

REGIERUNGSRAT

Regierungsgebäude, 5001 Aarau
Telefon 062 835 12 40, Fax 062 835 12 50
regierungsrat@ag.ch
www.ag.ch/regierungsrat

A-Post Plus
Bundesamt für Gesundheit
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

5. September 2018

09.528 Parlamentarische Initiative. Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus; Vernehmlassung

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit, zum Vorentwurf zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) unter dem Titel "Einheitliche Finanzierung der Leistungen im ambulanten und im stationären Bereich" Stellung zu nehmen. Der Regierungsrat des Kantons Aargau hat die Vernehmlassungsvorlage beraten und nimmt dazu wie folgt Stellung:

Beurteilung/Stellungnahme allgemein

Das Hauptproblem in Bezug auf die Gesundheitskosten in der Schweiz ist aus Sicht des Kantons Aargau nicht deren Zusammensetzung und Verteilung auf die einzelnen Finanzierungsquellen (auch wenn der Finanzierungsanteil der Kantone seit 1996 kontinuierlich steigt), sondern vielmehr die Entwicklung der Gesamtsystemkosten über die Jahre.

Das Hauptziel muss deshalb sein, das Kostenwachstum zu bremsen beziehungsweise längerfristig die Kosten des Systems gesamthaft zu senken. Die Belastung einzelner Kostenträger (Finanzierer) ist eine verteilungs- beziehungsweise sozialpolitische Frage und bedarf einer anderen Diskussion.

Die Kosten des Systems lassen sich beeinflussen, indem entweder die Menge oder der Preis der erbrachten Leistungen verändert wird. Sie können demnach nur sinken, wenn in Zukunft weniger und/oder günstigere Leistungen erbracht werden als dies heute der Fall ist. Das heisst, notwendige und sinnvolle Leistungen sollen effizienter erbracht werden und auf Unnötiges gilt es zu verzichten. Dazu müssen im komplexen Gefüge der verschiedenen Akteure und deren Interessen bestehende Fehlanreize reduziert und durch positive Anreize ersetzt werden.

Vor diesem Hintergrund ist die Vorlage der Kommissionen für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats (SGK-NR) als ungenügend zu bezeichnen, denn sie reduziert die ganze Komplexität der Einflussfaktoren, welche die Kostenentwicklung bestimmen, auf einen einzigen, nämlich auf die Ausgestaltung der Finanzierung. Und selbst diese bleibt auf die Umleitung von Finanzströmen beschränkt.

Einleitend möchten wir ausserdem festhalten, dass die vorgeschlagene Revision für die Kantone mittelfristig eine erhebliche finanzielle Mehrbelastung bedeuten würde. Damit wird eine Verschärfung der bestehenden Tendenz in Kauf genommen, dass der Beitrag der Kantone an die Finanzierung

des Gesundheitswesens (bestehend mehrheitlich aus Beiträgen an die medizinische Versorgung, Pflege, Prävention und die individuelle Prämienverbilligung) in den letzten 20 Jahren stark gestiegen ist.

Für den Kanton Aargau würde der Übergang zur einheitlichen Finanzierung gemäss Modell der SGK-NR zwar zu einer Entlastung von 37,2 Millionen Franken führen, wie der groben Schätzungen im Bericht des Bundesamts für Gesundheit (BAG) vom 5. März 2018 (Varianten im Umgang mit der Kostenbeteiligung und kantonal unterschiedliche Bedeutung des stationären Spitalsektors) zu entnehmen ist. Diese Entlastung hätte indes einen sprunghaften Anstieg der Prämien der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) für die Versicherten zur Folge mit entsprechend mehr auszusüttenden Prämienverbilligungen. Dieser Effekt kann so nicht hingenommen werden.

Weitere Schwierigkeiten sehen wir in Bezug auf die generell getroffenen Annahmen über die finanziellen Auswirkungen der vorliegenden Monismus-Vorlage. Wie die hochgerechneten Kantonsbeiträge von jeweils zwischen 7,3 Milliarden Franken und 7,7 Milliarden Franken für die Jahre 2012–2015 hergeleitet worden sind, ist in den Vernehmlassungsunterlagen nicht nachvollziehbar dargelegt. Entsprechend ist der auf dieser Grundlage berechnete kantonale Mitfinanzierungsanteil von 25,5 %, der bereits im erwähnten Bericht des BAG vom 5. März 2018 vorgezeichnet wurde, nicht überprüfbar. Was gänzlich fehlt, ist eine nachvollziehbare Berechnung des Gesamtvolumens für den Geltungsbereich der Vorlage auf Leistungen gemäss Art. 25–31 KVG (abzüglich Pflegeleistungen gemäss Art. 25a KVG) an dem sich die Kantone zu geschätzten 25,5 % beteiligen müssten. Eine vertiefte Auseinandersetzung mit der Vorlage über die rein finanziellen Auswirkungen ist für die Kantone unter diesen Voraussetzungen unmöglich.

Der Vorschlag der SGK-NR bedeutet zudem, dass der Kanton Aargau einen wesentlichen Anteil seiner Fiskaleinnahmen an die Krankenversicherer überweisen müsste, ohne Möglichkeit, über die sachgerechte und effiziente Verwendung dieser Mittel zu bestimmen oder diese zu kontrollieren. Mit der Umsetzung des vorliegenden Vorschlags würde somit die fiskalische Äquivalenz verletzt und damit ein Konflikt mit der Bundesverfassung geschaffen.

Der Kanton Aargau lehnt deshalb die zur Vernehmlassung eingereichte Vorlage der SGK-NR ab.

Eine einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen mit nur noch einer einzigen Zahlstelle (Versicherer als Monist) leistet als Einzelmassnahme keinen massgeblichen Beitrag zur Eindämmung der Systemkosten. Denn:

- a) Zwei grosse Kostentreiber im schweizerischen Gesundheitswesen, nämlich einerseits die Fehlansätze im Zusammenhang mit Tarifstruktur und Tarifhöhe sowie andererseits jene, die sich aus dem Versicherungsstatus des Patienten ergeben, werden durch die vorgeschlagene Reform nicht angetastet.
- b) Anreize müssen dort gesetzt werden, wo der Behandlungsentscheid getroffen wird, also primär beim Leistungserbringer. Es ist aber für diesen – abgesehen von administrativen Aufwendungen – unerheblich, ob er aus einer oder aus zwei Händen entschädigt wird. Eine reine Umleitung der Finanzflüsse von den Kantonen zu den Versicherern setzt keinen neuen Anreiz beim Leistungserbringer und bewirkt folglich nichts.
- c) Die einheitliche Finanzierung mag zwar Voraussetzungen schaffen für eine Verbesserung der Leistungsallokation, der Behandlungsabläufe, der Behandlungskette und damit auch der Behandlungsqualität. Dazu sind aber auch Versicherungsmodelle gefragt, welche die Behandlung entlang der gesamten Leistungskette erfassen. Nun ist es aber erstens keineswegs sicher, sondern bestenfalls nur zu hoffen, dass die Krankenkassen ihre Möglichkeiten zur Einführung neuer Versicherungsmodelle zur Förderung der integrierten Versorgung in einem monistischen Finanzierungssystem besser nutzen würden als heute. Den Kantonen fehlen im Vorschlag der SGK-NR jegliche Möglichkeiten zur direkten Beeinflussung der künftigen Optimierung der Versorgungskette. Zwei-

tens sind die Bereiche Spitex und Pflegeheime in der aktuellen Vorlage nicht eingeschlossen, obwohl hier in Bezug auf die Zusammenarbeit der Leistungserbringer entlang der Behandlungskette der grösste Bruch zu beobachten ist.

- d) Die Vorlage würde eine Besserstellung der Vertragsspitäler bedeuten, da die durch sie erbrachten Leistungen neu zu 74,5 % statt zu 45 % durch die obligatorische Krankenversicherung mitfinanziert würden. Es ist durchaus anzunehmen, dass durch die damit gesteigerte Attraktivität der Vertragsspitäler Mengen- und Kapazitätsausweitungen entstehen. Die Wirksamkeit der kantonalen Spitalplanungen würde durch die Stärkung der Vertragsspitäler unterlaufen. In der Konsequenz wirkt sich dies auf der Kostenseite noch zusätzlich zulasten der Prämienzahlenden aus, hätte also Prämien erhöhungen zur Folge. Die Vorlage geht in leichtfertiger Weise nicht auf diese Auswirkungen ein. Konsequenter wäre, unter diesen Umständen das Institut der Vertragsspitäler abzuschaffen.
- e) Offen gelassen wird in der Vorlage zudem, wie die Aufsichtsverantwortung des Bundes ausgeweitet wird. Eine solche Verstärkung wäre aufgrund des stark erhöhten Volumens von KVG-Geldern in den Händen der Versicherer unabdingbar.

Der Einsatz von Steuergeldern setzt Steuerungsinstrumente voraus.

Wenn die Kantone die ambulanten Leistungen mitfinanzieren sollen, müssen sie auch das Versorgungsangebot im ambulanten Bereich beeinflussen können. Dies ist jedoch in der Vorlage nicht vorgesehen. Die SGK-NR erfüllt diese Notwendigkeit durch die aktuelle Teilrevision des KVG hinsichtlich der Neuzulassung von Leistungserbringern. Dies ist aus Sicht des Kantons Aargau aber noch keine hinreichende Voraussetzung für eine wirksame Steuerung des ambulanten Versorgungsangebots durch die Kantone, denn sie betrifft primär die Neuzulassungen, gewährt keine Kontroll- und Steuerungsmöglichkeit über die bereits zugelassene Ärzteschaft und sie klammert das Leistungsangebot im spitalambulanten Bereich aus. Zudem ist politisch noch keineswegs gesichert, dass der Gesetzesentwurf des Bundesrats vom Parlament auch beschlossen wird. Vielmehr vertritt eine Mehrheit der SGK, des National- wie auch des Ständerats sogar die Ansicht, dass die Steuerung des ambulanten Angebots primär durch die Krankenversicherung über die weitgehende Aufhebung des Kontrahierungszwangs erfolgen soll.

Die einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen ist auch nicht der von Versicherer- und Leistungserbringerverbänden propagierte "folgerichtige Schritt" oder die unverzichtbare Begleitmassnahme zur Förderung der Verlagerung aus dem stationären Sektor in die (Spital-)Ambulatorien.

Dafür gibt es zwei Gründe:

- a) Die Auswertungsergebnisse im Kanton Luzern, neun Monate nach Inkrafttreten der kantonalen Regelung "ambulant vor stationär", deuten darauf hin, dass die Behandlungskosten bei den Listeneingriffen gesamthaft – das heisst sowohl für die Versicherer und die Prämienzahler als auch für die Kantone und Steuerzahler – gesunken sind. Mehrkosten für die Versicherer bei einzelnen ambulanten Eingriffen konnten durch die Einsparungen im stationären Bereich und durch die Abnahme der Eintritte am Vortag kompensiert werden. Eine einheitliche Finanzierung der Leistungen war für die Erzeugung dieser kostendämpfenden Wirkung nicht notwendig.
- b) Die Finanzsituation der Leistungserbringer könnte sich infolge Ausbau der ambulanten Listen auf Bundes- und Kantonsebene insofern negativ entwickeln, als die aktuellen TARMED-Tarife für manche der betroffenen Einzelleistungen nicht kostendeckend sind. Hier hilft aber eine einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen auch nicht weiter. Gefragt ist vielmehr eine Weiterentwicklung der Tarifstruktur in Richtung (spital-)ambulanter Pauschalen, welche für die behandelnden Ärztinnen und Ärzte neue positive tarifliche Anreize setzen würden. Der Kanton Aargau unterstützt diese Bemühungen voll und ganz.

Finanzierungssystem für eine steuerbare, effiziente und integrierte Gesundheitsversorgung

Aus Sicht des Kantons Aargau muss eine effizientere und optimierte Gesundheitsversorgung mit einheitlicher Finanzierung mindestens folgende Anforderungen erfüllen:

1. Die finanzielle Belastung der einzelnen Kantone muss im Übergang überprüfbar kostenneutral sein.

Die Anforderung ist im Vorschlag der SGK-NR für die Gesamtheit der Kantone erfüllt. Allerdings muss die Kalkulation noch plausibilisiert werden können.

Kostenneutralität bei der Umstellung auf die einheitliche Finanzierung heisst, dass die Beteiligung der Gesamtheit der Kantone beziehungsweise der Versicherer an der Finanzierung der ambulanten und stationären Leistungen nicht höher ausfallen kann als unter dem aktuellen dual-fixen Regime. Dies, damit die Finanzierer im Zeitpunkt des Inkrafttretens mit dem neuen System nicht schlechter gestellt werden. Der gesetzliche kantonale Mindestanteil muss auch in Zukunft konstant gehalten werden. Eine allfällige punktuelle Erhöhung des Kantonsbeitrags kann nur auf freiwilligen Beschlüssen der jeweiligen Kantone beruhen.

Die Kostenneutralität muss jedoch nicht nur für die Gesamtheit der Kantone, sondern auch für jeden einzelnen Kanton gewährleistet werden. Ansonsten wären im Übergang zur einheitlichen Finanzierung gerade jene Kantone stärker belastet, deren Versorgungs- und Patientenstrukturen heute im Sinn einer effizienteren Gesundheitsversorgung überdurchschnittlich stark auf ambulante Behandlungen ausgelegt sind. Dieser Effekt könnte die Bestrebungen der Kantone zur weiteren Verlagerung in den ambulanten Bereich bis zum Zeitpunkt des Inkrafttretens unterminieren und damit letztendlich auch einer wirksamen Kostendämpfungsmassnahme im Weg stehen. In den Kantonen mit vorwiegend stationären Strukturen, die im gleichen Zug entlastet werden, wäre durch die Erhöhung des OKP-Finanzierungsanteils mit einem weiteren Anstieg der Prämien zu rechnen.

Es ist unabdingbar, dass sämtliche Daten und Methoden, die der Ermittlung des gesetzlichen kantonalen Mindestanteils zugrunde liegen, transparent aufgezeigt werden. Nur so sind die Kantone in der Lage, die Konsequenzen der Umstellung auf eine einheitliche Finanzierung für ihre Haushalte zu prüfen und zu beziffern, und kann das Parlament der Öffentlichkeit gegenüber auch Rechenschaft ablegen, welche Folgen die Vorlage für sie als Steuer- und Prämienzahler haben wird.

Im Weiteren ist zu beachten, dass die kostenneutrale Überführung mit der Vorlage der SGK-NR lediglich für einen Teilbereich der finanziellen Verantwortung der Kantone, nämlich für die Leistungsfinanzierung, gewährleistet ist. Nebst ihrer Rolle als Kostenträger tragen die Kantone jährlich auch noch mit mehreren Milliarden Franken zur Finanzierung der Gesamtkosten im Gesundheitswesen bei, nämlich im Rahmen der individuellen Prämienverbilligung, der Finanzierung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen der Spitäler und der Prävention, sowie nicht zuletzt als Träger der Verwaltungskosten der kantonalen gesundheitspolitischen und gesundheitspolizeilichen Aufgaben.

2. Den Kantonen wird das Instrumentarium in die Hand gegeben, um das ambulante Versorgungsangebot (Leistung, Menge und Qualität) gezielt zu beeinflussen.

Gerade weil sie den im Vergleich zum stationären Sektor zurzeit stärker wachsenden ambulanten Sektor neu ebenfalls mit einem fixen (das heisst nicht reduzierbaren) Schlüssel mitfinanzieren würden, sind die Kantone darauf angewiesen, ein Instrument in der Hand zu haben, um bei einem Überangebot (über den Bedarf hinausgehend) sowohl in Bezug auf die ärztlichen Fachdisziplinen als auch hinsichtlich der regionalen Verteilung intervenieren zu können. Der Entwurf des Bundesrats zur Teilrevision des KVG vom 9. Mai 2018 ist deshalb für die Neuzulassungen notwendig. In Bezug auf die bestehende ambulante Versorgung gibt der Entwurf des Bundesrats zudem die Möglichkeit, Kriterien wie den Nachweis einer Fortbildung und die Teilnahme an Qualitätsprogrammen festzulegen, die heute zugelassene Ärztinnen und Ärzte erfüllen müssen, um weiterhin zulasten der OKP tätig

sein zu können, und bei deren Nichterfüllung ihnen gegebenenfalls befristet oder definitiv die Zulassung entzogen werden kann.

Hingegen ist für die Kantone noch keine Möglichkeit vorgesehen, aus Bedarfsgründen eine bestehende Zulassung aufzuheben. Die Mitfinanzierung der ambulanten Leistungen aus Steuergeldern sollte auf einer effizienten Versorgung beruhen. Um eine solche sicherzustellen, muss den Kantonen deshalb auch die Möglichkeit eines Zulassungsentzugs aufgrund eines über dem Bedarf liegenden Versorgungsangebots zur Verfügung stehen. Im stationären Bereich wird die bedarfsgerechte Planung und Steuerung bereits heute umgesetzt, was nicht zuletzt auch notwendige Strukturbereinigungen zur Folge hatte und hat.

Es ist sicherzustellen, dass die vom Bundesrat vorgeschlagene Nachfolgeregelung zur geltenden befristeten Zulassungsbeschränkung ohne Regulierungsunterbruch in Kraft gesetzt werden und vorwiegend zu einer neuen Finanzierung bereits Wirkung entfalten kann.

Weiter ist eine bundesgesetzliche Grundlage sowie der Zugang zu den notwendigen Datengrundlagen zu schaffen, damit die Kantone das gesamte ambulante und spitalambulante Leistungsangebot analog zum stationären Bereich mitsteuern können. So kann der heute beobachtete Trend, dass das Leistungsangebot und mit ihm das Leistungsvolumen über den medizinischen Bedarf der Bevölkerung hinauswächst und vermehrt in den ambulanten Sektor ausweicht, wirksam gestoppt werden.

3. Die Rechnungen im stationären Bereich werden analog zu heute abgewickelt, mit entsprechend angepasstem Finanzierungsschlüssel. Die Rechnungstellung im ambulanten Bereich erfolgt aufgrund der für die Kantonsbevölkerung effektiv erbrachten Leistungen.

Stellt der Leistungserbringer künftig nur noch eine einzige Rechnung (an den Versicherer) anstelle von zwei (an Versicherer und Kanton), erfährt er höchstens einen marginalen Effizienzgewinn. Hingegen ist der Verlust an Information und an Kontrollmöglichkeiten für den Kanton deutlich spürbar. Es gibt deshalb auch mit einem neuen, angepassten Kostenteiler keinen Grund, im stationären Bereich an der bisherigen dualen Rechnungsstellung an Krankenversicherer und Wohnkanton etwas zu ändern. Hingegen kann es im ambulanten Bereich angesichts der sehr hohen Anzahl an Einzelrechnungen sinnvoll sein, eine einzige Rechnungs- und Zahlstelle zu definieren und den Finanzierern die Möglichkeit zur Kontrolle des auf sie entfallenden Rechnungsbetrags einzuräumen (vgl. Ziffer 4).

Dass die Berechnung des Kantonsbeitrags im ambulanten Bereich auf den für die Kantonsbevölkerung effektiv erbrachten Leistungen beruhen soll, ist in Art. 60 der Vorlage zur einheitlichen Finanzierung der Leistungen im ambulanten und im stationären Bereich bereits vorgesehen.

4. Es besteht eine Kontrollmöglichkeit für die Kantone in Bezug auf die korrekte Abrechnung von ambulanten Leistungen für die Kantonsbevölkerung, beispielsweise durch die Schaffung eines gemeinsamen Organs (Krankenversicherer/Kantone), welches dies sicherstellt.

Mit der Kontrolle der Abrechnung von ambulanten Leistungen nehmen die Kantone ihre finanzrechtliche Verantwortung wahr, den effizienten Einsatz von Steuergeldern jederzeit sicherstellen und gegenüber der Öffentlichkeit nachweisen zu können. Dafür benötigen sie volle Transparenz über die Kosten- und Leistungsdaten der Leistungserbringer und Einsicht in die gestellten Rechnungen, möglichst zeitnah nach deren Eingang beim Versicherer. Bei einer durchgängig dualen Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen durch Krankenversicherer und Kantone kann die Rechnungskontrolle nicht mehr grundsätzlich als alleinige Aufgabe der Versicherer bezeichnet werden. Bereits heute schliesst das KVG nicht aus, dass die Kantone die Erfüllung der WZW-Kriterien (wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich) und somit die Fälligkeit ihres Finanzierungsanteils (insbesondere bei Verdacht auf inkorrekte Leistungsabrechnung oder Nichteinhaltung der Leistungsaufträge) ebenfalls prüfen. Dieser Aspekt wird mit einem neuen Finanzierungsmodell an Bedeutung gewinnen. In Deutschland sind bereits heute länderweise gemeinsam getragene Medizinische Dienste der Krankenversicherung (MDK) eingerichtet, welche durch die Kostenträger beanstandete oder kritische

Rechnungen unabhängig und nach gemeinsam festgelegten Kriterien überprüfen. Ein analoges Modell könnte auch für die Schweiz unter einer einheitlichen Finanzierung zweckmässig sein.

5. Es wird eine nationale Tariforganisation für ambulante Tarife gesetzlich vorgeschrieben, an welcher die Kantone paritätisch beteiligt sind.

Nicht nur die Anzahl Leistungserbringer und Behandlungen, sondern auch die Tarifstrukturen (und die Preise) beeinflussen die Entwicklung des Leistungsvolumens im ambulanten Bereich massgeblich. Die Aktualität der Tarifstrukturen und die Professionalität von deren Pflege sind dafür entscheidend. Die Tarifpartner und die Kantone sollen deshalb im ambulanten Leistungsbereich verpflichtet werden, eine einzige Tariforganisation einzusetzen, welche in Zukunft für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege von Einzelleistungs- und gegebenenfalls auch Pauschaltarifstrukturen im ambulanten Bereich zuständig ist. Die Organisation soll die erarbeiteten Strukturen und ihre Anpassungen dem Bundesrat zur Genehmigung unterbreiten. Dies entspricht der von der Expertenkommission "Kostendämpfungsmassnahmen" vorgeschlagenen Massnahme M34. Die Kantone sind aufgrund der geforderten Mitfinanzierung im ambulanten Bereich an der Organisation zwingend zu beteiligen.

6. Fehlanreize infolge Verknüpfung der vertraglichen Vereinbarungen der Tarifpartner im Grund- und Zusatzversicherungsbereich werden konsequent eliminiert.

Es gilt zu verhindern, dass die Tarifpartner in den Tarifverhandlungen den Grund- und den Zusatzversicherungsbereich miteinander verknüpfen und Bedingungen aushandeln können, die ihre Ertragslage insgesamt verbessern, jedoch einer optimalen Leistungsallokation in der OKP sowie der korrekten (kostendeckenden) Abgeltung der OKP-Leistungen zuwiderlaufen. Eine stärkere Trennung von Grund- und Zusatzversicherung könnte folgende Elemente beinhalten:

- Der Leistungseinkauf in den Bereichen OKP und Zusatzversicherung hat durch voneinander unabhängige Organe zu erfolgen.
- Bei der Beurteilung der OKP-Pflicht einer Leistung durch den Versicherer darf eine allfällige Zusatzversicherung der Patientin oder des Patienten keine Rolle spielen.
- Zwischen den Organen des Leistungseinkaufs und den vertrauensärztlichen Diensten in der OKP beziehungsweise der Zusatzversicherung dürfen keine Informationen, die für den jeweiligen Leistungseinkauf relevant sind, ausgetauscht werden.
- Mit einer Erhöhung der Transparenz bei den Leistungserbringern über die Kosten und Erträge aus dem Zusatzversicherungsgeschäft könnten unzulässige Verknüpfungen zwischen dem OKP- und dem Zusatzversicherungsgeschäft eher erkannt und verhindert werden.

7. Die einheitliche Finanzierung im ambulanten und im stationären Bereich kann eine echte Verbesserung der Versorgungsorganisation erst entfalten, wenn auch die Langzeitpflege (Pflegeheime und Spitex) in das Finanzierungsmodell einbezogen wird.

Auch im Langzeitbereich und an den Schnittstellen zwischen medizinischer Akutversorgung und Pflege sind Fehlanreize zu beobachten. Diese sind im Gegensatz zu den Fehlanreizen in der Spitalfinanzierung tatsächlich auch durch die Finanzierung und nicht nur durch falsche Tarifierreize bedingt. Ob eine Pflegeleistung ambulant oder stationär erbracht wird, sollte weder von der Finanzierung, noch von den Tarifen abhängen, sondern sich nach dem effizientesten Pflegesetting richten. Und auch ob jemand früher oder später aus der Spitalversorgung in die Pflege entlassen wird, soll keine Frage der unterschiedlichen Finanzierung in den beiden Bereichen sein. Aufgrund der seit Jahren unveränderten OKP-Beiträge und den im Gegensatz dazu steigenden Kosten für die Restfinanzierung werden Kantone und Gemeinden im Bereich der Pflege finanziell immer stärker belastet. Die Richtung der Belastungsverschiebungen ist deshalb gegenüber der Spitalfinanzierung gerade umgekehrt. Eine Ausweitung der einheitlichen Finanzierung auf die Leistungen von Pflegeheimen und Spitex ist nur konsequent. Auch im Hinblick auf die notwendige Stärkung der koordinierten

Versorgung ist sie ein wesentliches Element der Reform. Die Kosten der OKP für die Pflegeleistungen gemäss Art. 25a Abs. 1 KVG und Art. 7 der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) und die Beiträge der Kantone und Gemeinden im Rahmen der KVG-Restfinanzierung (das heisst ohne Betreuungs- oder Hotelleriekosten) sind somit auch in das dual zu finanzierende Kostenvolumen einzurechnen. Der Gesamtfinanzierungsschlüssel ist aufgrund des erweiterten Geltungsbereichs der einheitlichen Finanzierung entsprechend anzupassen.

Der Kanton Aargau beantragt eine Überarbeitung der aktuellen Vorlage im Sinn der Erwägungen. Nur bei Berücksichtigung der vorgebrachten Punkte wird das anzupeilende Ziel einer gesteuerten, effizienten und integrierten Gesundheitsversorgung möglich.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Vernehmlassung.

