

médecine, en leur demandant à elles de mettre en place des permanences médicales 24/24h. La population étant sans doute intéressée à ce que ce soit quelqu'un de compétent sur le point de vue médicale qui puisse lui répondre.

J'aimerais aborder la question de l'augmentation des subsides fédéraux. Je ne vois pas en l'état actuel de quelle manière on pourrait intégrer CHF 200 ou 300 mio. à moins d'agir sur la réduction de prime des enfants, des jeunes en formation et des bas et moyens revenus en relevant dans la loi le taux minimal de la réduction des primes auquel ils peuvent avoir droit qui est aujourd'hui fixé à 50%. Pour le reste, il est à craindre que peut-être les cantons n'emploient pas les parts qui leur pourraient être réservés. Et je rappelle qu'on a quitté le système dans lequel le canton est obligé à compléter le subside fédéral avec la RPT.

Farbrice Ghelfi, canton de Vaud

Au niveau du Monitoring (données des assureurs), le Conseil d'état vaudois entre en matière et se satisfait. Mais il demande que les cantons aient accès aux données aussi des autres cantons pour pouvoir faire aussi du benchmark entre les différents chiffres cantonaux. On attend aussi que des éléments sur la qualité des données soient définis, pour que les données soient saisies de la même manière partout pour qu'elles puissent être comparées et comparables.

Baisse des tarifs (art. 55b) : le Conseil d'état entre en matière, mais il faudra donner plus de clarté au niveau des mécanismes qui sont prévus. Pour l'instant ça nous paraît un petit peu léger, simplement l'instruction de 10% de réduction des primes, bien que ce 10% soit jugé un petit peu supérieure. Une remarque plus fondamentale, les conventions actuellement sont de compétence cantonale pour une bonne partie d'entre elles et l'on pourrait envisager, que cette compétence ne soit pas donnée au Conseil fédéral mais aux organes d'approbation des conventions sanitaires. Notamment le Conseil fédéral pour les conventions nationales mais les gouvernements cantonaux pour les conventions cantonales. Cela nous permettrait de mettre à un bon niveau décisionnel celui qui approuve les conventions et le tarif qui va avec, avec les mesures d'urgence qui pourraient étre décrétés : diminution entre 5 et 10% de ces conventions tarifaires. Au niveau vaudois on insiste – si le Conseil fédéral garde cette compétence, ce qui n'est pas souhaité – à éviter que des baisses tarifaires conduisent, dans des régions de certains cantons, à une raréfaction de l'offre. Ce qui induirait alors soit une obligation des cantons de fournir cette offre, soit que les gens doivent faire des kilomètres pour obtenir la prestation, ce qui n'est pas le but en santé publique.

Planification des cantons et pilotage: le Conseil d'état est entré en matière, mais il juge que tout cela n'est pas claire. La forme potestative serait certainement meilleure que la forme obligatoire. En donnant des compétences aux cantons sur la capacité d'agir avec des bases légales claires, leurs permettrait, en cas de recours, de pouvoir ce battre aussi au niveau des éventuels tribunaux. Le Conseil d'état redoute l'obligation de financement qui serait donné plus tard par les cantons, en disant que puisque vous obtenez la possibilité de prendre des mesures, alors vous passez à la caisse pour la moitié de la facture. Cela est un système à ne pas développer.

Triage par téléphone (art. 13, al. 2, let. g) : le Conseil d'état entre en matière. Au niveau des experts nous avons des craintes d'effets pervers, si ce sont les assureurs qui s'en chargent. On craint p.ex. que les personnes au téléphone doivent remplir des fixations d'objectifs dans la gestion des cas, en décourageant certaines consultations dans certains cas limites. Il faudrait mieux lier cette prestation soit avec un mandat aux sociétés cantonales de médecine ou bien à l'art. 19 LAMal avec un numéro unique cantonal. Il nous ne paraît pas opportun que les gens en changeant d'assureur doivent changer de numéro en même temps. On pourrait très bien imaginer que le financement aujourd'hui assuré au niveau d'institutions communes LAMal, puisse être centralisé.

Ticket modérateur (art. 64, al. 5bis) : le Conseil fédéral n'entre pas en matière, il juge que le coût est trop élevé. L'assuré ignore à priori si la consultation est utile ou pas. Donc il n'y a pas d'effet dissuasif très intéressant et il y a un problème de double peine. L'assuré qui fait déjà le choix de réduire son panel de prestation en entrant dans un réseau, un HMO, se verrait frappé une deuxième fois par une

mesure de CHF 30.–, bien qu'il contribue déjà par son comportement responsable à limiter les frais de la santé. Il n'est pas opportun de rajouter une couche supplémentaire. Dans l'hypothèse où cette mesure devrait quand même être décidée, il faudrait en tout cas, comme je viens de le dire, dispenser de taxe les personnes qui ont des modèles d'un type d'assurance, il faudrait éviter tout report de charge sur les cantons. Pour le canton de Vaud ce serait au minimum CHF 4 mio par année qui serait reporté pour les bénéficiaires des prestations complémentaires ou des gens à l'aide social. Il devrait clairement apparaître dans le message s'il y a un report de charge sur le canton avec cette mesure. On a également des doutes sur les frais administratifs, que les caisses devraient engager pour mettre en œuvre cette mesure. Les soins à domicile et les EMS ne sont pas tout à fait réglés.

Durée du contrat prolongée pour les franchises, art. 62, al. 2ter : encore une fois c'est la double peine qui s'applique. Celui qui fait le choix de se responsabiliser et de prendre une franchise plus importante se lie avec son assureur. Il faudrait simplement autoriser le changement d'assureur à franchise bloquée. Ce serait le seul moyen qui permettrait que les gens puissent changer d'assureur en cas de modification de prime, en gardant la même franchise. Il y a également un problème pour les gens à l'aide sociale ou au bénéfice des rentes AVS/AI, puisque ces personnes en général, les autorités les mettent à la franchise minimale pour éviter des coûts à charge de la collectivité qui assume le prix des franchises. Si pour deux ans il faut assumer ces frais car ils ne pourraient pas changer de franchise, il y a un report de frais sur les cantons qui est estimé de l'ordre de CHF 1 mio pour le canton de Vaud.

Subsides: le Conseil d'état souhaite qu'il y ait une proposition rapide du Conseil fédéral. Il faudra qu'il soit assez souple pour admettre des reports sur une année ou sur deux ans des sommes qui ne seraient pas utilisées, car tous les cantons ne peuvent pas très rapidement mettre en œuvre des mesures. En tout cas la mise en œuvre devrait être négociée avec les autorités cantonales pour éviter que les cantons diminuent parallèlement leur contribution. Le canton de Vaud craint que certains cantons se lancent dans cette brèche. En conclusion le Conseil d'état Vaudois préférerait une mesure structurelle à une mesure conjoncturelle.

Hanspeter Conrad, Vertreter Kanton Zürich

Ich teile die Meinung des Bundesrats, dass wir es mit einem Kosten- und Prämienproblem zu tun haben und dass man sich auf die Massnahmen beschränken soll, die in diesem Bereich auch etwas bringen. Grundsätzlich begrüsst der Kanton Zürich die zwei grossen Massnahmen, die vom Bundesrat vorgeschlagen werden.

Den Behandlungsbeitrag begrüssen wir grundsätzlich, da er in anderen Ländern erfolgreich praktiziert worden ist. Wir regen diesbezüglich aber an, dass man zusätzlich einen Lenkungseffekt einbauen sollte. Nach unseren Beobachtungen und auch nach den Zahlen, die Herr Indra präsentiert hat, liegt das Problem kostenmässig in den letzten Jahren vor allem bei den ambulanten Spitalbehandlungen und nicht unbedingt bei den niedergelassenen Ärzten. Darum regen wir an, hier eine Staffelung einzuführen, beispielsweise einen Behandlungsbeitrag von CHF 100.– in Spitalambulatorien, einen Behandlungsbeitrag von CHF 50.– bei Spezialärzten und einen Behandlungsbeitrag von CHF 0.– bei Allgemeinpraktikern.

In Bezug auf die Tarifsenkungen bei überdurchschnittlichen Kostenentwicklungen begrüssen wir die vom Bundesrat vorgesehene Möglichkeit, dass der Bund Massnahmen ergreifen kann. Wir meinen aber, es wäre gemäss dem jetzigen KVG sinnvoll, dass man diese Möglichkeit auch den Kantonen einräumen würde.

Katharina Schönbucher Seitz, Vertreterin Kanton Bern

Ich möchte mich zuerst zum Verfahren äussern. Es ist für uns äusserst schwierig, in dieser Art und Weise vorzugehen. Von daher spreche ich auch nicht für den Kanton Bern, sondern nur für die Gesundheits- und Fürsorgedirektion. Dies auch, da in der Zwischenzeit keine Regierungssitzungen stattgefunden haben.

Grundsätzlich sind wir der Ansicht, dass schwer abzuschätzen ist, ob die Vorschläge des Bundesrats wirklich Kostensenkungs-Massnahmen sind, oder ob es nicht einfach wieder Verschiebungen in der Finanzierung sind. Wir fragen uns, ob der gewünschte Effekt auf diese Weise erreicht werden kann.

Wir denken, dass in dem Tempo, in dem diese Massnahmen erarbeitet worden sind, nicht alle Auswirkungen gründlich analysiert werden konnten. Wir haben in der internen Diskussion diverse Punkte gefunden, die Neben- und Wechselwirkungen haben könnten und dadurch den gewünschten Effekt wieder zunichte machen könnten. Zum Beispiel, dass durch die Praxisgebühr infolge von verschleppten Fällen die ganzen Fälle wieder teurer werden können.

Die ambulante Steuerung in den Kantonen halten wir primär für eine gute Idee. Diese Massnahme ist allerdings noch sehr rudimentär. Es gibt keine Kriterien. Wir wissen nicht, wie es in der Umsetzung wirklich durchgeführt werden soll.

Einige Punkte halten wir für systemwidrig. Zum Beispiel, dass die Versicherer jetzt plötzlich Leistungserbringer sein sollen. Dieser Punkt beinhaltet Gefahren, dass z.B. plötzlich Patientendaten bei den Versicherern sein können. Sie werden dann zu Vertrauensärzten. Da stellt sich die Frage, ob das so funktionieren kann.

Grosse Sorge bereitet uns, dass das Tarifprozedere einfach über den Haufen geworfen wird, wenn der Bundesrat eingreifen und Tarife senken kann. Die Kompetenzen der Kantone werden beschnitten. Das ganze System der Tarifverhandlungen, -genehmigung oder allenfalls -festsetzung wird ausgehebelt. Die Regierung genehmigt einen Tarif und zwei Monate später wird dieser vom Bundesrat wieder ausser Kraft gesetzt.

Peter Altherr, Vertreter Kanton St.Gallen

Ich möchte eine Ergänzung betreffend der Verstärkung der Solidarität anbringen. Wir regen an, dass das Kündigungsrecht des Versicherten auch bei längerer Vertragsdauer aufrechterhalten bleibt, der Versicherte bei der neuen Krankenkasse aber zwingend in die gleiche Franchise-Stufe, die er vorher hatte, einsteigen muss. Dies, damit das Prinzip der Verstärkung der Solidarität nicht untergraben wird.

Damit lassen sich das jährliche Kündigungsrecht und die verlängerte Vertragsdauer unter einen Hut bringen. Und man muss sich nicht vom Prinzip der jährlichen Kündigungsmöglichkeit verabschieden.

Giorgio Baumann, Vertreter Kanton Basel-Landschaft

In der Hauptsache geht es beim Art. 55b und auch beim Art. 64 mit dem Behandlungsbeitrag um die Beschränkung des Mengenwachstums, denn der Preis ist ja schon seit zehn Jahren nicht mehr angehoben worden. Da sind Spitäler mit Notfällen und Aufnahmewang im Nachteil, weil sie das nicht steuern können. Es stellt sich die Frage, ob der Aufnahmewang bei den öffentlichen Spitälern nicht aufgehoben werden soll.

Pascal Couchepin: Alors on peut passer aux partis politiques.

2. Politische Parteien

Jacqueline Fehr, Sozialdemokratische Partei SP

Die Sozialdemokratische Partei nimmt zu diesen Massnahmen folgendermassen Stellung:

Zu den vorgeschlagenen Sofortmassnahmen: Die Praxisgebühr (Behandlungsbeitrag) lehnen wir ab. Entweder wird sie ausdifferenziert, dann wird sie bürokratisch. Oder sie wird nicht ausdifferenziert, dann trifft sie die Falschen. Wir glauben weder an einen kostensenkenden Effekt noch an ein anderes

Verhalten, insbesondere wenn die Praxisgebühr auch dort erhoben wird, wo wir die Leute eigentlich hinkriegen wollen, nämlich in die Grundversorgerpraxen.

Unterstützen können wir die Massnahmen im Bereich Statistik und zur Datenerhebung. Auch die Meldeverfahren inklusive den Vorschlag aus dem Kanton Waadt, diese Daten auch den anderen Kantonen zur Verfügung zu stellen, um das Benchmark-System voranzutreiben.

Modifiziert könnten wir uns Massnahmen im Bereich der Franchisen vorstellen. Aber nicht im Sinn einer Verlängerung der Vertragsdauer auf zwei Jahre, sondern im Sinne der Aufhebung der Wahlfranchisen. Wir sind der Überzeugung, dass in den Wahlfranchisen ein grosses Risiko für die Versicherung steckt, sich unterzufinanzieren und die Solidarität zu untergraben. Diese Wahlfranchisen sollten durch einkommensabhängige Franchisen abgelöst werden. Diese würden das Konsumentenverhalten wesentlich besser beeinflussen als diese «Gesundheitsstatus-Franchisen».

Die Telefonberatung ist aus unserer Sicht Bestandteil künftiger integrierter Versorgungsnetzwerke. Sie können allenfalls auch kantonal koordinierte sein. Wir sehen das Problem darin, dass diese Massnahme noch stärker ausdifferenziert werden muss, wie es in verschiedenen Voten bereits erwähnt wurde.

In Bezug auf die Tarife haben wir den Vorschlag bis jetzt so verstanden, dass er sich eben nicht ausschliesslich auf die Spitalambulatorien bezieht. Es scheint uns aber wichtig, dass man sich – wenn man in diesem Bereich etwas unternimmt – auf die Spitalambulatorien konzentriert.

Stichwort Spitalambulatorien: Dort scheinen uns die Vorschläge noch nicht ausgereift. Es ist tatsächlich jener Teil, der kostenmässig am stärksten wächst und wo auch die Gründe dafür noch nicht bekannt sind. Auch inwiefern sie mit der DRG zusammenhängen. Uns scheint es wichtig, dass man sowohl bei der Zulassung der Ärzte als auch bei den Tarifen die entsprechenden Massnahmen trifft, um dieses Kostenwachstum in den Griff zu kriegen.

Es fehlen uns jene Sofortmassnahmen, die in der Kompetenz des Departements oder des Bundesrates liegen, insbesondere im Bereich der Medikamente – die haben Sie uns auf Ende Mai in Aussicht gestellt – aber auch im Bereich der Rabatte dieser Wahlfranchisen und auch der Anlagerichtlinien gegenüber den Krankenkassen. Diese Anlagepolitik ist ja wesentlich mitverantwortlich für die heutige Situation.

Wir wünschen uns in den nächsten Tagen zudem genauere Ausführungen zur Frage der Prämienverbilligung; nicht nur in der Höhe der Prämienverbilligung, sondern auch in der Ausgestaltung. Soll dabei einfach der Betrag gegenüber den Kantonen erhöht werden? Oder wird ein zweites Regime aufgebaut? Welche Bevölkerungsgruppen werden anvisiert? Inwiefern unternimmt der Bund Bemühungen, um dieses Prämienverbilligungssystem effizienter zu gestalten, indem es eben auch harmonisierter ausgestaltet wird?

