



07.483

Parlamentarische Initiative
Heim Bea.
Stärkung
der Hausarztmedizin

Initiative parlementaire
Heim Bea.
Egalité de traitement
des médecins généralistes

Erstrat – Premier Conseil

CHRONOLOGIE

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 12.09.11 (ERSTRAT - PREMIER CONSEIL)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 08.12.11 (ZWEITRAT - DEUXIÈME CONSEIL)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 23.12.11 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 23.12.11 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)

07.484

Parlamentarische Initiative
Meyer Thérèse.
Stärkung
der Hausarztmedizin

Initiative parlementaire
Meyer Thérèse.
Egalité de traitement
des médecins généralistes

Erstrat – Premier Conseil

CHRONOLOGIE

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 12.09.11 (ERSTRAT - PREMIER CONSEIL)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 08.12.11 (ZWEITRAT - DEUXIÈME CONSEIL)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 23.12.11 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 23.12.11 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)

07.485

Parlamentarische Initiative
Cassis Ignazio.
Stärkung
der Hausarztmedizin





Initiative parlementaire

Cassis Ignazio.

Egalité de traitement

des médecins généralistes

Erstrat – Premier Conseil

CHRONOLOGIE

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 12.09.11 (ERSTRAT - PREMIER CONSEIL)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 08.12.11 (ZWEITRAT - DEUXIÈME CONSEIL)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 23.12.11 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 23.12.11 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)

Cassis Ignazio (RL, TI), per la commissione: Il cambio di programma ha causato un minimo ritardo per i lavori. Partiamo quindi con questo pomeriggio ricco di politica sanitaria, con l'iniziativa parlamentare "Pari trattamento per i medici generici". In realtà si tratta di tre iniziative parlamentari, nate nel 2007, quando in tutta la Svizzera, tra i pazienti affetti da malattie croniche e costose, si comincia a far largo il timore di non trovare più medici disposti a curarli. Su questi ultimi, infatti, incombe sempre più spesso la minaccia di operare in modo ineconomico e di dover così restituire soldi alle casse malati anche per prestazioni prescritte ma mai fatturate dal medico. Diversi medici di famiglia comunicano allora di dover rinunciare ad occuparsi di malati gravi per non essere incolpati di ineconomicità. Si tratta di un problema che gli autori di queste iniziative parlamentari vogliono risolvere.

C'est en effet en 2007 que le contrôle de l'économicité des prestations a fait la une des journaux suite à une décision du Tribunal fédéral qui oblige les médecins à rembourser les prestations – que ce soient leurs coûts directs ou leurs coûts indirects – dont le caractère économique n'est pas respecté. En vertu de l'article 56 alinéas 1 et 2 LAMal, le médecin doit en effet limiter ses prestations à celles exigées par l'intérêt de l'assuré et l'objectif thérapeutique. La rémunération des prestations qui dépassent ces limites peut être refusée et l'assureur peut même demander la restitution des sommes qu'il aurait versées à tort.

L'évaluation de l'économicité des prestations est une compétence des assureurs: ce sont les caisses-maladie qui sont responsables pour mener à bien cette tâche. La manière dont les assureurs le font est toutefois souvent critiquée par les fournisseurs de prestations, en particulier par les médecins, puisque la méthode employée n'est pas transparente. Les fournisseurs de prestations sont donc jugés sur la base d'une méthode qui leur est inconnue, en particulier pour ce qui est du calcul statistique ANOVA. Ce n'est donc ni la nécessité des contrôles eux-mêmes qui est remise en question par ces initiatives, ni le fait que ce contrôle doit être fait par les assureurs, mais uniquement la méthode de contrôle.

Pourquoi ces initiatives parlementaires portent-elles le titre "Renforcement de la médecine de famille" en allemand? Parce que ce sont les médecins de famille qui ont été les plus touchés. Ils ont menacé de ne plus pouvoir prendre en charge les patients atteints de maladies chroniques graves et complexes occasionnant des coûts très élevés. En effet, la méthode actuelle les sanctionne s'ils s'occupent de cas lourds. Cette menace des médecins de famille s'inscrit dans le cadre de leur malaise général manifesté à maintes reprises depuis 2006.