Freundliche Grüsse

Im Namen des Regierungsrats

Alex Hürzeler
Landammann

Vincenza Trivigno
Staatsschreiberin

Beilage

- Vernehmlassungsformular

Kopie

- abteilung-leistungen@bag.admin.ch

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG):
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Regierungsrat des Kantons Aargau

Abkürzung der Firma / Organisation : RR AG

Adresse : Regierungsgebäude, 5001 Aarau

Kontaktperson : Barbara Hürlimann, Leiterin Abteilung Gesundheit des Departements Gesundheit und Soziales

Telefon : 062 835 29 28

E-Mail : barbara.huerlimann@ag.ch

Datum : 5. September 2018

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **15. September 2018** an folgende E-Mail Adresse:
abteilung-leistungen@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG): Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
RR AG	Das Hauptproblem in Bezug auf die Gesundheitskosten in der Schweiz ist aus Sicht des Kantons Aargau nicht deren Zusammensetzung und Verteilung auf die einzelnen Finanzierungsquellen (auch wenn der Finanzierungsanteil der Kantone seit 1996 kontinuierlich steigt), sondern vielmehr die Entwicklung der Gesamtsystemkosten über die Jahre. Das Hauptziel muss deshalb sein, das Kostenwachstum zu bremsen beziehungsweise längerfristig die Kosten des Systems gesamthaft zu senken. Die Belastung einzelner Kostenträger (Finanzierer) ist eine verteilungs- beziehungsweise sozialpolitische Frage und bedarf einer anderen Diskussion. Die Kosten des Systems lassen sich beeinflussen, indem entweder die Menge oder der Preis der erbrachten Leistungen verändert wird. Sie können demnach nur sinken, wenn in Zukunft weniger und/oder günstigere Leistungen erbracht werden als dies heute der Fall ist. Das heisst, notwendige und sinnvolle Leistungen sollen effizienter erbracht werden und auf Unnötiges gilt es zu verzichten. Dazu müssen im komplexen Gefüge der verschiedenen Akteure und deren Interessen bestehende Fehlanreize reduziert und durch positive Anreize ersetzt werden. Vor diesem Hintergrund ist die Vorlage der Kommissionen für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats (SGK-NR) als ungenügend zu bezeichnen, denn sie reduziert die ganze Komplexität der Einflussfaktoren, welche die Kostenentwicklung bestimmen, auf einen einzigen, nämlich auf die Ausgestaltung der Finanzierung. Und selbst diese bleibt auf die Umleitung von Finanzströmen beschränkt. Einleitend möchten wir ausserdem festhalten, dass die vorgeschlagene Revision für die Kantone mittelfristig eine erhebliche finanzielle Mehrbelastung bedeuten würde. Damit wird eine Verschärfung der bestehenden Tendenz in Kauf genommen, dass der Beitrag der Kantone an die Finanzierung des Gesundheitswesens (bestehend mehrheitlich aus Beiträgen an die medizinische Versorgung, Pflege, Prävention und die individuelle Prämienverbilligung) in den letzten 20 Jahren stark gestiegen ist. Für den Kanton Aargau würde der Übergang zur einheitlichen Finanzierung gemäss Modell der SGK-NR zwar zu einer Entlastung von 37,2 Millionen Franken führen, wie der groben Schätzungen im Bericht des Bundesamts für Gesundheit (BAG) vom 5. März 2018 (Varianten im Umgang mit der Kostenbeteiligung und kantonale unterschiedliche Bedeutung des stationären Spitalsektors) zu entnehmen ist. Diese Entlastung hätte indes einen sprunghaften Anstieg der Prämien der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) für die Versicherten zur Folge mit entsprechend mehr auszuschüttenden Prämienverbilligungen. Dieser Effekt kann so nicht hingenommen werden. Weitere Schwierigkeiten sehen wir in Bezug auf die generell getroffenen Annahmen über die finanziellen Auswirkungen der vorliegenden Monismus-Vorlage. Wie die hochgerechneten Kantonsbeiträge von jeweils zwischen 7,3 und 7,7 Milliarden Franken für die Jahre 2012–2015 hergeleitet worden sind, ist in den Vernehmlassungsunterlagen nicht nachvollziehbar dargelegt. Entsprechend ist der auf dieser Grundlage berechnete kantonale Mitfinanzierungsanteil von 25,5 %, der bereits im erwähnten Bericht des BAG vom 5. März 2018 vorgezeichnet wurde, nicht

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG): Vernehmlassungsverfahren

	überprüfbar. Was gänzlich fehlt, ist eine nachvollziehbare Berechnung des Gesamtvolumens für den Geltungsbereich der Vorlage auf Leistungen gemäss Art. 25–31 KVG (abzüglich Pflegeleistungen gemäss Art. 25a KVG) an dem sich die Kantone zu geschätzten 25,5 % beteiligen müssten. Eine vertiefte Auseinandersetzung mit der Vorlage über die rein finanziellen Auswirkungen ist für die Kantone unter diesen Voraussetzungen unmöglich. Der Vorschlag der SGK-NR bedeutet zudem, dass der Kanton Aargau einen wesentlichen Anteil seiner Fiskaleinnahmen an die Krankenversicherer überweisen müsste, ohne Möglichkeit, über die sachgerechte und effiziente Verwendung dieser Mittel zu bestimmen oder diese zu kontrollieren. Mit der Umsetzung des vorliegenden Vorschlags würde somit die fiskalische Äquivalenz verletzt und damit ein Konflikt mit der Bundesverfassung geschaffen.
RR AG	Eine einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen mit nur noch einer einzigen Zahlstelle (Versicherer als Monist) leistet als Einzelmassnahme keinen massgeblichen Beitrag zur Eindämmung der Systemkosten. Denn: a) Zwei grosse Kostentreiber im schweizerischen Gesundheitswesen, nämlich einerseits die Fehlanreize im Zusammenhang mit Tarifstruktur und Tarifhöhe sowie andererseits jene, die sich aus dem Versicherungsstatus des Patienten ergeben, werden durch die vorgeschlagene Reform nicht angetastet. b) Anreize müssen dort gesetzt werden, wo der Behandlungsentscheid getroffen wird, also primär beim Leistungserbringer. Es ist aber für diesen – abgesehen von administrativen Aufwendungen – unerheblich, ob er aus einer oder aus zwei Händen entschädigt wird. Eine reine Umleitung der Finanzflüsse von den Kantonen zu den Versicherern setzt keinen neuen Anreiz beim Leistungserbringer und bewirkt folglich nichts. c) Die einheitliche Finanzierung mag zwar Voraussetzungen schaffen für eine Verbesserung der Leistungsallokation, der Behandlungsabläufe, der Behandlungskette und damit auch der Behandlungsqualität. Dazu sind aber auch Versicherungsmodelle gefragt, welche die Behandlung entlang der gesamten Leistungskette erfassen. Nun ist es aber erstens keineswegs sicher, sondern bestenfalls nur zu hoffen, dass die Krankenkassen ihre Möglichkeiten zur Einführung neuer Versicherungsmodelle zur Förderung der integrierten Versorgung in einem monistischen Finanzierungssystem besser nutzen würden als heute. Den Kantonen fehlen im Vorschlag der SGK-NR jegliche Möglichkeiten zur direkten Beeinflussung der künftigen Optimierung der Versorgungskette. Zweitens sind die Bereiche Spitex und Pflegeheime in der aktuellen Vorlage nicht eingeschlossen, obwohl hier in Bezug auf die Zusammenarbeit der Leistungserbringer entlang der Behandlungskette der grösste Bruch zu beobachten ist. d) Die Vorlage würde eine Besserstellung der Vertragsspitäler bedeuten, da die durch sie erbrachten Leistungen neu zu 74,5 % statt zu 45 % durch die obligatorische Krankenversicherung mitfinanziert würden. Es ist durchaus anzunehmen, dass durch die damit gesteigerte Attraktivität der Vertragsspitäler Mengen- und Kapazitätsausweitungen entstehen. Die Wirksamkeit der kantonalen Spitalplanungen würde durch die Stärkung der Vertragsspitäler unterlaufen. In der Konsequenz wirkt sich dies auf der Kostenseite noch zusätzlich zulasten der Prämienzahlenden aus, hätte also Prämienenerhöhungen zur Folge. Die Vorlage geht in leichtfertiger Weise nicht auf diese Auswirkungen ein. Konsequenter wäre, unter diesen

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG): Vernehmlassungsverfahren

	Umständen das Institut der Vertragsspitäler abzuschaffen. e) Offen gelassen wird in der Vorlage zudem, wie die Aufsichtsverantwortung des Bundes ausgeweitet wird. Eine solche Verstärkung wäre aufgrund des stark erhöhten Volumens von KVG-Geldern in den Händen der Versicherer unabdingbar.
RR AG	Wenn die Kantone die ambulanten Leistungen mitfinanzieren sollen, müssen sie auch das Versorgungsangebot im ambulanten Bereich beeinflussen können. Dies ist jedoch in der Vorlage nicht vorgesehen. Die SGK-NR erfüllt diese Notwendigkeit durch die aktuelle Teilrevision des KVG hinsichtlich der Neuzulassung von Leistungserbringern. Dies ist aus Sicht des Kantons Aargau aber noch keine hinreichende Voraussetzung für eine wirksame Steuerung des ambulanten Versorgungsangebots durch die Kantone, denn sie betrifft primär nur die Neuzulassungen, gewährt keine Kontroll- und Steuerungsmöglichkeit über die bereits zugelassene Ärzteschaft und sie klammert das Leistungsangebot im spitalambulantem Bereich aus. Zudem ist politisch noch keineswegs gesichert, dass der Gesetzesentwurf des Bundesrats vom Parlament auch beschlossen wird. Vielmehr vertritt eine Mehrheit der SGK, des National wie auch des Ständerats sogar die Ansicht, dass die Steuerung des ambulanten Angebots primär durch die Krankenversicherung über die weitgehende Aufhebung des Kontrahierungszwangs erfolgen soll. Die einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen ist auch nicht der von Versicherer- und Leistungserbringerverbänden propagierte "folgerichtige Schritt" oder die unverzichtbare Begleitmassnahme zur Förderung der Verlagerung aus dem stationären Sektor in die (Spital-)Ambulatorien. Dafür gibt es zwei Gründe: a) Die Auswertungsergebnisse im Kanton Luzern, neun Monate nach Inkrafttreten der kantonalen Regelung "ambulant vor stationär", deuten darauf hin, dass die Behandlungskosten bei den Listeneingriffen gesamthaft – das heisst sowohl für die Versicherer und die Prämienzahler als auch für die Kantone und Steuerzahler – gesunken sind. Mehrkosten für die Versicherer bei einzelnen ambulanten Eingriffen konnten durch die Einsparungen im stationären Bereich und durch die Abnahme der Eintritte am Vortag kompensiert werden. Eine einheitliche Finanzierung der Leistungen war für die Erzeugung dieser kostendämpfenden Wirkung nicht notwendig. b) Die Finanzsituation der Leistungserbringer könnte sich infolge Ausbau der ambulanten Listen auf Bundes- und Kantonsebene insofern negativ entwickeln, als die aktuellen TARMED-Tarife für manche der betroffenen Einzelleistungen nicht kostendeckend sind. Hier hilft aber eine einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen auch nicht weiter. Gefragt ist vielmehr eine Weiterentwicklung der Tarifstruktur in Richtung (spital-)ambulanter Pauschalen, welche für die behandelnden Ärztinnen und Ärzte neue positive tarifliche Anreize setzen würden. Der Kanton Aargau unterstützt diese Bemühungen voll und ganz.
RR AG	Aus Sicht des Kantons Aargau muss eine effizientere und optimierte Gesundheitsversorgung mit einheitlicher Finanzierung mindestens folgende Anforderungen erfüllen: 1. Die finanzielle Belastung der einzelnen Kantone muss im Übergang überprüfbar kostenneutral sein.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG): Vernehmlassungsverfahren

	Die Anforderung ist im Vorschlag der SGK-NR für die Gesamtheit der Kantone erfüllt. Allerdings muss die Kalkulation noch plausibilisiert werden können. Kostenneutralität bei der Umstellung auf die einheitliche Finanzierung heisst, dass die Beteiligung der Gesamtheit der Kantone beziehungsweise der Versicherer an der Finanzierung der ambulanten und stationären Leistungen nicht höher ausfallen kann als unter dem aktuellen dual-fixen Regime. Dies, damit die Finanzierer im Zeitpunkt des Inkrafttretens mit dem neuen System nicht schlechter gestellt werden. Der gesetzliche kantonale Mindestanteil muss auch in Zukunft konstant gehalten werden. Eine allfällige punktuelle Erhöhung des Kantonsbeitrags kann nur auf freiwilligen Beschlüssen der jeweiligen Kantone beruhen. Die Kostenneutralität muss jedoch nicht nur für die Gesamtheit der Kantone, sondern auch für jeden einzelnen Kanton gewährleistet werden. Ansonsten wären im Übergang zur einheitlichen Finanzierung gerade jene Kantone stärker belastet, deren Versorgungs- und Patientenstrukturen heute im Sinn einer effizienteren Gesundheitsversorgung überdurchschnittlich stark auf ambulante Behandlungen ausgelegt sind. Dieser Effekt könnte die Bestrebungen der Kantone zur weiteren Verlagerung in den ambulanten Bereich bis zum Zeitpunkt des Inkrafttretens unterminieren und damit letztendlich auch einer wirksamen Kostendämpfungsmassnahme im Weg stehen. In den Kantonen mit vorwiegend stationären Strukturen, die im gleichen Zug entlastet werden, wäre durch die Erhöhung des OKP-Finanzierungsanteils mit einem weiteren Anstieg der Prämien zu rechnen. Es ist unabdingbar, dass sämtliche Daten und Methoden, die der Ermittlung des gesetzlichen kantonalen Mindestanteils zugrunde liegen, transparent aufgezeigt werden. Nur so sind die Kantone in der Lage, die Konsequenzen der Umstellung auf eine einheitliche Finanzierung für ihre Haushalte zu prüfen und zu beziffern, und kann das Parlament der Öffentlichkeit gegenüber auch Rechenschaft ablegen, welche Folgen die Vorlage für sie als Steuer- und Prämienzahler haben wird. Im Weiteren ist zu beachten, dass die kostenneutrale Überführung mit der Vorlage der SGK-NR lediglich für einen Teilbereich der finanziellen Verantwortung der Kantone, nämlich für die Leistungsfinanzierung gewährleistet ist. Nebst ihrer Rolle als Kostenträger tragen die Kantone jährlich auch noch mit mehreren Milliarden Franken zur Finanzierung der Gesamtkosten im Gesundheitswesen bei, nämlich im Rahmen der individuellen Prämienverbilligung, der Finanzierung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen der Spitäler und der Prävention, sowie nicht zuletzt als Träger der Verwaltungskosten der kantonalen gesundheitspolitischen und gesundheitspolizeilichen Aufgaben. 2. Den Kantonen wird das Instrumentarium in die Hand gegeben, um das ambulante Versorgungsangebot (Leistung, Menge und Qualität) gezielt zu beeinflussen. Gerade weil sie den im Vergleich zum stationären Sektor zurzeit stärker wachsenden ambulanten Sektor neu ebenfalls mit einem fixen (das heisst nicht reduzierbaren) Schlüssel mitfinanzieren würden, sind die Kantone darauf angewiesen, ein Instrument in der Hand zu haben, um bei einem Überangebot (über den Bedarf hinausgehend) sowohl in Bezug auf die ärztlichen Fachdisziplinen als auch hinsichtlich der regionalen Verteilung intervenieren zu können. Der Entwurf des Bundesrats zur Teilrevision des KVG vom 9. Mai 2018 ist deshalb für die Neuzulassungen notwendig. In Bezug auf die bestehende ambulante Versorgung gibt der Entwurf des Bundesrats zudem die Möglichkeit, Kriterien wie den Nachweis einer Fortbildung und die Teilnahme an Qualitätsprogrammen festzulegen, die heute zugelassene Ärztinnen und Ärzte erfüllen müssen, um weiterhin
--	--

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG): Vernehmlassungsverfahren

	zulasten der OKP tätig sein zu können, und bei deren Nichterfüllung ihnen gegebenenfalls befristet oder definitiv die Zulassung entzogen werden kann. Hingegen ist für die Kantone noch keine Möglichkeit vorgesehen, aus Bedarfsgründen eine bestehende Zulassung aufzuheben. Die Mitfinanzierung der ambulanten Leistungen aus Steuergeldern sollte auf einer effizienten Versorgung beruhen. Um eine solche sicherzustellen, muss den Kantonen deshalb auch die Möglichkeit eines Zulassungsentzugs aufgrund eines über dem Bedarf liegenden Versorgungsangebots zur Verfügung stehen. Im stationären Bereich wird die bedarfsgerechte Planung und Steuerung bereits heute umgesetzt, was nicht zuletzt auch notwendige Strukturbereinigungen zur Folge hatte und hat. Es ist sicherzustellen, dass die vom Bundesrat vorgeschlagene Nachfolgeregelung zur geltenden befristeten Zulassungsbeschränkung ohne Regulierungsunterbruch in Kraft gesetzt werden und vorgängig zu einer neuen Finanzierung bereits Wirkung entfalten kann. Weiter ist eine bundesgesetzliche Grundlage sowie der Zugang zu den notwendigen Datengrundlagen zu schaffen, damit die Kantone das gesamte ambulante und spitalambulante Leistungsangebot analog zum stationären Bereich mitsteuern können. So kann der heute beobachtete Trend, dass das Leistungsangebot und mit ihm das Leistungsvolumen über den medizinischen Bedarf der Bevölkerung hinauswächst und vermehrt in den ambulanten Sektor ausweicht, wirksam gestoppt werden. 3. Die Rechnungen im stationären Bereich werden analog zu heute abgewickelt, mit entsprechend angepasstem Finanzierungsschlüssel. Die Rechnungstellung im ambulanten Bereich erfolgt aufgrund der für die Kantonsbevölkerung effektiv erbrachten Leistungen. Stellt der Leistungserbringer künftig nur noch eine einzige Rechnung (an den Versicherer) anstelle von zwei (an Versicherer und Kanton), erfährt er höchstens einen marginalen Effizienzgewinn. Hingegen ist der Verlust an Information und an Kontrollmöglichkeiten für den Kanton deutlich spürbar. Es gibt deshalb auch mit einem neuen, angepassten Kostenteiler keinen Grund, im stationären Bereich an der bisherigen dualen Rechnungsstellung an Krankenversicherer und Wohnkanton etwas zu ändern. Hingegen kann es im ambulanten Bereich angesichts der sehr hohen Anzahl an Einzelrechnungen sinnvoll sein, eine einzige Rechnungs- und Zahlstelle zu definieren und den Finanzierern die Möglichkeit zur Kontrolle des auf sie entfallenden Rechnungsbetrags einzuräumen (vgl. Ziffer 4). Dass die Berechnung des Kantonsbeitrags im ambulanten Bereich auf den für die Kantonsbevölkerung effektiv erbrachten Leistungen beruhen soll, ist in Art. 60 der Vorlage zur einheitlichen Finanzierung der Leistungen im ambulanten und im stationären Bereich bereits vorgesehen. 4. Es besteht eine Kontrollmöglichkeit für die Kantone in Bezug auf die korrekte Abrechnung von ambulanten Leistungen für die Kantonsbevölkerung, beispielsweise durch die Schaffung eines gemeinsamen Organs (Krankenversicherer/Kantone), welches dies sicherstellt. Mit der Kontrolle der Abrechnung von ambulanten Leistungen nehmen die Kantone ihre finanzrechtliche Verantwortung wahr, den effizienten Einsatz von Steuergeldern jederzeit sicherstellen und gegenüber der Öffentlichkeit nachweisen zu können. Dafür benötigen sie volle Transparenz über die Kosten- und Leistungsdaten der Leistungserbringer und Einsicht in die gestellten Rechnungen, möglichst zeitnah nach deren Eingang beim Versicherer. Bei einer durchgängig dualen Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen durch Krankenversicherer und Kantone kann die
--	---

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG): Vernehmlassungsverfahren

Rechnungskontrolle nicht mehr grundsätzlich als alleinige Aufgabe der Versicherer bezeichnet werden. Bereits heute schliesst das KVG nicht aus, dass die Kantone die Erfüllung der WZW-Kriterien (wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich) und somit die Fälligkeit ihres Finanzierungsanteils (insbesondere bei Verdacht auf inkorrekte Leistungsabrechnung oder Nichteinhaltung der Leistungsaufträge) ebenfalls prüfen. Dieser Aspekt wird mit einem neuen Finanzierungsmodell an Bedeutung gewinnen. In Deutschland sind bereits heute länderweise gemeinsam getragene Medizinische Dienste der Krankenversicherung (MDK) eingerichtet, welche durch die Kostenträger beanstandete oder kritische Rechnungen unabhängig und nach gemeinsam festgelegten Kriterien überprüfen. Ein analoges Modell könnte auch für die Schweiz unter einer einheitlichen Finanzierung zweckmässig sein.

5. Es wird eine nationale Tariforganisation für ambulante Tarife gesetzlich vorgeschrieben, an welcher die Kantone paritätisch beteiligt sind.

Nicht nur die Anzahl Leistungserbringer und Behandlungen, sondern auch die Tarifstrukturen (und die Preise) beeinflussen die Entwicklung des Leistungsvolumens im ambulanten Bereich massgeblich. Die Aktualität der Tarifstrukturen und die Professionalität von deren Pflege sind dafür entscheidend. Die Tarifpartner und die Kantone sollen deshalb im ambulanten Leistungsbereich verpflichtet werden, eine einzige Tariforganisation einzusetzen, welche in Zukunft für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege von Einzelleistungs- und gegebenenfalls auch Pauschaltarifstrukturen im ambulanten Bereich zuständig ist. Die Organisation soll die erarbeiteten Strukturen und ihre Anpassungen dem Bundesrat zur Genehmigung unterbreiten. Dies entspricht der von der Expertenkommission "Kostendämpfungsmassnahmen" vorgeschlagenen Massnahme M34. Die Kantone sind aufgrund der geforderten Mitfinanzierung im ambulanten Bereich an der Organisation zwingend zu beteiligen.

6. Fehlanreize infolge Verknüpfung der vertraglichen Vereinbarungen der Tarifpartner im Grund- und Zusatzversicherungsbereich werden konsequent eliminiert.

Es gilt zu verhindern, dass die Tarifpartner in den Tarifverhandlungen den Grund- und den Zusatzversicherungsbereich miteinander verknüpfen und Bedingungen aushandeln können, die ihre Ertragslage insgesamt verbessern, jedoch einer optimalen Leistungsallokation in der OKP sowie der korrekten (kostendeckenden) Abgeltung der OKP-Leistungen zuwiderlaufen. Eine stärkere Trennung von Grund- und Zusatzversicherung könnte folgende Elemente beinhalten:

- Der Leistungseinkauf in den Bereichen OKP und Zusatzversicherung hat durch voneinander unabhängige Organe zu erfolgen.
- Bei der Beurteilung der OKP-Pflicht einer Leistung durch den Versicherer darf eine allfällige Zusatzversicherung der Patientin oder des Patienten keine Rolle spielen.
- Zwischen den Organen des Leistungseinkaufs und den vertrauensärztlichen Diensten in der OKP beziehungsweise der Zusatzversicherung dürfen keine Informationen, die für den jeweiligen Leistungseinkauf relevant sind, ausgetauscht werden.
- Mit einer Erhöhung der Transparenz bei den Leistungserbringern über die Kosten und Erträge aus dem Zusatzversicherungsgeschäft könnten unzulässige Verknüpfungen zwischen dem OKP- und dem Zusatzversicherungsgeschäft eher erkannt und verhindert werden.

7. Die einheitliche Finanzierung im ambulanten und im stationären Bereich kann eine echte Verbesserung der Versorgungsorganisation erst

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG): Vernehmlassungsverfahren

	entfalten, wenn auch die Langzeitpflege (Pflegeheime und Spitex) in das Finanzierungsmodell einbezogen wird. Auch im Langzeitbereich und an den Schnittstellen zwischen medizinischer Akutversorgung und Pflege sind Fehlanreize zu beobachten. Diese sind im Gegensatz zu den Fehlanreizen in der Spitalfinanzierung tatsächlich auch durch die Finanzierung und nicht nur durch falsche Tarifierungen bedingt. Ob eine Pflegeleistung ambulant oder stationär erbracht wird, sollte weder von der Finanzierung, noch von den Tarifen abhängen, sondern sich nach dem effizientesten Pflegesetting richten. Und auch ob jemand früher oder später aus der Spitalversorgung in die Pflege entlassen wird, soll keine Frage der unterschiedlichen Finanzierung in den beiden Bereichen sein. Aufgrund der seit Jahren unveränderten OKP-Beiträge und den im Gegensatz dazu steigenden Kosten für die Restfinanzierung werden Kantone und Gemeinden im Bereich der Pflege finanziell immer stärker belastet. Die Richtung der Belastungsverschiebungen ist deshalb gegenüber der Spitalfinanzierung gerade umgekehrt. Eine Ausweitung der einheitlichen Finanzierung auf die Leistungen von Pflegeheimen und Spitex ist nur konsequent. Auch im Hinblick auf die notwendige Stärkung der koordinierten Versorgung ist sie ein wesentliches Element der Reform. Die Kosten der OKP für die Pflegeleistungen gemäss Art. 25a Abs. 1 KVG und Art. 7 der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) und die Beiträge der Kantone und Gemeinden im Rahmen der KVG-Restfinanzierung (das heisst ohne Betreuungs- oder Hotelleriekosten) sind somit auch in das dual zu finanzierende Kostenvolumen einzurechnen. Der Gesamtfinanzierungsschlüssel ist aufgrund des erweiterten Geltungsbereichs der einheitlichen Finanzierung entsprechend anzupassen.
--	---

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.



Landammann und Standeskommission

Sekretariat Ratskanzlei
Marktgasse 2
9050 Appenzell
Telefon +41 71 788 93 20
regina.doerig@rk.ai.ch
www.ai.ch

Ratskanzlei, Marktgasse 2, 9050 Appenzell

Bundesamt für Gesundheit
3003 Bern

Appenzell, 5. September 2018

09.528 Parlamentarische Initiative. Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus Stellungnahme Kanton Appenzell I.Rh.

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 15. Mai 2018 haben Sie uns die Vernehmlassungsunterlagen zur Parlamentarischen Initiative «Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand, Einführung des Monismus», zukommen lassen.

Die Standeskommission unterstützt die von der SGK-NR formulierten und gesteckten Ziele, also die Förderung der Verlagerung von Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich, die Dämpfung des Kostenwachstums insgesamt, die Stabilisierung der steuer- und prämienfinanzierten Finanzierungsanteile an den Leistungen der OKP, die Förderung der koordinierten Versorgung und eine sachgerechte Tarifierung der ambulant und der stationär erbrachten Leistungen.