Alexandra Perina-Werz, Christlichdemokratische Volkspartei CVP

Wir sind mit Ihnen darin einig, dass Handlungsbedarf besteht. Eingangs der konferenziellen Vernehmlassung haben Sie erwähnt, dass Sie zu den Medikamenten Vorschläge vorlegen werden. Das freut uns. Weiter ermuntern wir Sie, Vorschläge bezüglich der Generika, Mittel und Gegenstände, der Spitzenmedizin und auch des Managed Care einzureichen. Denn auch wenn das Parlament dies nicht weitergeführt hat, ist es an Ihnen hier den Weg vorzugeben. Des Weiteren wünschen wir uns eine neue Diskussion über den Leistungskatalog. Wir haben das angesprochen: Rationierung und Palliativmedizin.

Jetzt konkret zu den Massnahmen: Die Umverteilung mit diesen 200 Millionen CHF Prämienverbilligung unterstützen wir nicht. Wir sind einverstanden mit der verbesserten Steuerung, d.h. mit der Stärkung der Kantone. Wir sind auch einverstanden mit den Tarifen. Wir sind einverstanden mit der Verstärkten Solidarität, also mit der längeren Vertragsdauer. Wenn die Telefonberater über Leistungserbringer organisiert werden, sind wir damit auch einverstanden. Skeptisch sind wir hingegen beim Behandlungsbeitrag. Wir sehen eine Verstärkung der

Grundversorger. Der Kanton Zürich hat einen interessanten Beitrag hierzu gemacht. Wir denken, man sollte jene Versicherten bestrafen, die bei Bagatellfällen zu den Notfalldiensten gehen. Und wir sollten auch jene Versicherten bestrafen, die direkt zu den Spezialisten gehen. Mit Massnahmen in dieser Richtung wären wir einverstanden.

Claude Ruey, FDP Die Liberalen

Nous pensons qu'effectivement il y a urgence sur les coûts. On le voit bien. La situation est là. Si des mesures conjoncturelles doivent être prises, il faut penser au système dans son ensemble. Celui-ci doit se débarrasser de ce qu'il a actuellement dans ses structures de mauvais, c'est-à-dire beaucoup de fausses incitatives des financements qui ne conduisent pas forcément à la responsabilité personnelle, il y a là aussi un «Handlungsbedarf», mais c'est au Parlement qu'il faut le dire puisqu'un certain nombre de projets sont encore pendants dans le Parlement. Nous nous battons pour des solutions qui permettent un fonctionnement d'un système de santé basé sur la responsabilité, sur un certain nombre de mécanismes autorégulateurs liés aussi au respect et la qualité et la liberté de choix.

Concernant l'art. 13, al. 2 (triage par téléphone) : nous pensons que ces mesures peuvent être étudiées. Néanmoins il faut veiller à ce qu'on ne démobilise pas ce qui existe aujourd'hui dans le terme de Managed Care qui existe déjà pour environ CHF 5.5 mio d'assurés dans un certain nombre de compagnies qui est un succès. Cela pourrait, suivant comment est mis en œuvre le système obligatoire de service téléphonique, poser problème. Ça nécessite qu'il y ait quelques éclaircissements à ce sujet quant à la manière dont on va concevoir ce système téléphonique.

Monitoring, donnée des assureurs: nous ne savons pas avec précision s'il y a vraiment un «Handlungsbedarf» à recevoir les données tous les mois, car il s'agit de quelque chose de technique entre l'OFSP et les assureurs. Nous attirons l'attention sur le fait que le principe de proportionnalité soit respecté, de manière qu'il n'y ait pas trop de travaux administratifs s'il n'y a pas un effet qui est lié immédiatement. Sur le principe, nous entrons parfaitement en matière.

Traitements ambulatoires et des contrats de prestations dans l'ambulatoire, planification des cantons: là nous disons clairement que nous ne sommes pas favorable, car c'est contraire au principe que nous défendons. Nous voyons mal comment les cantons peuvent planifier les prestations ambulatoires dans la mesure où précisément ils ne disposent pas des données qui permettent de le faire. Même si nous pouvons penser qu'il doit y avoir un système qui doit permettre un meilleur système de pilotage dans le domaine ambulatoire. Nous pensons que cela doit se faire beaucoup plus sur les conventions qui se passent entre les partenaires. Cela doit se faire beaucoup plus sur la question des prix, des coûts et de la qualité médicale plutôt que par une planification cantonale, qui encore une fois se trouvera empêtrée dans l'impossibilité administrative d'être réalisée.

Baisse des tarifs (art. 55b) : nous pensons qu'en principe ce sont les partenaires qui doivent discuter des tarifs et qu'ils doivent les régler sur le plan conventionnel. Mais nous pensons, que la Confédération aie une compétence subsidiaire lui permettant d'entrer en matière et d'intervenir n'est pas forcément une mauvaise chose. Ça peut aussi être un pédagogue pour ceux qui sont en train de négocier les contrats et s'ils négocient vraiment mal cela permet à la Confédération d'agir, ce qui nous paraît juste.

Ticket modérateur (art. 64, al. 5bis): nous considérons qu'on doit pouvoir discuter de cette mesure mais il y a un certain scepticisme. Nous pensons qu'il y a un effet psychologique différent de la franchise dans la mesure où précisément le ticket modérateur s'encaisse au moment de la prestation. Et non après comme la franchise ou la quote-part qui se calcule après coup. Donc pour cette mesure l'effet psychologique sur la responsabilité personnelle peut-être admissible. Reste à savoir si ce système n'est pas à géométrie variable et déclinante, en ce sens qu'il semble que les expériences faites à l'étranger montrent au bout d'un certain temps que l'effet se dissout. Par conséquent on pourrait entrer en matière que sur une mesure de courte durée et non de longue durée. Nous nous posons quand même la question de savoir s'il ne faudrait pas mieux avoir une taxe qui soit plutôt

décidée pour l'hospitalier ambulatoire par exemple, plutôt que pour le médecin de premier recours, pour qu'il y ait un effet incitatif dans ce sens-là.

Réduction des primes: Là nous sommes totalement opposé. Ne pas parce qu'il ne faut pas aider les économiquement plus faibles, au contraire. Mais on a déjà 39% des gens qui reçoivent des réductions des primes, dans certains cantons on en est à 50%. Ce système alimente un financement peu responsable du système de santé, alors qu'il y a des faux incitatifs notamment dans le financement dual qui conduisent à des difficultés beaucoup plus grandes, qui sont structurelles. Nous craignons qu'un trop grand arrosage financier de réduction des primes nous détourne du vrai problème qui est de trouver un financement qui sorte du système de financement dual, qui aille plus vers le système des réseaux, vers le système de l'orientation du patient. Dans ce sens-là nous ne sommes pas favorable en l'état à cette réduction des primes.

Franchise dans la durée contractuelle (art. 62, al. 2ter): nous considérons que ceci est acceptable. On a entendu des critiques techniques qu'il convient sans doute d'étudier. Le fait de pouvoir faire du tourisme de la franchise entre les assureurs ou à l'interne d'une assurance en fonction de son état de santé prévisible ou pas, est un élément de désolidarisation qui n'est pas bon. Dans ce sens-là, un cadre contractuel de plus longue durée, voir même plus long que 2 ans, nous paraît possible. Non seulement pour les franchises mais on pourrait se poser la question, si ce ne serait pas non plus pour les réseaux qu'on devrait l'avoir. Cela a déjà été discuté dans les commissions au national et dans les états.

Yvonne Gilli, Nationalrätin SG, die Grünen Schweiz

Wir von den Grünen stellen fest, dass in Eile keine saubere Problemanalyse in diesem äusserst komplexen Regelsystem der schweizerischen Gesundheitspolitik gemacht werden kann. Wir lehnen deshalb dringliche Gesetzesänderungen, wie sie heute vorgeschlagen werden ab. Sie greifen Lösungen vor, bevor die Problemstellung analysiert und priorisiert worden ist und sie umgehen den parlamentarischen Prozess. In der Managed Care beispielsweise empfinden es die Grünen als Affront, zum jetzigen Zeitpunkt davon zu sprechen, dass das Parlament nicht fähig sei, eine Lösung zu präsentieren, da genau jetzt eine Managed Care-Vorlage in der gesundheitspolitischen Kommission des Nationalrates beraten wird.

Es ist tatsächlich so, dass die Kostensteigerungen in gewissen Bereichen – nota bene im ambulanten Spitalsektor – Handlungsbedarf beinhalten. Dieser Handlungsbedarf ist aber nicht so einfach zu bewerkstelligen.

Als sinnvoll – im kurzfristigen Sinn – erachten wir die zusätzlichen Gelder für die Prämienverbilligungen, um überhaupt die Prämienlast für untere und mittlere Einkommen verträglich zu machen. Es stellen sich aber heute grundsätzliche Fragen zum System der Prämienverbilligungen, da doch bereits ein beträchtlicher Teil der Schweizerinnen und Schweizer mit Prämienverbilligungen Prämienermässigungen erhält.

Zu den vorgeschlagenen Gesetzesänderungen:

Wir anerkennen, dass telefonische Gesundheitsberatungen durch qualifiziertes Personal unter ärztlicher Verantwortung einzelne Arztkonsultationen ersetzen können. Am besten und sichersten werden Patientinnen und Patienten aber durch den eigenen Hausarzt beraten. Keinesfalls dürfen Versicherer in die Funktion der Leistungserbringer kommen, sei dies, indem sie diese Dienstleistung in Auftrag geben aber auch finanzieren. Dadurch entsteht eine Abhängigkeit. Es stellen sich Fragen zum Datenschutz, Fragen zur Gewaltentrennung zwischen Versicherer und Leistungserbringer. Und zuletzt suggeriert diese Gesetzesänderung, dass Telefonkonsultationen gratis seien. Das ist selbstverständlich nicht so. Wenn sie sich in den Verwaltungskosten der Krankenkassen niederschlagen, werden sie sich später auch in den Prämien der Patientinnen und Patienten niederschlagen.

Zu Art. 62 und der Vertragsverlängerung der Franchise denken wir, dass dies eine weitere Bestrafung der Patientinnen und Patienten ist und deren wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit keine Rechnung trägt. Es gilt zu beachten, dass im letzten Jahrzehnt die Patientinnen und Patienten als schwächstes Glied in der Lobbykette im Gesundheitswesen übermässig belastet wurden, und dass die Schweiz gerade in der pro Kopf-Belastung der unteren und mittleren Einkommen bereits Weltmeister geworden ist.

Wir sehen eine Verbesserung der Solidarität in der Verbesserung des Risikoausgleichs im ambulanten Bereich, der nota bene auch im Bereich der Managed Care-Vorlage behandelt werden kann.

Bei der Praxisgebühr gibt es zwei Verlierer. Das sind einerseits die Hausärztinnen und Hausärzte, deren Verwaltungsaufwand erhöht wird. Andererseits sind dies nochmals die Patientinnen und Patienten, die ins Portemonnaie greifen müssen. Wir denken nicht, dass wir diese Probleme so einfach lösen können. Es wird fehlende Sofortzahlungen geben. Die Ausnahmeregelungen erachten wir, so wie sie vorgeschlagen wurden, als nicht befriedigend und auch nicht als sehr einfach und verwaltungsarm zu lösen.

Was Art. 39, die Leistungsaufträge für die Spitalambulatorien betrifft, so ist diese Materie eine komplexe. In der Vergangenheit führten eben gerade undurchdachte Fehlregulierungen zu diesem falschen Anreiz. Ich denke dabei an die Einführung der Globalbudgets in der stationären Behandlung ohne gleichzeitige Kostenbeteiligung an den ambulanten Spitalkosten. Es wurde für die Spitäler wichtig, die Spitalambulatorien auszubauen, nicht zuletzt auch aus finanziellen Gründen. Wir denken, dass in diesem Bereich eine Lösung erarbeitet werden muss, zusammen mit den Gesundheitsdirektoren und Gesundheitsdirektorinnen. Wir denken, dass sie zusammen mit der Ärzteschaft im Bereich der Regelung der Ärztedichte erarbeitet werden kann. Es gibt bis heute einige Kantone, die ihre ambulanten Leistungen über höhere Taxpunktwerte abgelden, als dies in den ärztlichen Praxen geschieht. Das widerspricht eigentlich der Grundidee des TARMED. Hier könnte Regelungsbedarf geltend gemacht werden. Regelungsbedarf könnte auch in der Art der Verlängerung des Zulassungsstopps geltend gemacht werden, wie die Vereinigung der Ärzte und Ärztinnen und die Gesundheitsdirektoren und Gesundheitsdirektorinnen es vorgeschlagen haben.

Die monatliche Datenübermittlung ans BAG erachten wir nicht als einen zentralen Punkt. Wenn die Verwaltungsaufgaben auf Seiten des Bundes mit zusätzlichen Ressourcen bestückt werden müssen, geschieht dies unserer Ansicht nach besser im Bereich der Aufsichtspflicht über die Krankenversicherungen als in der Erhöhung der Frequenz der Datenübermittlung und deren Auswertung, wie dies vorgeschlagen wird.

Zusammenfassend sind wir enttäuscht über dieses Vorgehen, welches wir als unseriöse Hau-Ruck-Übung beurteilen. Wir anerkennen aber, dass dies ein Versuch ist, einen Schritt weiter zu kommen, und dass es tatsächlich dringlichen Handlungsbedarf im Rahmen der notwendigen Prämienerrhöhungen gibt, welche die Krankenkassen in Rechnung stellen werden müssen.

3. Versicherer

Stefan Kaufmann, santésuisse

Gerne nehmen wir Stellung zu diesem Gesetzesentwurf, den wir für prüfenswert erachten.

Zuerst haben wir eine Anmerkung zum vorgesehenen Zeitplan und der vorgesehenen Wirkung dieser Massnahmen auf der Zeitachse. In Anbetracht dessen, dass dieses Gesetzespaket, nachdem es verabschiedet ist, auch noch Verordnungsbestimmungen braucht, sind wir sehr skeptisch, wann diese Massnahmen tatsächlich dann wirken werden. Hier auch noch einmal der Hinweis auf das dringliche Verordnungspaket, dass Sie in Aussicht gestellt haben. Wir setzen ein gewisses Fragezeichen, wenn man den politischen Entscheidungsprozess anschaut.

Zur Telemedizin: Wir sehen das telemedizinische Angebot eher im Bereich Verbesserung der Steuerung, Stärkung der Eigenverantwortung, und nicht für sich genommen als Verbesserung der Kundendienstleistung. Das sollte es am Schluss natürlich auch sein, steht für uns aber nicht im Vordergrund. Heute haben wir etwa 5,5 Millionen Versicherte, die bereits die Möglichkeit haben, von einem Beratungsdienst Gebrauch zu machen. Es lohnt sich, darüber nachzudenken, wie man diese Telefonberatungsdienste mit positiven Anreizen im Sinne der Stärkung der Eigenverantwortung und der Verbesserung der Steuerung attraktiver machen kann.

Telemedizinische Beratungen sind aus unserer Sicht eindeutig medizinische Leistungen. Die Streitigkeiten darüber sind unserer Meinung nach nicht so wichtig. Wichtig scheint mir, dass die Kosten transparent ausgewiesen werden müssen und das erkennbar sein muss, was in diesem Bereich investiert und angeboten wird. Am besten wäre natürlich, wenn man diese Massnahme am Schluss evaluieren kann.

Noch eine Anmerkung zur Übergangsbestimmung in Bezug auf die Telefonberatung: Es wäre aus unserer Sicht schade, wenn bestehende Modelle im Bereich der Telefonberatung innerhalb eines Jahres eliminiert werden müssten. Denn diese Modelle, auch wenn sie noch nicht so stark verbreitet sind, zeigen doch, dass sie eine gewisse Wirkung haben. Eine Wirkung, die wir uns alle wünschen.

Zu den monatlichen Datenlieferungen: Wir haben Ende des letzten Jahrtausends unserem Datenpool ins Leben gerufen, weil man vorher gerade einmal im Jahr mit fast 12-monatiger Verspätung wusste, wie sich der Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung entwickelt hat. Wir bieten in diesem Bereich gerne Hand mit der Lösung, die wir heute hier haben, mit der Transparenz und auch um das Monitoring zu verbessern. Wir weisen darauf hin, dass wir aus eigener Erfahrung wissen, dass eine höhere Datenlieferungskadenz natürlich auch das BAG beschäftigt, die Krankenversicherer beschäftigt, auf der administrativen Seite beschäftigt. Es wird nicht immer einfach sein, Effekte, die man monatlich sieht, zu eruieren. Es kann Verzögerungen bei der Rechnungsstellung im Spital geben, weil es Systemänderungen gibt. Es kann ein Problem beim Krankenversicherer sein. Aber eines ist sicher, und da haben wir die Erfahrung: Es gibt immer etwas, das sich verändert. Das gehört zu einem System, wie wir es hier betrachten. Es zeigt auch, dass sich etwas entwickelt.

