

Bundesamt für Gesundheit BAG
Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung
Abteilung Versicherungsaufsicht
Sektion Rechtliche Aufsicht KV
CH-3003 Bern

aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch
dm@bag.admin.ch

Bern, 2. Oktober 2017

Vernehmlassung Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung. Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung; Stellungnahme der FMH

Sehr geehrter Herr Bundesrat

Die FMH dankt für den Einbezug ins Vernehmlassungsverfahren. Nach Konsultation der in der Ärztekammer vertretenen Organisationen nimmt der Zentralvorstand der FMH wie folgt Stellung:

Die in der FMH vertretenen Organisationen lehnen die vorgeschlagene Gesetzesänderung eher ab. Dies insbesondere aus den folgenden Gründen:

Argumente für die Anpassung der Franchisen an die Teuerung

Wenn die Kosten pro versicherte Person und die Prämien der Grundversicherung weiter im bekannten Ausmass steigen, was mit einer allseits gewünschten permanenten Verbesserung der Versorgungsqualität der Bevölkerung einhergeht, so müssen unseres Erachtens auch die Franchisen und Selbstbehalte mit dieser Entwicklung Schritt halten. Eine periodische Anpassung der Franchisen nach oben erscheint deshalb als unabdingbar und unausweichlich.

Zwar führen höhere Franchisen gerade bei tieferen Einkommen und Familien zu einer spürbar stärkeren Belastung im Krankheitsfall und die Opfersymmetrie wird stark strapaziert. Es geht aber darum, die soziale Krankenpflegeversicherung generell von Bagatellbehandlungen zu entlasten, was nur über höhere Kostenbeteiligungen für alle erreichbar ist. Deshalb ist es richtig, der Solidarität der gesunden Versicherten im Rahmen der Sozialversicherung die Kostenbeteiligung der kranken Patientinnen und Patienten gegenüberzustellen.

Der im Rahmen der Vernehmlassungsvorlage präsentierte Ansatz, dabei stufenweise und moderat vorzugehen, schätzungsweise mit Erhöhungen um CHF 50.-- alle vier Jahre bzw. sofern die durchschnittlichen Kosten pro versicherte Person und Jahr das 13-fache der bisherigen Franchise übersteigen, erscheint als sachgerecht und akzeptabel.

Der Anstieg der Franchise wird moderat und verkraftbar sein. Benachteiligt sind Patienten mit chronischer Erkrankung, die auf regelmässige ärztliche Betreuung angewiesen sind. Eine Erhöhung um

CHF 50.-- alle 3-4 Jahre scheint verkraftbar zu sein, wenn auch gerade diese Patientengruppe ihre verursachten Kosten nicht senken kann. Inwiefern die Ergänzungsleistungen ansteigen werden, muss von anderer Seite beurteilt werden. Problematisch ist eine Reduktion der Rabatte, die durchaus Fehlansätze fördern und somit den Prämiendruck erhöhen kann.

Für den Beibehalt der Prämienrabatte auf wählbaren Franchisen

Zu versicherungsmathematischen Belangen können wir uns mangels vorhandenem Fachwissen nicht im Detail äussern. Es ist aber klar, dass trotz Beibehaltung der bisherigen Wahlmöglichkeiten bezüglich Höhe der frei wählbaren Franchisen, was wir befürworten, die für eine höhere Franchise gewährten Rabatte ungefähr den tatsächlichen Einsparungen entsprechen müssen. Ob es richtig ist, die bisher für bestimmte Wahlfranchisen angeblich zu hohen Rabatte etwas zu reduzieren, können wir nicht beurteilen. Ganz grundsätzlich befürworten wir im Zweifelsfall den unveränderten Beibehalt der sämtlichen bisherigen Möglichkeiten mit höher wählbarer Franchise, welche die Selbstverantwortung fördern und die einkommensstärkeren Bevölkerungsschichten erfahrungsgemäss auch dazu bewegen können, kleinere Arztrechnungen selber zu bezahlen.

Fragliche Wirksamkeit

Der Patient fühlt sich mündig und stellt dem Arzt gegenüber Forderungen an dessen Leistungen. Entsprechend gilt es zu bedenken, dass der Versicherte dazu verleitet wird, mehr vom Arzt zu fordern, wenn er schon eine höhere Franchise bezahlen muss.

Druck insbesondere auf sozial Schwächere und Chronischkranke

Ce sera la population la moins aisée qui se verra sanctionnée, et plus particulièrement, les personnes âgées.

La classe moyenne inférieure par exemple, déjà fragilisée, qui se trouve juste au-dessus du seuil pour avoir le droit aux subsides, subira une pression économique supplémentaire et sera donc fortement touchée par une telle modification de la loi.

Gefährdung der Versorgung und langfristige Kostenerhöhung

Selon une récente étude¹, déjà 10.7% des personnes interrogées y renoncent pour des raisons économiques, dont une franchise trop haute. Avec une hausse de la franchise, cette tendance s'accroîtra ce qui est fort regrettable. Sur le long terme, il faudra compter sur une détérioration de la santé générale de la population, car si les patientes et patients ne consultent pas, les coûts de traitement sont par la suite beaucoup plus élevés. Cette mesure est non seulement contreproductive, mais elle aura un effet inverse que souhaité sur les coûts de la santé : leur augmentation.

Prävention gefährdet

Par ailleurs, cette modification risque d'avoir des conséquences sur la prévention. Avec des franchises plus élevées, nous pouvons partir du principe que le patient reconcevra à ce type de prestations. Alors que des études ont établi que chaque franc investi dans la prévention fait baisser la morbidité et la mortalité prématurée permet d'économiser d'énormes coûts. A titre d'illustration, un franc investi dans la prévention du tabagisme permet d'économiser 40 fois plus.²

¹ Bodenmann, P. et al. (2014). « Screening Primary-Care Patients Forgoing Health Care for Economic Reasons », Plos One 9 (4). URL: https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB_01217329AADE.P001/REF.

² Wisesser, S. et al. (2010). Rapport de synthèse – Evaluation économique des mesures de prévention en Suisse. Zurich University of Applied Sciences et Institut de recherches économiques Université de Neuchâtel.

Sektoruell übergreifende Kosten-Nutzen Diskussion notwendig

Es besteht zwar Konsens über Fehlanreize im heutigen Gesundheitssystem zwischen ambulanten und spitalambulanten Behandlungen auf der einen und Eingriffen im stationären Bereich der Spitäler auf der anderen Seite. Heute haben Spitäler und Krankenkassen immer noch zu wenig Anreize, die günstigeren Alternativen zum Spitalaufenthalt zu fördern. Zwar kommt mit der Regelung „ambulant statt stationär“ einzelner Kantone etwas Bewegung in das System. Die Spitäler werden aber für ihren stationären Bereich besser entgolten. Und die Versicherer müssen bei stationär durchgeführten Eingriffen maximal 45% der Kosten übernehmen, während es im ambulanten Bereich 100% sind. Solch eklatante Fehlanreize liessen sich nur durch eine einheitliche Finanzierung stationärer und ambulanter Leistungen beseitigen und nicht durch die aktuell vorgeschlagene KVG-Ergänzung des Bundes. Im Sinne einer sektoriell übergreifenden Betrachtung muss dringlich von einem reinen Kosten-Fokus auf eine Kosten-Nutzen-Diskussion umgeschwenkt werden.

Freundliche Grüsse



Dr. med. Jürg Schlup
Präsident FMH



Anne-Geneviève Bütikofer
Generalsekretärin FMH