Allerdings ist die vorliegend geplante Änderung des KVG unseres Erachtens kein taugliches Instrument, um die gesteckten Ziele zu erreichen. Die Standeskommission lehnt daher die zur Vernehmlassung unterbreitete Vorlage der SGK-NR ab. Dabei stützen wir uns vor allem auf folgende Überlegungen:

- Eine einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen mit nur noch einer einzigen Zahlstelle (Versicherer als Monist) vermag als Einzelmassnahme keinen wirklichen Beitrag zur Eindämmung der Systemkosten zu leisten.
- Der Einsatz von Steuergeldern setzt zwingend auch Steuerungsinstrumente voraus.
- Die einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen ist nicht der von Versicherer- und Leistungserbringerverbänden propagierte Schritt oder die unverzichtbare Begleitmassnahme zur Förderung der Verlagerung aus dem stationären Sektor in die Ambulatorien.

Eine effiziente und optimierte Gesundheitsversorgung mit einheitlicher Finanzierung muss aus der Sicht der Standeskommission mindestens die folgenden Anforderungen erfüllen:

- Eine einheitliche Finanzierung im ambulanten und stationären Bereich kommt nur in Betracht, wenn sie sich auf alle OKP-Leistungsbereiche und damit auch auf die Langzeitpflege (Pflegeheime und Spitex) bezieht.
- Die finanzielle Belastung jedes einzelnen Kantons muss im Übergang überprüfbar kostenneutral sein.
- Den Kantonen wird das Instrumentarium in die Hand gegeben, um das ambulante Versorgungsangebot (Leistung, Menge und Qualität) gezielt zu beeinflussen.
- Die Rechnungen im stationären Bereich werden analog zu heute abgewickelt, mit entsprechend angepasstem Finanzierungsschlüssel. Die Rechnungsstellung im ambulanten Bereich erfolgt aufgrund der für die Kantonsbevölkerung effektiv erbrachten Leistungen.
- Es besteht eine Kontrollmöglichkeit für die Kantone in Bezug auf die korrekte Abrechnung von ambulanten Leistungen für die Kantonsbevölkerung, beispielsweise durch die Schaffung eines gemeinsamen Organs (Krankenversicherer und Kantone), welches dies sicherstellt.
- Es wird gesetzlich eine nationale Tariforganisation für ambulante Tarife vorgeschrieben, an welcher die Kantone paritätisch beteiligt sind.
- Fehlanreize infolge der Verknüpfung von vertraglichen Vereinbarungen der Tarifpartner im Grund- und Zusatzversicherungsbereich werden konsequent eliminiert.

Die Standeskommission unterstützt die Haltung der GDK zu dieser Vorlage und die Stellungnahme des GDK-Vorstands vom 28. Juni 2018. Wir verweisen auf diese Stellungnahme und verlangen in Übereinstimmung mit der GDK eine vollständige Überarbeitung der Vorlage unter Berücksichtigung der oben erwähnten Voraussetzungen.

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit zur Stellungnahme und grüssen Sie freundlich.

Im Auftrage von Landammann und Standeskommission

Der Ratschreiber:



Markus Dörig

Zur Kenntnis an:

- abteilung-leistungen@bag.admin.ch
- Gesundheits- und Sozialdepartement Appenzell I.Rh., Hoferbad 2, 9050 Appenzell



Regierungsrat, 9102 Herisau

Bundesamt für Gesundheit BAG
Abteilung Leistungen
3003 Bern

Dr. iur. Roger Nobs
Ratschreiber
Tel. +41 71 353 63 51
roger.nobs@ar.ch

Herisau, 14. September 2018

Eidg. Vernehmlassung; 09.528 Parlamentarische Initiative. Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand; Stellungnahme des Regierungsrates von Appenzell Ausserrhoden

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 15. Mai 2018 lud die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-NR) zur Vernehmlassung ein. Gegenstand ist die parlamentarische Initiative (09.528) "Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung Monismus".

Der Regierungsrat von Appenzell Ausserrhoden nimmt dazu wie folgt Stellung:

Die von der SGK-N formulierte Zielsetzung der Vorlage unterstützt der Regierungsrat im Grundsatz.

Die zur Erreichung der Ziele unterbreitete Gesetzesanpassung erachtet er hingegen nicht als taugliches Mittel. Wie in der Stellungnahme des Vorstands der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektoren und -direktoren (GDK) vom 28. Juni 2018 ausgeführt (Beilage 4), greift die vorgeschlagene Anpassung der Finanzierungsflüsse resp. Finanzierungsanteile durch die Kantone und die Versicherer im ambulanten und stationären Bereich im komplexen System der Gesundheitskosten zu kurz, löst die Systemprobleme nicht und schafft vielmehr neue. Ganz besonders betroffen sind dabei die Kantone mit Blick auf ihre grundsätzlichen verfassungsmässigen Rechte und Pflichten in der Kompetenzabgrenzung zwischen Bund und Kanton, aber auch die finanzielle Leistung eines Kantons im Verhältnis zu den anderen Kantonen oder die eingeschränkte Bestimmungsmöglichkeit über Leistungen, welche der Kanton nach dieser Gesetzesanpassung finanzieren müsste.

Störend ist zudem, dass – auch wenn die SGK-N insgesamt von einer kostenneutralen Umsetzung der von ihr vorgeschlagenen Anpassungen ausgeht – in den Kantonen finanzielle Verwerfungen zu erwarten sind. Die Unterlagen vermögen die diesbezüglichen Auswirkungen nicht nachvollziehbar darzulegen und im Einzelnen zu beziffern. Der in den Unterlagen erwähnte Einheitssatz von 25,5 % wird nicht einmal annäherungsweise hergeleitet. Es geht aus den Unterlagen nicht hervor, welche Berechnungen dem Vorschlag zugrunde liegen. Diese Herleitung muss zur Verfügung stehen, damit eine Beurteilung der Vorlage möglich ist.



Vor diesem Hintergrund ist vor einem Systemumbau, wie ihn diese Vorlage vorsieht, insbesondere die Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung von 2012 bis 2019 abzuwarten, welche der Bundesrat in Auftrag gegeben hat, wie auch der Bericht zur Motion 13.3363 betreffend die Aufgabentrennung zwischen Bund und Kanton.

Die Erkenntnisse dieser Analysen sowie die Anforderungen gemäss der Stellungnahme der GDK sind bei einem Systemumbau zur Einführung einer monistischen Finanzierung im Sinne der Vorlage mindestens zu berücksichtigen, sofern er denn weiter angestrebt werden sollte. Diesfalls ist die Vorlage zwingend grundlegend zu überarbeiten.

~~Zudem überlassen wir Ihnen in der Beilage das Antwortformular.~~

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit zur Stellungnahme.

Freundliche Grüsse

Im Auftrag des Regierungsrates

Roger Nobs, Ratschreiber

Postgasse 68
3000 Bern 8
www.rr.be.ch
info.regierungsrat@sta.be.ch

Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit

Per E-Mail an:
abteilung-leistungen@bag.admin.ch

12. September 2018

RRB-Nr.: 964/2018
Direktion Staatskanzlei
Unser Zeichen 2018.GEF.746
Ihr Zeichen
Klassifizierung Nicht klassifiziert



Vernehmlassung des Bundes: 09.528 Parlamentarische Initiative. Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus. Stellungnahme des Kantons Bern

Sehr geehrter Herr Kommissionspräsident
Sehr geehrte Damen und Herren

Der Regierungsrat dankt für die Möglichkeit zur Stellungnahme.

Er lehnt die zur Vernehmlassung eingereichte Vorlage der SGK-NR ab und verlangt eine vollständige Überarbeitung der Vorlage. Damit schliesst sich der Regierungsrat grundsätzlich der Stellungnahme der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) vom 28. Juni 2018 an und ergänzt diese noch um weitere Punkte:

1 Grundsätzliche Bedenken

Das Hauptproblem in Bezug auf die Gesundheitskosten in der Schweiz ist nicht deren Zusammensetzung und Verteilung auf die einzelnen Finanzierungsquellen (auch wenn der Finanzierungsanteil der Kantone seit 1996 kontinuierlich steigt), sondern vielmehr die Entwicklung der Gesamtsystemkosten über die Jahre.

Das Hauptziel muss deshalb sein, das Kostenwachstum zu bremsen bzw. längerfristig die Kosten des Systems gesamthaft zu senken. Die Änderung im Finanzierungsverhältnis zwischen Kantonen und Versicherern, die blosser Anpassung der Mittelherkunft, setzt keine positiven und kostensenkenden Anreize. Eine Anpassung des Abgeltungssystems, wie zum Beispiel bereichs- und leistungserbringerübergreifende Fallfinanzierungen wie Komplexpauschalen

len, könnten diese kostensenkenden Anreize setzen. Die Belastung einzelner Kostenträger (Finanzierer) ist eine verteilungs- bzw. sozialpolitische Frage und bedarf einer anderen Diskussion.

Die Kosten des Systems lassen sich beeinflussen, indem entweder die Menge oder der Preis der erbrachten Leistungen verändert wird. Sie können demnach nur sinken, wenn in Zukunft weniger und/oder günstigere Leistungen erbracht werden als dies heute der Fall ist. Das heisst, notwendige und sinnvolle Leistungen sollen effizienter erbracht werden und auf Unnötiges gilt es zu verzichten. Dazu müssen im komplexen Gefüge der verschiedenen Akteure und deren Interessen bestehende Fehlanreize reduziert und durch positive Anreize ersetzt werden. Zudem ist eine wirksame Überprüfung der Indikationsqualität vorzusehen.

Vor diesem Hintergrund ist die Vorlage der SGK-NR als ungenügend zu bezeichnen, denn sie reduziert die ganze Komplexität der Einflussfaktoren, welche die Kostenentwicklung bestimmen, auf einen einzigen, nämlich auf die Ausgestaltung der Finanzierung. Und selbst diese bleibt auf die Umleitung von Finanzströmen beschränkt.

Einleitend gilt es festhalten, dass die vorgeschlagene Revision für die Kantone auch bei über alle Kantone hinweg kostenneutraler Einführung mittelfristig eine erhebliche finanzielle Mehrbelastung bedeuten würde. Damit wird eine Verschärfung der bestehenden Tendenz in Kauf genommen: Der Beitrag der Kantone an die Finanzierung des Gesundheitswesens (bestehend mehrheitlich aus Beiträgen an die medizinische Versorgung, Pflege, Prävention und die individuelle Prämienverbilligung) stieg in den letzten 20 Jahren von rund 6 Mrd. Franken auf 16 Mrd. Franken.

Für einige Kantone würde der Übergang zur einheitlichen Finanzierung gemäss Modell der SGK-NR zu einer zusätzlichen Belastung von bis zu 100 Mio. Franken führen, wie den groben Schätzungen im Bericht des Bundesamts für Gesundheit vom 5. März 2018 (Varianten im Umgang mit der Kostenbeteiligung und kantonale unterschiedliche Bedeutung des stationären Spitalsektors) entnommen werden kann. Die betroffenen Kantone – gerade jene, die sich schon heute besonders stark für die Vermeidung unnötiger stationärer Spitalaufenthalte einsetzen – müssten diese Zusatzlasten ohne Übergangsfrist leisten. In denjenigen Kantonen, die sich entlasten könnten, wäre umgekehrt ein sprunghafter Anstieg der OKP-Prämien für die Versicherten zu erwarten. Beide Effekte können so nicht hingenommen werden.

Weitere Schwierigkeiten bestehen in Bezug auf die generell getroffenen Annahmen über die finanziellen Auswirkungen der vorliegenden Monismus-Vorlage. Wie die hochgerechneten Kantonsbeiträge von jeweils zwischen 7,3 und 7,7 Mia. Franken für die Jahre 2012 bis 2015 hergeleitet worden sind, ist in den Vernehmlassungsunterlagen nicht nachvollziehbar dargelegt. Entsprechend ist der auf dieser Grundlage berechnete kantonale Mitfinanzierungsanteil von 25,5 %, der bereits im erwähnten Bericht des BAG vom 5. März 2018 vorgezeichnet wurde, nicht überprüfbar. Was gänzlich fehlt, ist eine nachvollziehbare Berechnung des Gesamtvolumens für den Geltungsbereich der Vorlage auf Leistungen nach Art. 25-31 KVG (abzüglich Pflegeleistungen nach Art. 25a KVG) an dem sich die Kantone zu geschätzten 25,5 % beteiligen müssten. Eine vertiefte Auseinandersetzung mit der Vorlage über die rein finanziellen Auswirkungen ist für die Kantone unter diesen Voraussetzungen unmöglich.

Abschliessend ist mit Sorge festzustellen, dass der Vorschlag der SGK-NR bedeuten würde, dass die Kantone mit den geschätzten 7,7 Mia. CHF rund 10 % ihrer Fiskaleinnahmen an die

Krankenversicherer überweisen müssten, ohne dass sie eine Möglichkeit haben, über die sachgerechte und effiziente Verwendung dieser Mittel zu bestimmen oder diese zu kontrollieren. Mit der Umsetzung des vorliegenden Vorschlags würde somit die fiskalische Äquivalenz verletzt und damit ein Konflikt mit der Bundesverfassung geschaffen.

Der Regierungsrat lehnt daher die zur Vernehmlassung eingereichte Vorlage der SGK-NR ab. Im Einzelnen stützt er sich dabei auf folgende Überlegungen:

1.1 Eine einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen mit nur noch einer einzigen Zahlstelle (Versicherer als Monist) leistet als Einzelmassnahme keinen massgeblichen Beitrag zur Eindämmung der Systemkosten.

Zwei grosse Kostentreiber im schweizerischen Gesundheitswesen, nämlich einerseits die Fehlanreize im Zusammenhang mit Tarifstruktur und Tariffhöhe sowie andererseits jene, die sich aus dem Versicherungsstatus des Patienten ergeben, werden durch die vorgeschlagene Reform nicht angetastet.

Anreize müssen dort gesetzt werden, wo der Behandlungsentscheid getroffen wird, also primär beim Leistungserbringer. Es ist aber für diesen – abgesehen von administrativen Aufwendungen – unerheblich, ob er aus einer oder aus zwei Händen entschädigt wird. Eine reine Umleitung der Finanzflüsse von den Kantonen zu den Versicherern setzt keinen neuen Anreiz beim Leistungserbringer und bewirkt folglich nichts.

Die einheitliche Finanzierung mag zwar Voraussetzungen schaffen für eine Verbesserung der Leistungsallokation, der Behandlungsabläufe, der Behandlungskette und damit auch der Behandlungsqualität. Dazu sind aber auch Versicherungsmodelle gefragt, welche die Behandlung entlang der gesamten Leistungskette erfassen. Nun ist es aber erstens keineswegs sicher, sondern bestenfalls nur zu hoffen, dass die Krankenkassen ihre Möglichkeiten zur Einführung neuer Versicherungsmodelle zur Förderung der integrierten Versorgung in einem monistischen Finanzierungssystem besser nutzen würden als heute. Den Kantonen fehlen im Vorschlag der SGK-NR jegliche Möglichkeiten zur direkten Beeinflussung der künftigen Optimierung der Versorgungskette. Zweitens sind die Bereiche Spitex und Pflegeheime in der aktuellen Vorlage nicht eingeschlossen, obwohl hier in Bezug auf die Zusammenarbeit der Leistungserbringer entlang der Behandlungskette der grösste Bruch zu beobachten ist.

Die Vorlage würde eine Besserstellung der Vertragsspitäler bedeuten, da die durch sie erbrachten Leistungen neu zu 74,5 % statt zu 45 % durch die obligatorische Krankenversicherung mitfinanziert würden. Es ist durchaus anzunehmen, dass durch die damit gesteigerte Attraktivität der Vertragsspitäler Mengen- und Kapazitätsausweitungen entstehen. Die Wirksamkeit der kantonalen Spitalplanungen würde durch die Stärkung der Vertragsspitäler unterlaufen. In der Konsequenz wirkt sich dies auf der Kostenseite noch zusätzlich zulasten der Prämienzahlenden aus, hätte also Prämienerrhöhungen zur Folge. Die Vorlage geht in leichtfertiger Weise nicht auf diese Auswirkungen ein. Konsequenter wäre, unter diesen Umständen das Institut der Vertragsspitäler abzuschaffen.

Offen gelassen wird in der Vorlage zudem, wie die Aufsichtsverantwortung des Bundes ausgedehnt wird. Eine solche Verstärkung wäre aufgrund des stark erhöhten Volumens von KVG-Geldern in den Händen der Versicherer unabdingbar.

1.2 Der Einsatz von Steuergeldern setzt Steuerungsinstrumente voraus.

Wenn die Kantone die ambulanten Leistungen mitfinanzieren sollen, müssen sie auch das Versorgungsangebot im ambulanten Bereich beeinflussen können. Dies ist jedoch in der Vorlage nicht vorgesehen. Die SGK-NR erfüllt diese Notwendigkeit durch die aktuelle Teilrevision des KVG hinsichtlich der Neuzulassung von Leistungserbringern. Dies ist aber noch keine hinreichende Voraussetzung für eine wirksame Steuerung des ambulanten Versorgungsangebots durch die Kantone, denn sie betrifft primär nur die Neuzulassungen, gewährt keine Kontroll- und Steuerungsmöglichkeit über die bereits zugelassene Ärzteschaft und sie klammert das Leistungsangebot im spitalambulantem Bereich aus. Zudem ist politisch noch keineswegs gesichert, dass der Gesetzesentwurf des Bundesrates vom Parlament auch beschlossen wird. Vielmehr vertritt eine Mehrheit der SGK des National- wie auch des Ständerates sogar die Ansicht, dass die Steuerung des ambulanten Angebots primär durch die Krankenversicherung über die weitgehende Aufhebung des Kontrahierungszwangs erfolgen soll.

1.3 Die einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen ist auch nicht der von Versicherer- und Leistungserbringerverbänden propagierte „folgerichtige Schritt“ oder die unverzichtbare Begleitmassnahme zur Förderung der Verlagerung aus dem stationären Sektor in die (Spital-) Ambulatorien.

Dafür gibt es folgende Gründe: Die Auswertungsergebnisse im Kanton Luzern neun Monate nach Inkrafttreten der kantonalen Regelung «ambulant vor stationär» deuten darauf hin, dass die Behandlungskosten bei den Listeneingriffen gesamthaft – d. h. sowohl für die Versicherer und die Prämienzahler als auch für die Kantone und Steuerzahler – gesunken sind. Mehrkosten für die Versicherer bei einzelnen ambulanten Eingriffen konnten durch die Einsparungen im stationären Bereich und durch die Abnahme der Eintritte am Vortag kompensiert werden. Eine einheitliche Finanzierung der Leistungen war für die Erzeugung dieser kostendämpfenden Wirkung nicht notwendig. Daneben könnte sich die Finanzsituation der Leistungserbringer infolge Ausbau der ambulanten Listen auf Bundes- und Kantonsebene insofern negativ entwickeln, als die aktuellen TARMED-Tarife für manche der betroffenen Einzelleistungen nicht kostendeckend sind. Hier hilft aber eine einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen auch nicht weiter. Gefragt ist vielmehr eine Weiterentwicklung der Tarifstruktur in Richtung (spital-)ambulanter Pauschalen, welche für die behandelnden Ärztinnen und Ärzte neue positive tarifliche Anreize setzen würden. Es sind jedoch Anreize zu vermeiden, die eine Verschiebung der Leistungen aus Arztpraxen in Spitalinfrastrukturen begünstigen.

Der Kanton Bern erachtet es zudem als wichtig, dass den Leistungserbringern hinreichend Zeit eingeräumt wird, um sich den neuen Gegebenheiten anzupassen.

1.4 Korrektur der Kinderprämien

Die Kantone müssen für untere und mittlere Einkommen die Prämien von Kindern und jungen Erwachsenen in Ausbildung um mindestens 50 Prozent verbilligen (Art. 65 Abs. 1 bis KVG). Wenn die Prämien der Kinder gemäss dem erläuternden Bericht SGK-NR sinken, könnte dies für den Kanton Bern Minderausgaben von grob geschätzten 1.5 – 2 Mio. Franken bedeuten (eigene Berechnung), da die Durchschnittsprämien abnehmen. Dafür werden die Prämien der Erwachsenen gemäss dem Bericht um weniger als 1 Prozent zunehmen. Aufgrund der KVG-Änderung vom 17. März 2017 werden die jungen Erwachsenen im Risikoausgleich zusätzlich entlastet (geschätzte Minderausgaben für den Kanton gemäss eigener Berechnung von 6 Mio. Franken). Auch diese Änderung wird den Prämienruck auf die Erwachsenen gemäss

dem erläuternden Bericht zur KVG-Änderung um weitere 10 Franken verschärfen. Trotz der genannten Minderausgaben für den Kanton Bern, wird er diese nicht für die Erwachsenen verwenden können, da er mit der KVG-Änderung ab 2021 neu 80 Prozent der Kinderprämien verbilligen muss. Dies führt zu geschätzten Mehrausgaben von 22 Mio. Franken gemäss eigener Berechnung. Grob geschätzte 13.5-14 Mio. Franken davon sind also Mehrausgaben, die der Kanton trägt, sofern er nicht weitere Kürzungen bei den Prämienverbilligungen der Erwachsenen vornimmt. Die Auswirkungen von Massnahmen im Bereich der Prämienverbilligung sind daher so zu koordinieren, dass nicht ein unverhältnismässiger Prämiendruck auf eine bestimmte Personengruppe (im vorliegenden Fall Erwachsene) entsteht und dass die Kostenneutralität für die Kantone gewährleistet wird.

2 Finanzierungssystem für eine steuerbare, effiziente und integrierte Gesundheitsversorgung

Eine effizientere und optimierte Gesundheitsversorgung mit einheitlicher Finanzierung muss mindestens folgende Anforderungen erfüllen:

2.1 Die finanzielle Belastung der einzelnen Kantone muss im Übergang überprüfbar kostenneutral sein.

Die Anforderung ist im Vorschlag der SGK-NR für die Gesamtheit der Kantone erfüllt. Allerdings muss die Kalkulation noch plausibilisiert werden können.

Kostenneutralität bei der Umstellung auf die einheitliche Finanzierung heisst, dass die Beteiligung der Gesamtheit der Kantone bzw. der Versicherer an der Finanzierung der ambulanten und stationären Leistungen nicht höher ausfallen kann als unter dem aktuellen dual-fixen Regime. Dies, damit die Finanzierer im Zeitpunkt des Inkrafttretens mit dem neuen System nicht schlechter gestellt werden. Der gesetzliche kantonale Mindestanteil muss auch in Zukunft konstant gehalten werden. Eine allfällige punktuelle Erhöhung des Kantonsbeitrags kann nur auf freiwilligen Beschlüssen der jeweiligen Kantone beruhen.

Die Kostenneutralität muss jedoch nicht nur für die Gesamtheit der Kantone, sondern auch für jeden einzelnen Kanton gewährleistet werden. Ansonsten wären im Übergang zur einheitlichen Finanzierung gerade jene Kantone stärker belastet, deren Versorgungs- und Patientenstrukturen heute im Sinne einer effizienteren Gesundheitsversorgung überdurchschnittlich stark auf ambulante Behandlungen ausgelegt sind. Dieser Effekt könnte die Bestrebungen der Kantone zur weiteren Verlagerung in den ambulanten Bereich bis zum Zeitpunkt des Inkrafttretens unterminieren und damit letztendlich auch einer wirksamen Kostendämpfungsmassnahme im Wege stehen. In den Kantonen mit vorwiegend stationären Strukturen, die im gleichen Zug entlastet werden, wäre durch die Erhöhung des OKP-Finanzierungsanteils mit einem weiteren Anstieg der Prämien zu rechnen.

Es ist unabdingbar, dass sämtliche Daten und Methoden, die der Ermittlung des gesetzlichen kantonalen Mindestanteils zugrunde liegen, transparent aufgezeigt werden. Nur so sind die Kantone in der Lage, die Konsequenzen der Umstellung auf eine einheitliche Finanzierung für ihre Haushalte zu prüfen und zu beziffern, und kann das Parlament der Öffentlichkeit gegenüber auch Rechenschaft ablegen, welche Folgen die Vorlage für sie als Steuer- und Prämienzahler haben wird.

Im Weiteren ist zu beachten, dass die kostenneutrale Überführung mit der Vorlage der SGK-NR lediglich für einen Teilbereich der finanziellen Verantwortung der Kantone, nämlich für die Leistungsfinanzierung gewährleistet ist. Nebst ihrer Rolle als Kostenträger für medizinische Leistungen und Pflege tragen die Kantone jährlich auch noch mit mehreren Milliarden Franken zur Finanzierung der Gesamtkosten im Gesundheitswesen bei, nämlich im Rahmen der individuellen Prämienverbilligung, der Finanzierung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen der Spitäler und der Prävention, sowie nicht zuletzt als Träger der Verwaltungskosten der kantonalen gesundheitspolitischen und gesundheitspolizeilichen Aufgaben.

2.2 Den Kantonen sowie den Versicherern als Mitfinanzierer wird das Instrumentarium in die Hand gegeben, um das ambulante Versorgungsangebot (Leistung, Menge und Qualität) gezielt zu beeinflussen.

Gerade weil sie den im Vergleich zum stationären Sektor zurzeit stärker wachsenden ambulanten Sektor neu ebenfalls mit einem fixen (d. h. nicht reduzierbaren) Schlüssel mitfinanzieren würden, sind die Kantone darauf angewiesen, ein Instrument in der Hand zu haben, um bei einem Überangebot (über den Bedarf hinausgehend) sowohl in Bezug auf die ärztlichen Fachdisziplinen als auch hinsichtlich der regionalen Verteilung intervenieren zu können. Der Entwurf des Bundesrates zur Teilrevision des KVG vom 9. Mai 2018 ist deshalb für die Neuzulassungen notwendig. In Bezug auf die bestehende ambulante Versorgung gibt der Entwurf des Bundesrates zudem die Möglichkeit, Kriterien wie den Nachweis einer Fortbildung und die Teilnahme an Qualitätsprogrammen festzulegen, die heute zugelassene Ärztinnen und Ärzte erfüllen müssen, um weiterhin zulasten der OKP tätig sein zu können, und bei deren Nichterfüllung ihnen gegebenenfalls befristet oder definitiv die Zulassung entzogen werden kann.

Hingegen ist für die Kantone noch keine Möglichkeit vorgesehen, aus Bedarfsgründen eine bestehende Zulassung aufzuheben. Die Mitfinanzierung der ambulanten Leistungen aus Steuergeldern sollte auf einer effizienten Versorgung beruhen. Um eine solche sicherzustellen, muss den Kantonen deshalb auch die Möglichkeit eines Zulassungsentzugs aufgrund eines über dem Bedarf liegenden Versorgungsangebotes zur Verfügung stehen. Im stationären Bereich wird die bedarfsgerechte Planung und Steuerung bereits heute umgesetzt, was nicht zuletzt auch notwendige Strukturbereinigungen zur Folge hatte und hat.