Ich möchte die Gelegenheit nützen, darauf hinzuweisen, dass man in Bezug auf die Situation, in der wir heute sind, nicht sagen kann, man hätte die Informationen dazu nicht gehabt. Wir haben bereits letzten Sommer darauf aufmerksam gemacht, wie sich die Kosten entwickeln. Wir haben darauf hingewiesen, dass es eine schwierige Konstellation geben wird. Man kann immer sagen, die Versicherer wollen nur die nächste Prämierunde vorbereiten. Aber es zeigt sich natürlich im Nachhinein, dass wir das, was wir damals im Sinne eines Frühwarnsystems kommuniziert haben, leider auch eingetroffen ist. Hier bieten wir gerne an, die Zusammenarbeit zu optimieren. Aber es steckt ein riesiger Aufwand dahinter – administrativ gesehen – wenn man eine hundertprozentige Abdeckung haben will.

Zum Art. 39 und den Leistungsaufträgen:

Wir sind sehr skeptisch in Bezug auf diese Massnahme. Wir haben Erfahrungen aus dem stationären Bereich, was die Spitalplanung anbelangt. Auch wenn wir heute in diesem Bereich vielleicht 2% Kostensteigerung haben. Es wurde die Frage nach den Volumina gestellt. 2% beim grössten Kostenblock ist natürlich noch sehr viel an Geld, das dort investiert ist. Beim Spitalblock insgesamt, inklusive dem ambulanten Bereich, haben wir den Eindruck, dass gerade die Kantone bereits in der Vergangenheit gewisse Möglichkeiten gehabt hätten. Also grosse Skepsis bei dieser Massnahme.

Die Tarifsenkung bei überdurchschnittlicher Kostenentwicklung ist aus unserer Sicht prüfenswert. Aber natürlich klar subsidiär, in Situationen wie wir sie auch zurzeit haben. Die Tarifsenkungen sind ja beschränkt auf den integralen ambulanten Bereich. Dort sollte überall mit den gleichen Ellen gemessen werden.

Art. 62, die Mindestvertragsdauer von zwei Jahren bei Versicherungen mit Wahlfranchisen, ist aus unserer Sicht die richtige Antwort, wenn man das Versicherungsprinzip zur Anwendung bringen will. Wichtig ist, dass die Leute, wenn sie heute eine solche Wahlfranchise wählen, nicht im Verlaufe des Jahres ins normale System zurückwechseln können, wenn sie z.B. feststellen, dass ein Eingriff

ansteht. Aus unserer Sicht wäre es zu prüfen, ob man die Vertragsdauer nicht sogar auf drei Jahre ausdehnt. Es wäre insbesondere zu prüfen – und das wurde auch schon erwähnt – ob man diese Regelung auf die alternativen Versicherungsmodelle generell ausdehnt.

Aus unserer Sicht ist Art. 64, die Praxisgebühr, vor allem aus psychologischen Gründen wichtig, und nicht primär aus Spargründen. Heute bezahlt man für das, was man bezogen hat, ex post via Franchise. Man muss der Bevölkerung wieder bewusst machen, dass jeder Gang zu einem Leistungserbringer – insbesondere in die Arztpraxis und ins Spitalambulatorium – Kostenfolgen hat. Hierbei ist wichtig, dass die genauen Modalitäten geklärt werden. Dort haben wir verschiedene Fragen. Ich denke, die kann man noch klären. Es wäre auch hier wieder zu prüfen, dass man diese Gebühr im Sinne der Verbesserung der Steuerung im ambulanten Spitalbereich und allenfalls bei den Spezialärzten abstuft, wie wir das schon früher angeregt haben und wie es heute auch der Kanton Zürich angeregt hat. Das wäre heute sogar mit der Verordnung, die wir haben, möglich. Für uns steht ganz klar nicht der Spareffekt im Vordergrund sondern klar die Verbesserung der Steuerung.

Bei den Präventionsprogrammen ist das Streichen der Kostenbeteiligung in unseren Augen eine sinnvolle Massnahme in diesem Gesamtkontext.

In Bezug auf die Praxisgebühr gilt es anzufügen, dass es in Kombination mit der Telefonberatung prüfenswert ist, ob bei den Managed Care-Modellen die Behandlungsgebühr erlassen werden kann, wenn beispielsweise Versicherte Managed Care-Modelle wählen. Ein Modell könnte zum Beispiel sein, dass man sich für eine Telefonberatung verpflichtet und dass damit die Behandlungsgebühr hinfällig wird. Dann hätten wir die richtigen Anreize für die Versicherten, sich in diesem System im Sinne der verbesserten Steuerung besser zu verhalten.

Zur Prämienverbilligung und zu diesen CHF 200 Mio.: Für uns ist es wichtig, dass man jetzt auf der Kostenseite etwas macht. Wenn man da nichts macht, ist es schade, zusätzliche CHF 200 Mio. ins System zu pumpen.

4. Leistungserbringer: Ärzte, Spitäler, Apotheker etc.

Jacques de Haller, FMH Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte

Je vais reprendre un certain nombre de ces points. Les autres seront prises en détail dans la réponse que nous pouvons vous donner jusqu'à vendredi.

Concernant le triage téléphonique: C'est une mesure utile et nécessaire et le corps médical FMH est d'accord sur le fonds. C'est une mesure dont on a aussi besoin et qui est importante à la médecine de premier recours. On n'a plus assez de médecins pour le service de garde. C'est une mesure que nous pouvons parfaitement envisager. Néanmoins, le triage est un acte médical. Il ne s'agit pas d'un acte administratif ou d'un acte d'assurance. Et dans ce sens-là, il nous ne paraît pas possible que cette procédure, cette offre de service médicale, soit le fait des caisses maladies. Plusieurs intervenants l'ont déjà dit. Les sociétés cantonales de médecine, les services d'urgences organisés pourraient parfaitement reprendre cet oeuvre. Cela existe déjà dans plusieurs cantons, que ce soit Berne, Genève ou Vaud et bien d'autres en réalité. Nous trouvons largement préférable que cela reste dans le domaine médical.

D'ailleurs, le message du conseil fédéral sur la LAMal le disait déjà: Il n'est pas question pour les caisses maladies [de Haller liest vor] «es ist klar, dass im Rahmen dieser Gesetzgebung keine Sachleistung in Betracht kommt für die Versicherung». Je crois qu'il faut rester à ce principe-là de savoir qui assure et qui fournit les prestations. Et cela ne peuvent pas être les mêmes personnes. En plus, il y a un problème de contrôle de qualité. Le fait que les cantons n'aient pas la fonction d'une police de santé qu'ils ont dans la plupart des prestations médicales est aussi problématique si on en reste à cette fourniture de prestations par les assureurs.

Concernant les contrats de prestation pour les polycliniques et l'hospitalier ambulatoire, je ne vais pas m'y arrêter longtemps. L'ancrage de l'art. 39 ne fait guère de sens de notre point de vue. L'art. 36a serait largement préférable avec toute la régulation des ressources ambulatoires au lieu de la garder avec la planification hospitalière. Ceci dit, nous avons proposé avec les cantons il y a quelques mois toute une solution assez bien construite pour donner aux cantons ces compétences-là. Nous pensons que le plus simple serait de prendre cette proposition-là dans son ensemble de manière à ne pas avoir des solutions fragmentées.

Pour ce qui est de la possibilité d'intervenir sur les tarifs: Nous avons vu que vous avez supprimé un des éléments qui était dans le projet que nous avons reçu par eMail, c'est celui de la moyenne de cinq ans. Il ne figurait pas dans ce que vous avez projeté tout à l'heure. C'est une suppression que nous ne pouvons que saluer, si tant est que nous puissions approuver le reste, ce qui n'est pas le cas évidemment. Cette suppression des cinq ans permet au moins d'éviter que les cantons qui ont été raisonnables pendant les dernières années soient les plus facilement punis. Cela serait assez incompréhensible. Ceci dit pour cette question tarifaire les accords coûts et prestations / Leistungs- und Kostenvereinbarungen que nous avons conclus dans pratiquement tous les cantons sauf un avec santésuisse ont permis de contrôler l'évolution des coûts dans le domaine ambulatoire privé. C'est certainement un système qui vaut d'être pris en compte, soutenu et poursuivi. On pourrait parfaitement imaginer d'ailleurs, de l'appliquer aussi aux hôpitaux et à l'hospitalier ambulatoire. C'est vrai pour nous que le fait, que les gouvernements cantonaux soient responsables d'accepter les tarifs cantonaux et les valeurs de points d'une part, et d'autre part que la Confédération puisse intervenir là en travers n'est pas très cohérent et ne permet pas d'imaginer un fonctionnement normal du système présumé ici. En plus le fait que la Confédération, que le Conseil fédéral intervienne ici, suppose l'absence de toute instance de recours, ce qui dans notre système de droit est inacceptable. Par ailleurs nous n'avons pas compris ce que l'OFSP veut dire par « ein ambulanter Bereich ».

Concernant la taxe de CHF 30.-: il y a deux ou trois questions qui se posent. La question de la maternité n'est pas explicitement mentionnée dans les textes que j'ai vus projetés alors qu'elle figurait dans le communiqué de presse. Cette incertitude doit être éclaircie. Concernant les prestations de prévention c'est intéressant, mais il faut voir ce qui se passe réellement dans un cabinet de médecine: les gens ne viennent pas juste pour une chose et donc ça va être difficile de savoir si pour telle consultation avec un vaccin il faudra prélever ces CHF 30.- ou pas. La question des cartes de crédit est implicitement interdite dans la loi, si ce n'est plus le cas tant mieux. Cela simplifiera un petit peu l'administration. Il y a aussi le problème de la franchise, vous nous dites que vous allez en même temps baisser la franchise de CHF 100.-, mais ça fait CHF 80.- d'augmentation.

Précision Pascal Couchepin: C'est la participation qui va être baissée du montant payé et non la franchise.

Jacques de Haller: Il y a toute une série de réseaux de soins qui n'ont pas de participation et pour lequel la baisse de cette participation ne va pas servir à grande chose. L'on va de nouveau punir des gens qui ont pris des options d'avenir dans leur système de soins, ce qui est dommage. Une dernière remarque concernant la taxe et le fait de limiter cette taxe à l'ambulatoire hospitalier, c'est une fausse bonne idée. Autant la médecine de premier recours a besoin d'un soutien, elle a besoin d'être appuyée, autant le trend d'aller de plus en plus à l'hôpital pour des urgences qui ne le méritent pas coûte affreusement cher. C'est vrai que taxer les patients au lieu d'imaginer des mesures positives pour la médecine de premier recours n'est pas la meilleure solution. La médecine de premier recours n'a pas besoin de patients, on a plus assez de médecins, on n'est pas en train de courir après des patients, mais on aurait plus besoin de mesures positives que de mesures négatives pour les patients.

Prolongation de 2 ans pour le changement de régime de franchise: La question est pourquoi on veut absolument garder ces très hautes franchises. On les rend plus compliquées, on limite les allées-retours des patients, ce ne serait peut-être pas plus compliqué de supprimer ces hautes franchises. Leur effet incitatif est selon notre expérience négligeable. On va là simplement coincer dans un système une année de plus des gens qui réaliseront qu'ils ont fait une bêtise. Parce qu'il y a beaucoup de gens qui choisissent ces très hautes franchises pour payer moins de primes alors qu'ils ne peuvent pas payer le montant de cette franchise.

Le reste des remarques viendra par écrit d'ici la fin de la semaine.

Bernhard Wegmüller, H+

Nach dem Studium der Unterlagen fällt uns übergeordnet vor allem auf, dass wir eigentlich nicht über Dringlichkeitsthemen sprechen. Es sind Massnahmen, die keine Wirkung für die Prämien 2010 erzielen werden. Es stellt sich für uns vorerst einmal die Frage nach der Art der Behandlung des Geschäftes. Man hat das Gefühl, man müsse etwas tun, koste es, was es wolle. Und die Wirkung wird dann irgendwann später kommen.

Grundsätzlich übergeordnet haben wir im 2006 eine OECD-Studie zum Gesundheitswesen Schweiz erhalten, welche das BAG in Auftrag gegeben hat. Dort hat man davon gesprochen, dass es zu wenig wettbewerbliche Elemente gibt. Was wir jetzt vor uns haben sind bürokratische und staatsinterventionistische Massnahmen, die vorgeschlagen werden. Für deren Wirkung habe ich bisher keine konkrete Plausibilisierung gefunden. Die Ursachen für das Problem, das wir im Hinblick auf das Jahr 2010 haben, wurden dargestellt: Falsche Prämienberechnungen und Verluste an den Kapitalmärkten. Man hat bei den Leistungserbringern ja keine unerwarteten Kostensteigerungen gehabt. Eine Frage ist für uns deshalb schon ein bisschen erstaunlich: Wieso schlägt man keine Massnahmen vor auf Seiten der Versicherungen, die diesbezüglich Wirkung haben würden. Anlagevorschriften sind ein Thema. Dann die Frage der Prämienberechnungen: Wie kann es kommen, dass man sich in den Prämienberechnungen derart stark verschätzt? Ein Faktor, der aus unserer Sicht wesentlich dazu beitragen würde, wäre der Risikoausgleich. Mit einem guten Risikoausgleich würden viele Probleme, die jetzt hier auf dem Tisch sind, völlig obsolet. Wenn sie einen guten Risikoausgleich haben, dann müssen sie keine Telefonberatung vorschlagen. Dann machen das die Versicherer, wenn dies sinnvoll ist. Wenn sie einen guten Risikoausgleich haben, müssen sie nicht die Vertragsdauer erhöhen. Dann werden die Versicherer schauen, dass sie die Prämien korrekt berechnen.

Zu den Massnahmen.

Ich möchte zuerst generell etwas zum Spitalambulatorium sagen. Erlauben Sie mir, dass ich etwas sarkastisch werde: Wenn man hört, wie jetzt das Spitalambulatorium als Problem betrachtet wird, erhalte ich den Eindruck, dass man eine komische Sorte von Ärzten in den Spitalambulatorien hat. Es scheinen Ärzte zu sein, die unter Fixbezahlung bei knappen Ressourcen – es gibt Personalprobleme in den Spitälern – dazu motiviert werden, in grösster Menge unsinnige Leistungen zu erbringen. Das ist eigentlich nicht typisch das, was man erwartet. Wenn man liest, was in den Spitalambulatorien falsch gemacht wird, scheint das der Fall zu sein.

Wir haben vor einem Monat ein Blatt publiziert, in dem wir die Ursachen für die Kostenverlagerungen in den spitalambulantem Bereich dargestellt haben. Es sind primär Verlagerungen vom stationären in den ambulanten Bereich. Des Weiteren sind es spezialisierte ambulante Nachbehandlungen, die in den Spitälern stattfinden müssen; Krebsbehandlungen, ambulante Rehabilitation, ambulante Psychiatrie, seltene Krankheiten, als wichtige Beispiele. Dann hat die Überweisung von Arztpraxen an Spitäler für Spezialabklärungen, Diagnostik usw. in den letzten Jahren massiv zugenommen. Als letzter Punkt ein Faktor, den wir nicht verschweigen wollen: Die Spitäler machen bedeutend mehr Notfallbehandlungen. Dort hat man in vielen Spitälern in vielen Kantonen Massnahmen ergriffen, indem man zusammen mit den Hausärzten Hausarztambulatorien bei Spitälern etabliert hat. Das «Problem» an der ganzen Geschichte ist, dass diese Rechnungen samt und sonders über die Spitäler laufen. Die Statistik von santésuisse weist das wieder als Spitalkosten aus, und nicht als ambulante Hausarztkosten. Auch hier hat man letztlich wieder eine Verschiebung in den spitalambulantem Bereich. Wenn sie den Gesamtanteil an ambulanten Kosten am KVG über die letzten zehn Jahre anschauen, werden sie feststellen, dass der ambulante Bereich im Vergleich zu den übrigen Bereichen nicht gewachsen ist. Der ambulante Bereich ist also nicht angestiegen. Es hat Verlagerungen gegeben. Wir haben das überprüft und können Ihnen die Zahlen zur Verfügung stellen. Aber Sie haben diese Zahlen sicher selber auch.