L'objet de la modification de la loi que la commission vous propose aujourd'hui est donc celui de mettre en place une évaluation du caractère économique des prestations médicales qui tienne compte du poids spécifique des patients traités, de ce qu'on appelle la morbidité. L'article 56 de la LAMal est complété par un nouvel alinéa 6 qui prévoit: "Versicherer und Leistungserbringer legen vertraglich eine Methode zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit fest." Cette modification de la loi s'inscrit en plus dans la ligne des récentes décisions du Tribunal fédéral, elles aussi critiques quant à la méthode de contrôle utilisée jusqu'ici.

Une fois cette modification entrée en vigueur, les fournisseurs de prestations et les assureurs auront douze mois pour définir conjointement une méthode d'évaluation de l'économicité des prestations applicable sur l'ensemble du territoire. C'est donc aux partenaires tarifaires, conformément à l'architecture de la LAMal, de définir conjointement la meilleure solution; le rôle de l'Etat demeure subsidiaire. Si après douze mois un accord entre partenaires ne peut pas être trouvé, ce sera au Conseil fédéral de trancher.





La commission vous invite, par 15 voix contre 6 et 3 abstentions, à accepter cette modification de loi et résoudre ainsi le problème. C'est une petite modification, c'est une seule phrase, mais dont la portée, à la fois symbolique et concrète, est grande pour renforcer le rôle des médecins de famille.

Humbel Ruth (CEg, AG), für die Kommission: Die drei gleichlautenden parlamentarischen Initiativen Heim, Meyer Thérèse und Cassis haben die gleiche Zielsetzung: die Stärkung der Hausarztmedizin. Dabei wird besonders darauf geachtet, dass die Verfahren betreffend die Wirtschaftlichkeit ärztlicher Tätigkeit sachgerecht sind und auf objektiven Kriterien beruhen. Bei der heute zur Diskussion stehenden

AB 2011 N 1309 / BO 2011 N 1309

KVG-Revision geht es daher einzig um die Frage der Methode der Wirtschaftlichkeitskontrolle. Artikel 56 KVG hält fest, dass sich der Leistungserbringer bei seinen Leistungen auf das Mass beschränken muss, das im Interesse des Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist. Für Leistungen, die über dieses Mass hinausgehen, kann die Vergütung verweigert werden. Vom Versicherer zu Unrecht bezahlte Vergütungen können zurückgefordert werden.

Die Kontrolle der Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebotes ist eine der zentralen Aufgaben der Krankenversicherer. Die von den Versicherern vorgenommene Überprüfung der Wirtschaftlichkeit gibt seitens der Ärzteschaft verschiedentlich Anlass zu Kritik und Klagen. Zahlreiche Ärztinnen und Ärzte üben Kritik an der von den Versicherern verwendeten Überprüfungsmethode, der sogenannten Anova-Methode – Anova steht für "analysis of variance" –, welche sie als intransparent empfinden.

Grundsätzlich wird die Notwendigkeit einer Wirtschaftlichkeitskontrolle von den Leistungserbringern nicht bestritten. Ärzte monieren jedoch, dass wegen des Kontrolldrucks und wegen des Aufwandes, der entsteht, weil man überdurchschnittliche Kosten rechtfertigen muss, darauf verzichtet werde, Patientinnen und Patienten mit schweren, chronischen und komplexen Krankheiten anzunehmen und zu behandeln. Diese würden an Spezialisten oder an Spitäler weitergewiesen. Diese Kritik der Ärzteschaft veranlasste die SGK, Ihnen bei Artikel 56 einen neuen Absatz 6 zu beantragen, wonach Versicherer und Leistungserbringer die Methode zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit vertraglich festlegen. Das setzt voraus, dass der Dachverband Santésuisse sein Berechnungsmodell zur Diskussion stellt und das Vorgehen sowie die den einzelnen Schritten hinterlegten Algorithmen vollständig offenlegt. Die Leistungserbringer stellen ihrerseits sicher, dass die erforderlichen Angaben, welche die Morbidität der jeweiligen Patientenkollektive abbilden, zur Verfügung gestellt werden.