Es ist sicherzustellen, dass die vom Bundesrat vorgeschlagene Nachfolgeregelung zur geltenden befristeten Zulassungsbeschränkung ohne Regulierungsunterbruch in Kraft gesetzt werden und vorgängig zu einer neuen Finanzierung bereits Wirkung entfalten kann.

Weiter sind eine bundesgesetzliche Grundlage sowie der Zugang zu den notwendigen Datengrundlagen zu schaffen, damit die Kantone das gesamte ambulante und spitalambulante Leistungsangebot analog zum stationären Bereich mitsteuern können. So kann der heute beobachtete Trend, dass das Leistungsangebot und mit ihm das Leistungsvolumen über den medizinischen Bedarf der Bevölkerung hinauswächst und vermehrt in den ambulanten Sektor ausweicht, wirksam gestoppt werden.

Auch den Versicherern sind wirksame Instrumente zur Verfügung zu stellen um das ambulante Versorgungsangebot (Leistung, Menge und Qualität) gezielt beeinflussen zu können.

2.3 Die Rechnungen im stationären Bereich werden analog zu heute abgewickelt, mit entsprechend angepasstem Finanzierungsschlüssel. Die Rechnungstellung im ambulanten Bereich erfolgt aufgrund der für die Kantonsbevölkerung effektiv erbrachten Leistungen.

Stellt der Leistungserbringer künftig nur noch eine einzige Rechnung (an den Versicherer) anstelle von zwei (an Versicherer und Kanton), erfährt er höchstens einen marginalen Effizienzgewinn. Hingegen ist der Verlust an Information und an Kontrollmöglichkeiten für den Kanton deutlich spürbar. Es gibt deshalb auch mit einem neuen, angepassten Kostenteiler keinen Grund, im stationären Bereich an der bisherigen dualen Rechnungsstellung an Krankenversicherer und Wohnkanton etwas zu ändern. Hingegen kann es im ambulanten Bereich angesichts der sehr hohen Anzahl an Einzelrechnungen sinnvoll sein, eine einzige Rechnungs- und Zahlstelle zu definieren und den Finanzierern die Möglichkeit zur Kontrolle des auf sie entfallenden Rechnungsbetrags einzuräumen.

Dass die Berechnung des Kantonsbeitrags im ambulanten Bereich auf den für die Kantonsbevölkerung effektiv erbrachten Leistungen beruhen soll, ist in Art. 60 der Vorlage zur einheitlichen Finanzierung der Leistungen im ambulanten und im stationären Bereich bereits vorgesehen.

2.4 Es besteht eine Kontrollmöglichkeit für die Kantone in Bezug auf die korrekte Abrechnung von ambulanten Leistungen für die Kantonsbevölkerung, beispielsweise durch die Schaffung eines gemeinsamen Organs (Krankenversicherer / Kantone), welches dies sicherstellt.

Mit der Kontrolle der Abrechnung von ambulanten Leistungen nehmen die Kantone ihre finanzrechtliche Verantwortung wahr, den effizienten Einsatz von Steuergeldern jederzeit sicherstellen und gegenüber der Öffentlichkeit nachweisen zu können. Dafür benötigen sie volle Transparenz über die Kosten- und Leistungsdaten der Leistungserbringer und Einsicht in die gestellten Rechnungen, möglichst zeitnah nach deren Eingang beim Versicherer. Bei einer durchgängig dualen Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen durch Krankenversicherer und Kantone kann die Rechnungskontrolle nicht mehr grundsätzlich als alleinige Aufgabe der Versicherer bezeichnet werden. Bereits heute schliesst das KVG nicht aus, dass die Kantone die Erfüllung der WZW-Kriterien und somit die Fälligkeit ihres Finanzierungsanteils (insbesondere bei Verdacht auf inkorrekte Leistungsabrechnung oder Nichteinhaltung der Leistungsaufträge) ebenfalls prüfen. Dieser Aspekt wird mit einem neuen Finanzierungsmodell an Bedeutung gewinnen. In Deutschland sind bereits heute länderspezifisch gemeinsam getragene Medizinische Dienste der Krankenversicherung (MDK) eingerichtet, welche durch die Kostenträger beanstandete oder kritische Rechnungen unabhängig und nach gemeinsam festgelegten Kriterien überprüfen. Ein analoges Modell könnte auch für die Schweiz unter einer einheitlichen Finanzierung zweckmässig sein.

2.5 Es wird eine nationale Tariforganisation für ambulante Tarife gesetzlich vorgeschrieben, an welcher die Kantone paritätisch beteiligt sind.

Nicht nur die Anzahl Leistungserbringer und Behandlungen, sondern auch die Tarifstrukturen (und die Preise) beeinflussen die Entwicklung des Leistungsvolumens im ambulanten Bereich massgeblich. Die Aktualität der Tarifstrukturen und die Professionalität von deren Pflege sind dafür entscheidend. Die Tarifpartner und die Kantone sollen deshalb im ambulanten Leistungsbereich verpflichtet werden, eine einzige Tariforganisation einzusetzen, welche in Zu-

kunft für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege von Einzelleistungs- und gegebenenfalls auch Pauschaltarifstrukturen im ambulanten Bereich zuständig ist. Die Organisation soll die erarbeiteten Strukturen und ihre Anpassungen dem Bundesrat zur Genehmigung unterbreiten. Dies entspricht der von der Expertenkommission «Kostendämpfungsmassnahmen» vorgeschlagenen Massnahme M34. Die Kantone sind aufgrund der geforderten Mitfinanzierung im ambulanten Bereich an der Organisation zwingend tripartit zu beteiligen.

2.6 Fehlanreize infolge Verknüpfung der vertraglichen Vereinbarungen der Tarifpartner im Grund- und Zusatzversicherungsbereich werden konsequent eliminiert.

Es gilt zu verhindern, dass die Tarifpartner in den Tarifverhandlungen den Grund- und den Zusatzversicherungsbereich miteinander verknüpfen und Bedingungen aushandeln können, die ihre Ertragslage insgesamt verbessern, jedoch einer optimalen Leistungsallokation in der OKP sowie der korrekten (kostendeckenden) Abgeltung der OKP-Leistungen zuwiderlaufen. Eine stärkere Trennung von Grund- und Zusatzversicherung könnte folgende Elemente beinhalten:

Der Leistungseinkauf in den Bereichen OKP und Zusatzversicherung hat durch voneinander unabhängige Organe zu erfolgen. Bei der Beurteilung der OKP-Pflichtigkeit einer Leistung durch den Versicherer darf eine allfällige Zusatzversicherung der Patientin oder des Patienten keine Rolle spielen. Zwischen den Organen des Leistungseinkaufs und den vertrauensärztlichen Diensten in der OKP resp. der Zusatzversicherung dürfen keine Informationen, die für den jeweiligen Leistungseinkauf relevant sind, ausgetauscht werden. Mit einer Erhöhung der Transparenz bei den Leistungserbringern über die Kosten und Erträge aus dem Zusatzversicherungsgeschäft könnten unzulässige Verknüpfungen zwischen dem OKP- und dem Zusatzversicherungsgeschäft eher erkannt und verhindert werden.

2.7 Die einheitliche Finanzierung im ambulanten und im stationären Bereich kann eine echte Verbesserung der Versorgungsorganisation erst entfalten, wenn auch die Langzeitpflege (Pflegeheime und Spitex) in das Finanzierungsmodell einbezogen wird.

Auch im Langzeitbereich und an den Schnittstellen zwischen medizinischer Akutversorgung und Pflege sind Fehlanreize zu beobachten. Diese sind im Gegensatz zu den Fehlanreizen in der Spitalfinanzierung tatsächlich auch durch die Finanzierung und nicht nur durch falsche Tarifiergebnisse bedingt. Ob eine Pflegeleistung ambulant oder stationär erbracht wird, sollte weder von der Finanzierung, noch von den Tarifen abhängen, sondern sich nach dem effizientesten Pflegesetting richten. Und auch ob jemand früher oder später aus der Spitalversorgung in die Pflege entlassen wird, soll keine Frage der unterschiedlichen Finanzierung in den beiden Bereichen sein. Aufgrund der seit Jahren unveränderten OKP-Beiträge und den im Gegensatz dazu steigenden Kosten für die Restfinanzierung werden Kantone und Gemeinden im Bereich der Pflege finanziell immer stärker belastet. Im Kanton Bern ist die Finanzierung gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG der Restkosten Pflege von ambulanten Leistungen von 97,7 Mio. Franken im Jahr 2012 auf 123,9 Mio. Franken im Jahr 2017 gestiegen. Im Versorgungsbereich der stationären Langzeitpflege betrugen die Restkosten Pflege im Jahr 2011 155 Mio. Franken, im Jahr 2017 bereits 207,4 Mio. Franken. Insgesamt sind die Restkosten Pflege seit dem Jahr 2012 um rund 20 Prozent gestiegen. Wurden im Jahr 2012 275,3 Mio. Franken durch den Kanton restfinanziert, lagen die Restkosten Pflege im Jahr 2017 bei 331,2 Mio. Franken. Eine Ausweitung der einheitlichen Finanzierung auf die Leistungen von Pflegeheim-

men und Spitex ist nur konsequent. Auch im Hinblick auf die notwendige Stärkung der koordinierten Versorgung ist sie ein wesentliches Element der Reform. Die Kosten der OKP für die Pflegeleistungen nach Art. 25a Abs. 1 KVG und Art. 7 KLV und die Beiträge der Kantone und Gemeinden im Rahmen der KVG-Restfinanzierung (d.h. ohne Betreuungs- oder Hotelleriekosten) sind somit auch in ein dual zu finanzierendes Kostenvolumen einzurechnen. Der Gesamtfinanzierungsschlüssel ist aufgrund des erweiterten Geltungsbereichs der einheitlichen Finanzierung entsprechend anzupassen.

3 **Fazit**

Der Regierungsrat verlangt eine vollständige Überarbeitung der vorliegenden Vorlage. Mit den dargelegten Anforderungen wird der Rahmen für ein Modell einer einheitlichen Finanzierung des gesamten medizinischen und pflegerisch/therapeutischen Leistungsbereichs abgesteckt. So wird ein Beitrag zu einer gesteuerten, effizienten und integrierten Gesundheitsversorgung geleistet.

Der Regierungsrat dankt Ihnen für die Berücksichtigung seiner Anliegen.

Freundliche Grüsse

Im Namen des Regierungsrates

Der Präsident



Christoph Neuhaus

Der Staatsschreiber



Christoph Auer

Regierungsrat, Rathausstrasse 2, 4410 Liestal

Eidgenössisches Departement des Innern
Per E-Mail an:

abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Liestal, 11. September 2018
VGD/ThW/AfG

Vernehmlassung zur Parlamentarischen Initiative 09.528: Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus

Sehr geehrter Herr Bundesrat,
sehr geehrte Damen und Herren

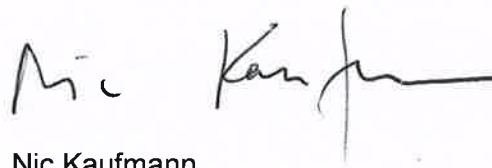
Wir danken Ihnen für die Möglichkeit zur Stellungnahme im Rahmen des Vernehmlassungsverfahrens zur Parlamentarischen Initiative 09.528: Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus

Für die Kommentare im Einzelnen verweisen wir auf das ausgefüllte Auswertungsformular im Anhang zu diesem Schreiben.

Hochachtungsvoll



Monica Gschwind
Regierungspräsidentin



Nic Kaufmann
2. Landschreiber

– Anhang: „Auswertungsformular“

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG):
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion, Kanton Basel-Landschaft

Abkürzung der Firma / Organisation : BL

Adresse : Bahnhofstrasse 5, 4410 Liestal

Kontaktperson : Matthias Nigg

Telefon : 061 552 91 78

E-Mail : matthias.nigg@bl.ch

Datum : 31.08.2018

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **15. September 2018** an folgende E-Mail Adresse:
abteilung-leistungen@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG): Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
BL	1. Allgemein Das Hauptproblem in Bezug auf die Gesundheitskosten in der Schweiz ist aus unserer Sicht nicht deren Zusammensetzung und Verteilung auf die einzelnen Finanzierungsquellen, sondern vielmehr die Entwicklung der Gesamtsystemkosten über die Jahre. Das Hauptziel muss deshalb sein, das Kostenwachstum zu bremsen bzw. längerfristig die Kosten des Systems gesamthaft zu senken. Die Belastung einzelner Kostenträger ist eine verteilungs- bzw. sozialpolitische Frage und bedarf einer anderen Diskussion. Die Kosten des Systems lassen sich beeinflussen, indem entweder die Menge oder der Preis der erbrachten Leistungen verändert wird. Sie können demnach nur sinken, wenn in Zukunft, bei gleicher Qualität, weniger und/oder günstigere Leistungen erbracht werden als dies heute der Fall ist. Das heisst, notwendige und sinnvolle Leistungen sollen effizienter erbracht werden und auf Unnötiges gilt es zu verzichten. Dazu müssen im komplexen Gefüge der verschiedenen Akteure und deren Interessen bestehende Fehlanreize reduziert und durch positive Anreize ersetzt werden. Die Stossrichtung der SGK-N ist von dieser Warte aus gesehen wichtig, die Mehrheitsvorlage selber geht die wesentlichen Herausforderungen unseres Gesundheitssystems jedoch noch nicht an und konzentriert sich zu sehr auf die Umleitung von Finanzströmen. Im Einzelnen sind folgende Bemerkungen anzubringen:
BL	2. Kein Beitrag zur Eindämmung der Kosten Die einheitliche Finanzierung schafft lediglich die Voraussetzung für eine Verbesserung der Leistungsallokation. Dennoch sind die hauptsächlichen Fehlanreize bei der Tarifierung und beim Versicherungsstatus zu finden. Es bleibt aufzuzeigen, wie sich die Leistungsallokation bei einer Annahme der Vorlage konkret verbessern würde.
BL	3. Ausklammerung der Altersbereiche Die Bereiche Spitex und Pflegeheime sind in der aktuellen Vorlage nicht eingeschlossen. Einerseits ist es verständlich, dass im Pflegebereich noch grosse Vorarbeiten zu leisten sind (Kosten, Transparenz). Andererseits ist es das Argument der Initianten für eine einheitliche Finanzierung, dass das Wachstum im Gesundheitswesen zum grössten Teil über die Prämien finanziert wird. Eine stringente Argumentationslinie würde den Altersbereich somit einschliessen. Dies auch deshalb, weil gerade hier Fehlanreize auch auf die Finanzierung und nicht alleine auf die Tarifierung zurückzuführen sind, wie bei der Spitalfinanzierung. Für den Kanton Basel-Landschaft gehört der Altersbereich (Spitex, APH) vom Grundsatz her zwingend in die Vorlage über die einheitliche

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG): Vernehmlassungsverfahren

	Finanzierung. Dies kann, aufgrund der geschilderten Umstände, jedoch auch zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen. Der Einbezug hätte Auswirkungen auf den Finanzierungsschlüssel. --> Der Kanton Basel-Landschaft beantragt, dass in dieser Vorlage der zukünftige Einbezug des Altersbereichs zumindest als verbindlich erklärt wird. Ausserdem sollen die notwendigen Schritte dahin unverzüglich an die Hand genommen werden.
BL	4. Ambulante Steuerung Wenn die Kantone die ambulanten Leistungen mitfinanzieren sollen, müssen sie auch das Versorgungsangebot im ambulanten Bereich steuern können. Dies ist jedoch in der Vorlage nicht vorgesehen. Die SGK-N plant diese Notwendigkeit durch die aktuelle Teilrevision des KVG hinsichtlich der Neuzulassung von Leistungserbringern zu erfüllen. Allerdings ist politisch noch keineswegs gesichert, dass der Gesetzesentwurf des Bundesrates vom Parlament auch beschlossen wird. Es ist unerheblich, über welchen Weg eine Steuerungsmöglichkeit der Kantone bewerkstelligt wird. Wichtig ist, dass eine Möglichkeit geschaffen wird, da der stärker wachsende ambulante Sektor nun ebenfalls mit einem fixen (d.h. nicht reduzierbaren) Schlüssel mitfinanziert würde. Ansonsten kann aus Sicht des Kantons Basel-Landschaft auch keine Mitfinanzierung aus Steuermitteln erfolgen. --> Der Kanton Basel-Landschaft beantragt die Koppelung der ambulanten Steuerung an diese Vorlage. Ebenfalls ist eine bundesgesetzliche Grundlage sowie der Zugang zu den notwendigen Datengrundlagen zu schaffen, damit die Kantone das gesamte ambulante und spitalambulante Leistungsangebot analog zum stationären Bereich mitsteuern können. Nur so kann der heute beobachtete Trend, dass das Leistungsangebot und mit ihm das Leistungsvolumen über den medizinischen Bedarf der Bevölkerung hinauswächst und vermehrt in den ambulanten Sektor ausweicht, wirksam gestoppt werden.
BL	5. Finanzielle Belastung Die Forderung der Kostenneutralität ist im Vorschlag der SGK-N für die Gesamtheit der Kantone erfüllt (die Kalkulation muss noch plausibilisiert werden). Für einzelne Kantone kann jedoch eine finanzielle Mehrbelastung oder aber eine Minderbelastung resultieren, die wiederum Auswirkungen auf die Prämien hätte. Daher muss die Kostenneutralität auch für jeden einzelnen Kanton gewährleistet werden (d.h. ohne Mehrbelastung der Steuern und Prämien). Bei der Berechnung mitberücksichtigt muss der Umstand sein, dass inskünftig z.B. für Vertragsspitäler 75 % und nicht wie bisher 45% der Vergütung aus der OKP kommen. --> Der Kanton Basel-Landschaft beantragt die kostenneutrale Einführung der einheitlichen Finanzierung je Kanton.
BL	6. Die Rechnungstellung im ambulanten Bereich --> Risikobasiert Die Mehrheit der SGK-N schlägt vor, die Steuermittel proportional zu den effektiven Kosten des einzelnen Versicherers auszuschütten (kostenbasiertes Modell). Der Kanton Basel-Landschaft lehnt dieses Modell ab, denn der Risikoausgleich bleibt bei diesem Modell für die

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG): Vernehmlassungsverfahren

	kantonalen Mittel ausgeklammert. So würde jeder Krankenversicherer einen fixen, einheitlich festgelegten Kantonsmindestbeitrag an seine individuellen Kosten pro versicherte Person erhalten – unabhängig davon, ob er kostengünstig arbeitet oder nicht. Die (In)-Effizienz eines Versicherers bzw. die Bemühungen, für die Versicherten bedürfnisorientierte und nachhaltige Modelle anzubieten (z. B. für chronisch kranke Personen), wäre nur teilweise wettbewerbsrelevant und die erzielten Kosteneinsparungen würden so nur teilweise prämienwirksam. Faktisch würden Versicherer, welche im Sinne ihrer Versicherten kostengünstig arbeiten, mit einem solchen Vorgehen bestraft. Der Kanton Basel-Landschaft fordert aus diesen Gründen, die kantonalen Steuermittel pro Kanton proportional zu den Durchschnittskosten der jeweiligen Risikogruppe zu verteilen. Der Kantonsbeitrag unterliegt damit – genauso wie die Prämien – dem Risikoausgleich. Der Risikoausgleich hält das Interesse der Versicherer an einer kostengünstigen Leistung bei gleichbleibend hoher Qualität aufrecht. Wenn alle Gelder aus Prämien und Steuern der Methodik des Risikoausgleichs unterliegen, fördert das die Effizienz aller Versicherer. Mit einer risikobasierten Einspeisung der Kantonsmittel hätten alle Versicherer – unabhängig von ihrer Risikostruktur – den Anreiz, kostengünstig zu arbeiten und in nachhaltige, bedürfnisorientierte Versicherungsmodelle zu investieren. Diesen Anreiz wiederum braucht es, damit die integrierte Versorgung noch mehr Schub erhält und die einheitliche Finanzierung erfolgreich sein kann. --> Der Kanton Basel-Landschaft beantragt, die kantonalen Steuermittel pro Kanton proportional zu den Durchschnittskosten der jeweiligen Risikogruppe zu verteilen.
BL	7. Integrierte Versorgung Mit einer einheitlichen Finanzierung wird eine grössere Einsparung der integrierten Versorgungsmodelle ausgewiesen, weil die Kantons Gelder gleichermassen auf die verschiedenen Versicherungsmodelle verteilt werden und nicht lediglich bei stationären Spitalaufenthalten eingesetzt werden. Das erlaubt, grössere Rabatte auf die Prämien derjenigen Versicherten zu gewähren, welche sich für ein Modell der integrierten Versorgung entschieden haben. Durch die tieferen Prämien werden Versicherungsmodelle der integrierten Versorgung noch attraktiver. Die einheitliche Finanzierung verleiht der integrierten Versorgung zusätzlichen Schub. So können unter dem Strich mehr Einsparungen bei tendenziell besserer Betreuung realisiert werden. 8. Kontrolle Mit der Kontrolle der Abrechnung von ambulanten Leistungen nehmen die Kantone ihre finanzrechtliche Verantwortung wahr, den effizienten Einsatz von Steuergeldern jederzeit sicherstellen und gegenüber der Öffentlichkeit nachweisen zu können. Dafür benötigen sie volle Transparenz über die Kosten- und Leistungsdaten der Leistungserbringer und Einsicht in die gestellten Rechnungen, möglichst zeitnah nach deren Eingang beim Versicherer. Bei einer durchgängig dualen Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen durch Krankenversicherer und Kantone kann die Rechnungskontrolle nicht mehr grundsätzlich als alleinige Aufgabe der Versicherer bezeichnet werden. Bereits heute schliesst das KVG nicht aus, dass die Kantone die Erfüllung der WZW-Kriterien und somit die Fälligkeit ihres Finanzierungsanteils (insbesondere bei Verdacht auf inkorrekte Leistungsabrechnung oder Nichteinhaltung der Leistungsaufträge) ebenfalls prüfen. Dieser Aspekt wird mit einem neuen Finanzierungsmodell an

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG): Vernehmlassungsverfahren

	Bedeutung gewinnen. In Deutschland sind bereits heute länderweise gemeinsam getragene Medizinische Dienste der Krankenversicherung (MDK) eingerichtet, welche durch die Kostenträger beanstandete oder kritische Rechnungen unabhängig und nach gemeinsam festgelegten Kriterien überprüfen. --> Der Kanton Basel-Landschaft beantragt zur Kontrolle der Abrechnung von ambulanten Leistungen die Prüfung der Einführung eines analogen Modells zur deutschen MDK auch in der Schweiz.
--	---

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG):
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Kanton Basel-Stadt

Abkürzung der Firma / Organisation : BS

Adresse : Rathaus, Marktplatz 9, 4001 Basel

Kontaktperson : lic. iur. Dorothee Frei Hasler, Generalsekretärin
Gesundheitsdepartement Basel-Stadt
St. Alban-Vorstadt 25
4001 Basel

Telefon : 061 267 95 49

E-Mail : dorothee.frei@bs.ch

Datum :

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **15. September 2018** an folgende E-Mail Adresse:
abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG): Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
BS	Allgemeines Wir bedanken uns für die Möglichkeit zur Stellungnahme bezüglich des Vorentwurfs und erläuternden Berichts zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) mit dem Titel «Einheitliche Finanzierung der Leistungen im ambulanten und im stationären Bereich». Gerne verweisen wir dabei auf die Stellungnahme der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), deren Position mit der Haltung des Kantons Basel-Stadt vollumfänglich übereinstimmt. In diesem Zusammenhang möchten wir nochmals festhalten, dass das Hauptproblem in Bezug auf die Gesundheitskosten in der Schweiz nicht deren Zusammensetzung und Verteilung auf die einzelnen Finanzierungsquellen ist, sondern vielmehr die Entwicklung der Gesamtsystemkosten über die Jahre. Das Hauptziel muss deshalb sein, das Kostenwachstum zu bremsen bzw. längerfristig die Kosten des Systems gesamthaft zu senken. Die Belastung einzelner Kostenträger (Finanzierer) ist eine verteilungs- bzw. sozialpolitische Diskussion. Sie sollte aber den Blick auf die Gesamtkostenentwicklung und ihre Ursachen nicht verlieren. Nach Auffassung des Kantons Basel-Stadt ist jedoch in den Argumenten der Kommissionsmehrheit diese Perspektivenvermischung erkennbar. Das Ziel ist offensichtlich eine Entlastung zu Gunsten der Krankenkassen. Die Argumente, wie durch den Systemwechsel die Gesamtkosten gebremst werden könnten, sind indessen nicht überzeugend
BS	Aus Sicht des Kantons Basel-Stadt ist insbesondere auf Folgendes hinzuweisen: Die finanziellen Folgen der Vorlage für die Kantone sind in den Vernehmlassungsunterlagen nicht nachvollziehbar dargelegt. Eine vertiefte Auseinandersetzung über die finanziellen Auswirkungen auf den Kanton Basel-Stadt ist somit unmöglich. Der Kanton Basel-Stadt könnte aufgrund der groben Schätzung des BAG mit einer Entlastung von rund 27,4 Mio. Franken (Basis Jahr 2016) rechnen. Diese Zahl können wir jedoch aufgrund der fehlenden Datengrundlage nicht plausibilisieren. Eine mögliche Entlastung des Kantons entkräftet auch nicht unsere Argumente, welche gegen diese Vorlage sprechen. Im Gegenzug zur Entlastung des Kantons würde dieser Betrag den OKP-Prämien der Versicherten belastet. Dies würde auf Seiten der Versicherten zu Prämien erhöhungen führen, was gerade im Kanton Basel-Stadt und seinen strukturell bedingt hohen Prämien höchst problematisch wäre.
BS	
BS	
BS	



ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

Conseil d'Etat CE
Staatsrat SR

Rue des Chanoines 17, 1701 Fribourg

T +41 26 305 10 40, F +41 26 305 10 48
www.fr.ch/ce

Conseil d'Etat
Rue des Chanoines 17, 1701 Fribourg

Office fédéral de la santé publique
Division prestations
3003 Berne

Document PDF et Word à :
abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Fribourg, le 4 septembre 2018

**Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)
Prise de position du Conseil d'Etat relative à l'avant-projet de la CSSS-N
du 19 avril 2018 sur la modification de la LAMal (financement uniforme /
lv. pa. 09.528)**

Monsieur,
Madame, Monsieur,

Dans l'affaire susmentionnée, nous nous référons au courrier du 15 mai 2018 de Monsieur Thomas de Courten, Président de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil National (CSSS-N).