Zum Inhalt der Massnahmen:

Behandlungsgebühr: Wir haben bisher keine konkreten Daten darüber gesehen, wie das wirken soll. Die Wirksamkeit ist eine reine These. Sie haben Schweden erwähnt. Zu Schweden muss man sagen, dass man für die Bevölkerung vorher keine Anreize hatte. Dort hat man erstmals überhaupt Anreize eingeführt. Die Situation ist ganz anders in der Schweiz. Was feststeht: Die Aufwände in den Spitälern werden riesig sein. Wir haben bereits Abklärungen gemacht. Wir rechnen mit rund zehn bis zwanzig Franken pro Inkasso für diese ambulanten Gebühren, über alle ambulanten Konsultationen also mit Verwaltungskosten von rund einer halben Milliarde Franken. Das Problem bei den Spitälern ist, dass sie unterschiedlichste Inkassostellen haben müssen. Sie werden das ganze bar zahlen müssen, sonst können sie's streichen. Dann fällt der psychologische Effekt – wie Sie ihn nennen – nämlich weg. Aus vielen Wirtschaftsstudien weiss man, dass dieser psychologische Effekt nur zu Tage tritt, wenn es sich um eine unerwartete, überraschende Handlung handelt. Sobald eine Gewohnheit besteht, ist dieser Effekt wieder weg. Das wird sich innert Kürze auch im Gesundheitswesen wieder reetablieren, wie man in Deutschland gesehen hat. Diese Cash-Vorauszahlung wird innerhalb von ein, zwei Jahren keinerlei Wirkung mehr haben, wenn sie sich zu Beginn überhaupt einmal einstellt.

Für die Spitäler werden sich weitere Sicherheitsfragen stellen. Ein Uni-Spital wird pro Tag rund CHF 20'000.– bar-Inkasso machen müssen, wenn man die Massnahme so umsetzt, wie Sie es vorschlagen. Spitäler sind heute keine Banken. Schon rein die Sicherung beispielsweise für Medikamente musste massiv eingeführt werden. Dann käme jetzt offenbar auch noch die Sicherheit für das Bargeld hinzu. Und der letzte Punkt, ein ganz wesentlicher: Die vorliegenden Ausnahmen für die Behandlungsgebühr. Es gibt weitere Ausnahmen, die gar nicht erwähnt sind, da es sich um Leistungen nach anderen Gesetzen handelt. Das muss das Spital in Zukunft vorher abklären. Man muss versicherungstechnisches Fachwissen im Spital etablieren, damit man die Vorabklärungen machen kann, ob im Einzelfall eine Inkasso-Gebühr anfällt oder nicht. Über das Ganze gesehen müssen in etwa zwei Drittel der Fälle das Inkasso gemacht werden und in einem Drittel der Fälle nicht. Das müssen sie vorher jeweils triagieren und wissen, wo man das machen kann.

Die vorhin teilweise erwähnte Steuerungswirkung oder Differenzierung, je nach Behandlungsstruktur, lehnen wir definitiv ab. Aus unserer Sicht kann es nicht sein, dass man über solche Gebühren Strukturpolitik betreibt. Es geht darum, wo die Leistungen effizient erbracht werden, und nicht dass man Patienten dorthin steuert, wo das der Politik gefällt.

Bezüglich der Tarifsenkung sehen wir eigentlich keinen Grund eine solche Massnahme zusätzlich einzuführen. Es gibt heute das Verhandlungsprinzip: Wenn man sich nicht einigen kann, kann der Staat eingreifen. Wenn sie sagen, man müsse zusätzlich intervenieren, wäre es ehrlicher zu sagen, man will von Anfang an Staatstarife. Mit dem Mechanismus, den Sie vorschlagen, betreiben sie wiederum Strukturpolitik. Sie werden diese ambulanten Bereiche, zu denen man eine Verlagerung hin entwickelt, durch tiefere Preise bestrafen. Letztlich heisst das wieder, dass man Strukturpolitik betreibt.

Die Planung der Spitalambulatorien ist auch eine Verstaatlichungsmassnahme. Wir kennen keine sinnvollen Kriterien, wie das gemacht werden soll. Wie auch schon erwähnt wurde, bezieht sich der Art. 39 auf Spitäler gemäss Spitalliste. Alle ambulanten Strukturen, die nicht darunter fallen würden, könnten dann trotzdem weiterhin in keiner Art und Weise geplant werden. Das soll allerdings kein Votum sein, das Gesetz noch auszuweiten. Im Gegenteil will ich damit sagen, dass diese Planung keinen Sinn macht.

Die telefonischen Dienste erachten wir als sehr prüfenswert, wobei man sagen muss, dass diese heute schon weitgehend existieren, wie wir auch von den Versicherern schon gehört haben. Es stellt sich die Frage, wieso man das gesetzlich vorschreiben muss. Wenn es wirklich sinnvoll und wirksam ist, wird es ja hoffentlich gemacht. Mit unserer Spitalerfahrung stellen wir uns immer Fragen zu statistischen Zuteilungen: Wieso wird das statistisch den Verwaltungsgebühren zugeordnet? Die Spitäler haben gute Erfahrungen, wie man Statistiken manipulieren kann. Es wäre schon ehrlicher zu sagen, dass es hier um medizinische Leistungen geht und nicht um Verwaltungsleistungen von Versicherungen.

Dominique Jordan, pharmaSuisse

Notre prise de position ne sera pas très longue, on utilisera la possibilité de pouvoir vous faire parvenir d'ici la fin de la semaine notre prise de position par écrit.

Le conseil téléphonique: Comme il a déjà été demandé par les cantons, il serait important de préciser dans la loi que ce conseil téléphonique pourrait ou devrait être délégué. Il y a aujourd'hui des fournisseurs de prestations qui sont dynamiques et qui ont des modèles à disposition. Il serait dommage qu'il y ait une concurrence. Cette séparation entre les fournisseurs de prestations et les assureurs me semble très importante.

Le ticket modérateur me semble aussi très important. Je ne veux pas discuter sur le montant. On a vu que des incitations monétaires avaient pas mal d'influence sur les patients. On l'a vu avec les actions du DFI sur les génériques. Et je crois qu'il est très important – si on veut avoir une incitation positive – de calculer aussi le processus avec lequel il va être appliqué pour ne pas avoir des tendances négatives, qui pourraient être relativement dramatique.

Nous sommes au niveau de la pharmacie souvent en contact avec les patients, nous avons souvent aussi des difficultés à convaincre une personne à aller voir son médecin. Donc une menace financière pourrait être un handicap supplémentaire par rapport à une bonne prise en charge d'un patient. Ce d'autant plus que si p.ex. – je prends juste la pharmacie – si on envoie activement quelqu'un chez son médecin, c'est une incitation relativement négative qu'il doive encore payer CHF 30.–. Encore là je ne dis pas, qu'on ne doive pas l'appliquer, mais l'appliquer peut-être différemment, avec une communication adéquate, si on ne veut pas rater le but.

Pierre Théraulaz, SBK-ASI

Merci de nous donner la parole. Je ne traiterais que deux ou trois points ici.

Avec la future ordonnance sur le financement des soins en ambulatoire qui doit bientôt sortir, les patients que nous prenons en charge dans ce secteur vont voir déjà augmenter de manière notable leur participation. De même les institutions de soins de ce secteur attendent déjà depuis des années que leurs coûts globaux puissent être pris en compte dans le financement.

Le ticket modérateur comme l'intervention sur les tarifs ne nous semble – pour ce secteur spécifique en tout cas – ne pas arriver à un bon moment. Il faudrait d'abord voir les effets des modifications législatives de l'année passée. Pour ce qui est du ticket modérateur de plus il nous semble manquer de précision et poser des problèmes d'application. Un exemple : l'infirmière de santé publique qui dans le Spitex prend en charge un patient et qui considère avoir besoin d'une nouvelle prescription, devra t'elle demander au patient les CHF 30.– pour pouvoir aller vers le médecin demander une ordonnance ? Il s'agit ici d'une prestation du médecin qu'il pourra facturer au TARMED. De la même façon, et je rejoins Monsieur Jordan en disant que, lorsqu'un professionnel de la santé dirige un patient vers un secteur de la santé ou vers un autre professionnel de la santé un tel ticket ne me semble pas devoir être demandé, car sinon ça donnera des incitations négatives et ça créera des problèmes de communication entre le professionnel et son patient.

Conseil téléphonique : Nous le considérons comme une très bonne mesure. Elle est intelligente et a fait ses preuves. Des expériences dans ce pays le prouvent déjà. Seulement elle doit être liée au réseau et ne peut pas être une structure nationale, car à ce moment-là on a des doublons et des problèmes de lien. En plus on aurait des problèmes de contrôle, car ce serait la seule structure du domaine qui ne serait pas sous le contrôle des polices sanitaires cantonales et ceci nous pose un grand problème. Si vous avez eu l'occasion d'entendre ce qui se passe dans les commissions de plainte pour patients, vous vous rendrez compte que les débordements sont déjà rapides, mêmes avec des structures sous surveillances des conseils de santé. De plus, il serait nécessaire de préciser, au moins dans les ordonnances, quelle est la qualification minimum des professionnels qui assument ce rôle. Il ne suffit pas de dire « un professionnel de santé ». Ça doit être une personne avec une

qualification minimum et nous la considérerons comme étant d'un niveau tertiaire de formation selon le niveau de formation professionnel Suisse.

Rosmarie Glauser, VSAO Schweiz

Wir bedauern es etwas, dass hier keine Gesamtsicht vorgeschlagen wird. Fast alle Probleme und Lösungsansätze, die hier vorgeschlagen werden, könnten mit einer flächendeckenden Lösung von Managed Care-Systemen gelöst werden und jedes Problem wäre dadurch besser gelöst.

Die Telefontriage ist sicher eine sehr gute Idee. Das braucht es. Es wäre aber besser, wenn es in einem Netz wäre, denn man wird von niemandem so gut telefonisch beraten wie vom eigenen Grundversorger oder von Leuten, die einen [den Patienten] kennen. Sicher ist, dass in der Gesetzesvorlage Qualitätsvorgaben gemacht werden müssten. Vor allem müsste klar geregelt werden, dass, wer versichert, nicht behandelt, und dass nicht behandelt, wer versichert. Konkret: Die Telefonzentralen dürfen keinesfalls von Krankenkassen geführt werden. Heute wurde uns hier gesagt, dass dies auch nicht die Idee ist. Das ist schön. Aber man sollte das auch regeln, um es sicherzustellen.

Die Regelung der ambulanten Tätigkeit der Spitäler durch die Kantone: Die Verschiebung vom stationären in den ambulanten Bereich ist ausdrücklich gewollt und wird mit der neuen Spitalfinanzierung forciert werden. Es ist logisch, dass dies zu einer Kostenverschiebung führt und dass der ambulante Bereich kostenmässig zunimmt. Ich kann mich des Eindrucks nicht erwehren, dass es hier darum geht, Instrumente zu entwickeln, um das zu kappen. Das geht nicht ohne flankierende Massnahmen. Die Kriterien: Wenn die Kostenzunahme höher ist als im Durchschnitt der letzten fünf Jahren oder höher als in anderen Kantonen. Das wird immer der Fall sein, weil die Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich in jedem Kanton irgendwann einen Kostenschub auslösen wird, der höher ist als der Durchschnitt der letzten fünf Jahre. Da dies nicht in allen Kantonen gleichzeitig stattfindet, wird es immer Kantone geben, die in diesem Bereich günstiger sind. Dieses Benchmarking kann auch zu gefährlichen Situationen führen. Unterstützt ist das immer vom Gesundheitspersonal, das wie wir wissen immer alles möglich macht und jetzt schon unter Bedingungen arbeitet, die zum Teil katastrophal sind. Die Spitäler brauchen also auch genügend Mittel, um diese Vorgaben einhalten zu können. Und die Spitäler werden zum Teil explizit gezwungen, Mehreinnahmen zu generieren. Wenn in diesem Bereich eine Lösung gefunden werden muss, dann sicher die, dass die Tarife für ambulante Leistungen im Spital wie in der freien Praxis immer die gleichen sind.

Das gleiche gilt für die andere Massnahme in diesem Bereich, die Tarifsenkungen. Auch da wird der ambulante Bereich zunehmen und es kann nicht sein, dies einfach mit der Tarifsenkung zu kappen. Hinzu kommt – wie wir schon gehört haben – dass ein demokratisch abgesegnetes Verfahren existiert, um diese Tarife festzusetzen. Es kann nicht sein, dass jetzt so ein dirigistisches Element undurchdacht zum Tragen kommt. Zudem ist es ein ausgesprochen falsches Signal für den akuten Ärztemangel und für andere Berufe im Gesundheitswesen, wo wir auch in eine Phase der Unterversorgung kommen.

Die Praxisgebühr ist eine zusätzliche Belastung der privaten Haushalte. Diese ist in der Schweiz bereits hoch. Daher können wir das nicht unterstützen. Zudem gibt es bei den meisten Leuten kaum einen Lenkungseffekt. Die Leute, bei denen diese Massnahme einen Lenkungseffekt haben könnte, sind genau jene, die dann aus Kostengründen zu spät medizinische Hilfe in Anspruch nehmen. Ausserdem generiert diese Massnahme einen grossen administrativen Aufwand. Wir unterstützen H+ mit der Forderung, dass es keinen Sinn macht, hier Differenzierungen zwischen Spital und nicht-Spital zu machen, weil es sich dabei um innovative Modelle handelt, die aufgrund des Ärztemangels nötig sind. Zum Beispiel, dass Praxen im Spital vorgelagert werden. Und da wird eine Unterscheidung dann sehr schwierig.

Lionel Ricou, CURAVIVA

Nous prendrons position sur une seule mesure, le ticket modérateur: Nous considérons que du point de vue des EMS, en particulier pour leurs résidents, cette mesure n'est pas appropriée et nous demandons donc de les [les EMS] exclure de cette mesure.

Les raisons pour lesquelles elle n'est pas appropriée : tout d'abord en raison de la prochaine mise en œuvre du financement des soins, les résidents seront susceptibles de contribuer jusqu'à hauteur de CHF 7'000.– par année à leurs soins. Donc ils contribuent déjà largement au financement des soins. Deuxièmement l'effet psychologique ne sera pas atteint puisque les résidents en EMS ne vont pas eux-mêmes payer les CHF 30.–, mais ça devra être assuré soit par leur famille, soit par l'établissement médical, soit par le tuteur. Et enfin lorsque les résidents sont confrontés à des bagatelles comme elles ont été décrites dans les commentaires, les résidents peuvent recourir aux infirmiers et ne vont pas recourir au médecin. Notre position est donc de demander d'exclure les résidents en EMS de cette mesure du ticket modérateur.

Urs Brogli, Privatkliniken Schweiz

Ich möchte mich im Grundsatz H+ anschliessen. Wir haben hier keine Differenzen. Trotzdem möchte ich auf zwei, drei Punkte etwas näher eingehen.

Zuerst zum Verfahren: Wir haben heute wieder gehört, dass die Einsparungen aufgrund dieser Massnahmen eigentlich nicht wirklich beziffert werden können. Wir sind der Meinung, dass keine einzige dieser Massnahmen die Prämien für 2010 beeinflussen wird. Deshalb hätte diese Notfallübung nicht gemacht werden müssen und wir hätten diese ganze Geschichte auf dem ordentlichen Weg angehen können, auch viel grundsätzlicher angehen können, wie das verschiedentlich schon erwähnt worden ist.

Wir lehnen die Bestimmung zur Planung des ambulanten Spitalbereichs ab. Nachdem sich das Parlament in der letzten KVG-Revision zu etwas mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen durchgerungen hat, will man nun wieder in die entgegengesetzte Richtung fahren und Planung und Staatseingriffe auch im ambulanten Bereich intensivieren, mit anderen Worten die staatliche Vollplanung im Spitalbereich anstreben. Eine solche Planung würde auch im Widerspruch zu den Behandlungsmodellen stehen, die eine enge Zusammenarbeit der Leistungserbringer fördern sollen. Stichwort interdisziplinäre Behandlungen oder Behandlungsketten. Das würde dadurch zumindest teilweise in Frage gestellt.