Damit soll die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit verbessert werden. Was geändert wird, ist einzig die Festlegung der Methode: Es geht darum, dass Versicherer und Leistungserbringer zusammen eine Methode zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit entwickeln bzw. festlegen. Hingegen geht es nicht um die Umsetzung der Wirtschaftlichkeitsprüfung. Das Kontrollverfahren obliegt weiterhin dem Krankenversicherer oder, in dessen Vertretung, dem Dachverband Santésuisse.

Während sich die parlamentarischen Initiativen ausschliesslich auf Ärztinnen und Ärzte beziehen, gilt der neue Artikel 56 Absatz 6 grundsätzlich für alle Leistungserbringer. Da im Wesentlichen bei Ärztinnen und Ärzten Handlungsbedarf besteht, wird mit der Übergangsbestimmung für Ärztinnen und Ärzte eine Frist von einem Jahr gesetzt, innerhalb welcher sich Versicherer und Leistungserbringer auf eine Methode einigen müssen. Ansonsten legt der Bundesrat die Methode fest. Die Frist mag kurz erscheinen; der Bundesrat beantragt in seinem zustimmenden Bericht, eine Frist von 24 Monaten zu setzen. Es ist aber zu berücksichtigen, dass das Thema seit Jahren pendent ist und zwischen FMH und Santésuisse diskutiert wird. Es ist daher nicht so, dass auf diese Bestimmung gewartet werden müsste, um mit den Arbeiten zu beginnen. Eine Grundlage besteht: Es gibt die Anova-Methode von Santésuisse, welche vom Bundesgericht anerkannt ist. Sie muss möglicherweise, wie von den Initianten gefordert, morbiditätsbezogen verfeinert und mit der FMH vertraglich vereinbart werden. Bei gutem Willen ist dies innerhalb von zwölf Monaten möglich.

Die SGK ist mit 15 zu 7 Stimmen bei 2 Enthaltungen auf die Vorlage eingetreten und hat ihr in der Gesamtabstimmung mit 15 zu 6 Stimmen bei 3 Enthaltungen zugestimmt.

Ich bitte Sie, den Anträgen der Kommission zu folgen.

Meyer-Kaelin Thérèse (CEg, FR): Le groupe PDC/PEV/PVL vous demande d'entrer en matière et de voter la proposition de modification de la loi sur l'assurance-maladie à l'article 56 alinéa 6 et aussi la disposition transitoire.

Avec Madame Heim et Monsieur Cassis, nous avons déposé trois initiatives parlementaires jumelles visant le même but: instaurer une égalité de traitement pour les médecins généralistes. En effet, les caisses-maladie habilitées à contrôler l'économicité des prestations – ce qui ne leur est pas du tout contesté – appliquaient



une sorte de moyenne des coûts, sans tenir compte des pathologies et de l'âge de la patientèle des médecins de premier recours. Si cette moyenne était dépassée, les médecins devaient fournir des explications très détaillées et souvent ils n'avaient plus de nouvelles de leur évaluation. Cette situation a été de nature à déprimer les praticiens, qui ont un métier dur et qui, en leur âme et conscience, posaient les diagnostics et appliquaient les traitements nécessaires et qui souvent devaient soigner des personnes atteintes de plusieurs pathologies, qui nécessitent des traitements complexes et assez chers et souvent aussi des médicaments chers mais indispensables.

Et ce cri d'alarme des médecins de premier recours a ému le Parlement qui a décidé de proposer une modification de l'article 56 LAMal pour que l'évaluation soit décidée conjointement entre les caisses-maladie – dont on ne conteste pas le rôle de contrôle – et les médecins, pour que chacun soit traité à la même enseigne. En fait, actuellement, une nouvelle méthode – la méthode ANOVA – a été mise en place. Elle est unilatéralement imposée par les caisses-maladie.