Nous vous remercions de la possibilité qui est donnée au Conseil d'Etat de prendre position sur l'avant-projet et les explications de la CSSS-N concernant la modification de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) intitulée « Financement uniforme des prestations ambulatoires et des prestations avec hospitalisation ». Après examen du projet mis en consultation, le Conseil d'Etat prend position comme suit en la matière.

Le Conseil d'Etat partage avec les auteurs de ce projet le souci de freiner l'augmentation des coûts, notamment en encourageant un transfert des prestations du stationnaire vers l'ambulatoire. Toutefois, le Conseil d'Etat estime que la modification de la LAMal soumise à consultation ne constitue pas un moyen adéquat d'atteindre cet objectif pour plusieurs raisons.

1. Un financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires via un seul et unique agent payeur ne fournit, en tant que mesure individuelle, aucune contribution déterminante à la maîtrise des coûts du système. Deux importants facteurs de coûts dans le système de santé suisse ne sont pas touchés par le projet. Il s'agit des incitations erronées liées à la structure tarifaire et au montant des tarifs et des incitations qui résultent du statut d'assurance du patient. En outre, un simple transfert des flux financiers des cantons vers les assureurs n'introduirait aucune nouvelle incitation auprès du fournisseur de prestations. Ce modèle de financement requiert des modèles d'assurance qui couvrent le traitement tout au long de la chaîne des prestations : il n'est pas certain que les assureurs maladies usent de leur pouvoir pour créer de tels modèles. De plus, le projet rendrait les hôpitaux conventionnés plus attractifs, ce qui engendrerait une augmentation des volumes et des capacités et indirectement, une hausse des primes pour les assurés.

Il apparaît, au vu du bilan de l'introduction dans le canton de Lucerne de sa liste d'interventions à fournir en ambulatoire, qu'un financement uniforme n'est pas nécessaire pour que le transfert du stationnaire vers l'ambulatoire se fasse efficacement, et ce sans coûts supplémentaires pour l'assurance sociale.

Enfin, le projet n'indique pas comment la responsabilité de la surveillance de la Confédération est élargie. Cela est pourtant indispensable, vu l'augmentation substantielle des fonds en mains des assureurs maladie.

2. L'engagement de recettes fiscales suppose des instruments de pilotage. Les cantons doivent en effet pouvoir exercer une influence sur l'offre de soins dans le domaine ambulatoire. La participation du canton au financement des prestations ambulatoires devrait impliquer la création d'une organisation compétente pour l'élaboration, le développement, l'adaptation et la maintenance des structures tarifaires dans ce domaine réunissant les partenaires tarifaires et les cantons, par analogie avec celle qui existe pour les structures tarifaires du domaine hospitalier stationnaire.
3. Afin de s'assurer de la bonne utilisation des fonds publics, les cantons doivent disposer d'un moyen efficace de contrôler la facturation des prestations ambulatoires. L'option de laisser les assureurs maladie effectuer eux-mêmes les contrôles n'est clairement pas satisfaisante. Les cantons doivent pouvoir vérifier les coûts mis à leur charge.
4. Les conséquences financières futures seraient très importantes pour que les cantons, notamment au vu de la forte croissance des coûts de l'ambulatoire par rapport au domaine hospitalier. Pourtant, l'avant-projet ne donne pas aux cantons les moyens appropriés pour planifier et contrôler l'offre ambulatoire. Cette lacune nous surprend d'autant plus que les cantons s'étaient déjà opposés en 2005 à un projet de modification de la LAMal similaire, justement par manque de possibilité de contrôle de l'offre ambulatoire notamment, comme le rappelle le rapport explicatif à la page 10. Il faut rappeler aussi le problème de violation du principe de l'équivalence fiscale qui avait été jugé comme critique par les cantons, mais qui n'est pas mentionné dans l'avant-projet.
5. La Confédération estime que l'impact de cette modification induira une légère hausse de primes pour certaines catégories d'assurés. Ceux-ci étant déjà concernés entre autres par la dernière modification de la LAMal qui visait à réduire les primes pour les enfants et les jeunes adultes. En outre, si le projet vise à faire baisser les coûts de la santé, il ne devrait pas provoquer une hausse de primes déjà élevées pour une part importante de la population.
6. Il ne ressort pas de l'avant-projet comment concrètement le financement uniforme inciterait davantage les assureurs et les cantons à introduire une tarification plus adéquate. L'avant-projet ne contient en effet aucune modification des articles de loi déterminant les tâches des parties dans le domaine des négociations tarifaires, en y donnant plus de place aux cantons par exemple.
7. L'entrée en vigueur encore incertaine de modifications légales (comme par exemple l'avant-projet permettant aux cantons de limiter l'admission des médecins à fournir des prestations ambulatoires dans un ou plusieurs domaines) mentionnées dans le rapport explicatif, laisse ouvertes beaucoup trop d'incertitudes pour qu'elles puissent être acceptées par les cantons comme moyen de contrôle efficace de l'offre ambulatoire.

Conclusion

Compte tenu de ce qui précède, le Conseil d'Etat estime que les modifications proposées ne constituent pas une réponse appropriée à cette problématique. Il n'implique, en l'état, qu'un transfert de charges entre les assureurs et les cantons, sans réelle plus-value.

Pour toute demande d'informations complémentaires, nous vous invitons à vous adresser à Monsieur Patrick Marchioni, conseiller économique auprès du Service de la santé publique du canton de Fribourg, patrick.marchioni@fr.ch, +41 26 305 29 14.

Nous vous prions de croire, Madame, Monsieur, à l'assurance de nos sentiments les meilleurs.

Au nom du Conseil d'Etat :


Georges Godel
Président




Danielle Gagnaux-Morel
Chancelière d'Etat

Copie

—
à Monsieur Patrick Marchioni (patrick.marchioni@fr.ch)
à Monsieur Alexandre Grandjean (alexandre.grandjean@fr.ch)



Genève, le 22 août 2018

Le Conseil d'Etat

3652-2018

Monsieur Thomas DE COURTEN
Président
Conseil national
Commission de la sécurité sociale et de
la santé publique
3003 Berne

Concerne : 09.528 Initiative parlementaire : Financement moniste des prestations de soins - ouverture de la procédure de consultation

Monsieur le Président,

Nous vous remercions de nous avoir consultés sur l'avant-projet de modification de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) intitulé « Financement uniforme des prestations ambulatoires et des prestations avec hospitalisation ».

Nous partageons avec votre commission le souci de freiner l'augmentation des coûts, notamment en encourageant un transfert des prestations du stationnaire vers l'ambulatoire. Toutefois, nous estimons que la modification de la LAMal soumise à consultation ne constitue pas un moyen adéquat d'atteindre cet objectif pour plusieurs raisons. Le projet entraînerait selon notre Conseil de graves conséquences négatives qui n'ont pas été anticipées. Il semble à ce stade inabouti et n'est pas acceptable tel quel.

Premièrement, le principal frein au transfert des prestations du stationnaire vers l'ambulatoire ne se situe pas au niveau de la répartition du financement, mais davantage dans les profondes disparités qui existent dans certains cas entre les rémunérations pour un acte effectué en ambulatoire ou en stationnaire. Ces disparités proviennent, d'une part, de l'existence de structures tarifaires différentes, et, d'autre part, de la possibilité, en stationnaire, de facturer des montants supplémentaires importants à l'éventuelle assurance complémentaire du patient. Les incitations erronées découlent principalement de ces deux éléments. Le financement des prestations effectuées, quant à lui, étant en pratique sans impact pour le fournisseur de prestations, son uniformisation ne peut être considérée comme une solution au frein du transfert du stationnaire vers l'ambulatoire.

Deuxièmement, il est difficilement envisageable pour les cantons de devoir assumer de nouvelles charges financières dans le secteur ambulatoire sans se voir dotés par la même occasion d'un instrument de pilotage et de planification des soins ambulatoires. Il est donc indispensable que l'éventuelle mise en place d'un financement uniforme soit accompagnée de la création d'un tel instrument. De même, afin de s'assurer de la bonne utilisation des

fonds publics, les cantons doivent disposer d'un moyen efficace de contrôler la facturation des prestations ambulatoires. L'option de laisser les assureurs maladie effectuer les contrôles n'est clairement pas satisfaisante. Les cantons doivent pouvoir vérifier eux-mêmes les coûts mis à leur charge.

Troisièmement, la participation du canton au financement des prestations ambulatoires doit impliquer, à notre sens, la création d'une organisation compétente pour l'élaboration, le développement, l'adaptation et la maintenance des structures tarifaires dans le domaine ambulatoire réunissant les partenaires tarifaires et les cantons, au même titre qu'il en existe une pour les structures tarifaires du domaine hospitalier stationnaire.

Quatrièmement, le projet reste muet sur des points essentiels : évaluation crédible et transparente du transfert de charge aux détriments des cantons, justification de l'augmentation proposée du financement par l'assurance de base des hôpitaux privés non listés, justification de la mise à l'écart de ce financement uniforme des soins de longue durée, etc.

Enfin, vous estimez que l'impact de cette modification induira une légère augmentation de primes pour certaines catégories d'assurés. Cette augmentation s'ajoutera à celle induite par la dernière modification de la LAMAI qui réduit les primes des enfants et jeunes adultes. En outre, si le projet vise à réduire les coûts de la santé, les primes ne devraient pas augmenter.

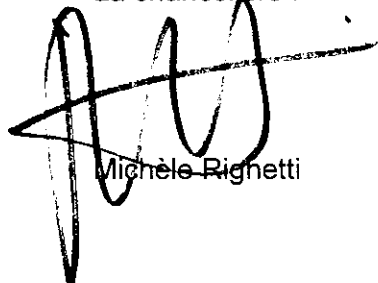
Ainsi, même si nous saluons l'effort des rédacteurs de cet avant-projet pour trouver une solution à l'augmentation continue des coûts de la santé, nous estimons que les modifications proposées ne constituent pas une réponse appropriée à cette problématique et n'impliquent, en l'état, qu'un transfert de charges entre les assureurs et les cantons, sans réelle plus-value pour le système de santé. Nous vous demandons donc de renoncer à ce projet dans son ensemble.

Notre Conseil serait en revanche prêt à entrer en matière sur un projet qui créerait les conditions de transparence et de gouvernance pour permettre un co-financement par les cantons des soins médicaux ambulatoires. La condition préalable sera que la LAMAI donne à ces cantons la possibilité de réguler l'offre ambulatoire de façon efficace.

Vous en souhaitant bonne réception, nous vous prions de croire, Monsieur le Président, à l'expression de notre meilleure considération.

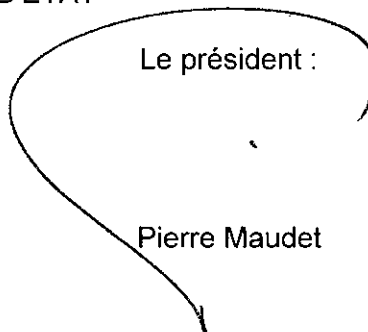
AU NOM DU CONSEIL D'ÉTAT

La chancelière :



Michèle Righetti

Le président :



Pierre Maudet

Annexe : formulaire

Copie à : abteilung-leistungen@bag.admin.ch

**Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal):
procédure de consultation**

Avis donné par

Nom / société / organisation : Département de l'emploi et de la santé/Direction générale de la santé

Abréviation de la société / de l'organisation : DES/DGS

Adresse : Rue Adrien-Lachenal 8 – 1207 Genève

Personne de référence : Monsieur Adrien BRON

Téléphone : +41 22 546 50 26

Courriel : adrien.bron@etat.ge.ch

Date : 23 juillet 2018

Remarques importantes :

1. Nous vous prions de ne pas modifier le formatage de ce formulaire !
2. Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision/Protéger un document/Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.
3. Utilisez une ligne par article, alinéa et lettre ou par chapitre du rapport explicatif.
4. Veuillez faire parvenir votre avis au **format Word** d'ici au **15 septembre 2018** à l'adresse suivante : abteilung-leistungen@bag.admin.ch
5. Le champ « nom/société » n'est pas obligatoire.

Nous vous remercions de votre collaboration!

**Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal):
procédure de consultation**

Commentaires généraux sur le projet de révision et sur le rapport explicatif	
nom/société	Commentaire / observation
République et Canton de Genève	Le Canton de Genève demande de renoncer à ce projet et le rejette dans son ensemble

Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision / Protéger un document / Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.

Regierungsrat
Rathaus
8750 Glarus

per E-Mail
abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Glarus, 14. August 2018
Unsere Ref: 2018-106

Vernehmlassung 09.528, Parlamentarische Initiative. Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus

Sehr geehrter Herr Kommissionspräsident
Sehr geehrte Damen und Herren

Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-NR) gab uns in eingangs genannter Angelegenheit die Möglichkeit zur Stellungnahme. Dafür danken wir und lassen uns gerne wie folgt vernehmen:

1. Grundsätzliche Einschätzung

Der Regierungsrat des Kantons Glarus unterstützt die Einführung der einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS) und die damit verfolgten drei Ziele (Verlagerung in den ambulanten Bereich, Stabilisierung der steuer- und prämienfinanzierten Finanzierungsanteile sowie Stärkung der sachgerechten Tarifierung).

Der unbestrittene finanzielle Fehlanreiz an der Schnittstelle zwischen stationären und ambulanten Behandlungen hat Fehl- und Überversorgung zur Folge. EFAS ist eine wichtige Reform, um das Gesundheitssystem in Richtung mehr Effizienz und Qualität weiterzuentwickeln und um Fehlanreize zu vermeiden. Mit EFAS wird die Verlagerung vom stationären in den kostengünstigeren ambulanten Bereich sozialverträglich vorangetrieben. Weil EFAS zudem alternative Versicherungsmodelle attraktiver macht, verleiht sie der Integrierten Versorgung zusätzlichen Schub.

Der Regierungsrat weist darauf hin, dass der Kanton Glarus zurzeit zusammen mit den Versichererverbänden auch die Durchführung eines Pilotprojekts für eine einheitliche Finanzierung prüft. Mit dem Pilotprojekt sollen folgende Ziele verfolgt werden:

- eine Regulierungsfolgenabschätzung für eine schweizweite Umsetzung von EFAS zu ermöglichen;
- das Effizienzpotenzial von EFAS zu beweisen und zu beziffern;
- bei den Kantonen Vertrauen zu bilden für eine schweizweite Umsetzung von EFAS;
- den Weg für Modelle der integrierten Versorgung zu ebnen.

2. Anmerkungen und Anträge zu einzelnen Bestimmungen

2.1. Finanzierungsmodell

Der Kanton Glarus präferiert für die Verteilung der Kantonsbeiträge das Modell der Kommissionsminderheit via Risikoausgleich. Dieses Finanzierungsmodell fördert die Effizienz der Versicherer und schont die Prämien der Versicherten stärker als das von der Kommissionsmehrheit vorgeschlagene kostenbasierte Modell.

2.2. Zahlstelle

Der Kanton Glarus unterstützt die beabsichtigte Neuregelung, wonach neu einzig die Versicherer die ambulanten und stationären Leistungen kontrollieren und vergüten sollen. Die bisherige, doppelspurige duale Rechnungsstellung ist zugunsten der dafür (mehrheitlich) kompetenten Versicherer aufzuheben. Der Kanton Glarus erhofft sich damit letztlich auch eine administrative und finanzielle Entlastung im Umfang von rund 80'000-100'000 Franken pro Jahr (personelle Ressourcen und IT-Kosten).

Die Versicherer haben damit aber neu zusätzlich und an Stelle des Kantons auch den zivilrechtlichen Wohnsitz der Versicherten (risikobasiertes Modell) bzw. der Patienten (kostenbasiertes Modell) zu überprüfen. Diese Überprüfung ist notwendig, da die bei den Versicherern hinterlegten Adressen nicht immer dem zivilrechtlichen Wohnsitz entsprechen. In der Vorlage ist daher die entsprechende Gesetzesgrundlage für einen Zugriff der Versicherer auf die kantonalen bzw. kommunalen Einwohnerregister vorzusehen.

Die Kantone müssen zudem die Möglichkeit haben, jederzeit Stichprobenkontrollen durchführen zu können und von der Revisionsstelle der Versicherer die Korrektheit der eingeforderten Kantonsmittel bestätigen zu lassen.

Antrag:

Das KVG ist dahingehend zu ergänzen, wonach die Versicherer zu verpflichten sind, den zivilrechtlichen Wohnsitz des Patienten zum Zeitpunkt der Leistungserbringung zu prüfen. Dafür ist ihnen ein Zugriff auf die kantonalen bzw. kommunalen Einwohnerregister zu gewähren.

Die Kantone können jederzeit Stichprobenkontrollen durchführen und von der Revisionsstelle der Versicherer die Korrektheit der eingeforderten Kantonsmittel verlangen.

2.3. Nationale Tariforganisation für ambulante Tarife

Nicht nur die Anzahl Leistungserbringer und Behandlungen, sondern auch die Tarifstrukturen (und die Preise) beeinflussen die Entwicklung des Leistungsvolumens im ambulanten Bereich massgeblich. Die Aktualität der Tarifstrukturen und die Professionalität von deren Pflege sind dafür entscheidend. Die Tarifpartner und die Kantone sollen deshalb auch im ambulanten Leistungsbereich verpflichtet werden, eine einzige Tariforganisation einzusetzen, welche in Zukunft für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege von Einzelleistungs- und gegebenenfalls auch Pauschaltarifstrukturen im ambulanten Bereich zuständig ist. Die Organisation soll die erarbeiteten Strukturen und ihre Anpassungen dem Bundesrat zur Genehmigung unterbreiten. Dies entspricht der von der Expertenkommission "Kostendämpfungsmassnahmen" vorgeschlagenen Massnahme M34. Die Kantone sind aufgrund der geforderten Mitfinanzierung im ambulanten Bereich an der Organisation zwingend tripartit zu beteiligen.

Die nationale Tariforganisation für ambulante Tarife hat ferner zu gewährleisten, dass die Tarife sämtliche gemäss den WZW-Kriterien erbrachten OKP-Leistungen durch die OKP auch vergütet werden. Heute besteht die unhaltbare Situation, dass die Tarifstrukturen in einzelnen Bereichen – wie bspw. der Kinder- und Jugendpsychiatrie oder der psychiatrischen Tageskliniken – auch bei einer effizienten Leistungserbringung ungedeckte Kosten entstehen lassen, die ausserhalb der Tarifstruktur durch die öffentliche Hand finanziert werden müssen. Die Einführung des Monismus bedingt zweckmässigerweise eine sachgerechte Tarifierung. Es kann nicht sein, dass die Kantone als Mitfinanzierer nachweislich nicht kostendeckende Tarife mit öffentlichen Mitteln subventionieren müssen. Dies widerspricht dem Grundgedanken des Monismus diametral.

Antrag:

Das KVG ist dahingehend zu ergänzen, wonach eine nationale Tariforganisation für ambulante Tarife unter Einbezug der beiden Finanzierer Einzelleistungs- und Pauschaltarifstrukturen zu erarbeiten hat, welche vom Bundesrat zu genehmigen sind.

2.4. Steuerung des Versorgungsangebots (Leistung, Menge und Qualität)

Der Kanton Glarus unterstützt die Forderung des GDK-Vorstandes in seiner Stellungnahme vom 28. Juni 2018, wonach die Kantone Instrumente benötigen, um bei einem Überangebot (über den Bedarf hinausgehend) sowohl in Bezug auf die ärztlichen Fachdisziplinen als auch hinsichtlich der regionalen Verteilung intervenieren zu können. Der Entwurf des Bundesrates zur Teilrevision des KVG vom 9. Mai 2018 ist deshalb für die Neuzulassungen notwendig. In Bezug auf die bestehende ambulante Versorgung gibt der Entwurf des Bundesrates zudem die Möglichkeit, Kriterien wie den Nachweis einer Fortbildung und die Teilnahme an Qualitätsprogrammen festzulegen, die heute zugelassene Ärztinnen und Ärzte erfüllen müssen, um weiterhin zulasten der OKP tätig sein zu können, und bei deren Nichterfüllung ihnen gegebenenfalls befristet oder definitiv die Zulassung entzogen werden kann.

Hingegen ist für die Kantone noch keine Möglichkeit vorgesehen, aus Bedarfsgründen eine bestehende Zulassung aufzuheben. Die Mitfinanzierung der ambulanten Leistungen aus Steuergeldern sollte auf einer effizienten Versorgung beruhen. Um eine solche sicherzustellen, muss den Kantonen deshalb auch die Möglichkeit eines Zulassungsentzugs aufgrund eines über dem Bedarf liegenden Versorgungsangebotes zur Verfügung stehen. Im stationären Bereich wird die bedarfsgerechte Planung und Steuerung bereits heute umgesetzt, was nicht zuletzt auch notwendige Strukturbereinigungen zur Folge hatte und hat.

Es ist sicherzustellen, dass die vom Bundesrat vorgeschlagene Nachfolgeregelung zur geltenden befristeten Zulassungsbeschränkung ohne Regulierungsunterbruch in Kraft gesetzt werden und vorgängig zu einer neuen Finanzierung bereits Wirkung entfalten kann.

Weiter ist eine bundesgesetzliche Grundlage sowie der Zugang zu den notwendigen Datengrundlagen zu schaffen, damit die Kantone das gesamte ambulante und spitalambulante Leistungsangebot analog zum stationären Bereich mitsteuern können. So kann der heute beobachtete Trend, dass das Leistungsangebot und mit ihm das Leistungsvolumen über den medizinischen Bedarf der Bevölkerung hinauswächst und vermehrt in den ambulanten Sektor ausweicht, wirksam gestoppt werden.

Hinsichtlich der Steuerung des Versorgungsangebots weisen wir auch darauf hin, dass die Vorlage der SGK-NR eine stärkere OKP-Finanzierung von reinen Vertragsspitalen vorsieht. Erhielten Vertragsspitaler bisher lediglich 45 Prozent der Vergütung nach Artikel 49 Absatz 1 KVG, erhalten sie neu 74,5 Prozent. Damit werden die Steuerungsmöglichkeiten der Kantone im Rahmen der Spitalplanung geschwächt, was der geforderten stärkeren Steuerungs-

möglichkeiten widerspricht. Wir unterstützen daher den Minderheitsantrag betreffend Artikel 49a KVG, der die Vergütung von Vertragsspitalern auf den heute bestehenden 45 Prozent der Vergütung nach Artikel 49 Absatz 1 KVG belässt.

2.5. *Einheitliche Finanzierung im Langzeitpflegebereich*

Auch im Langzeitbereich und an den Schnittstellen zwischen medizinischer Akutversorgung und Pflege sind Fehlanreize zu beobachten. Ob eine Pflegeleistung ambulant oder stationär erbracht wird, sollte weder von der Finanzierung, noch von den Tarifen abhängen, sondern sich nach dem effizientesten Pflegesetting richten. Und auch ob jemand früher oder später aus der Spitalversorgung in die Pflege entlassen wird, soll keine Frage der unterschiedlichen Finanzierung in den beiden Bereichen sein. Aufgrund der seit Jahren unveränderten OKP-Beiträge und den im Gegensatz dazu steigenden Kosten für die Restfinanzierung werden Kantone und Gemeinden im Bereich der Pflege finanziell immer stärker belastet. Die Richtung der Belastungsverschiebungen ist deshalb gegenüber der Spitalfinanzierung gerade umgekehrt. Eine Ausweitung der einheitlichen Finanzierung auf die Leistungen von Pflegeheimen und Spitex ist nur konsequent. Auch im Hinblick auf die notwendige Stärkung der koordinierten Versorgung ist sie ein wesentliches Element der Reform.

Die Begründung der SGK-NR für den Ausschluss der Pflegeleistungen aus der Reform, wonach diese auszunehmen aufgrund der besonderen Regeln der am 1. Januar 2011 in Kraft getretenen Neuordnung der Pflegefinanzierung auszunehmen sei, mag hier nicht zu überzeugen. Einerseits betrifft EFAS wie erläutert auch die Pflege, andererseits trat die nun zu reformierende fix-duale Spitalfinanzierung erst ein Jahr später per 1. Januar 2012 in Kraft. Sie widerspricht auch dem Ziel der Vorlage, die steuer- und die prämienfinanzierten Finanzierungsanteile an den OKP-Leistungen zu stabilisieren.

Der Regierungsrat des Kantons Glarus fordert daher, dass auch die Langzeitpflege in die Reform eingeschlossen werden. Er ist aber offen, für eine zeitliche versetzte Umsetzung von EFAS im Langzeitbereich (z. B. 5 Jahre nach Inkrafttreten von EFAS im Akut-, Rehabilitations- und Psychatriebereich). Der Einbezug der Langzeitpflege ist aber in den Übergangsbestimmungen bereits jetzt gesetzlich zu verankern und eine Anpassung des Kostenteilers unter Einbezug der Kosten der OKP für die Pflegeleistungen nach Artikel 25a Absatz 1 KVG und Artikel 7 KLV und der Beiträge der Kantone und Gemeinden im Rahmen der KVG-Restfinanzierung vorzusehen.

Antrag:

Das KVG ist in den Übergangsbestimmungen dahingehend zu ergänzen, wonach auch die Langzeitpflege nach einer Übergangsfrist nach dem Monismus-Prinzip zu finanzieren ist.

2.6. *Kostenteiler*

Die Vorlage sieht einen landesweit einheitlichen minimalen Kantonsbeitrag von 25,5 Prozent der Nettoleistungen der Versicherer vor, also nach Abzug der Kostenbeteiligung der Versicherten. Es wird zudem erwähnt, dass der Prozentsatz des minimalen Kantonsbeitrags grundsätzlich mit möglichst neuen Daten festgelegt werden soll, basierend auf dem Durchschnitt der letzten vier verfügbaren Jahre.

Der Regierungsrat des Kantons Glarus weist darauf hin, dass heute diverse OKP-Leistungen stationär erbracht werden, obwohl sie gemäss den WZW-Kriterien mehrheitlich ohne weiteres auch ambulant durchgeführt werden können. Mehrere Kantone haben daher seit dem 1. Juli 2017 kantonale Regelungen betreffend "ambulant vor stationär" eingefügt. Per 1. Januar 2019 hat nun auch der Bundesrat sechs Gruppen von Eingriffen definiert, die nur noch ambulant durchgeführt werden, ausser es liegen besondere Umstände vor. Wie erste Ergebnisse im Kanton Luzern nahelegen, profitieren von den tieferen Behandlungskosten einerseits die Kantone, aber auch die Versicherer. Die Ergebnisse legen ferner nahe, dass heute

zu viele Leistungen unnötig stationär erbracht werden. In der Konsequenz ist der berechnete Kantonsanteil heute zu hoch, da die Versicherer ihrer Aufgabe, die WZW-Kriterien zu gewährleisten, unzureichend nachgekommen sind. Der Kanton Glarus fordert daher, dass diese potentielle, vom Gesetz verlangte Verschiebung von Leistungen in den ambulanten Bereich bei der Berechnung des Kantonsanteils berücksichtigt wird. Der Kantonsanteil würde sich demnach reduzieren und der Versichereranteil noch erhöhen.