Dann zum Art. 55b, den wir ebenfalls ablehnen: Dem Bundesrat soll damit ja die Möglichkeit gegeben werden, rechtsgültig ausgehandelte oder festgesetzte Tarife im ambulanten Bereich einseitig wieder ändern zu können. Ein derartiges Vorgehen ist unhaltbar und letztlich von der Wirkung her auch absolut untauglich. Grundsätzlich ist zu diesem Problemkreis zu sagen, dass die Zunahme der ambulanten Behandlungen gewollt ist und eine effiziente Massnahme zur Senkung der Gesundheitskosten insgesamt darstellt. Der Hauptgrund liegt darin, dass in stark zunehmendem Mass eine Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich angestrebt worden und auch erfolgt ist. Werden nun Massnahmen ergriffen, die die ambulanten Behandlungen defizitär oder noch defizitärer werden lassen, wird diese positive Entwicklung gestoppt. Dies wird zur Folge haben, dass die stationären Kosten wieder steigen werden. In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass im Bereich des ambulanten Tarifs seit der Einführung des TARMED im Jahre 2004 keine Teuerung ausgeglichen worden ist. Zudem wurden die damaligen Tarife bereits aus politischen Gründen tiefer angesetzt als die vereinbarte, auf betriebswirtschaftlichen Überlegungen beruhende Berechnungsart ergeben hat. Dies zeigt, dass eine Senkung des heute ohnehin zu tiefen Tarifs unzumutbar ist. Sie würde dazu führen, dass gewisse Leistungen gar nicht mehr angeboten würden, was letztlich eine Rationierung der Gesundheitsdienstleistungen zur Folge hätte.

So viel zu diesen zwei Punkten. Zu den restlichen Punkten werden wir uns schriftlich äussern.

Margot Enz Kuhn, Schweizerische Gesellschaft für Allgemeinmedizin, SGAM

Auch wir sind der Ansicht, dass dieses Paket vor allem zu Umverteilung führt und keine Qualitätseffekte haben wird. In den von Ihnen verteilten Unterlagen sehen wir, dass die Bruttoleistungen pro versicherte Person von 1999 bis 2007 im Bereich der ambulanten Ärzte deutlich unter dem Durchschnitt der übrigen Leistungserbringer im Gesundheitswesen liegen, und zwar um 2,7%. Deshalb ist es verfehlt, diese Korrekturen einmal mehr auf dem Buckel der Patienten und der Hausärzte abwickeln zu wollen. Aus diesem Grund erachten wir das gesamte Paket als ungeeignet für die Kosteneindämmung.

In Ergänzung zu dem, was heute zum Behandlungsbeitrag schon besprochen wurde, möchte ich sagen, dass wir diese Massnahme in der vorgeschlagenen Form inakzeptabel finden. Es würde einen riesigen administrativen Aufwand für uns in den Praxen bedeuten. Wir leiden schon jetzt darunter und fordern seit drei Jahren eine Reduktion des bürokratischen Aufwandes und nicht eine Steigerung. Wir sind zudem der Ansicht, dass die Qualität der Patientenbegleitung negativ beeinflusst werden könnte, wenn sich Leute weigern, wegen dieses Behandlungsbeitrages zu Nachkontrollen zu kommen, die in gewissen Situationen sinnvoll und für die Qualität der Behandlung notwendig sind.

Wir sehen jedoch eine sinnvolle Lenkungsmassnahme zur Steuerung der Patientenströme durchaus als eine positive Massnahme. Diese muss aber gut diskutiert werden. Falls an der Patiententaxe festgehalten wird, muss dies bedeuten, dass die Hausarztkonsultationen und die durch den Hausarzt erfolgten Überweisungen an den Spezialisten zwingend davon ausgenommen werden. Dies wäre im Rahmen von Managed Care – was auch unserer Ansicht nach unbedingt zu fördern ist – bereits erfüllt.

Zu den Tarifsenkungen durch den Bundesrat bei überdurchschnittlicher Kostensteigerung: Sie wissen, dass die einzige erfolgreiche Steuerung im Gesundheitswesen bei den frei praktizierenden Ärzten in den letzten fünf Jahren durch die Kostenneutralitätsvereinbarung und die LeiKoV, Leistungs- und Kostenvereinbarung, erfolgt. Im Gegensatz zur Behauptung in der Botschaft sind mit der Ausnahme von Genf sämtliche Kantone der LeiKoV beigetreten. Es handelt sich also nicht um eine Art Freiwilligkeit, die nur von den wenigsten befolgt wird. Die Vorgaben wurden von uns auch vollumfänglich erfüllt. Aus diesem Grund ist die geforderte Massnahme im OKP-Bereich der frei praktizierenden Ärzte schlicht überflüssig.

Die ungerechtfertigten Unterschiede der Taxpunkte im ambulanten Bereich, also an den Spitalambulatorien und bei den frei praktizierenden Ärzten, werden durch die vorgeschlagene Massnahme nicht sicher korrigiert. Es ist möglich. Aber wir glauben nicht, dass dies so erfolgen wird.

Die Telefontriage ist grundsätzlich sicher eine gute Angelegenheit. Wir machen das tagtäglich bei unseren Patienten. Dem ist nichts entgegen zu setzen. Es mutet uns etwas merkwürdig an, dass bei unserer Arbeit immer von Evidenz gesprochen wird, während hier eine Massnahme eingeführt werden soll, die offensichtlich jeglicher Evidenz entbehrt, was die Kosteneindämmung angeht. Wir wissen nicht, ob diese Massnahme etwas bringt, oder ob sie im Gegenteil die Leute erst recht zu den Ärzten schleust, weil der Triageur unsicher ist.

Es ist sehr zu bezweifeln, ob die Versicherer, die eine solche Telefontriage aus eigenen Mitteln finanzieren müssen, die mit hohen Kosten verbundene Qualität auch sicherstellen können und wollen. Wir befürchten, dass die Qualität der Telefontriage darunter leiden könnte.

Zur Steuerung des Angebots im spitalambulanten Bereich: Wir haben bis heute die Erfahrung gemacht, dass Leistungsaufträge nicht zu einer Kosteneinschränkung führen. Deshalb sind sie nicht geeignet für diese Massnahme.

Urs Wanner, SBV

Ich fasse mich kurz. Beim Telefonberatungsdienst ist seitens unserer Vereinigung ein Fragezeichen in Bezug auf die Evidenz zu machen, wie das soeben von meiner Vorrednerin dargelegt worden ist.

Sollte die Regelung der Tätigkeit der Spitäler im ambulanten Bereich ohne objektive und realisierbare, kontrollierbare Kriterien aufgenommen werden, dann ist diese Regelung ein Blankoscheck und muss von uns klar abgelehnt werden.

Was die Tarifsenkung bei überdurchschnittlichen Kostenentwicklungen betrifft: Hier bedauern wir, dass ausdrücklich nur die Kantone angefragt werden sollen. Wieso wollen Sie hier nicht auch die Leistungserbringer durchaus einmal zu Rate ziehen?

Bei den Prämienvorbilligungen sind wir der Meinung, dass diese ausdrücklich kontraproduktiv sind, weil sie eben gerade die Stärkung der Eigenverantwortung, auf die der Behandlungsbeitrag abzielt, im Grunde genommen wieder neutralisieren.

Wir werden morgen an unserer Vorstandsitzung die entsprechende schriftliche Eingabe noch ergänzen.

Walter Häcki, PULSUS

Wir sind eine Vereinigung, die sich für eine freie, sozial verantwortbare Medizin einsetzt und haben insgesamt etwa 7'000 Mitglieder, Kollektivmitglieder inklusive. Wie alle hier im Saal haben wir wenig Zeit gehabt, uns die Massnahmen anzusehen. Diese Stellungnahme ist also provisorisch.

Wir stellen fest, dass hier mit Eile eine Vorlage durchgeboxt werden soll, zu der man eigentlich alle Daten und Prognosen schon gekannt hat. In jedem Bereich, auch im spitalambulanten, ist das Wachstum schon seit zehn Jahren da. Das Wachstum hat sich ziemlich konstant zwischen 10% und 20% jährlich entwickelt. Man weiss schon lange, wo Veränderungen stattfinden, wo die Entwicklung stattfindet. Aber man hat diese Entwicklung so gewollt, wie verschiedene Redner heute bereits bemerkt haben. Wir vermuten, dass die Verwerfungen, die jetzt zu diesem notfallmässigen Handeln führen, durch die Finanzmärkte ausgelöst wurden. Wahrscheinlich wurden Reserven verloren oder annulliert, je nach Versicherer. Sollte es jedoch der Fall sein, dass die Versicherungen vom Bundesamt selbst angehalten wurden, mehr als nur mündelsichere Anlagen zu tätigen, dann fragen wir uns, ob hier der richtige Ansprechpartner ist, um die Probleme zu lösen.

Die Ärzteschaft hat in den letzten fünfzehn Jahren stark unter den Entwicklungen im Gesundheitswesen gelitten, vor allem in der ambulanten Praxis. Wir wissen alle, dass die ambulante Praxis die effizienteste Behandlungsform ist, auch für Notfälle, wenn sie dort erledigt werden können. Der zweite Schritt zum Spital kann dann nötig werden, ist so aber besser gelöst. In diesem Zusammenhang lehnen wir die Massnahmen ab, die den Besuch der Praxen reduzieren wollen. Daher lehnen wir diese Kostenpauschale ab. In Deutschland hat die Kostenpauschale am Anfang eine gewisse Wirkung gehabt. Diese wurde dann ausgeglichen und es war nichts mehr zu sehen davon. Wie vorhin schon gesagt wurde hat die Kostenpauschale viel Aufwand mit sich gebracht. Ich denke, das lässt sich so nicht durchführen.

Zum Datenstrom an die Versicherer: Ich befürchte, dass wenn die Daten monatlich beim Bundesamt landen, sich dort noch hektischere Aktivitäten entfalten. Dem möchte ich lieber vorbeugen. Die Versicherer sind selbst in der Lage, ihre Kassenhaltung zu beurteilen.

Zu den Tarifen: Wir lehnen diese Kompetenzzuweisung an den Bundesrat kategorisch ab. Tarife und Kostenentwicklung sind Sache der Tarifpartner. Hier soll in keiner Form interveniert werden können.

Bei den Verlängerungen der Versicherungsverhältnisse muss man gründlich anschauen, was sinnvoll ist, und was nicht. In Bezug auf die zwei Jahre haben wir unsere Meinung noch nicht gemacht. Aufgrund der Voten, die ich heute gehört habe, kann man dazu auch kritisch Stellung nehmen, zumindest zu der Form, in der diese Massnahme vorgeschlagen wurde.

Telefondienst ist Sache der Versorgung und muss von Ärzten oder Pflegenden durchgeführt werden, wie das jetzt bereits schon gemacht wird. Ich denke nicht, dass dies zur Steuerung der Behandlung im Sinne der Krankenversicherung durchgeführt werden kann. Dies muss anderen Organisationen überlassen werden.

Noch eine Bemerkungen zu den offenbar erfolgreichen Daten aus Skandinavien: Ich möchte daran erinnern, dass Skandinavien ein sozialistisches Gesundheitswesen hat. Dort kann der Patient nicht aus viel mehr auswählen, als das, was ihm geboten wird. Dass dort Modelle wie diese Telefonberatung Erfolg haben, kann ich mir gut vorstellen. Aber in der Schweiz haben wir andere Verhältnisse.

Sollte das Bundesgesetz in der vorgesehenen Form verabschiedet werden, denke ich, dass wir von PULSUS bereit wären, ein Referendum zu unterstützen, gleich wer dieses ergreift. Wir wünschen dem Departementsvorsteher allerdings einen besseren Abgang.

Alexander Weber, Vertreter der Schweizerischen Zahnärzte-Gesellschaft SSO

Ich möchte zwei Bemerkungen anbringen. Zuerst zur Praxisgebühr: Wir haben schon gehört, dass die administrativen Kosten steigen. Das ist klar. Es steigt aber auch das Ausfallrisiko, wenn das Geld nicht eingetrieben werden kann. Ich denke hier insbesondere an Unfälle, bei denen der Patient direkt zum Behandler geht. Wenn dieser das Geld dann nicht eingetrieben hat, liegt das Risiko beim ihm. Ich bin der Meinung, dass dieses Risiko abgegolten werden muss, ähnlich wie im Bereich der Bundessteuer, wo die Kantone für den Einzug dieser Gebühr entschädigt werden. Mindestens 30% dieser Gebühr müssten für die Administration vorab abgenommen werden. In diesem Zusammenhang möchte ich darauf hinweisen, dass ein grosser Teil der KVG-Behandlungen Unfälle sind, die in Zahnarztpraxen behandelt werden. Hier stellt sich immer die Frage der Abgrenzung: Ist die Person nach KVG oder nach Unfallversicherungsgesetz gegen den Unfall versichert. Das ist in vielen Fällen zu Beginn gar nicht klar. Man weiss also nicht, ob man die Gebühr einkassieren muss oder nicht. Und wenn man das einkassierte Geld schlussendlich noch zurückschicken muss, sind die CHF 30.– durch die Administration bereits wieder weg.

Ich möchte darauf hinweisen, dass wir insbesondere den Vorschlag bezüglich der längeren Vertragsdauer für spezielle Versicherungsformen unterstützen. Wir glauben, dass dieser Selbstbedienungsladen, bei dem man jedes Jahr eine andere Variante wählen kann, durchaus eingeeengt werden darf.

Zur Telefontriage möchte ich dem Departementsvorsteher und den Politikern zu überlegen geben, dass es nicht sein kann, dass die Telefontriage bei der Krankenkasse – auch wenn sie bei Medgate angeboten wird – gratis ist. Wenn ich aber meinen Hausarzt anrufe, wird für dieses Situation die Praxisgebühr verrechnet. Das kann ja wohl nicht Sinn der Sache sein.

Ulrich Bürgi, Schweizerische Gesellschaft für Innere Medizin

Alles was sage wurde eigentlich schon gesagt. Ich melde mich nur noch, weil unsere Gesellschaft zusammen mit den Allgemeinmedizinerinnen einen grossen Teil der Hausärzte vertritt.

Aus unserer Sicht können wir die Monitoringmassnahmen unterstützen. Die Verlängerung der Vertragsdauer auch. Mit der Telefonberatung leben wir schon fast. Wir glauben allerdings, dass die ideale Telefonberatung zwischen Patient und Hausarztnetz stattfindet. Schwierigkeiten haben wir mit der Behandlungsgebühr von CHF 30.–. Wir fürchten, dass es grosse administrative Umtriebe geben wird. Wir können uns vorstellen, dass es nur vorübergehend wirkt, wie das vorhin bereits aufgezeigt wurde. Wir hätten gerne an einem allgemeinen, grösseren Paket mitgearbeitet als an Einzelpunkten.

Beatrice Mazenauer, Spitex

Generell sind wir der Meinung, dass Notrecht nicht adäquat ist. Dies aus vier Gründen. Die Wirkung für 2010 ist zweifelhaft. Die Mitwirkung im parlamentarischen Prozess ist beschränkt. Verschiedene

Elemente sind bereits in verschiedenen Revisionspaketen in Diskussion. Und die Problemanalyse sowie die Wirksamkeit der Massnahmen konnten nicht seriös geklärt werden.

Uns ist der Zusammenhang zwischen diesem dringlichen Bundesbeschluss und der Revision der Pflegefinanzierung, die verabschiedet aber noch nicht in Kraft ist, unklar. Ich möchte daran erinnern, dass die Patienten im neuen System der Pflegefinanzierung bereits genügend an der Pflege beteiligen müssen. Die Beteiligung beim Besuch des Arztes käme dann noch dazu.