C'est un alinéa tout simple. Evidemment, le Conseil fédéral nous demande de prévoir un délai de vingt-quatre mois pour la mise en vigueur de la modification; nous estimons que douze mois devraient suffire pour que les partenaires parviennent à s'entendre. Nous voulons mettre la pression dans cette question.

Nous vous demandons donc d'entrer en matière et d'adopter l'alinéa proposé par la commission.

Prelicz-Huber Katharina (G, ZH): Die Hausärzte und Hausärztinnen sind für die Grünen einer der Grundpfeiler für eine gute medizinische Versorgung. Sie müssen deshalb gut ausgestattet sein, gute Bedingungen vorfinden. In den letzten Jahren ist es aber für die Hausärzte und -ärztinnen immer härter geworden: Durch die neuen Tarmed-Bestimmungen entstand ihnen mehr Arbeit, sie hatten Schwierigkeiten, gewisse Bereiche unterzubringen, und ihr Verdienst war letztendlich auch nicht gerade überwältigend. Die Folge davon ist, dass an vielen Orten Nachfolgeprobleme bestehen. Gerade auf dem Land finden sich keine Hausärzte und Hausärztinnen mehr. Die Stärkung der Hausarztmedizin ist also dringend.

Ein Beispiel ist die jetzige Vorlage zur Wirtschaftlichkeitsprüfung. Heute ist die Durchführung der Wirtschaftlichkeitskontrolle Sache der Krankenkassen. Die angewendete Methode ist aber mehr als umstritten. Die Ärzte und Ärztinnen sagen, dass es sich eigentlich gar nicht um eine wirkliche Wirtschaftlichkeitsprüfung handle. Es sei keine Transparenz vorhanden, wie die Kriterien festgelegt würden, und diese Kontrolle stelle letztendlich nur ein Durchschnittskosten-Vergleichsverfahren dar, mit dem all den Fällen von Langzeitpatienten und -patientinnen, von psychisch kranken Menschen und Morbiditätspatienten, bei denen es eben etwas mehr Zeit braucht, um mit ihnen reden zu können, nicht Rechnung getragen werde. Benachteiligt sind vor allem die Hausärzte und Hausärztinnen, und das muss geändert werden.

Eine neue Studie, die in den letzten Tagen seitens der Krankenkassen präsentiert wurde, zeigt anscheinend, dass jeder achte Arzt bzw. jede achte Ärztin zu hohe Kosten berechnet; interessanterweise betrifft das aber nicht vor allem die Hausärzte und Hausärztinnen, sondern die Fachärzte und Fachärztinnen. Gemäss FMH sind aber die Aussagen bzw. die Methoden sehr umstritten.

Die Vorlage, die wir jetzt hier haben, ist deshalb gut. Sie beinhaltet die Ausarbeitung der Kriterien für eine Wirtschaftlichkeitsprüfung durch die Krankenkassen unter Einbezug der Ärzte und Ärztinnen. Damit haben wir einen Dreifachgewinn: Die Berechnungsgrundlagen der Krankenkassen müssen transparent gemacht werden, die medizinischen Kriterien der Ärztinnen und Ärzte werden einbezogen, und es entstehen keine falschen Anreize, zu viele Leistungen zu erbringen.

AB 2011 N 1310 / BO 2011 N 1310

Die Grünen werden deshalb im Sinne einer Stärkung der Hausarztmedizin zu diesen drei parlamentarischen Initiativen bzw. zu dieser Vorlage Ja sagen, damit dereinst eine gescheite Wirtschaftlichkeitsprüfung für die Patientinnen und Patienten vorliegen wird, sodass diese eine möglichst günstige, aber trotzdem eine qualitativ hochstehende medizinische Versorgung haben werden.