Antrag:

Der Kantonsanteil von 25,5 Prozent gemäss Art. 60 Abs. 4 nKVG ist nochmals zu überprüfen.

Genehmigen Sie, sehr geehrter Herr Kommissionspräsident, sehr geehrte Damen und Herren, den Ausdruck unserer vorzüglichen Hochachtung.

Freundliche Grüsse

Für den Regierungsrat



Dr. Andrea Bettiga
Landammann



Hansjörg Dürst
Ratsschreiber

E-Mail an (PDF- und Word-Version): abteilung-leistungen@bag.admin.ch

versandt am: **14. Aug. 2018**



Sitzung vom

04. September 2018

Mitgeteilt den

04. September 2018

Protokoll Nr.

690

Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates
c/o Bundesamt für Gesundheit

Per E-Mail (PDF und Word) zustellen an: abteilung-leistungen@bag.admin.ch

09.528 Parlamentarische Initiative. Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus – Stellungnahme

Sehr geehrter Herr Präsident

Sehr geehrte Damen und Herren Nationalrätinnen und Nationalräte

Mit Schreiben vom 15. Mai 2018 haben Sie uns den Vorentwurf zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung unter dem Titel "Einheitliche Finanzierung der Leistungen im ambulanten und im stationären Bereich" zur Vernehmlassung unterbreitet. Für die Möglichkeit zur Stellungnahme bedanken wir uns und nehmen wie folgt Stellung:

Der Kanton Graubünden lehnt den Vorentwurf zur einheitlichen Finanzierung der Leistungen im ambulanten und stationären Bereich wie von der SGK-NR vorgelegt bezugnehmend auf nachstehende Ausführungen ab.

1. Kostenneutralität für den Kanton Graubünden nicht gegeben

Die Vorlage der SGK-NR erwartet ein kostenneutraler Übergang für die Gesamtheit der Kantone, nachweislich dargelegt ist dieser jedoch nicht. Nicht erwartet wird jedoch die Kostenneutralität für die einzelnen Kantone.

Die Behandlungen im Kanton Graubünden sind bereits heute im Sinne einer effizienten Gesundheitsversorgung ausgelegt. Die Umsetzung des Vorentwurfs würde diese fortschrittliche Ausrichtung abstrafen. Mit dem in der Vorlage vorgesehenen kantonalen Mitfinanzierungsanteil von 25.5 % ist die Kostenneutralität für den Kanton Graubünden nicht gewährleistet. Für den Kanton würden diesfalls auf Basis der aktuellsten zur Verfügung stehenden Daten der Krankenversicherer Mehrkosten von rund 21. Mio. Franken pro Jahr resultieren.

2. Kanton Graubünden benötigt Angaben bezüglich des Wohnsitzes der Versicherten

Gemäss Art. 19f des Krankenpflegegesetzes des Kantons Graubünden hat sich die Gemeinde, in welcher die behandelte Person ihren zivilrechtlichen Wohnsitz hat, mit zehn Prozent am Anteil der öffentlichen Hand an den zwischen den Krankenversicherern und den Spitälern und Geburtshäusern vereinbarten oder hoheitlich festgelegten Vergütungen für stationäre KVG-Pflichtleistungen zu beteiligen.

Damit diese Bestimmung umgesetzt werden kann, sind die Krankenversicherer gesetzlich zu verpflichten, auf der den Kantonen zur Rechnungskontrolle zuzustellenden Kosten- und Leistungsdaten (siehe dazu Anforderung 4 der GDK) auch den aktuellen Wohnsitz der versicherten beziehungsweise behandelten Person sowie deren AHV-Nummer aufzuführen.

Die AHV-Nummer ist in der kantonalen Personendatenplattform (GERES) hinterlegt und kann somit für die Kontrolle des Wohnsitzes verwendet werden.

Gemeindespezifische Daten sind auch erforderlich zur Prüfung, ob versicherte Personen und damit deren Kostenbeteiligung vom Krankenversicherer und/oder dem Leistungserbringer dem richtigen Kanton zugewiesen werden. Die vom Kanton Graubünden in der Vergangenheit durchgeführten Kontrollen haben immer wieder ergeben, dass dem bereits im heutigen System nicht so ist. Beispielsweise werden versicherte Personen mit Wohnsitz in einer Ortschaft mit einer 7000er Postleitzahl regelmässig fälschlicherweise dem Kanton Graubünden zugeordnet.

Die Angabe des Wohnsitzes auf den Rechnungen der Krankenversicherer verringert den administrativen Aufwand zur Abklärung der Zahlungspflicht des Kantons. Entsprechend handelt es sich nicht nur um ein Graubünden spezifisches Anliegen, sondern letztlich um ein gesamtschweizerisches Anliegen. Das Anliegen gewinnt da-

durch, dass die Zahlungspflicht der Kantone auf die ambulanten Behandlungen ausgedehnt werden soll, deutlich an Dimension.

Die Angabe des aktuellen Wohnsitzes und der AHV-Nummer der behandelten Person auf den Rechnungen der Krankenversicherer dient weiter der Kontrolle der Anspruchsberechtigung der betreffenden Person auf Prämienverbilligung im Kanton Graubünden. Für den Anspruch auf Prämienverbilligung im Kanton ist neben einigen Ausnahmen der Wohnsitz im Kanton erforderlich. Personen mit Anspruch auf Prämienverbilligung wechseln häufig den Wohnsitz in andere Kantone. Die Angabe des Wohnsitzes auf den Rechnungen der Krankenversicherer erleichtert die Abklärung, ob die behandelte Person immer noch im Kanton Graubünden Anspruch auf Prämienverbilligung hat, wie auch die Überweisung der Prämienverbilligung.

3. Weitere Ausführungen

In Ergänzung zu den obgenannten kantonsspezifischen Ausführungen schliesst sich der Kanton Graubünden der Stellungnahme der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirektoren (GDK) vom 28. Juni 2018 an. Vorgenannte Stellungnahme der GDK bildet entsprechend integrierter Bestandteil der Stellungnahme des Kanton Graubünden.

Der Kanton Graubünden verlangt in Übereinstimmung mit der GDK eine vollständige Überarbeitung der aktuellen Vorlage. Die Regierung ist bereit, Modelle der einheitlichen Finanzierung, welche die obigen Anforderungen erfüllen, ohne Vorurteile zu prüfen.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen.



Namens der Regierung
Der Präsident:

Dr. Mario Cavigelli

Der Kanzleidirektor:

Daniel Spadin

Hôtel du Gouvernement – 2, rue de l'Hôpital, 2800 Delémont

Envoi par courriel
Office fédéral de la santé publique
Division prestations

abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Hôtel du Gouvernement
2, rue de l'Hôpital
CH-2800 Delémont

t +41 32 420 51 11
f +41 32 420 72 01
chancellerie@jura.ch

Delémont, le 4 septembre 2018

Prise de position du Gouvernement de la République et Canton du Jura dans le cadre de la procédure de consultation sur l'initiative parlementaire 09.528 Financement moniste des prestations de soins

Madame, Monsieur,

Le Gouvernement jurassien vous remercie de lui donner la possibilité, par votre lettre du 15 mai 2018, de prendre position sur l'avant-projet de modification de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) intitulée « Financement uniforme des prestations ambulatoires et des prestations avec hospitalisation ».

Le Gouvernement jurassien partage, sur le fond, l'ensemble des remarques formulées par la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) et il insiste particulièrement sur les remarques suivantes :

- Le Canton du Jura a introduit, le 1^{er} juillet 2018, une liste des prestations privilégiant la prise en charge ambulatoire au lieu de stationnaire (AVOS) ; il est donc favorable à encourager encore davantage le transfert des prestations du stationnaire vers l'ambulatoire, indépendamment de l'introduction d'un financement uniforme. Toutefois, le Gouvernement estime que la modification de la LAMal soumise à consultation ne constitue pas un moyen adéquat ni suffisant pour freiner l'augmentation des coûts et il estime très risqué de présenter le projet sous cet angle car toutes les conséquences négatives liées à ce projet n'ont pas été anticipées.
- Le principal frein au transfert des prestations du stationnaire vers l'ambulatoire ne se situe pas au niveau de la répartition du financement, mais davantage dans les profondes disparités qui existent dans certains cas entre les rémunérations pour un acte effectué en ambulatoire ou en stationnaire. Ces disparités proviennent, d'une part, de l'existence de structures tarifaires différentes et, d'autre part, de la possibilité, en stationnaire, de facturer des montants supplémentaires importants à l'éventuelle assurance complémentaire du patient. Le projet ne prévoyant aucune modification quant à la structure du financement des prestations, il est illusoire de penser qu'il aura un impact pour le fournisseur et sur les coûts. Dans ce sens, l'élaboration, le développement, l'adaptation et la maintenance des structures

tarifaires dans le domaine ambulatoire devraient être totalement revus en réunissant les partenaires tarifaires et les cantons (au même titre que SwissDRG pour le stationnaire).

- Il est difficilement envisageable pour les cantons de devoir assumer de nouvelles charges financières dans le secteur ambulatoire sans se voir dotés par la même occasion d'un instrument de pilotage et de planification des soins ambulatoires. Cet instrument devrait s'appliquer non seulement aux médecins, mais également aux autres fournisseurs de soins, ainsi qu'aux prestataires de soins à domicile. Il est donc indispensable que l'éventuelle mise en place d'un financement uniforme soit accompagnée de modifications légales permettant la création d'un tel instrument.
- Dans le secteur hospitalier stationnaire, les cantons connaissent précisément les coûts à leur charge (55%) car ils contrôlent la facturation des prestations et peuvent en extraire des statistiques afin de s'assurer de la bonne utilisation des fonds publics, d'une part, et de disposer de données notamment pour la planification, d'autre part. Il est indispensable, en cas de financement uniforme, que les cantons disposent du même niveau d'information pour les prestations ambulatoires que pour les prestations stationnaires actuellement. L'option de laisser les assureurs maladie effectuer les contrôles n'est clairement pas envisageable.
- Le Gouvernement insiste également sur la nécessité de maintenir les outils à disposition des cantons pour réguler l'offre hospitalière stationnaire.
- L'estimation des incidences financières n'est pas suffisante dans le projet mis en consultation. Une évaluation de l'impact pour chaque canton, sur la base d'une méthodologie clairement explicitée, est indispensable pour aller de l'avant dans un projet de financement uniforme. La neutralité financière doit pouvoir être garantie **pour chaque canton** à l'entrée en vigueur de la modification de la loi.

En conclusion, le Gouvernement jurassien salue l'effort des rédacteurs de cet avant-projet pour trouver une solution à l'augmentation continue des coûts de la santé, mais il estime que les modifications proposées ne constituent pas une réponse appropriée à cette problématique et n'impliquent, en l'état, qu'un transfert de charges entre les assureurs et les cantons, sans réelle plus-value pour le système de santé. Il demande donc de renoncer à ce projet dans son ensemble.

Le Gouvernement jurassien ne rejette toutefois pas l'idée d'un financement uniforme, mais s'oppose à un modèle qui n'intègre pas l'ensemble des prestations médicales, de soins et thérapeutiques, aussi bien stationnaires qu'ambulatoires et qui permette aux cantons de réguler de façon efficace les prestations qu'ils cofinancent.

En vous remerciant de l'avoir consulté, le Gouvernement jurassien vous présente, Madame, Monsieur, l'expression de ses sentiments distingués.

AU NOM DU GOUVERNEMENT DE LA
RÉPUBLIQUE ET CANTON DU JURA

David Eray
Président




Gladys Winkler Docourt
Chancelière

Annexe : formulaire

**Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal):
procédure de consultation**

Avis donné par

Nom / société / organisation : République et Canton du Jura

Abréviation de la société / de l'organisation : RCJU

Adresse : Service de la santé publique, Fbg des Capucins 20, 2800 Delémont

Personne de référence : Nicolas Pétremand, chef de service

Téléphone : +41 32 420 51 20

Courriel : secr.ssa@jura.ch

Date :

Remarques importantes :

1. Nous vous prions de ne pas modifier le formatage de ce formulaire !
2. Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision/Protéger un document/Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.
3. Utilisez une ligne par article, alinéa et lettre ou par chapitre du rapport explicatif.
4. Veuillez faire parvenir votre avis au **format Word** d'ici au **15 septembre 2018** à l'adresse suivante : abteilung-leistungen@bag.admin.ch
5. Le champ « nom/société » n'est pas obligatoire.

Nous vous remercions de votre collaboration!

**Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal):
procédure de consultation**

Commentaires généraux sur le projet de révision et sur le rapport explicatif	
nom/société	Commentaire / observation
RCJU	La République et Canton du Jura demande de renoncer à ce projet et le rejette dans son ensemble

Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision / Protéger un document / Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.



Gesundheits- und Sozialdepartement

Bahnhofstrasse 15
Postfach 3768
6002 Luzern
Telefon 041 228 60 84
gesundheit.soziales@lu.ch
www.lu.ch

E-Mail

Nationalrat
Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit
CH-3003 Bern

Luzern, 7. September 2018

Protokoll-Nr.: 873

**Stellungnahme zum Vorentwurf der SGK-NR vom 19. April 2018 zur
Änderung des KVG (einheitliche Finanzierung Pa. Iv. 09.528)**

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit, zum Vorentwurf «Einheitliche Finanzierung der Leistungen im ambulanten und im stationären Bereich» Stellung zu nehmen. Im Namen und Auftrag des Regierungsrates tun wir dies wie folgt:

1. Allgemeine Beurteilung

1.1 Es werden nur Kosten verschoben und nicht gespart

Das Hauptproblem bei den Gesundheitskosten ist nicht deren Zusammensetzung und Verteilung auf die einzelnen Finanzierungsquellen, sondern die Entwicklung der Gesamtkosten. Die vorgeschlagene Revision ändert aber lediglich die Finanzierung und beschränkt sich auf die Umleitung von Finanzströmen. Vor diesem Hintergrund ist die Vorlage klar ungenügend.

Um das Kostenwachstum zu bremsen, müssen in erster Linie bestehende Fehlanreize beseitigt werden. Solche gibt es vor allem bei der Tarifstruktur und Tarifhöhe sowie aufgrund des Versicherungsstatus der Patientinnen und Patienten. Gerade hier bringt die Vorlage aber keinerlei Verbesserungen. Denn für die Leistungserbringer ist es unerheblich, ob die Kosten aus einer oder aus zwei Quellen entschädigt werden.

Es ist nicht bestritten, dass die einheitliche Finanzierung für die Versicherer einen Anreiz schaffen würde, neue Versicherungsmodelle im Sinne der integrierten Versorgung anzubieten. Allerdings ist es keineswegs sicher, dass die Krankenversicherer dies auch tatsächlich tun werden, und andererseits haben sie diese Möglichkeiten bereits heute. Als Sozialversicherung sollten sie diese Aufgabe auch ohne speziellen finanziellen Anreiz wahrnehmen.

Ein wesentlicher Nachteil ist schliesslich auch, dass die Bereiche Spitex und Pflegeheime in der aktuellen Vorlage nicht eingeschlossen sind, obwohl hier bezüglich Zusammenarbeit der Leistungserbringer entlang der Behandlungskette der grösste Bruch zu beobachten ist.

Und schliesslich führt die vorgeschlagene monistische Finanzierung zu einer ungewollten Besserstellung der Vertragsspitäler. Diese erhalten neu mindestens 74,5% statt wie bisher 45 % durch die obligatorische Krankenversicherung mitfinanziert. Für einige Spitäler könnte es interessant werden, sich den strengen Vorgaben als Listenspital zu entziehen und als Vertragsspital tätig zu sein. Damit wird gerade ein falscher Anreiz gesetzt.

1.2 Kostenfolgen für die Kantone intransparent und nicht verkräftbar

Mittelfristig bedeutet die vorgeschlagene Revision eine erhebliche finanzielle Mehrbelastung für die Kantone, auch bei einer kostenneutralen Einführung. Denn bekanntlich steigen die Kosten im ambulanten Bereich deutlich schneller als im stationären. Damit wird eine Verschärfung der bestehenden Tendenz in Kauf genommen. Der Beitrag der Kantone an die Gesundheitskosten stieg in den letzten 20 Jahren von rund 6 Mrd. Franken auf 16 Mrd. Franken. Die Mehrausgaben der Kantone und namentlich des Kantons Luzern lassen sich nicht mit einer Steuererhöhung finanzieren. Die Mehrkosten führten unweigerlich zu Sparmassnahmen im Gesundheitsbereich oder zu Sparmassnahmen in andern staatlichen Aufgabenbereichen.

Für die einzelnen Kantone wäre der Übergang im Übrigen alles andere als kostenneutral. Für VD und GE entstünden beispielsweise gemäss Schätzungen des Bundesamts für Gesundheit mit einem Schlag Mehrkosten von rund 100 Millionen Franken, während andere Kantone wie etwa AG, SG oder BE mit rund 40 Millionen weniger Ausgaben rechnen könnten. Die Gründe für diese grossen Unterschiede sind vielfältig. Zum einen spielt sicher die unterschiedliche Inanspruchnahme des ambulanten und stationären Angebots eine Rolle und zum andern sind es auch willkürliche Elemente wie etwa der unterschiedliche Taxpunktwert, der heute in den verschiedenen Kantonen gilt. Generell würden jene Kantone, die sich schon heute besonders stark für die Vermeidung unnötiger stationärer Spitalaufenthalte einsetzen, eher belastet. Für Luzern wäre die Umstellung aufgrund der Zahlen von 2016 mit gut 2 Millionen Minderkosten heute etwa kostenneutral. Allerdings setzt sich der Kanton seit gut einem Jahr dafür ein, dass unnötige stationäre Spitalaufenthalte vermieden werden und dafür würde er mit dem vorgeschlagenen Modell bestraft.

Generell muss auch festgestellt werden, dass die Berechnungen der Kantonsbeiträge nicht nachvollziehbar sind und der kantonale Mitfinanzierungsanteil von 25,5 % nicht überprüfbar ist. Eine vertiefte Auseinandersetzung mit der Vorlage über die rein finanziellen Auswirkungen ist für die Kantone unter diesen Voraussetzungen nicht möglich.

1.3 Mangelnde Steuerungs- und Kontrollmöglichkeit der Kantone

Und schliesslich sei festgestellt, dass der Vorschlag der SGK-NR bedeuten würde, dass die Kantone mit den geschätzten 7,7 Mia. Franken rund 10 % ihrer Fiskaleinnahmen an die Krankenversicherer überweisen müssten, ohne dass sie eine Möglichkeit haben, über die sachgerechte und effiziente Verwendung dieser Mittel zu bestimmen oder diese zu kontrollieren. Mit der Umsetzung des vorliegenden Vorschlags würde somit die fiskalische Äquivalenz verletzt und damit ein Konflikt mit der Bundesverfassung geschaffen.

Wenn die Kantone die ambulanten Leistungen mitfinanzieren sollen, müssen sie auch das Versorgungsangebot im ambulanten Bereich beeinflussen können. Dies ist jedoch in der Vorlage nicht vorgesehen.

2. Anforderungen für die Einführung einer monistischen Finanzierung

2.1 Die finanzielle Belastung der einzelnen Kantone muss in der Überführung und auch während einer bestimmten Zeit nach der Einführung überprüfbar kostenneutral sein.

Die Kostenneutralität muss also nicht nur für die Gesamtheit der Kantone und im Übergang, sondern auch für jeden einzelnen Kanton und während einer bestimmten Zeit gewährleistet werden. Damit erst wird eine verlässliche Finanz- und Versorgungsplanung möglich. Ansonsten werden gerade jene Kantone stärker belastet, deren Versorgungs- und Patientenstrukturen heute im Sinne einer effizienteren Gesundheitsversorgung überdurchschnittlich stark auf ambulante Behandlungen ausgelegt sind. Dieser Effekt könnte die Bestrebungen der Kantone zur weiteren Verlagerung in den ambulanten Bereich bis zum Zeitpunkt des Inkrafttretens und damit letztendlich auch einer wirksamen Kostendämpfungsmassnahme im Wege stehen.

Es ist unabdingbar, dass sämtliche Daten und Methoden, die der Ermittlung des gesetzlichen kantonalen Mindestanteils zugrunde liegen, transparent aufgezeigt werden. Nur so sind die Kantone in der Lage, die Konsequenzen der Umstellung auf eine einheitliche Finanzierung für ihre Haushalte zu prüfen und zu beziffern. Nur so kann das Parlament der Öffentlichkeit gegenüber Rechenschaft ablegen, welche Folgen die Vorlage für sie als Steuer- und Prämienzahler haben wird.

Dabei ist auch aufzuzeigen, dass die Kantone jährlich zusätzlich noch mit mehreren Milliarden Franken zur Finanzierung der Gesamtkosten im Gesundheitswesen beitragen, nämlich im Rahmen der individuellen Prämienverbilligung, der Finanzierung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen der Spitäler und der Prävention, sowie als Träger der Verwaltungskosten der kantonalen gesundheitspolitischen und gesundheitspolizeilichen Aufgaben.

2.2 Den Kantonen muss das Instrumentarium gegeben werden, auch das ambulante Versorgungsangebot (Leistung, Menge und Qualität) gezielt zu beeinflussen.

Wenn die Kantone den im Vergleich zum stationären Sektor zurzeit stärker wachsenden ambulanten Sektor neu ebenfalls mit einem fixen (d. h. nicht reduzierbaren) Schlüssel mitfinanzieren sollen, müssen sie bei einem Überangebot sowohl in Bezug auf die ärztlichen Fachdisziplinen als auch hinsichtlich der regionalen Verteilung intervenieren können.

Es ist sicherzustellen, dass die vom Bundesrat vorgeschlagene Nachfolgeregelung zur geltenden befristeten Zulassungsbeschränkung ohne Regulierungsunterbruch in Kraft gesetzt werden und vorgängig zu einer neuen Finanzierung bereits Wirkung entfalten kann.

Weiter ist eine bundesgesetzliche Grundlage sowie der Zugang zu den notwendigen Datengrundlagen zu schaffen, damit die Kantone das gesamte ambulante und spitalambulante Leistungsangebot analog zum stationären Bereich mitsteuern können. So kann der heute beobachtete Trend, dass das Leistungsangebot und mit ihm das Leistungsvolumen über den medizinischen Bedarf der Bevölkerung hinauswächst und vermehrt in den ambulanten Sektor ausweicht, wirksam gestoppt werden.

2.3 Die Rechnungen im stationären Bereich müssen analog zu heute abgewickelt werden. Die Rechnungstellung im ambulanten Bereich muss aufgrund der für die Kantonsbevölkerung effektiv erbrachten Leistungen erfolgen.

Stellt der Leistungserbringer künftig nur noch eine einzige Rechnung (an den Versicherer) anstelle von zwei (an Versicherer und Kanton), erfährt er höchstens einen marginalen Effizienzgewinn. Hingegen ist der Verlust an Information und an Kontrollmöglichkeiten für den Kanton sehr gross. Es gibt deshalb auch mit einem neuen Kostenteiler keinen Grund, im stationären Bereich an der bisherigen dualen Rechnungsstellung an Krankenversicherer und Wohnkanton etwas zu ändern. Hingegen kann es im ambulanten Bereich angesichts der sehr hohen Anzahl an Einzelrechnungen sinnvoll sein, eine einzige Rechnungs- und Zahlstelle zu definieren und den Finanzierern die Möglichkeit zur Kontrolle des auf sie entfallenden Rechnungsbetrags einzuräumen (vgl. dazu 2.4).

2.4 Es muss eine Kontrollmöglichkeit für die Kantone in Bezug auf die korrekte Abrechnung geschaffen werden, beispielsweise durch die Schaffung eines gemeinsamen Organs (Krankenversicherer / Kantone), welches dies sicherstellt.

Bei einer durchgängig dualen Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen durch Krankenversicherer und Kantone kann die Rechnungskontrolle nicht mehr alleinige Aufgabe der Versicherer sein. Beispiel könnte Deutschland sein. Dort sind bereits heute länderspezifisch gemeinsam getragene Medizinische Dienste der Krankenversicherung (MDK) eingerichtet, welche durch die Kostenträger beanstandete oder kritische Rechnungen unabhängig und nach gemeinsam festgelegten Kriterien überprüfen.

2.5 Es wird eine nationale Tariforganisation für ambulante Tarife gesetzlich vorgeschrieben, an welcher die Kantone paritätisch beteiligt sind.

Nicht nur die Anzahl Leistungserbringer und Behandlungen, sondern auch die Tarifstrukturen (und die Preise) beeinflussen die Entwicklung des Leistungsvolumens im ambulanten Bereich massgeblich. Die Aktualität der Tarifstrukturen und die Professionalität von deren Pflege sind dabei entscheidend. Die Tarifpartner und die Kantone sollen deshalb verpflichtet werden, im ambulanten Leistungsbereich eine einzige Tariforganisation einzusetzen, welche für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege von Einzelleistungs- und gegebenenfalls auch Pauschaltarifstrukturen im ambulanten Bereich zuständig ist. Die Organisation soll die erarbeiteten Strukturen und ihre Anpassungen dem Bundesrat zur Genehmigung unterbreiten. Dies entspricht der von der Expertenkommission «Kostendämpfungsmassnahmen» vorgeschlagenen Massnahme M34. Die Kantone sind aufgrund der geforderten Mitfinanzierung im ambulanten Bereich an der Organisation zwingend zu beteiligen.

2.6 Fehlanreize infolge Verknüpfung der vertraglichen Vereinbarungen der Tarifpartner im Grund- und Zusatzversicherungsbereich werden konsequent eliminiert.

Es gilt zu verhindern, dass die Tarifpartner in den Tarifverhandlungen den Grund- und den Zusatzversicherungsbereich miteinander verknüpfen und Bedingungen aushandeln können, die ihre Ertragslage insgesamt verbessern, jedoch einer optimalen Leistungsallokation in der OKP sowie der korrekten (kostendeckenden) Abgeltung der OKP-Leistungen zuwiderlaufen. Eine stärkere Trennung von Grund- und Zusatzversicherung könnte z.B. folgende Elemente beinhalten:

- Der Leistungseinkauf in den Bereichen OKP und Zusatzversicherung hat durch voneinander unabhängige Organe zu erfolgen.
- Bei der Beurteilung der OKP-Pflichtigkeit einer Leistung darf eine allfällige Zusatzversicherung keine Rolle spielen.
- Zwischen den Organen des Leistungseinkaufs und den vertrauensärztlichen Diensten in der OKP resp. der Zusatzversicherung dürfen keine Informationen, die für den jeweiligen Leistungseinkauf relevant sind, ausgetauscht werden.
- Mit einer Erhöhung der Transparenz bei den Leistungserbringern über die Kosten und Erträge aus dem Zusatzversicherungsgeschäft könnten unzulässige Verknüpfungen zwischen dem OKP- und dem Zusatzversicherungsgeschäft eher erkannt und verhindert werden.