Herr Indra hat in der Einführung Spitex als kostentreibenden Faktor erwähnt. Ich möchte darauf hinweisen und wäre froh, wenn das auch in der Botschaft erwähnt würde, dass die Spitexkosten Folgen von Faktoren in der Spitalbehandlung sind. Nach ambulanter Behandlung sind Massnahmen in der Pflege möglicherweise noch notwendig. Die Personen werden früher aus dem Spital entlassen, sind damit aber nicht gesünder, sondern bedürfen weiterer Pflegemassnahmen. Zudem treten die Personen auch viel später in Pflegeheime ein. Diese drei Faktoren sind aus den Kosten in den Anhängen der Botschaft eigentlich ersichtlich. Es handelt sich um Verlagerungen, die das KVG seit der Abstimmung immer wieder erwähnt hat und die auch gewollt sind. Wir wären froh, wenn Spitex jetzt nicht als Kostentreiber hingestellt würde.

Daniel Herren, FMCH

Ich möchte mich kurz fassen und in Ergänzung zum bereits Gesagten noch eine Sicht der Spezialisten einbringen. Als invasiv und chirurgisch tätige Spezialisten befürchten wir eine überproportionale Zunahme von Erstkonsultationen bei uns Spezialisten. Dies könnte indirekt zu einer weiteren Schwächung der Grundversorgung und Hausarztmedizin führen. Es lässt befürchten, dass die Zahl der Bagatellfälle, die direkt von Spezialisten beurteilt und behandelt werden müssen, zunehmen könnte. Gleichzeitig, wenn nun eine Gebühr für Spezialisten eingeführt würde, fürchten wir einen Behandlungsqualitätsverlust und eine mögliche kostenbedingte Unterlassung von Folgekonsultationen nach chirurgischen und invasiven Behandlungen. Die postoperative Nachsorge bedingt eine sorgfältige Betreuung der Patienten. Mit der Einführung einer solchen Gebühr werden falsche Anreize zur Unterlassung solcher Kontrollen gesetzt.

Zum Kostenmonitoring der ambulanten Kosten im Spital durch die Kantone: Grundsätzlich begrüsst es die FMCH, dass dies nebst der Kontrolle der stationären Behandlungskosten durchgeführt wird. Der medizinische Fortschritt und die damit verbundenen Möglichkeiten auch komplexere Behandlungen ambulant vornehmen zu können, fördert nebst anderen Faktoren die Verschiebung der Kosten in den ambulanten Spitalbereich. In Hinblick auf die Einführung der Fallpauschalen scheint es uns extrem wichtig zu sein, die ambulanten Spitalkosten im Sinne eines Teilaspekts der Begleitforschung dieser Einführung der Fallpauschalen zukommen zu lassen. Allerdings fordern wir dort eine Einbettung in ein Kostenmonitoring und ein sinnvolles Begleitforschungskonzept sowie die Bereitstellung von genügend Ressourcen für diese Aufgabe.

Walter P. Hölzle; vips

Die vorgeschlagenen Massnahmen sind im Vorfeld und auch hier jetzt wieder extrem kritisch aufgenommen worden. Wir meinen aber, dass man es sich zu einfach macht, wenn man alle Massnahmen welche eine gewisse Lenkung der Nachfrage zum Ziel haben einfach ablehnt. Dazu gehören namentlich der Vorschlag der Patientenpauschale oder Massnahmen welche von kantonaler Seite ergriffen werden könnten, um im spitalambulantem Bereich oder im Notfallbereich einzugreifen. Wir wünschen noch mehr Aktivitäten zur Förderung von Netzwerken und Managed Care. Wir sind eher zurückhaltend wenn es um andere Leistungserbringer geht. Für uns sind die Medikamentenpreise und die Massnahmenpakete auf Verordnungsebene entscheidend. Diese wollen sie uns ja per Ende Monat eröffnen. Wir sind schon ganz gespannt darauf.

Seit 1996 haben wir regelmässig mit Behörden Pakete gesucht, so dass die Preise in der Schweiz mit vergleichbaren Ländern auch wirklich angepasst wurden. Das waren über CHF 1 Mia.

Preissenkungen in diesem Zeitabschnitt, das waren auch sehr viele Arbeitsplätze, welche tangiert wurden. Jetzt wiederum hört man in den Medien Zahlen wie CHF 500 Mio., CHF 850 Mio., das sind sehr extreme Szenarien, wenn man die gesamten Medikamentenkosten betrachtet, welche eigentlich im Teuerungsrahmen gewachsen sind. Im ersten Quartal ist die Menge wiederum, wahrscheinlich aufgrund der Grippewelle auch, um 2.7% gestiegen, Kosten jedoch nur um 3.6%. D.h. die hochinnovativen Präparate haben eigentlich nicht sehr viel Wachstum ausgemacht.

Was für uns wichtig ist sind berechenbare, nachhaltige Massnahmen, die man in Zukunft umsetzt. Die Pharmaindustrie ist hier bereit, obwohl die KVG-Revision gescheitert ist, einen sinnvollen Preisüberprüfungsrhythmus einzuführen, damit solche Ausreisser gegenüber dem vergleichbaren Ausland nicht mehr stattfinden. Wir sind der Überzeugung, dass bei neuen Indikationen eine WZW-Überprüfung stattfinden sollte. Aber selbstverständlich kann eine neue Indikation nicht automatisch eine Preissenkung auslösen, weil diese mit hochwertigen und sehr teuren klinischen Studien erforscht werden müsste.

Ein letzter Punkt, wir glauben dass der Generikagebrauch in der Schweiz durchaus noch mehr Potenzial hat. Wir sehen auch hier im Vergleich Originalpräparate Ausland und Generika Ausland – vergleichbares Ausland wie Deutschland – noch Handlungsbedarf, hier ist noch Sparpotenzial vorhanden.

Die Schweiz ist ein sehr wichtiger Standort für die Pharma mit einem wahrscheinlich höchsten Wertschöpfungsanteil im Bezug auf Arbeitsplätze. Der direkte und indirekte Beitrag der Industrie zum Volkseinkommen beträgt zurzeit gut das 5-fache der Ausgaben, die wir im Medikamentensektor vornehmen.

Ich möchte noch diesen Irrtum korrigieren, dass wir die Kaufkraft schwächen wenn man Prämien erhöht. Das ist nicht korrekt. Wir alle haben heute gerade jetzt eine Kaufkraft X. Die Frage stellt sich, wo geht die Kaufkraft hin. Wenn sie in das Gesundheitswesen geht, ist fast 90% der Wertschöpfung im eigenen Land, gut 20% der arbeitenden Bevölkerung arbeitet hier, d.h. es ist wahrscheinlich der grösste kaufkrafttreibende Faktor in der Gesamtbetrachtung des BIP. Bei einem neuen Auto sind es vielleicht 20% lokale Wertschöpfung, bei Auslandsreisen nicht mal mehr 5%. Hier muss man gesamtwirtschaftlich vorsichtig korrigieren und nicht einfach alles ausschneiden damit dann die wertvollen Arbeitsplätze verloren gehen.

Pascal Couchepin: Si j'ai bien compris, l'augmentation de 15% prévisible des primes est le meilleur programme d'impulsion qu'on peut avoir.

Susanne Clauss, SHV Schweizerischer Hebammenverband

Das Meiste wurde schon gesagt. Was uns fehlt ist in Art. 55b, die Mutterschaft. Sie gehen mit mir einig, dass wir eigentlich mehr Leistung möchten. Es wäre für die Hebammen jedoch ziemlich fatal, wenn dann die ambulanten Kosten, die daraus entstehen, sich auf die Tarife auswirken würden, da die Hebammen schon schlechte Tarife haben. Vor allem 10% ist für uns schwierig zu meistern.

Bei der Telefonberatung befürchten wir eine Qualitätseinbusse. Auch wir müssen uns ständig an die WZW-Formel halten. Wir möchten darauf hinweisen, dass Mutterschaft etwas ganz Spezielles ist und immer von Fachpersonen beraten sein sollte. Wir wünschen uns, dass das auch noch verankert wird.

Wir sind dankbar dafür, dass in Art. 64 die Mutterschaft ausgeklammert wurde.

Corinna Bisegger Schweizerisches Rotes Kreuz

Es war zu kurz für eine Organisation wie das SRK um eine offizielle Stellungnahme mitzubringen.

Zwei Überlegungen in Bezug auf zwei Gruppen, die gerne vergessen gehen. Es wurde schon angesprochen, dass es Menschen gibt, für die CHF 30.– sehr viel ist. Es ist beruhigend zu wissen, dass man dieses Geld von der Ergänzungsleistung zurückbekommen kann. Trotzdem die Bitte, diese

Gruppe von Menschen zu berücksichtigen, wenn Sie die ganze Abwicklung regeln. Sei es mit Gutschriften oder mit vorangehender Befreiung, denn schon ein Vorschuss von CHF 30.– ist viel.

Beim Telefondienst wäre es eine gute Chance die Migrationsbevölkerung zu berücksichtigen. Indem sich Versicherer zusammenschliessen und einen Dienst anbieten, der die Betroffenen dazu anleitet das System in der Schweiz richtig zu nutzen. Z.B. nicht als erstes in den Notfalldienst zu gehen oder auch die Dienste früh genug in Anspruch zu nehmen, um nicht grosse Folgekosten zu verursachen.

Carmen Chuard ASDD / SVDE

Je rejoins l'avis des sages femmes. C'est vrai qu'en diététique ambulatoire depuis 2006 on a une diminution des prescriptions diététiques, donc une diminution des prestations et une diminution des revenus. Il ne serait malheureusement plus supportable de diminuer encore les tarifs dans notre métier.

Christiane Jaquet-Berger, AVIVO suisse

Mieux vaut sans doute être consulté dans les conditions d'aujourd'hui que ne pas du tout. Aussi l'AVIVO suisse vous remercie de l'écouter.

Nous avons tous constaté la diminution voulue des réserves et les aléas de la bourse. Nous ne sommes donc pas étonnamment surpris. Mais selon nous, il n'y a pas de raison de décider des mesures importantes dans la précipitation, pas plus que de décider par un arrêté fédéral urgent si ce n'est peut-être pour éviter un référendum dérangeant.

Aujourd'hui patients et cantons ne savent pas encore clairement comment va ce ventiler le financement des soins de longue durée. Et voilà que tombent de nouvelles décisions. Quid du financement des EMS ? Quid de la participation des résidents ? Quid du Spitex ? Pour nous, vouloir faire baisser les coûts de la santé en piquant dans la poche des malades n'est pas nouveau mais continue à nous scandaliser.

La taxe de CHF 30.– est inacceptable. C'est une augmentation suave du montant de la franchise et c'est aussi un épouvantail pour les personnes les plus modestes. Quant à l'automédication qui est conseillée elle nous semble aller dans le sens contraire de tout ce qui est proclamé depuis longtemps.

Dans le domaine des consultations téléphoniques qu'on appelle triage, nous constatons que les services du 144 qui existe dans nombre de cantons en collaboration avec l'état et lié aux réseaux sont efficaces, sûre et appréciée. C'est un modèle que nous souhaiterions voir développer et contaminer l'ensemble du pays. Mais nous sommes inquiet à l'idée que cela pourrait être le rôle des assureurs, qui pourraient en effet en qualité de payeur conseiller sans peut-être avoir toute l'indépendance voulue. D'autre part quel pourrait être la garantie, que les conseils qui ne seraient pas suivis seraient connus des assurances maladies ?

CHF 200 mio de plus pour payer les primes c'est toujours bon à prendre, mais cela signifie quand même des peanuts par rapport à l'augmentation des primes qu'on nous annonce. Nous regrettons que les mesures urgentes préconisées ne s'attaquent pas dans un vrai débat qui laisse le temps à chacun de pouvoir s'exprimer et de pouvoir discuter ensemble. S'attaquer au vrai problème comme p.ex celui qui fait que lorsqu'on change de caisse on ne peut pas emporter avec soi les réserves. P.ex. aussi le problème du contrôle réel des assurances par la Confédération. P.ex. aussi la suppression que nous souhaiterions voir des franchises qui n'ont à nos yeux rien à voir avec la solidarité. Nous souhaitons que l'on ne punisse pas les cantons qui ont fait des efforts d'économie et de planification et nous arrêterons là en vous faisant parvenir un rapport plus complet puisque vous nous en donnez l'occasion.

Roland Paillex, physiosuisse

J'aimerais surtout insister sur l'art. 55b concernant le tarif. Votre objectif écrit est de vouloir lier le tarif à l'évolution des volumes avec une idée de diminuer le tarif, le prix du point si les volumes augmentent. Or concernant la physiothérapie, les volumes sont engendrés par les prescriptions réalisées par les médecins prescripteurs et donc vous allez diminuer les tarifs du physiothérapeute par rapport à un volume ou ils ne sont pas directement concernés. Donc nous trouvons ce système illogique et nous ne pouvons que nous y opposer.

Fridolin Marty, economiesuisse

Vielen Dank, dass sich auch economiesuisse zu diesem Paket äussern darf. Ich möchte ein paar grundsätzliche Gedanken äussern. Economiesuisse teilt die Meinung des Bundesrates, dass das Gesundheitswesen in der Schweiz sich in einer ernsthaften Lage befindet. Anlass zur Sorge gibt vor allem auch der Finanzierungsschlüssel, der sich seit Jahren hin zu mehr Steuermitteln und mehr obligatorischen KK-Prämien verändert. Diese Entwicklung halten wir als schädlich, weil bei einem 55 Mia. Markt – der das Gesundheitswesen momentan ist – immer ein grösserer Teil stark durch diese Grundversicherung reguliert wird.

Pascal Couchepin: Wieviel ?

Fridolin Marty: Es sind inzwischen über 60%.

Pascal Couchepin : Nein, CHF 22 Mia. ungefähr.

Fridolin Marty: CHF 22 Mia. sind nur die Prämien, die KVG im engeren Sinn. Es kommen noch Steuermittel dazu und auch der Bund ist Leistungserbringer in gewissen Bereichen wie der Prävention.

Bezüglich der Dringlichkeit: Diese möchten wir in Frage stellen, auch wenn man das Paket betrachtet. Wir glauben dass diese vorgeschlagenen Massnahmen nicht auf diesem Weg hätten durchgeboxt werden müssen.

Zu den Massnahmen im Detail möchte ich mich nicht äussern. Aber grundsätzlich fällt auf, dass vor allem Kosten verschoben und wenige Kosten reduziert werden. Es gibt ein paar gute Ansätze, die, wenn man sie modifiziert, mehr in Richtung Managed Care gehen könnten. Ein Problem, dass wir in der obligatorischen Grundversicherung haben ist, dass insbesondere chronisch Kranke nicht in diese Managed Care-Modelle gehen. Deshalb greifen diese Modelle nicht so, wie sie eigentlich sollten.

Die erhöhte Steuerung der Kantone im spitalambulantem Bereich, das lehnt die Wirtschaft ab.

Bei den Prämienverbilligungen finden wir es sinnvoll, wenn es im Rahmen von Konjunkturmassnahmen diskutiert wird. Wir teilen aber die Ansicht der Kantone, dass hier das Problem besteht, dass man diese Prämienverbilligungen nur sehr schlecht oder mit grossen Opfern wieder abschaffen kann. Wir sind der Meinung, dass solche Massnahmen nur temporärer Natur sein dürfen.

Grundsätzlich befindet sich das Gesundheitswesen auf einem falschen Kurs. Es ist eigentlich der schlechtere Weg, wenn man jetzt versucht auf diesen Kurs kurzfristig Korrekturen anzubringen. Man sollte vielmehr das Schiff neu ausrichten. Ich kann hier noch zwei Stichworte dazu liefern: Das Gesundheitswesen bedarf höherer Transparenz, insbesondere Qualitätstransparenz. Auf dieser Basis müssen wir versuchen, einen Leistungswettbewerb zu installieren, damit es nicht nur ein Kostenwettbewerb ist, sondern auch die Leistungen in Betracht gezogen werden.