Le président (Germanier Jean-René, président): Le groupe libéral-radical soutient la proposition de la majorité.

Heim Bea (S, SO): Im Namen der SP-Fraktion bitte ich Sie, auf diese Vorlage einzutreten und ihr zuzustimmen. Es ist eine kleine Gesetzesänderung, aber eine mit grosser Wirkung, die im Interesse sowohl der Patientinnen und Patienten als auch einer Stärkung der Hausarztmedizin als Eckpfeiler unserer Gesundheitsversorgung ist. Wirtschaftlich, zweckmässig und wirksam sollen ärztliche Leistungen sein, das ist eine unbestrittene Forderung des KVG. Nur, wer definiert, was wirtschaftlich ist, und wie? Der Bund tut es nicht. Wer definiert die Wirtschaftlichkeit einer ärztlichen Behandlung? Nach welcher Methode werden die seit 1996 nach wie vor



nicht definierte Wirtschaftlichkeit und deren Indikatoren kontrolliert? Der Bund hat diese Aufgabe delegiert, und zwar die Definition, wie eine ärztliche Leistung sein muss, um als wirtschaftlich anerkannt zu werden, und auch die Art der Prüfmethode. Er hat diese medizinisch komplexe und heikle Aufgabe den Kassen überlassen. Doch Krankenkassen sind ökonomisch denkende Unternehmen, und so wählten sie eine Methode, die sich auf den Vergleich von Durchschnittskosten der Praxen gleicher Fachrichtung beschränkte. Auf Druck der Leistungserbringer wird seit 2005 der Alters- und Geschlechtsunterschied in der Patientenstruktur einer Praxis berücksichtigt, doch Unterschiede dieser Art begründen nur 3 Prozent der Praxiskosten. Eine Selbstverständlichkeit hingegen, nämlich die Struktur der Patienten hinsichtlich ihrer Morbidität, also die Frage, ob es in einer Praxis viele Chronischkranke, teure HIV-Kranke usw. gibt oder nicht, wird nicht beachtet. Genau da aber liegt der zentrale Kostenfaktor.

Nach wie vor unbeachtet bleiben Zweckmässigkeit und Wirksamkeit. So kann es sein, dass teure, aber zweckmässige und die Heilungsdauer verkürzende Leistungen – meines Erachtens zu Unrecht, auch fachlich zu Unrecht – von den Kassen als "Überarztung" geahndet werden. Ärztinnen und Ärzten, die sogenannten Überärzten, kann die Vergütung verweigert werden, und sie können zu Rückzahlungen verpflichtet werden. So kommt es – ich habe dazu etliche, sehr eindrückliche Schreiben erhalten –, dass Patientinnen und Patienten mit komplexen Krankheiten nicht mehr ausreichend behandelt oder einfach zu anderen Ärztinnen und Ärzten oder direkt ins Spital abgeschoben werden. Es kann nicht das Ziel der Wirtschaftlichkeitsprüfung sein, dass letztlich die Patientinnen und Patienten die Gelackmeierten sind oder dass Kranke und Kosten ans Spital abgeschoben werden.

Die Wirtschaftlichkeitsprüfung muss fachlich verbessert werden, sie ist morbiditätskorreliert und risikoadjustiert zu definieren, dies im Interesse der Kranken und um der Qualität der Hausarztmedizin willen. Aufgrund der drei parlamentarischen Initiativen Meyer Thérèse, Cassis und Heim schlägt die Kommission vor, dass sich Ärzteschaft und Kassen partnerschaftlich auf eine medizinisch qualifizierte Methode zur Wirtschaftlichkeitsprüfung einigen sollten. Das Problem ist schon lange bekannt. Auch die Lösungen für Verbesserungen sind schon lange bekannt und sind sowohl aus Patientensicht wie auch zur Sicherung der guten hausärztlichen Versorgung unabdingbar – sie sind dringend.