2.7 Auch die Langzeitpflege (Pflegeheime und Spitex) ist in das Finanzierungsmodell einzubeziehen.

Auch im Langzeitbereich und an den Schnittstellen zwischen medizinischer Akutversorgung und Pflege sind Fehlanreize zu beobachten. Ob eine Pflegeleistung ambulant oder stationär erbracht wird, sollte weder von der Finanzierung, noch von den Tarifen abhängen, sondern

sich nach dem effizientesten und objektiv richtigen Pflegesetting richten. Auch ob jemand früher oder später aus der Spitalversorgung in die Pflege entlassen wird, soll keine Frage der unterschiedlichen Finanzierung in den beiden Bereichen sein.

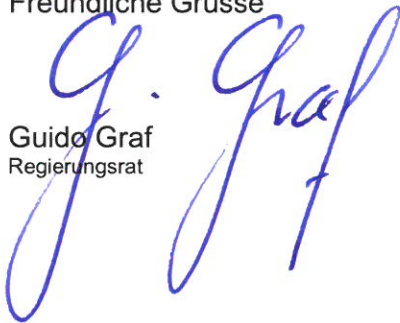
Aufgrund der seit Jahren unveränderten OKP-Beiträge und den im Gegensatz dazu steigenden Kosten für die Restfinanzierung werden Kantone und Gemeinden im Bereich der Pflege finanziell immer stärker belastet. Die Richtung der Belastungsverschiebungen ist deshalb gegenüber der Spitalfinanzierung gerade umgekehrt. Eine Ausweitung der einheitlichen Finanzierung auf die Leistungen von Pflegeheimen und Spitex ist nur konsequent. Auch im Hinblick auf die notwendige Stärkung der koordinierten Versorgung ist sie ein wesentliches Element der Reform. Die Kosten der OKP für die Pflegeleistungen und die Beiträge der Kantone und Gemeinden im Rahmen der KVG-Restfinanzierung sind somit ebenfalls in das dual zu finanzierende Kostenvolumen einzurechnen. Der Gesamtfinanzierungsschlüssel ist aufgrund des erweiterten Geltungsbereichs der einheitlichen Finanzierung entsprechend anzupassen.

Zusammenfassend verlangen wir im Sinne unserer Ausführungen eine vollständige Überarbeitung der aktuellen Vorlage.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen und stehen Ihnen für weitere Auskünfte gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

Guido Graf
Regierungsrat





LE CONSEIL D'ÉTAT

DE LA RÉPUBLIQUE ET
CANTON DE NEUCHÂTEL

Envoi par courrier électronique
Conseil national
Commission de la sécurité sociale et de
la santé publique
M. Thomas de Courten - Président
3003 Berne

09.528 Initiative parlementaire. Financement moniste des prestations de soins

Monsieur le président,

Nous vous remercions de nous avoir consulté sur l'avant-projet de modification de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) intitulé « Financement uniforme des prestations ambulatoires et des prestations avec hospitalisation ».

Nous partageons avec les auteurs de ce projet le souci de freiner l'augmentation des coûts, notamment en encourageant un transfert des prestations du stationnaire vers l'ambulatoire. Cela dit, nous estimons que la modification de la LAMal soumise à consultation ne constitue pas un moyen adéquat d'atteindre cet objectif.

Nous reprenons à notre compte et soutenons la prise de position de la CDS qui fait partie intégrante de notre réponse. De même, quelques remarques relatives aux articles, que vous trouverez dans le questionnaire remis en annexe, viennent compléter la présente prise de position.

Les principales raisons pour lesquels nous rejetons l'avant-projet de loi qui nous est soumis sont les suivantes :

1. Le principal frein au transfert des prestations du stationnaire vers l'ambulatoire ne se situe pas au niveau de la répartition du financement entre agents-payeur qui est en pratique sans impact. Partant, l'uniformisation du financement des prestations de ces deux secteurs ne peut pas être considérée comme une solution à ce problème. Il est surtout dû aux disparités importantes qui existent, dans certains cas, entre les rémunérations pour un acte effectué en ambulatoire ou en stationnaire. Ces disparités, qui génèrent des incitations erronées, proviennent notamment, d'une part, de l'existence de structures tarifaires différentes, et, d'autre part, de la possibilité pour les prestataires de soins du secteur stationnaire de facturer des montants supplémentaires importants à charge d'éventuelle(s) assurance(s) complémentaire(s) du patient.

NE

2. Il est difficilement envisageable pour les cantons de devoir assumer de nouvelles charges financières dans le secteur ambulatoire sans se voir doter par la même occasion d'un instrument de pilotage et de planification des soins ambulatoires. Il est donc indispensable que, si l'option d'un financement uniforme devait malgré tout être retenue, elle soit accompagnée de la création d'un tel instrument. De même, afin de s'assurer de la bonne utilisation des fonds publics, les cantons doivent disposer d'un moyen efficace de contrôler la facturation des prestations ambulatoires. L'option de laisser aux seuls assureurs-maladie la tâche d'effectuer les contrôles n'est clairement pas satisfaisante. Les cantons doivent pouvoir vérifier eux-mêmes les coûts mis à leur charge.
3. La participation du canton au financement des prestations ambulatoires doit impliquer, à notre sens, la création d'une organisation compétente pour l'élaboration, le développement, l'adaptation et la maintenance des structures tarifaires dans le domaine ambulatoire réunissant les partenaires tarifaires et les cantons, au même titre qu'il en existe une (SwissDRG) pour les structures tarifaires du domaine hospitalier stationnaire.
4. La modification proposée induira, selon les estimations de la commission, une légère augmentation de primes pour certaines catégories d'assurés, notamment les personnes adultes. Or il s'avère que celles-ci vont déjà être touchées par une hausse de leurs primes dans le cadre de la dernière modification de la LAMal qui visait à réduire les primes des enfants et des jeunes adultes. Il arrivera un moment où la charge des primes ne sera plus supportable. En outre, si le projet vise à réduire les coûts de la santé, les primes ne devraient pas augmenter.
5. Enfin, selon les données dont nous disposons pour 2016 et 2017 et les projections pour 2018 et 2019 ainsi que nos calculs, le canton de Neuchâtel aurait (eu) à payer, avec la part de 25,5% à charge des cantons proposée par votre Commission, un montant supérieur non négligeable, de l'ordre de 10 à 15 millions de francs, qui viendrait encore peser sur sa part à la facture sanitaire.

Ainsi, en conclusion, même si nous saluons l'effort des rédacteurs de cet avant-projet pour trouver une solution à l'augmentation continue des coûts de la santé, nous estimons que les modifications proposées ne constituent pas une réponse appropriée à cette problématique et n'impliquent, en l'état, qu'un transfert de charges entre les assureurs et les cantons, sans réelle plus-value pour le système de santé.

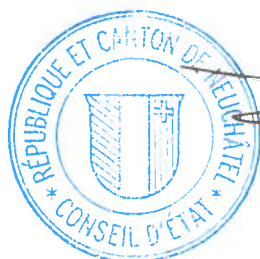
En vous remerciant pour l'attention que vous porterez à la présente, nous vous adressons, Monsieur le président, nos salutations distinguées.

Neuchâtel, le 10 septembre 2018

Au nom du Conseil d'État :

Le président,
L. KURTH

La chancelière,
S. DESPLAND



Annexe : ment.

**Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal):
procédure de consultation**

Avis donné par

Nom / société / organisation : République et Canton de Neuchâtel

Abréviation de la société / de l'organisation : NE

Adresse : Château, 2000 Neuchâtel

Personne de référence : Christophe Guye, adjoint au chef du service de la santé publique

Téléphone : 032/889.52.02

Courriel : christophe.guye.ne.ch

Date : 10 septembre 2018

Remarques importantes :

1. Nous vous prions de ne pas modifier le formatage de ce formulaire !
2. Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision/Protéger un document/Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.
3. Utilisez une ligne par article, alinéa et lettre ou par chapitre du rapport explicatif.
4. Veuillez faire parvenir votre avis au **format Word** d'ici au **15 septembre 2018** à l'adresse suivante : abteilung-leistungen@bag.admin.ch
5. Le champ « nom/société » n'est pas obligatoire.

Nous vous remercions de votre collaboration!

**Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal):
procédure de consultation**

Commentaires généraux sur le projet de révision et sur le rapport explicatif

nom/société	Commentaire / observation
	Nous soutenons la prise de position de la CDS sur le présent projet de loi et vous y renvoyons.
	Si nous pouvons partager l'objectif général de prévoir un financement uniforme des prestations, l'approche retenue n'est pas appropriée et ne semble pas en mesure d'atteindre les objectifs fixés. En effet, sous l'intitulé "financement uniforme des prestations" se cache finalement simplement un passage au financement moniste. Appelons un chat, un chat et ne tentons pas de cacher la réelle volonté qui est de donner toutes les clés ou presque du système de soins national aux assureurs-maladie. Et dans ce cas, autant aller au bout de la démarche et prévoir que l'ensemble du financement soit assuré par les assureurs de même qu'il leur reviendrait de prélever les montants nécessaires dans le cadre des primes. Il s'agirait alors d'éviter que les cantons prélèvent des impôts pour les redonner à un autre agent payeur, sans contrôle sur l'argent dépensé. Une telle approche nous paraîtrait tout aussi inutile mais aurait au moins le mérite de poser le cadre tel qu'il est envisagé.
	Quel que soit le modèle retenu de ce financement moniste, il nous paraît inefficace pour atteindre les objectifs recherchés. On règle en effet uniquement la répartition des charges entre les agents payeurs sans que cela n'ait a priori d'impact sur les modes de financement. Or ce sont ces derniers qui peuvent amener à poser de nouveaux incitatifs et réduire les mauvaises incitations.
	Si le projet devait tout de même voir le jour, il serait l'occasion de mettre en place des caisses maladie cantonales qui seraient alors bien plus légitimées à utiliser l'argent prélevé par l'impôt.
	Il nous apparaît que le Conseil fédéral comme le parlement fédéral tentent de piloter le système de soins par le biais de la LAMal. Or, cette loi est une loi de financement principalement et n'est donc pas l'outil idéal pour le but recherché. Ne serait-il pas temps de mettre en place une réelle loi de santé au plan fédéral et de laisser la LAMal pour ce qu'elle est?
	Nous rejetons le projet de loi tel que présenté.

Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision / Protéger un document / Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.

**Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal):
procédure de consultation**

Commentaires concernant les articles individuels du projet de la révision et leurs explications					
nom/ société	art.	al.	let.	commentaire / observation :	Proposition de modification (texte)
	42	1		Si l'on souhaite confier l'ensemble du financement des soins aux assureurs-maladie, allons jusqu'au bout de la réflexion et abrogeons le système du tiers garant qui perdrait alors toute sa pertinence. On aurait ainsi l'ensemble des factures qui seraient adressées, dans le système du tiers payant, aux assureurs-maladie, offrant ainsi à ces derniers une vue globale sur toutes les factures relevant de l'assurance obligatoire des soins.	Sauf convention contraire entre les assureurs et les fournisseurs de prestations, l'assureur est le débiteur de la rémunération envers le fournisseur de prestations.
	42	2		Tenant compte de la remarque ci-dessus, il ne paraît pas cohérent de faire du domaine hospitalier une exception.	Abroger.
	51			Cet article perd tout son sens dans un système de financement moniste, du moins pour le secteur hospitalier. Comme les cantons ne financeront plus directement les hôpitaux pour les prestations relevant de l'AOS, il est difficile d'imaginer qu'ils fixent un budget global à un hôpital, même si cela reste possible pour le financement des prestations d'intérêt général.	
	60	2	a	Exclure les soins de longue durée de la réflexion paraît inapproprié. La cohérence voudrait que l'on inclue ces activités dans les calculs pour la répartition des charges et dans les incitatifs positifs à instaurer. Le système de soins doit être pris en considération dans son ensemble si on espère voir des effets positifs sur la qualité de la prise en charge et sur les coûts.	
	60	4		Les conséquences d'un taux de 25.5% pour le canton de Neuchâtel représentent un surcoût de l'ordre de 10 à 15 millions de francs, ainsi qu'une croissance plus dynamique qu'à ce jour,	

**Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal):
procédure de consultation**

				en particulier si les soins de longue durée ne sont pas intégrés à la réflexion.	
	60	1		Avec cette disposition, les cantons n'ont plus leur mot à dire sur ce qu'ils paient. Aujourd'hui, il vérifient que leur financement est lié à un patient domicilié dans le canton et que la prestation relève du mandat accordé par la liste hospitalière, deux contrôles que n'effectuent pas, ou que partiellement, les assureurs-maladie. Ces derniers n'auront d'ailleurs aucun intérêt à réaliser le contrôle de domicile. Et comme le nombre de prestations ambulatoires est encore plus élevé, le risque de payer des choses indues est réel pour le canton. Il s'agirait donc de prévoir une disposition permettant aux cantons de procéder à des contrôles et de s'opposer à certaines factures transmises par les assureurs.	

Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision / Protéger un document / Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.

**Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal):
procédure de consultation**

Autres propositions			
Nom/société	Art.	Commentaire / observation	Proposition de texte
	107	Il s'agirait de prévoir des dispositions transitoires permettant un passage souple au nouveau système, notamment des mécanismes d'ajustement entre cantons et assureurs durant les premières années d'application.	



KANTON
NIDWALDEN

LANDAMMANN UND
REGIERUNGSRAT

Dorfplatz 2, Postfach 1246, 6371 Stans
Telefon 041 618 79 02, www.nw.ch

CH-6371 Stans, Dorfplatz 2, Postfach 1246, STK

PER E-MAIL

Kommission für soziale Sicherheit und
Gesundheit
Herr NR Thomas de Courten
Kommissionspräsident
3003 Bern

Telefon 041 618 79 02
staatskanzlei@nw.ch
Stans, 4. September 2018

09.528 Parlamentarische Initiative. Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus. Stellungnahme

Sehr geehrter Herr Präsident
Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 15. Mai 2018 unterbreiteten Sie die Vorlage betreffend die Parlamentarische Initiative zur Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand mit der Bitte, bis zum 15. September 2018 eine Stellungnahme abzugeben.

Wir danken Ihnen für diese Möglichkeit und vernehmen uns wie folgt:

1 Beurteilung / Stellungnahme allgemein

Das Hauptproblem in Bezug auf die Gesundheitskosten in der Schweiz ist nicht deren Zusammensetzung und Verteilung auf die einzelnen Finanzierungsquellen (auch wenn der Finanzierungsanteil der Kantone seit 1996 kontinuierlich steigt), sondern vielmehr die Entwicklung der Gesamtsystemkosten über die Jahre.

Das Hauptziel muss deshalb sein, das Kostenwachstum zu bremsen bzw. längerfristig die Kosten des Systems gesamthaft zu senken. Die Belastung einzelner Kostenträger (Finanzierer) ist eine verteilungs- bzw. sozialpolitische Frage und bedarf einer anderen Diskussion.

Die Kosten des Systems lassen sich beeinflussen, indem entweder die Menge oder der Preis der erbrachten Leistungen verändert werden. Sie können demnach nur sinken, wenn in Zukunft weniger und/oder günstigere Leistungen erbracht werden, als dies heute der Fall ist. Das heisst, notwendige und sinnvolle Leistungen sollen effizienter erbracht werden und auf Unnötiges gilt es zu verzichten. Dazu müssen im komplexen Gefüge der verschiedenen Akteure und deren Interessen bestehende Fehlanreize reduziert und durch positive Anreize ersetzt werden.

Mit der einheitlichen Finanzierung würde es nur noch eine Rechnung an den Versicherer geben und die Prüfung der Rechnungen würde nur noch an einer Stelle durchgeführt. Die Verschiebung der Rechnungskontrolle an den Versicherer – oder falls notwendig an eine neutrale Stelle – erachten wir im Prinzip als angebracht und gehen davon aus, dass die Aufsicht durch

das Bundesamt für Gesundheit (BAG) genügend wahrgenommen werden könnte. Bei dieser Systemänderung sind jedoch noch verschiedene Umsetzungsfragen offen. Daher ist die Vorlage der SGK-NR als unzureichend zu bezeichnen, denn sie reduziert die ganze Komplexität der Einflussfaktoren, welche die Kostenentwicklung bestimmen, auf einen einzigen, nämlich auf die Ausgestaltung der Finanzierung. Und selbst diese bleibt auf die Umleitung von Finanzströmen beschränkt.

Wir müssen ausserdem festhalten, dass die vorgeschlagene Revision für die Kantone – auch bei über alle Kantone hinweg kostenneutraler Einführung – mittelfristig eine erhebliche finanzielle Mehrbelastung bedeuten würde. Damit wird eine Verschärfung der bestehenden Tendenz in Kauf genommen: Der Beitrag der Kantone an die Finanzierung des Gesundheitswesens (bestehend mehrheitlich aus Beiträgen an die medizinische Versorgung, Pflege, Prävention und die individuelle Prämienvverbilligung) stieg in den letzten 20 Jahren von rund 6 Mrd. Franken auf 16 Mrd. Franken.

Für einige Kantone würde der Übergang zur einheitlichen Finanzierung gemäss Modell der SGK-NR zu einer zusätzlichen Belastung von bis zu 100 Mio. Franken führen, wie den groben Schätzungen im Bericht vom 5. März 2018 des Bundesamts für Gesundheit (Varianten im Umgang mit der Kostenbeteiligung und kantonal unterschiedliche Bedeutung des stationären Spitalsektors) entnommen werden kann. Die betroffenen Kantone – gerade jene, die sich schon heute besonders stark für die Vermeidung unnötiger stationärer Spitalaufenthalte einsetzen – müssten diese Zusatzlasten ohne Übergangsfrist leisten. In denjenigen Kantonen, die sich entlasten könnten, wäre umgekehrt ein sprunghafter Anstieg der OKP-Prämien für die Versicherten zu erwarten. Beide Effekte können so nicht hingenommen werden.

Weitere Schwierigkeiten sehen wir in Bezug auf die generell getroffenen Annahmen über die finanziellen Auswirkungen der vorliegenden Monismus-Vorlage. Wie die hochgerechneten Kantonsbeiträge von jeweils zwischen 7,3 und 7,7 Mia. Franken für die Jahre 2012 bis 2015 hergeleitet worden sind, ist in den Vernehmlassungsunterlagen nicht nachvollziehbar dargelegt. Entsprechend ist der auf dieser Grundlage berechnete kantonale Mitfinanzierungsanteil von 25,5 %, der bereits im erwähnten Bericht vom 5. März 2018 des BAG vorgezeichnet wurde, nicht überprüfbar. Was gänzlich fehlt, ist eine nachvollziehbare Berechnung des Gesamtvolumens für den Geltungsbereich der Vorlage auf Leistungen nach Art. 25-31 KVG (abzüglich Pflegeleistungen nach Art. 25a KVG), an dem sich die Kantone zu geschätzten 25,5 % beteiligen müssten. Eine vertiefte Auseinandersetzung mit der Vorlage über die rein finanziellen Auswirkungen ist für die Kantone unter diesen Voraussetzungen unmöglich.

Abschliessend stellen wir mit Sorge fest, dass der Vorschlag der SGK-NR bedeuten würde, dass die Kantone mit den geschätzten 7,7 Mia. CHF rund 10 % ihrer Fiskaleinnahmen an die Krankenversicherer überweisen müssten, ohne dass sie eine Möglichkeit hätten, über die sachgerechte und effiziente Verwendung dieser Mittel zu bestimmen oder diese zu kontrollieren. Mit der Umsetzung des vorliegenden Vorschlags würden somit die fiskalische Äquivalenz verletzt und damit ein Konflikt mit der Bundesverfassung geschaffen.

Wir lehnen deshalb die zur Vernehmlassung eingereichte Vorlage der SGK-NR ab. Im Einzelnen stützen wir uns dabei auf folgende Überlegungen:

- 1. Eine einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen mit nur noch einer einzigen Zahlstelle (Versicherer als Monist) leistet als Einzelmassnahme keinen massgeblichen Beitrag zur Eindämmung der Systemkosten. Denn:**
 - a) Zwei grosse Kostentreiber im schweizerischen Gesundheitswesen, nämlich einerseits die Fehlanreize im Zusammenhang mit Tarifstruktur und Tarifhöhe sowie andererseits jene, die sich aus dem Versicherungsstatus des Patienten ergeben, werden durch die vorgeschlagene Reform nicht angetastet.
 - b) Anreize müssen dort gesetzt werden, wo der Behandlungsentscheid getroffen wird, also primär beim Leistungserbringer. Es ist aber für diesen – abgesehen von administrativen Aufwendungen – unerheblich, ob er aus einer Hand oder aus zwei Händen entschädigt

wird. Eine reine Umleitung der Finanzflüsse von den Kantonen zu den Versicherern setzt keinen neuen Anreiz beim Leistungserbringer und bewirkt folglich nichts.

- c) Die einheitliche Finanzierung mag zwar Voraussetzungen schaffen für eine Verbesserung der Leistungsallokation, der Behandlungsabläufe, der Behandlungskette und damit auch der Behandlungsqualität. Dazu sind aber auch Versicherungsmodelle gefragt, welche die Behandlung entlang der gesamten Leistungskette erfassen. Nun ist es aber erstens keineswegs sicher, sondern bestenfalls nur zu hoffen, dass die Krankenkassen ihre Möglichkeiten zur Einführung neuer Versicherungsmodelle zur Förderung der integrierten Versorgung in einem monistischen Finanzierungssystem besser nutzen würden als heute. Den Kantonen fehlen im Vorschlag der SGK-NR jegliche Möglichkeiten zur direkten Beeinflussung der künftigen Optimierung der Versorgungskette. Zweitens sind die Bereiche Spitex und Pflegeheime in der aktuellen Vorlage nicht eingeschlossen, obwohl hier in Bezug auf die Zusammenarbeit der Leistungserbringer entlang der Behandlungskette der grösste Bruch zu beobachten ist.
- d) Die Vorlage würde eine Besserstellung der Vertragsspitäler bedeuten, da die durch sie erbrachten Leistungen neu zu 74,5 % statt zu 45 % durch die obligatorische Krankenversicherung mitfinanziert würden. Es ist durchaus anzunehmen, dass durch die damit gesteigerte Attraktivität der Vertragsspitäler Mengen- und Kapazitätsausweitungen entstünden. Die Wirksamkeit der kantonalen Spitalplanungen würde durch die Stärkung der Vertragsspitäler unterlaufen. In der Konsequenz würde sich dies auf der Kostenseite noch zusätzlich zulasten der Prämienzahlenden auswirken, hätte also Prämien erhöhungen zur Folge. Die Vorlage geht in unverständlicher Weise nicht auf diese Auswirkungen ein. Konsequenz wäre, unter diesen Umständen das Institut der Vertragsspitäler abzuschaffen.
- e) Offen gelassen wird in der Vorlage zudem, wie die Aufsichtsverantwortung des Bundes ausgeweitet wird. Eine solche Verstärkung wäre aufgrund des stark erhöhten Volumens von KVG-Geldern in den Händen der Versicherer unabdingbar.

2. Der Einsatz von Steuergeldern setzt Steuerungsinstrumente voraus.

Wenn die Kantone die ambulanten Leistungen mitfinanzieren sollen, müssen sie auch das Versorgungsangebot im ambulanten Bereich beeinflussen können. Dies ist jedoch in der Vorlage nicht vorgesehen. Die SGK-NR erfüllt diese Notwendigkeit durch die aktuelle Teilrevision des KVG hinsichtlich der Neuzulassung von Leistungserbringern. Dies ist aber noch keine hinreichende Voraussetzung für eine wirksame Steuerung des ambulanten Versorgungsangebots durch die Kantone, denn sie betrifft primär nur die Neuzulassungen, gewährt keine Kontroll- und Steuerungsmöglichkeit über die bereits zugelassene Ärzteschaft und klammert das Leistungsangebot im spitalambulanten Bereich aus. Zudem ist politisch noch keineswegs gesichert, dass der Gesetzesentwurf des Bundesrates vom Parlament auch beschlossen wird. Vielmehr vertritt eine Mehrheit der SGK des National- wie auch des Ständerates sogar die Ansicht, dass die Steuerung des ambulanten Angebots primär durch die Krankenversicherungen über die weitgehende Aufhebung des Kontrahierungszwangs erfolgen soll.

3. Die einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen ist auch nicht der von Versicherer- und Leistungserbringerverbänden propagierte «folgerichtige Schritt» oder die unverzichtbare Begleitmassnahme zur Förderung der Verlagerung aus dem stationären Sektor in die (Spital-)Ambulatorien.

Dafür gibt es zwei Gründe:

- a) Die Auswertungsergebnisse im Kanton Luzern neun Monate nach Inkrafttreten der kantonalen Regelung «ambulant vor stationär» deuten darauf hin, dass die Behandlungskosten bei den Listeneingriffen gesamthaft – d. h. sowohl für die Versicherer und die Prämienzahler als auch für die Kantone und Steuerzahler – gesunken sind. Mehrkosten für die Versicherer bei einzelnen ambulanten Eingriffen konnten durch die Einsparungen im stationären Bereich und durch die Abnahme der Eintritte am Vortag kompensiert werden. Eine einheitliche Finanzierung der Leistungen war für die Erzeugung dieser kostendämpfenden Wirkung nicht notwendig.

- b) Die Finanzsituation der Leistungserbringer könnte sich infolge Ausbau der ambulanten Listen auf Bundes- und Kantonsebene insofern negativ entwickeln, als die aktuellen TAR-MED-Tarife für manche der betroffenen Einzelleistungen nicht kostendeckend sind. Hier hilft aber eine einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen auch nicht weiter. Gefragt ist vielmehr eine Weiterentwicklung der Tarifstruktur in Richtung (spital-) ambulanter Pauschalen, welche für die behandelnden Ärztinnen und Ärzte neue positive tarifliche Anreize setzen würden.

2 Finanzierungssystem für eine steuerbare, effiziente und integrierte Gesundheitsversorgung

Eine effizientere und optimierte Gesundheitsversorgung mit einheitlicher Finanzierung muss mindestens folgende **Anforderungen** erfüllen:

1. Die finanzielle Belastung der einzelnen Kantone muss im Übergang überprüfbar kostenneutral sein.

Die Anforderung ist im Vorschlag der SGK-NR für die Gesamtheit der Kantone erfüllt. Allerdings muss die Kalkulation noch plausibilisiert werden können.