Monika Dusong, fédération romande des consommateurs

J'aimerais d'abord vous dire notre irritation sur la procédure de consultation un peu à la hussarde qui nous rend impossible toute concertation démocratique au sein de nos bases et je le regrette. Je

constate aussi que l'urgence à généré une certaine formulation vague des textes de loi, qui soulève beaucoup de questions et il y a encore trop d'imprécisions à ce sujet. Nous assistons donc à un exercice de pompiers et comme cela à été dit par la représentante de l'AVIVO, on n'est qu'à moitié surpris. La situation reflète une volonté politique, il faut juste ce le rappeler. On voulait que les assureurs fassent des pertes pour diminuer les réserves qui étaient à un niveau trop élevé. Je crois qu'il ne faut pas pleurer aujourd'hui pour dire qu'il faut rattraper. Maintenant si les primes ont été trop basses, il faut les rattraper jusqu'à ce que le niveau de réserve soit atteint, mais pas au delà. Il s'agit de voir comment les réserves peuvent être rattrapées. N'oublions quand même pas qu'on passe comme chat sur braise sur les pertes qui ont été enregistrés au niveau des réserves pas forcément réelles mais des pertes au niveau des bilans. Parce que les papiers valeurs peuvent être bilancés au niveau le plus bas historiquement. Donc même si la bourse ou les marchés financiers se relèvent, les assurés n'auront rien de ce fait là.

J'aimerais insister sur le contexte économique qui nous fait réellement soucis. Oui, il y a confiscation du pouvoir d'achat ou alors il y a transfert du pouvoir d'achat vers un seul secteur. Et ça ne peut pas nous être égal. Ce qui est dépensé une fois ne peut pas être dépensé une deuxième fois. L'économie en tant que tel souffre. On ne peut pas dire qu'il y aura la responsabilité individuelle et les gens vont juste assumer 15% d'augmentation des primes pour 2010 et pour 2011 on a encore rien dit. Pour certains cantons ça va être vraiment sanglant, parce que certains cantons n'ont pas les réserves qu'il faut pour pouvoir arriver avec 15% d'augmentation à un niveau réel. Donc assurément il faut des mesures d'accompagnement conjoncturelles pour soutenir les familles.

Concernant les mesures concrètes : pour la consultation téléphonique, si réellement on peut nous donner des assurances que c'est fait de manière professionnelle mais non par les assureurs mais délégué à des médecins ou des soignants nous pouvons entrer en matière. Nous aimerions beaucoup que les patients soient quasi obligés d'utiliser ce service. Sinon on met en place un service qui n'est pas utilisé. D'une manière ou d'un autre le patient qui utilise ce service devait être honoré de sa bonne volonté.

Concernant la taxe de consultation, bien sûr il s'agit d'un transfert sur les patients, et nous ne pouvons pas entrer en matière tel quel. Premièrement c'est un frein de consulter pour des personnes souvent fragiles. Si le médecin dit de revenir le voir dans une semaine car il veut voir l'évolution d'une maladie, il ne peut pas le faire et je pense aussi à des gens avec des maladies psychiques. Je préférerais qu'ils puissent aller consulter régulièrement leur médecin. On a assurément un effet sur la qualité de prise en charge et je ne pense pas à l'usine à gaz administrative quand il faut payer cash et ensuite être remboursé par la suite.

Concernant le pilotage et le monitoring bien sûr on trouve ça génial. Je suis très contente qu'enfin vous, Monsieur Indra, vous aurez les moyens pour piloter et je regrette que vous n'ayez pas encore ces moyens. Car c'est aussi une volonté politique de ne pas vous donner les moyens pour examiner les primes de manière à ce que les assureurs ne peuvent pas fixer des primes qui sont en dessous de leurs niveaux de couverture, peut-être pour une raison de concurrence. Au niveau de la planification, il faudra surtout tenir compte de ce que disent les cantons à ce sujet. Il y a une confusion au niveau des tarifs. Lorsque, dans un canton, vous avez la volonté politique p.ex. de développer les soins à domicile bien sûr que ce secteur va augmenter. Ce qui va diminuer c'est l'institutionnalisation dans les EMS. Donc il faut avoir une vision globale, c'est pourquoi les cantons sont les bons partenaires pour trancher sur les tarifs entre prestataire de soins et les assureurs. Subsidiairement pourquoi pas le Conseil fédéral ? Mais il le fait de toute façon déjà en tant qu'instance de recours en ce moment.

La durée des franchises: le seul point positif à ce sujet est que vous reconnaissez que les franchises à option élevées ont un effet défavorable pour la solidarité. Il y a des montants qui s'échappent à la solidarité. Donc la conséquence naturelle devrait être de diminuer soit les rabais soit les options en tant que tel et à ce moment-là, une fois qu'on a choisi un critère pourquoi pas y tenir. Mais il faut au départ descendre de cette hauteur de CHF 2'500.--. Malheureusement il y a beaucoup de gens qui les prennent parce que c'est le seul moyen de pouvoir payer les primes.

Nous aimerions qu'on ne passe pas à côté des autres mesures beaucoup plus structurelles, beaucoup plus efficace. On a parlé de Managed Care. Il y a un modèle de la CDS et de la FHM, il faut le prendre à bras le corps.

On attend les mesures pour les médicaments avec beaucoup d'espoir Monsieur le Conseiller fédéral. Santéuisse avec les consommateurs, c'est déjà une coalition extraordinaire et nous vous demandons d'être extrêmement ferme à ce sujet. Il faudrait des directives concernant le placement et la comptabilisation des réserves et une transparence au niveau des réserves assurément pour pouvoir rétablir une certaine confiance dans le système.

Sarah Stalder, Stiftung für Konsumentenschutz

Das Schiff neu ausrichten wurde vorhin gesagt. Wir fragen uns, wohin wir es neu ausrichten wollen. Wir bedauern es ausserordentlich, dass nicht das ganze Handlungsfeld zusammen angeschaut wird. Es wäre für uns ganz wichtig. Wie z.B. Ende Mai was mit den Medikamentenpreisen passiert oder auch wohin es mit Managed Care geht. Es heisst auf S. 12 in den Vernehmlassungsunterlagen, «es liegen keine anderen auf die Kostenentwicklung wirkenden Massnahmen vor». Das stimmt mich nicht sehr zuversichtlich. Wir denken, es gibt Massnahmen, welche viel schneller umgesetzt werden könnten.

Rückfrage Pascal Couchepin: Welche Massnahmen zum Beispiel?

Sarah Stalder: z.B. Medikamentenpreise, Qualitätsstandards definieren und den Managed Care.

Pascal Couchepin: Wie kann man Managed Care schnell umsetzen?

Sarah Stalder: Ich denke in erster Linie an die Medikamentenpreise, wo ein sehr grosses Einsparungspotenzial liegt.

Kurz zu drei Punkten. Die Telefonische Beratung muss gekoppelt werden an ein Versicherungsmodell, welches den Versicherten finanzielle Anreize gibt. Für uns wäre das die Stärkung der Eigenverantwortung und nicht der Behandlungsbeitrag dient dieser Stärkung. Diesen Beitrag lehnen wir ab. Wir haben da auch schon verschiedene Voten dazu gehört.

Solidarität, längere Vertragsdauer: Diese können wir uns mit höheren Franchisen nicht vorstellen aber z.B. bei Managed Care. Es wäre eine Option, welche man dort anschauen könnte.

Zum Schluss Konjunkturmassnahmen, Prämienverbilligung für ein Jahr: Das können wir uns sehr gut vorstellen. Auch wegen den – wie es in den Unterlagen heisst – unerwarteten Verlusten an den Finanzmärkten. Darüber wurde heute fast gar nichts gesagt. Und ich denke, dass schuldet man der Bevölkerung.

Peter Seiler, Schweizerischer Verband für Seniorenfragen (SVS)

Die Rentner, die wir vertreten, leiden stark unter den stark steigenden KK-Prämien und dem immer höheren Anteil an Steuergeldern für das Gesundheitswesen. Die BVG-Renten bleiben sehr häufig hinter der allgemeinen Teuerung zurück. Ein ganz wesentliches Anliegen wäre, dass die Gesundheitskosten nicht wesentlich über der allgemeinen Teuerung liegen. Deshalb begrüssen wir Massnahmen, welche die Gesundheitskosten dämpfen und die Eigenverantwortung stärken.

Zu den einzelnen Punkten: Telefondienst der Versicherer, dieser scheint uns sinnvoll. Jedoch zwei Punkte aus der Sicht der Senioren: Es sollte möglich sein, dass auch Hörbehinderte oder Leute, die nicht so gut sprechen können, in einer Form davon profitieren können. Und das zweite, dass die Haftung bei allfälligen Behandlungsfehlern unkompliziert und ohne grossen juristischen Aufwand gelöst werden kann.

Zum Kostenmonitoring haben wir keine Bemerkungen.

Zu den Leistungsaufträgen für Spitalambulatorien: Dort würde es uns nützlich scheinen, wenn die Kantone auch bei Hausarztambulatorien im Spital Leistungsverträge anfordern könnten.

Zur Mindestdauer bei Franchisen: Wir sind dafür dass die Wahlfranchisen beibehalten werden. Wir finden auch, dass eine Mindestdauer von 2-3 Jahren sinnvoll ist, damit man nicht zu viel ausweichen kann.

Zum Behandlungsbeitrag von CHF 30.–: Ob das wirklich eine Kostensenkung bewirkt, da sind wir nicht sicher. Wenn man es macht, dann auf jeden Fall kostengünstig und einfach umgesetzt und dazu gehört auch der Gebrauch von Zahlungskarten.

Ganz generell scheint uns aber auch wichtig, dass man die Wirksamkeit dieser Massnahmen evaluiert, d.h. dass man in 2 oder 3 Jahren weiss, was diese gebracht haben.

Andrea Mengis, Procap

Wir unterstützen sehr die Bemühungen für die Kosteneindämmung im Gesundheitswesen. Wir haben allerdings auch sehr grosse Mühe mit dem Schnellverfahren, wie bereits verschiedentlich erwähnt. Wir erachten das Ganze als eine sehr komplexe Materie und wir sind uns ziemlich unklar über die Ursachen. Wir haben heute verschiedene Akteure in diesem Zusammenhang gehört und alle sagen, es liege nicht an ihnen oder nicht nur oder es ist eine Verlagerung. Uns wäre es wichtig, dass man das gründlich prüft, bevor man vorschnelle Massnahmen ergreift.

Folgendes ist für uns schwierig zu verstehen: Man sagte uns in den Unterlagen, dass es darum geht, die privaten Haushalte zu entlasten, wegen der befürchteten oder kommenden Prämienerrhöhung. Und gleichzeitig werden diese privaten Haushalte wieder belastet mit der Behandlungsgebühr. Die Frage des Nutzens ist für uns ungeklärt. Das Gleiche mit der Wirksamkeit; wir haben hier verschiedene Voten dazu gehört. Stichworte, das man zu spät zum Arzt geht oder der administrative Aufwand sehr hoch ist. Für uns ist zu wenig geklärt ob diese Massnahmen wirklich Kosten senkend wirken. Wir bezweifeln dies.

Ein ganz wichtiger Punkt, der mehrmals genannt wurde und uns ein wichtiges Anliegen ist, sind die chronisch Kranken und die Pflegebedürftigen. Ich denke, diese werden durch diese Behandlungsgebühr zu sehr belastet und der psychologische Effekt geht bei diesen Menschen mit Krankheit und Behinderung fehl. Diese Leute brauchen diese Behandlungen. Sie können darauf nicht verzichten. Es sollte nur Leute treffen, die nur einmalig zum Arzt gehen und vorschnell ärztliche Hilfe holen.

Danielle Lehmann, UNION, schweizerischer komplementärmedizinischer Ärzteorganisationen Luzern

Wir haben vor allem Bedenken, dass es bei so schnell eingeführten Massnahmen schwierig ist die Konsequenzen richtig vorausszusehen. Da ist es so, dass wir komplementärmedizinischen Ärzte schon schmerzlich leiden mussten unter Ihren schnellen Entscheidungen. Da wir fast alle in der ärztlichen Grundversorgung als Hausärzte arbeiten, können wir uns den Voten der Hausarztvertreter Frau Enz, Prof. Bürgi und auch der Chirurgen anschliessen.

Uns ist es einfach sehr wichtig, dass die Telefontriage koordiniert wird mit den kantonalen Bemühungen, die Notfalldienste neu zu regeln, damit nicht neue Systeme entstehen.

Bei den Behandlungstaxen: Hier begrüssen wir, dass Schwangere und Kinder von der Regelung ausgenommen werden, fragen uns aber, ob die Liste der Ausnahmen nicht noch vergrössert werden sollte, z.B. mit den blutverdünnten Patienten. Ich habe schon jetzt Diskussionen mit meinen Quick-Patienten, die sagen, dass, wenn dann die CHF 30.– kommen, wir ihnen die Karte ausfüllen müssen bis Ende Jahr. Das ist natürlich gefährlich. Die Qualität der Patientenbehandlung wird durch die CHF 30.– zudem beeinflusst werden. Gerade die Hausärzte haben ja oft mit den unspezifischen,

harmlosen Symptomen von Krankheiten zu tun, die sich evtl. später ernsthaft entwickeln können. Da kommen wir dann sehr unter Druck, weil die Patienten nur einmal kommen wollen, dass wir schon in der ersten Konsultation eine maximale Abklärung machen müssen, was natürlich viele Kosten mit sich bringt.

Für uns ist es klar, es gilt heute eine nachhaltige, mehrheitsfähige Lösung zu finden für unser Gesundheitswesen und wir erachten dieses Paket als eine «Pflasterlipolitik» und nicht als eine nachhaltige Lösung.

Christina Werder, SGB

Ich beginne beim zusätzlichen Beitrag des Bundes an die Prämienverbilligung. Wir unterstützen und begrüssen den Vorschlag des Bundesrates, diesen Beitrag zu erhöhen. Nur reichen aus unserer Sicht diese CHF 200 Mio. in keiner Art und Weise. Im aktuellen wirtschaftlichen Umfeld darf die Kaufkraft, die durch die Prämienhöhung automatisch gesenkt wird, nicht einfach den Haushalten überlassen werden. Wir sind klar der Meinung, dass die Kaufkraft gestärkt werden muss und sich deshalb der Beitrag des Bundes im Umfang der Prämienhöhung belaufen sollte. Das heisst bei 10% wären das CHF 2 Mia. Es geht hier um eine klar befristete konjunkturelle Massnahme, nicht als eine Massnahme innerhalb des KVG.

Kurz noch zu den einzelnen Vorschlägen:

Tarifsenkungen: Wir gehen davon aus, dass die Tarifverhandlungen geregelt sind. Wenn Eingriffe gemacht werden aufgrund der Kosten, so erachten wir das als heikel. Wie schon von Spitex ausgeführt, kann das gewünschte Entwicklungen in der Versorgung wieder rückgängig machen. Der Ausbau der Spitex-Leistung war erwünscht. Wenn hier starke Eingriffe gemacht werden, wird diese Entwicklung wieder abgebremst.

Steuerung des Angebotes im spitalambulantem Bereich: Für uns ist dieser Vorschlag zu wenig klar und lässt zu viel Interpretationsspielraum offen. Wir sind der Meinung, dass die Steuerungsfrage im Rahmen der Nachfolgeregelung des Zulassungsstopps geregelt werden sollte.

Behandlungsbeitrag: Wir können diesen Behandlungsbeitrag von CHF 30.– nicht unterstützen.

Die Stärkung der Solidarität begrüssen wir grundsätzlich, nur sehen wir das nicht mit der Massnahme, die Vertragsdauer zu verlängern. Wir würden es begrüssen, wenn dieses Versicherungsmodell einfach gestrichen würde.

Hans Ulrich Schütz, KV Schweiz

Ich möchte ergänzend eine Einschätzung dieser Vorlage abgeben. Wir sehen, dass Handlungsbedarf besteht, denken aber nicht, dass diese Vorlage zielführend ist. Wir sind einverstanden mit den Massnahmen wie das Monitoring, diese ist sinnvoll. Verstärkung der Solidarität, die Stossrichtung hier ist richtig. Wir finden, die Telefonberatung geht in die richtige Richtung. Aber man muss sehr aufpassen, dass die Beziehungen zu den Managed Care-Modellen nicht gestört werden. Es darf keine Kannibalisierung dieser Modelle geben. Die Qualitätssicherung muss selbstverständlich übereinstimmen.

Bei der Verbesserung der Steuerung hat die heutige Diskussion gezeigt, dass hier noch Klärungsbedarf besteht.