Die SP-Fraktion empfiehlt Ihnen deshalb erstens, den Gesetzentwurf anzunehmen, und zweitens, bei den Übergangsbestimmungen der Kommission zu folgen und die Frist für eine bessere Lösung auf zwölf Monate festzusetzen.

Ich bitte Sie also um Eintreten und Zustimmung zur Vorlage.

Burkhalter Didier, conseiller fédéral: Vous avez entendu quel est l'enjeu de cette modification: c'est la méthode de contrôle du caractère économique des prestations et surtout l'application de cette méthode pour apporter plus de transparence et pour faire en sorte qu'elle soit négociée conjointement entre les parties contractantes, c'est-à-dire entre les assureurs-maladie et les médecins.

J'en viens donc directement à la position du Conseil fédéral. Nous sommes favorables sur le principe à cette modification de loi, nous l'avons dit. Nous approuvons donc l'article 56 alinéa 6 ainsi que la disposition transitoire. Nous avons simplement émis une réserve sur le délai: faut-il que le Conseil fédéral intervienne déjà après douze mois ou peut-il attendre vingt-quatre mois? Je peux confirmer aujourd'hui déjà, en particulier après ce qu'ont dit les rapporteurs, que les choses ont évolué depuis quelque temps. Je peux aussi confirmer qu'une première rencontre entre les partenaires a eu lieu et que, comme l'a dit Madame Humbel, rapporteure, des bases de travail existent déjà. L'atmosphère est constructive. Vous avez dit qu'il faudrait de la bonne volonté – "guten Willen" –, on peut confirmer qu'en ce qui concerne ce dossier, cela va plutôt bien. Nous sommes donc confiants et une solution devrait être trouvée. Si l'on part du principe que la loi devrait entrer en vigueur vers la mi-2012, le délai de douze mois s'avère suffisant – c'est ce que nous pensons.

Pour cette raison, nous nous rallions maintenant complètement au projet de loi de la commission et nous ne demandons plus de vote concernant la question du délai de douze ou de vingt-quatre mois. Nous nous rallions donc au délai de douze mois.

*Eintreten wird ohne Gegenantrag beschlossen
L'entrée en matière est décidée sans opposition*

Bundesgesetz über die Krankenversicherung Loi fédérale sur l'assurance-maladie





Detailberatung – Discussion par article

Titel und Ingress, Ziff. I

Antrag der Kommission: BBI

Titre et préambule, ch. I

Proposition de la commission: FF

Angenommen – Adopté

Ziff. II

Antrag der Kommission: BBI

Antrag des Bundesrates: BBI

Neuer Antrag der Kommission

Zustimmung zum Entwurf SGK-NR

Ch. II

Proposition de la commission: FF

Proposition du Conseil fédéral: FF

Nouvelle proposition de la commission

Adhérer au projet CSSS-CN

Le président (Germanier Jean-René, président): Monsieur le conseiller fédéral, désirez-vous vous exprimer?

Burkhalter Didier, conseiller fédéral: Monsieur le président, vous n'avez pas beaucoup écouté ce que j'ai dit tout à l'heure. Je le dirai donc en valaisan. (*Hilarité*)

Le Conseil fédéral estime que les choses ont évolué positivement. De premières séances ont eu lieu entre les partenaires. A l'évidence, il devrait être possible de régler ce problème en douze mois à partir de l'entrée en vigueur, qui aura lieu à peu près à mi-2012.

AB 2011 N 1311 / BO 2011 N 1311

Donc nous ne demandons plus de vote. Nous nous rallions pleinement et complètement au délai de douze mois et ne demandons pas de vote pour un délai de vingt-quatre mois.

Angenommen gemäss neuem Antrag der Kommission

Adopté selon la nouvelle proposition de la commission

Ziff. III

Antrag der Kommission: BBI

Ch. III

Proposition de la commission: FF

Angenommen – Adopté

Gesamtabstimmung – Vote sur l'ensemble

(namentlich – nominatif; 07.483/6020)

Für Annahme des Entwurfes ... 98 Stimmen

Dagegen ... 38 Stimmen