Beim Behandlungsbeitrag von CHF 30.– sind wir sehr skeptisch. Von der Administration her ist es sehr komplex und kompliziert. Und ich denke, auch die Verhaltensannahmen sind nicht ganz richtig. Ich denke, dass das Bild, dass die Leute gerne rasch zum Arzt gehen, nicht stimmt. Ich möchte Sie auch daran erinnern, dass mit schwierigen Zeiten auf dem Arbeitsmarkt die Zahl der Personen, die aus Angst vor den Konsequenzen bei der Arbeitsstelle den Arztbesuch hinauszögern, eher zunimmt. Der Behandlungsbeitrag würde solche Tendenzen eher noch verschlechtern.

Also wie gesagt, wir sehen Handlungsbedarf aber die Vorlage ist nicht zielführend.

Ernst Reimann, Schweizerischer Städteverband

Beim Behandlungsbeitrag bin ich erstaunt, dass auf Seite 10 bei den Bemerkungen zu den finanziellen Auswirkungen auf die Kantone und Gemeinden nicht erwähnt ist, dass im Bereich Ergänzungsleistungen und Sozialhilfe geschätzte CHF 35 Mio. Franken als zusätzliche Belastung gegenüber heute durch die Einführung dieses Behandlungsbeitrages dazu kommen. Wenn ich diese grossen Zahlen höre, um die es heute geht, ist das nicht eklatant, aber ich denke es wäre der Vollständigkeit halber gut gewesen, wenn dies noch aufgeführt wäre.

Noch eine kurze Bemerkung, nicht vom SSV, sondern von mir persönlich: Ich weiss nicht, ob diese Vorlage im Bezug auf den Behandlungsbeitrag bei der Steuerverwaltung gewesen ist. Ich denke, es ist immer ziemlich gefährlich, einen Bargeld intensiven Betrieb zu errichten, weil dieser vielleicht falsche Anreize setzen könnte.

Pascal Couchepin

C'était un après-midi intéressant, je vous remercie de votre participation engagée, active et des multitudes de propositions constructives que vous avez faites. Bonne soirée.

Fin de la manifestation: 17h55

Liste des destinataires de la consultation

1. Cantons et conférences cantonales

- Gouvernements cantonaux
- Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS)
- Conférence des directeurs cantonaux des finances
- Conférence suisse des directeurs cantonaux des affaires sociales
- Conférence des gouvernements cantonaux

2. Partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale

- PBD Parti Bourgeois-Démocratique Suisse
- PDC Parti démocrate-chrétien suisse
- PLR. Les Libéraux-Radicaux
- PS Parti socialiste suisse
- UDC Union Démocratique du Centre
- PCS Parti chrétien-social
- UDF Union Démocratique Fédérale
- PEV Parti évangélique suisse
- Les Verts Parti écologiste suisse, AVeS Alliance Verte et Sociale
- Grünliberale Partei Schweiz
- Lega dei Ticinesi
- PST Parti Suisse de Travail - POP
- Alternative Kanton Zug

3. Associations faîtières des communes, des villes et des régions de montagne qui oeuvrent au niveau national

- Association des communes suisses
- Union des villes suisses
- Groupement suisse pour les régions de montagne

4. Associations faîtières de l'économie qui oeuvrent au niveau national et organisations de l'économie

- Association suisse des banquiers
- Associazione Consumatrici della Svizzera italiana
- economiesuisse
- Fédération romande des Consommateurs (FRC)
- Fondation pour la protection des consommateurs
- Konsumentenforum Schweiz
- SEC Suisse
- Union patronale suisse
- Union Suisse des Arts et Métiers (USAM)
- Union suisse des paysans (USP)
- Union syndicale suisse (USS)

5. Organisations de la santé

a) Fournisseurs de prestations

- CURAVIVA – Association des homes et institutions sociales suisses
- Association Suisse des Ergothérapeutes

- FAMH Association Suisse des Chefs de Laboratoires d'Analyses Médicales
- FASMED Fédération des associations suisses du commerce et de l'industrie de la technologie médicale
- FMCH Association Suisse des médecins avec activité chirurgicale et invasive
- FMH Fédération des médecins suisses
- H+ Les Hôpitaux de Suisse
- Intergenerika
- Interpharma
- Konferenz der Schweiz. Berufsverbände der Logopädinnen und Logopäden
- Konferenz kantonale Krankenhaus Verbände
- physioswiss
- Cliniques privées suisses
- PULSUS
- Association Suisse des Médecins indépendants travaillant en Cliniques privées et Hôpitaux (ASMI)
- Association suisse des infirmières et infirmiers
- Association Suisse des Chiropraticiens
- Société Suisse de Médecine Générale (SSMG)
- Société Suisse des Industries Chimiques (SSCI)
- Société suisse d'odonto-stomatologie (SSO)
- Société Suisse de Pharmacie
- Association Suisse des sages-femmes
- Fédération Suisse des Associations professionnelles du domaine de la Santé (FSAS)
- Association Suisse des Diététiciens/iennes diplômé(e)s (ASDD)
- Croix Rouge Suisse
- Société Suisse de médecine Interne (SGIM)
- Association Suisse des services d'aide et de soins à domicile
- Union Suisse de Médecine de Laboratoire (USML)
- Union des sociétés de médecine complémentaire
- Association suisse des médecins-assistants et chefs de clinique (ASMAG)
- vips Association des Entreprises pharmaceutiques en Suisse

b) *Assureurs*

- Association Suisse d'Assurances
- Verband der kleinen und mittleren Krankenversicherer (RVK)
- santésuisse

c) *Patients, usagers*

- Association Suisse des Aînés (ASA)
- Association Suisse des Assurés (ASSUAS)
- AVIVO Suisse
- Conseil suisse des aînés (CSA)
- Fédération des Associations des retraités et de l'entraide en Suisse (FARES)
- Fondation Organisation Suisse des Patients
- Médiateur de l'assurance-maladie sociale
- Procap, Association Suisse des Invalides (Procap)
- PRO INFIRMIS
- Pro Senectute / Fondation suisse pour la Vieillesse

Liste des participants à la consultation par voie de conférence du 11 mai 2009

Kantone / Cantons / Cantoni

Monsieur Terracciano Morreale, représentant du **canton de Fribourg**
Herr Lic.iur. Hanspeter Vogler, Vertreter **Kanton Luzern**
Herr Werner Gut, Vertreter **Kanton Obwalden**
Herr Karl Widmer, Vertreter **Kanton Zug**
Herr Giorgio Baumann, Vertreter **Kanton Basel-Landschaft**
Monsieur Georges Dupuis, représentant du **canton du Valais**
Monsieur Philippe Rech, représentant du **canton du Valais**
Monsieur Adrien Bron, représentant du **canton de Genève**
Herr Roland Hartmann, Vertreter **Kanton Uri**
Herr Andreas Scheuber, Vertreter **Kanton Nidwalden**
Herr Franz Müller, Vertreter **Kanton Solothurn**
Monsieur Christophe Guye, représentant du **canton de Neuchâtel**
Monsieur Roland Zimmermann, représentant du **canton de Neuchâtel**
Herr Dr. Hanspeter Conrad, Vertreter **Kanton Zürich**
Frau Dorothee Frei, Vertreterin **Kanton Basel-Stadt**
Herr Peter Altherr, Vertreter **Kanton St.Gallen**
Frau Katharina Schönbucher Seitz, Vertreterin **Kanton Bern**
Herr Mario Brunetti, lic. iur., **Kanton Thurgau**
Monsieur Farbrice Ghelfi, **canton de Vaud**
Monsieur G. Petazzi, **cantone Ticino**

Herr Franz Wyss, **GDK**
Frau Semya Ayoubi, **GDK**

Politische Parteien / Partis politiques / Partiti politici

Frau Yvonne Gilli, Nationalrätin SG, **Die Grünen Schweiz**
Monsieur NR Claude Ruey, **FDP Die Liberalen**
Herr Philippe Gubler, Parteisekretariat FDP CH, **FDP Die Liberalen**
Frau Jacqueline Fehr, **Sozialdemokratische Partei SP**
Monsieur Stéphane Rossini, **Sozialdemokratische Partei SP**
Frau Alexandra Perina, **CVP**

Sonstige Organisationen / Autres organisations / Altre organizzazioni

Herr Dr. Fridolin Marty, **economiesuisse**
Herr Hans-Ulrich Schütz, **KV Schweiz**
Herr Fritz Schober, **Bildung und Dienstleistungen (DSBD) Schweizerischer Bauernverband**
Frau Sarah Stalder, **STIFTUNG FÜR KONSUMENTENSCHUTZ**
Madame Monika Dusong, **Fédération romande des consommateurs**
Herr Bruno Henggi, **Interpharma**
Frau Werder Christina, **SGB**
Monsieur Lionel Ricou, **CURAVIVA**
Herr Dr. med. Walter Häcki, **PULSUS**

Herr Dr. Franz Schmid, **die Schweizerische Chiropraktoren-Gesellschaft ChiroSuisse**
 Herr Dr. Alexander Weber, **Vertreter der Schweizerischen Zahnärzte-Gesellschaft SSO**
 Frau Margot Enz Kuhn, **Schweizerische Gesellschaft für Allgemeinmedizin, SGAM**
 Monsieur Dominique Jordan, **pharmaSuisse, Schweizerischer Apothekerverband**
 Herr Dr. Marcel Mesnil, **pharmaSuisse, Schweizerischer Apothekerverband**
 Frau Carmen Chuard, **ASDD SVDE**
 Frau Dr. Beatrice Mazenauer, **Spitex**
 Frau Rosmarie Glauser, **VSAO Schweiz**
 Herr Marcel Graber, **RVK Verband der kleinen und mittleren Krankenversicherer**
 Herr Urs Brogli, **Privatkliniken Schweiz**
 Monsieur Pierre Théraulaz, **Président SBK-ASI**
 Frau Corinna Bisegger, **Schweizerisches Rotes Kreuz**
 Frau Doris Schulte Wermeling, **vips**
 Herr Walter P. Hölzle, **vips**
 Herr lic. rer. pol. Stefan Kaufmann, **santésuisse**
 Madame Christiane Jaquet-Berger, **AVIVO suisse**
 Frau Margrit Kessler, **SPO Patientenschutz**
 Frau Annemarie Bollier, **SPO Patientenschutz**
 Monsieur Roland Paillex, **physioswiss**
 Herr Rudolf Luginbühl, **Ombudsman KV**
 Frau Klara Reber, **Schweizerischer Seniorenrat**
 Herr Peter Seiler, **Schweizerischer Verband für Seniorenfragen (SVS)**
 Frau Andrea Mengis, **Procap Rechtsdienst**
 Herr Gérard Heimberg, **VASOS/FARES**
 Frau Charlotte Werthemann, **INTERGENERIKA**
 Herr Jacques de Haller, **FMH Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte**
 Herr Hanspeter Kuhn, **FMH Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte**
 Herr Prof. Ulrich Bürgi, **Schweizerischen Gesellschaft für Innere Medizin**
 Frau Regula Sievers-Frey, **Schweizerischen Gesellschaft für Innere Medizin**
 Herr Clemens Roggen, **SGCI Chemie Pharma Schweiz**
 Herr Dr. med. Danielle Lemann, **Vize-Präsidentin der UNION, schweizerischer
komplementärmedizinischer Ärzteorganisationen Luzern**
 Herr Erich Tschirky, **GELIKO Schweizerische Gesundheitsligen-Konferenz**
 Frau Susanne Clauss, **SHV Schweizerischer Hebammenverband**
 Madame Laura Regazzoni Meli, **ACSI**
 Herr Ernst Reimann, **Schweizerischer Städteverband**
 Herr Dr. med. Daniel Herren, **FMCH**
 Herr Beat Huwiler, **VAKA**
 Herr Bernhard Wegmüller, **H+**
 Herr Dr. Ulrich Wanner, **SBV**
 Herr Dr. Bernard Burri, **SVPK**
 Herr Melchior. Buchs, **FASMED**

Verwaltung / Administration / Amministrazione

Monsieur Pascal Couchepin, **Bundesrat**
 Herr Jürg Pfammatter, **EDI**
 Herr Jean-Marc Crevoisier, **EDI**
 Herr Ljubisa Stojanovic, **EDI**
 Herr Peter Indra, **BAG**
 Frau Sandra Schneider, **BAG**
 Frau Marie-Thérèse Furrer, **BAG**
 Frau Helga Portmann, **BAG**

Monsieur Thierry Vauthey, **BAG**
Herr Christoph Kilchenmann, **BAG**
Herr Daniel Dauwalder, **BAG**
Herr Markus Schlatter, **BAG (Support)**
Frau Lea Blank, **BAG (Support)**
Frau Alexandra Schweiger, **BAG (Support)**
Herr Roger Eggimann, **BAG (Support)**

Liste des participants à la consultation écrite / abréviations / statistiques

I. Organisations consultées officiellement

n° ¹	abréviation	nom
1	GR	Canton des Grisons
3	PCS	Parti chrétien-social
4	Pro Infirmis	Pro Infirmis
5	PEV	Parti évangélique suisse
6	kf	Konsumentenforum
7	Ombudsman	médiateur de l'assurance-maladie sociale
8	iph	Interpharma
12	SCG	Association suisse des chiropraticiens
13	SZ	Canton de Schwyz
14	USAM	Union Suisse des Arts et Métiers
15	Spitex	Association Suisse des services d'aide et de soins à domicile
16	ZG	Canton de Zoug
17	UNION	Union des sociétés de médecine complémentaire
19	H+	H+ Les Hôpitaux de Suisse
20	SSMG	Société Suisse de Médecine Générale
21	PKS	Cliniques privées suisses
22	UDF	Union Démocratique Fédérale
24	SHV	Association Suisse des sages-femmes
25	SPO	Fondation Organisation suisse des patients
26	GE	Canton de Genève
28	JU	Canton du Jura
29	UPS	Union patronale suisse
30	BE	Canton de Berne
32	RVK	RVK- Verband der kleinen und mittleren Krankenversicherer
33	ASMAC	Association suisse des médecins-assistants et chefs de clinique
34	ASI	Association suisse des infirmières et infirmiers
36	santésuisse	santésuisse
37	CURAVIVA	Association des homes et institutions sociales suisses
38	Les Verts	Les Verts Parti écologique suisse
40	FR	Canton de Fribourg
41	FRC	Fédération romande des consommateurs
42	asci et SKS	Associazione consumatrice della Svizzera italiana Stiftung für Konsumentenschutz
46	FMH	Fédération des médecins suisses
48	ASA	Association Suisse d'Assurances
49	PLR	Les Libéraux-Radicaux
50	UDC	Union Démocratique du Centre
51	CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
52	aspi	Association suisse des physiothérapeutes indépendants
53	FARES	Fédération des associations de retraités et de l'entraide en Suisse

¹ Numérotation selon l'ordre d'arrivée des prises de position

54	AVIVO	AVIVO Suisse
55	SSR	Association suisse des aînés
56	TI	Canton du Tessin
57	VS	Canton du Valais
58	PST POP	Parti Suisse du Travail
59	VD	Canton de Vaud
60	ASM	Association suisse des médecins indépendants travaillant en cliniques privées et hôpitaux
61	physioswiss	Association suisse de physiothérapie
62	PULSUS	PULSUS

II. Organisations et milieux intéressés non consultés officiellement

N°	Abréviations	Noms
2	SGB	Schweiz. Gehörlosenbund
9	SLKK	Caisse-maladie SLKK
10	GDK Ost	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé des cantons de l'est de la Suisse et du Liechtenstein
11	pro mente sana	pro mente sana
18	CCM	Conférence des sociétés Cantonales de Médecine
23	Medi24	Medi 24-Mondial Service Switzerland AG
27	Aide suisse contre le sida	Aide suisse contre le sida
31	Centre Patronal	Centre Patronal
35	GELIKO	Conférence nationale suisse des ligues de la santé
39	FER	Fédération des Entreprises Romandes
43	pharmaSuisse	pharmaSuisse
44	groupmutuel	Groupe Mutuel
45	Vaud-cliniques	Association vaudoise des cliniques privées
47		Schlatter Elisabeth

III. Statistiques

	Total invités	Participants
Consultation par voie de conférence du 11.05.2009	101	78

	Total invités	Prises de position des consultés	Prises de position des non consultés	Total des prises de position
Positions écrites	101	48	14	62