Kostenneutralität bei der Umstellung auf die einheitliche Finanzierung heisst, dass die Beteiligung der Gesamtheit der Kantone bzw. der Versicherer an der Finanzierung der ambulanten und stationären Leistungen nicht höher ausfallen kann als unter dem aktuellen dual-fixen Regime. Dies, damit die Finanzierer im Zeitpunkt des Inkrafttretens mit dem neuen System nicht schlechter gestellt werden. Der gesetzliche kantonale Mindestanteil muss auch in Zukunft konstant gehalten werden. Eine allfällige punktuelle Erhöhung des Kantonsbeitrags kann nur auf freiwilligen Beschlüssen der jeweiligen Kantone beruhen.

Die Kostenneutralität muss jedoch nicht nur für die Gesamtheit der Kantone, sondern auch für jeden einzelnen Kanton gewährleistet werden. Ansonsten wären im Übergang zur einheitlichen Finanzierung gerade jene Kantone stärker belastet, deren Versorgungs- und Patientenstrukturen heute im Sinne einer effizienteren Gesundheitsversorgung überdurchschnittlich stark auf ambulante Behandlungen ausgelegt sind. Dieser Effekt könnte die Bestrebungen der Kantone zur weiteren Verlagerung in den ambulanten Bereich bis zum Zeitpunkt des Inkrafttretens unterminieren und damit letztlich auch einer wirksamen Kostendämpfungsmassnahme im Wege stehen. In den Kantonen mit vorwiegend stationären Strukturen, die im gleichen Zug entlastet würden, wäre durch die Erhöhung des OKP-Finanzierungsanteils mit einem weiteren Anstieg der Prämien zu rechnen.

Es ist unabdingbar, dass sämtliche Daten und Methoden, die der Ermittlung des gesetzlichen kantonalen Mindestanteils zugrunde liegen, transparent aufgezeigt werden. Nur so sind die Kantone in der Lage, die Konsequenzen der Umstellung auf eine einheitliche Finanzierung für ihre Haushalte zu prüfen und zu beziffern und kann das Parlament der Öffentlichkeit gegenüber auch Rechenschaft ablegen, welche Folgen die Vorlage für sie als Steuer- und Prämienzahler haben wird.

Im Weiteren ist zu beachten, dass die kostenneutrale Überführung mit der Vorlage der SGK-NR lediglich für einen Teilbereich der finanziellen Verantwortung der Kantone, nämlich für die Leistungsfinanzierung gewährleistet ist. Nebst ihrer Rolle als Kostenträger für medizinische Leistungen und Pflege tragen die Kantone jährlich auch noch mit mehreren Milliarden Franken zur Finanzierung der Gesamtkosten im Gesundheitswesen bei, nämlich im Rahmen der individuellen Prämienverbilligung, der Finanzierung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen der Spitäler und der Prävention sowie nicht zuletzt als Träger der Verwaltungskosten der kantonalen gesundheitspolitischen und gesundheitspolizeilichen Aufgaben.

2. Den Kantonen wird das Instrumentarium in die Hand gegeben, um das ambulante Versorgungsangebot (Leistung, Menge und Qualität) gezielt zu beeinflussen.

Gerade weil sie den im Vergleich zum stationären Sektor zurzeit stärker wachsenden ambulanten Sektor neu ebenfalls mit einem fixen (d. h. nicht reduzierbaren) Schlüssel mitfinanzieren würden, wären die Kantone darauf angewiesen, ein Instrument in der Hand zu haben, um bei einem Überangebot (über den Bedarf hinausgehend) sowohl in Bezug auf die ärztlichen Fachdisziplinen als auch hinsichtlich der regionalen Verteilung intervenieren zu können. Der Entwurf des Bundesrates zur Teilrevision vom 9. Mai 2018 des KVG ist deshalb für die Neuzulassungen notwendig. In Bezug auf die bestehende ambulante Versorgung gibt der Entwurf des Bundesrates zudem die Möglichkeit, Kriterien wie den Nachweis einer Fortbildung und die Teilnahme an Qualitätsprogrammen festzulegen, welche die heute zugelassenen Ärztinnen und Ärzte erfüllen müssen, um weiterhin zulasten der OKP tätig sein zu können und bei deren Nichterfüllung ihnen gegebenenfalls befristet oder definitiv die Zulassung entzogen werden kann.

Hingegen ist für die Kantone noch keine Möglichkeit vorgesehen, aus Bedarfsgründen eine bestehende Zulassung aufzuheben. Die Mitfinanzierung der ambulanten Leistungen aus Steuergeldern sollte auf einer effizienten Versorgung beruhen. Um eine solche sicherzustellen, muss den Kantonen deshalb auch die Möglichkeit eines Zulassungsentzugs aufgrund eines über dem Bedarf liegenden Versorgungsangebotes zur Verfügung stehen. Im stationären Bereich wird die bedarfsgerechte Planung und Steuerung bereits heute umgesetzt, was nicht zuletzt auch notwendige Strukturbereinigungen zur Folge hatte und hat.

Es ist sicherzustellen, dass die vom Bundesrat vorgeschlagene Nachfolgeregelung zur geltenden befristeten Zulassungsbeschränkung ohne Regulierungsunterbruch in Kraft gesetzt werden und vorgängig zu einer neuen Finanzierung bereits Wirkung entfalten kann.

Weiter ist eine bundesgesetzliche Grundlage sowie der Zugang zu den notwendigen Datengrundlagen zu schaffen, damit die Kantone das gesamte ambulante und spitalambulante Leistungsangebot analog zum stationären Bereich mitsteuern können. So kann der heute beobachtete Trend, dass das Leistungsangebot und mit ihm das Leistungsvolumen über den medizinischen Bedarf der Bevölkerung hinauswächst und vermehrt in den ambulanten Sektor ausweicht, wirksam gestoppt werden.

3. Die Rechnungen im *stationären* Bereich werden analog zu heute abgewickelt, mit entsprechend angepasstem Finanzierungsschlüssel. Die Rechnungstellung im *ambulanten* Bereich erfolgt aufgrund der für die Kantonsbevölkerung effektiv erbrachten Leistungen.

Stellt der Leistungserbringer künftig nur noch eine einzige Rechnung (an den Versicherer) anstelle von zwei (an Versicherer und Kanton), erfährt er höchstens einen marginalen Effizienzgewinn. Hingegen ist der Verlust an Information und an Kontrollmöglichkeiten für den Kanton deutlich spürbar. Es gibt deshalb auch mit einem neuen, angepassten Kostenteiler keinen Grund, im stationären Bereich an der bisherigen dualen Rechnungsstellung an Krankenversicherer und Wohnkanton etwas zu ändern. Hingegen kann es im ambulanten Bereich angesichts der sehr hohen Anzahl an Einzelrechnungen sinnvoll sein, eine einzige Rechnungs- und Zahlstelle zu definieren und den Finanzierern die Möglichkeit zur Kontrolle des auf sie entfallenden Rechnungsbetrags einzuräumen (vgl. Ziff. 4).

Dass die Berechnung des Kantonsbeitrags im ambulanten Bereich auf den für die Kantonsbevölkerung effektiv erbrachten Leistungen beruhen soll, ist in Art. 60 der Vorlage zur einheitlichen Finanzierung der Leistungen im ambulanten und im stationären Bereich bereits vorgesehen.

4. Es besteht eine Kontrollmöglichkeit für die Kantone in Bezug auf die korrekte Abrechnung von ambulanten Leistungen für die Kantonsbevölkerung, beispielsweise durch die Schaffung eines gemeinsamen Organs (Krankenversicherer / Kantone), welches dies sicherstellt.

Mit der Kontrolle der Abrechnung von ambulanten Leistungen nehmen die Kantone ihre finanzrechtliche Verantwortung wahr, den effizienten Einsatz von Steuergeldern jederzeit sicherstellen und gegenüber der Öffentlichkeit nachweisen zu können. Dafür benötigen sie volle Transparenz über die Kosten- und Leistungsdaten der Leistungserbringer und Einsicht in die gestellten Rechnungen, möglichst zeitnah nach deren Eingang beim Versicherer. Bei einer durchgängig dualen Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen durch Krankenversicherer und Kantone kann die Rechnungskontrolle nicht mehr grundsätzlich als alleinige Aufgabe der Versicherer bezeichnet werden. Bereits heute schliesst das KVG nicht aus, dass die Kantone die Erfüllung der WZW-Kriterien und somit die Fälligkeit ihres Finanzierungsanteils (insbesondere bei Verdacht auf inkorrekte Leistungsabrechnung oder Nichteinhaltung der Leistungsaufträge) ebenfalls prüfen. Dieser Aspekt wird mit einem neuen Finanzierungsmodell an Bedeutung gewinnen. In Deutschland sind bereits heute länderweise gemeinsam getragene Medizinische Dienste der Krankenversicherung (MDK) eingerichtet, welche durch die Kostenträger beanstandete oder kritische Rechnungen unabhängig und nach gemeinsam festgelegten Kriterien überprüfen. Ein analoges Modell könnte auch für die Schweiz unter einer einheitlichen Finanzierung zweckmässig sein.

5. Es wird eine nationale Tariforganisation für ambulante Tarife gesetzlich vorgeschrieben, an welcher die Kantone paritätisch beteiligt sind.

Nicht nur die Anzahl Leistungserbringer und Behandlungen, sondern auch die Tarifstrukturen (und die Preise) beeinflussen die Entwicklung des Leistungsvolumens im ambulanten Bereich massgeblich. Die Aktualität der Tarifstrukturen und die Professionalität von deren Pflege sind dafür entscheidend. Die Tarifpartner und die Kantone sollen deshalb im ambulanten Leistungsbereich verpflichtet werden, eine einzige Tariforganisation einzusetzen, welche in Zukunft für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege von Einzelleistungs- und gegebenenfalls auch Pauschaltarifstrukturen im ambulanten Bereich zuständig ist. Die Organisation soll die erarbeiteten Strukturen und ihre Anpassungen dem Bundesrat zur Genehmigung unterbreiten. Dies entspricht der von der Expertenkommission «Kostendämpfungsmassnahmen» vorgeschlagenen Massnahme M34. Die Kantone sind aufgrund der geforderten Mitfinanzierung im ambulanten Bereich an der Organisation zwingend tripartit zu beteiligen.

6. Fehlanreize infolge Verknüpfung der vertraglichen Vereinbarungen der Tarifpartner im Grund- und Zusatzversicherungsbereich werden konsequent eliminiert.

Es gilt zu verhindern, dass die Tarifpartner in den Tarifverhandlungen den Grund- und den Zusatzversicherungsbereich miteinander verknüpfen und Bedingungen aushandeln können, die ihre Ertragslage insgesamt verbessern, jedoch einer optimalen Leistungsallokation in der OKP sowie der korrekten (kostendeckenden) Abgeltung der OKP-Leistungen zuwiderlaufen. Eine stärkere Trennung von Grund- und Zusatzversicherung könnte folgende Elemente beinhalten:

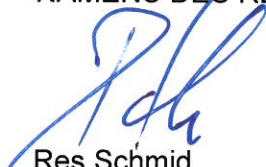
- Der Leistungseinkauf in den Bereichen OKP und Zusatzversicherung hat durch voneinander unabhängige Organe zu erfolgen.
- Bei der Beurteilung der OKP-Pflicht einer Leistung durch den Versicherer darf eine allfällige Zusatzversicherung der Patientin oder des Patienten keine Rolle spielen.
- Zwischen den Organen des Leistungseinkaufs und den vertrauensärztlichen Diensten in der OKP resp. der Zusatzversicherung dürfen keine Informationen ausgetauscht werden, die für den jeweiligen Leistungseinkauf relevant sind.

- Mit einer Erhöhung der Transparenz bei den Leistungserbringern über die Kosten und Erträge aus dem Zusatzversicherungsgeschäft könnten unzulässige Verknüpfungen zwischen dem OKP- und dem Zusatzversicherungsgeschäft eher erkannt und verhindert werden.
- 7. Die einheitliche Finanzierung im ambulanten und im stationären Bereich kann eine echte Verbesserung der Versorgungsorganisation erst entfalten, wenn auch die Langzeitpflege (Pflegeheime und Spitex) in das Finanzierungsmodell einbezogen wird.**

Auch im Langzeitbereich und an den Schnittstellen zwischen medizinischer Akutversorgung und Pflege sind Fehlanreize zu beobachten. Diese sind im Gegensatz zu den Fehlanreizen in der Spitalfinanzierung tatsächlich auch durch die Finanzierung – und nicht nur durch falsche Tarifierungen – bedingt. Ob eine Pflegeleistung ambulant oder stationär erbracht wird, sollte weder von der Finanzierung noch von den Tarifen abhängen, sondern sich nach dem effizientesten Pflegesetting richten. Und auch ob jemand früher oder später aus der Spitalversorgung in die Pflege entlassen wird, soll keine Frage der unterschiedlichen Finanzierung in den beiden Bereichen sein. Aufgrund der seit Jahren unveränderten OKP-Beiträge und den im Gegensatz dazu steigenden Kosten für die Restfinanzierung werden Kantone und Gemeinden im Bereich der Pflege finanziell immer stärker belastet. Die Richtung der Belastungsverschiebungen ist deshalb gegenüber der Spitalfinanzierung gerade umgekehrt. Eine Ausweitung der einheitlichen Finanzierung auf die Leistungen von Pflegeheimen und Spitex ist nur konsequent. Auch im Hinblick auf die notwendige Stärkung der koordinierten Versorgung ist sie ein wesentliches Element der Reform. Die Kosten der OKP für die Pflegeleistungen nach Art. 25a Abs. 1 KVG und Art. 7 KLV und die Beiträge der Kantone und Gemeinden im Rahmen der KVG-Restfinanzierung (d.h. ohne Betreuungs- oder Hotelleriekosten) sind somit auch in das dual zu finanzierende Kostenvolumen einzurechnen. Der Gesamtfinanzierungsschlüssel ist aufgrund des erweiterten Geltungsbereichs der einheitlichen Finanzierung entsprechend anzupassen.

Besten Dank für die Berücksichtigung unserer Überlegungen.

Freundliche Grüsse
NAMENS DES REGIERUNGSRATES


Res Schmid
Landammann




lic. iur. Hugo Murer
Landschreiber

Geht an:

- abteilung-leistungen@bag.admin.ch

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG):
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Gesundheits- und Sozialdirektion des Kantons Nidwalden

Abkürzung der Firma / Organisation : GSD NW

Adresse : Engelbergstrasse 34, 3670 Stans

Kontaktperson : Andreas Scheuber

Telefon : 041 618 76 01

E-Mail : andreas.scheuber@nw.ch

Datum : 04.09.2018

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **15. September 2018** an folgende E-Mail Adresse:
abteilung-leistungen@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG): Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
GSD NW	Grundsätzlich ist es begrüßenswert, dass Massnahmen zur Kosteneindämmung im Gesundheitsbereich diskutiert werden.
GSD NW	Die hier in die Vernehmlassung gegebenen KVG-Anpassungen - Einführung des Monismus - zielen aber auf die Verschiebung der Finanzflüsse von Steuergeldern hin zu Prämiengeldern ab. Damit werden noch keine Kosten eingedämmt und erst recht nicht eingespart. Die Verfasser des Vorentwurfs der Gesetzesrevision und des dazugehörigen Berichtes hoffen mit der Einführung des Monismus, dass in einem zweiten Schritt die Verlagerung von stationären Behandlungen zu ambulanten Behandlungen stattfindet. Die eigentlichen Fehlanreize im Tarifstrukturbereich werden durch diese Revision nicht abgeschwächt bzw. abgeschafft.
GSD NW	Die Vorlage zielt darauf ab, kantonale Steuergelder (gemäss Bericht geschätzte 7.3 Mia. Franken bis 7.7 Mia. Franken, rund 10% ihrer Fiskaleinnahmen) an die Krankenversicherer zu überweisen, ohne Möglichkeit, über die sachgerechte und effiziente Verwendung dieser Mittel bestimmen bzw. kontrollieren zu können.
GSD NW	
GSD NW	
GSD NW	
GSD NW	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG):
Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
GSD NW	Art. 49a			Die Vertragsspitäler werden im Vergleich zur heutigen Gesetzgebung besser gestellt, womit die Wirkung der kantonalen Spitalplanung herabgesetzt wird. Kantonale Vorgaben und Voraussetzungen, welche über das KVG hinausgehen, werden damit unterlaufen. Weiter ist davon auszugehen, dass eine Mengenausweitung stattfindet und dies zu einem Prämienanstieg führen könnte.	
GSD NW	Art. 60	Abs. 2		Es ist störend, dass die Kosten für Leistungen in der Langzeitpflege ausgeschlossen werden. Für die Förderung der integrierten Versorgung sind genau in diesen beiden Bereichen (Pflegeheime und Spitex) die grössten Systembrüche zu beobachten.	
GSD NW					
GSD NW					
GSD NW					
GSD NW					
GSD NW					
GSD NW					
GSD NW					



CH-6061 Sarnen, Postfach 1562, Staatskanzlei

Kommission für soziale Sicherheit und
Gesundheit

E-Mail: abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Sarnen, 12. September 2018

Vorentwurf Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand Einführung des Monismus

Sehr geehrter Herr Präsident
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit, zum Vorentwurf und zu den Erläuterungen der SGK-NR zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) mit dem Titel „Einheitliche Finanzierung der Leistungen im ambulanten und im stationären Bereich“ Stellung zu nehmen.

Der Regierungsrat lehnt die Vorlage in der jetzigen Form gemäss dem Beschluss der GDK grundsätzlich ab, da es die Kantone zwingen würde, Steuergelder in der Höhe von mehr als 8 Milliarden Franken jährlich bedingungslos zu den Krankenversicherern zu verschieben.

Wie vom Vorstand der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) skizziert, müsste ein Rahmen für ein tragfähiges Finanzierungsmodell folgende Punkte umfassen:

- Den Kantonen wird das Instrumentarium in die Hand gegeben, um auch das ambulante Versorgungsangebot gezielt zu steuern – wie dies heute bereits beim stationären Angebot der Fall ist.
- Damit die „gleiche Finanzierung ambulant-stationär“ eine echte Verbesserung der Versorgungsleistung entfaltet, muss auch die Langzeitversorgung, d.h. Pflegeheime und Spitex, in das Finanzierungsmodell einbezogen werden.
- Das neue Finanzierungsmodell darf im Übergang für die Kantone keine Mehrkosten verursachen.
- Es wird eine Kontrollmöglichkeit für die Kantone auch in Bezug auf die korrekte Abrechnung von ambulanten Leistungen geschaffen – wie heute bereits für stationäre Leistungen.
- Es soll eine nationale Tariforganisation für ambulante Tarife gesetzlich vorgeschrieben werden, an welcher die Kantone paritätisch beteiligt sind.
- Die Rechnungen im stationären Bereich werden gleich wie heute abgewickelt, mit einem entsprechend angepassten Finanzierungsschlüssel. Die Rechnungsstellung im ambulanten Bereich erfolgt aufgrund der effektiv für die Kantonsbevölkerung erbrachten Leistungen.

- Fehlanreize infolge Verknüpfung der vertraglichen Vereinbarungen der Tarifpartner im Grund- und Zusatzversicherungsbereich werden konsequent eliminiert (z.B. Leistungseinkauf in den Bereichen OKP und Zusatzversicherung durch voneinander unabhängige Organe).

Für den Kanton Obwalden als kleinen Kanton sähe der Regierungsrat aber auch gewisse Vorteile in einer teils angepassten Vorlage. Unter anderem sieht er, entgegen der Position der GDK, Handlungsbedarf bei der Doppelspurigkeit der Rechnungskontrollen. Der personelle und finanzielle Aufwand jedes Kantons für eine solche Doppelspurigkeit ist für den Regierungsrat heute schon fragwürdig. Fraglich ist für den Regierungsrat jedoch, ob die Versicherer die für die Kantone wichtigen Aspekte (z.B. Wohnsitz, Zuständigkeit, Spitalplanung, usw.) auch ausreichend kontrollieren würden.

Wir danken Ihnen, sehr geehrte Damen und Herren, für die Möglichkeit einer Beurteilung des Vorentwurfs des Bundesgesetzes.

Freundliche Grüsse

Im Namen des Regierungsrats



Christoph Amstad
Landammann



Nicole Frunz Wallimann
Landschreiberin



Regierung des Kantons St.Gallen, Regierungsgebäude, 9001 St.Gallen

Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit des Nationalrates
3003 Bern

Regierung des Kantons St.Gallen
Regierungsgebäude
9001 St.Gallen
T +41 58 229 32 60
F +41 58 229 38 96

St.Gallen, 14. September 2018

Parlamentarische Initiative «Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus» (09.528); Vernehmlassungsantwort

Herr Präsident
Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 15. Mai 2018 laden Sie uns im Zusammenhang mit der parlamentarischen Initiative «Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus» (09.528) ein, zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (SR 832.10; abgekürzt KVG) Stellung zu nehmen. Gerne äussern wir uns wie folgt:

Die von der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates in der Vorlage formulierten Ziele der Förderung der Verlagerung von Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich, die Dämpfung des Kostenwachstums, die Stabilisierung der steuer- und prämienfinanzierten Anteilen an den Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und die Förderung einer sachgerechten Tarifierung sind grundsätzlich zu unterstützen. Mit der Vorlage «Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus» können diese Ziele jedoch nicht erreicht werden. Eine einheitliche Finanzierung der ambulanten und stationären OKP-Leistungen mit dem Versicherer als Monist lehnen wir deshalb in der vorliegenden Form ab.

Aufgrund der Vorlage ist keine wesentliche und wirksame Kostendämpfung zu erwarten. Um eine Stärkung der integrierten Versorgung über die gesamte Leistungskette hinweg zu erreichen, ist die Langzeitpflege zwingend in ein einheitliches Finanzierungsmodell einzubeziehen. Im Langzeitbereich und an den Schnittstellen zwischen medizinischer Akutversorgung und Pflege bestehen aufgrund der Finanzierung Fehlanreize. Ob eine Pflegeleistung ambulant oder stationär erbracht wird, sollte nicht von der Finanzierung und den Tarifen abhängen, sondern sich nach dem effizientesten Pflegesetting richten. Ob jemand früher oder später aus der Spitalversorgung entlassen wird, sollte keine Frage der unterschiedlichen Finanzierung in den beiden Bereichen Spitalversorgung und Langzeitpflege sein.

Der Entscheid für eine Behandlung wird vom behandelnden Arzt bzw. der behandelnden Ärztin zusammen mit der Patientin bzw. dem Patienten getroffen. Die Versicherer haben



hier in der Regel keine Möglichkeit zur Einflussnahme, da nur in wenigen Ausnahmefällen vorgängig Kostengutsprachen notwendig sind. Für den Leistungserbringer ist es nicht massgebend ob er aus einer oder zwei Finanzierungsquellen bzw. nur vom Versicherer oder vom Versicherer und dem Kanton entschädigt wird, entscheidend ist vielmehr seine Ertragsmöglichkeit. Diese hängt von der Tarifierung und vom Versichertenstatus der Patientin oder des Patienten (Zusatzversicherungen) ab. Bestehende Fehlanreize aufgrund der Tarifierung und des Versichertenstatus werden mit der Vorlage jedoch nicht angetastet. Fehlanreize aufgrund des Versichertenstatus der Patientin oder des Patienten sollten – beispielsweise durch die strikte Trennung des Leistungseinkaufs der OKP und der Zusatzversicherung – konsequent eliminiert werden. Bezüglich der Tarifierung sollten die Tarifpartner und die Kantone dazu verpflichtet werden, eine Tariforganisation einzusetzen, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sämtlicher ambulanter Tarifstrukturen zuständig ist.

Es kann auch darauf hingewiesen werden, dass eine einheitliche Finanzierung für die Förderung der Verlagerung aus dem stationären in den ambulanten Bereich nicht notwendig ist. Dies zeigen erste Erfahrungen aus dem Kanton Luzern mit der Liste der ambulant durchzuführenden Behandlungen. Gemäss Bericht einer Expertengruppe «Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung» vom 24. August 2017 besteht auch in Frankreich und Deutschland, deren Gesundheitskosten bereits heute monistisch finanziert sind, ein grosses kostensenkendes Potential durch die Verlagerung von stationär zu ambulant. Begründet wird dies mit starken finanziellen Anreizen aufgrund der unterschiedlichen Tarifsysteme für stationäre und ambulante Leistungen. Frankreich versucht diesem Umstand vermehrt mit Pauschalen in der ambulanten Chirurgie zu begegnen. Die Erfahrungen aus Frankreich und Deutschland zeigen, dass der Übergang zu einer monistischen Finanzierung für sich allein noch kein kostensenkendes Potential aufweist. Vielmehr muss das Vergütungssystem bzw. die Tarifierung geändert werden, um eine Kostendämpfung zu erreichen.

Die vorgeschlagene Besserstellung der Vertragsspitäler (Finanzierung zu neu 74,5 Prozent anstatt wie bisher zu 45 Prozent durch die OKP) lehnen wir ab. Die grössere Attraktivität der Vertragsspitäler würde zu Mengen- und Kapazitätsausweitungen führen. Die Wirksamkeit der kantonalen Spitalplanungen würde dadurch unterlaufen. Sie würde die Zusatzversicherungen zudem finanziell entlasten und zu einer Mehrbelastung der OKP und der Kantone führen. Die zwingend zu gewährleistende kostenneutrale Überführung ist aufgrund der Besserstellung der Vertragsspitäler für die OKP und die Kantone nicht möglich.

Eine Mitfinanzierung des ambulanten Bereichs durch die Kantone setzt zwingend voraus, dass die Kantone auch Instrumente zur Steuerung des ambulanten Versorgungsangebots erhalten. Eine Nachfolgeregelung zu Art. 55a KVG im Sinn einer Zulassungssteuerung ist diesbezüglich ungenügend. Sie bietet keine Steuerungsmöglichkeit bezüglich der bereits zugelassenen Leistungserbringer und klammert zudem den spitalambulantem Bereich aus.

Im stationären Bereich soll die Rechnungsstellung durch den Leistungserbringer unverändert an den Versicherer und den Kanton erfolgen. Die vorgeschlagene Rechnungsstellung



einzig an den Versicherer würde bei den Kantonen zu einem deutlichen Informations- und Kontrollverlust führen, der insbesondere bei der Spitalplanung nachteilig wäre.

Die Berechnung des Kantonsbeitrags soll weiterhin auf der Basis der für die Kantonsbevölkerung effektiv erbrachten Leistungen erfolgen. Dies ist zu unterstützen. Wir lehnen den Minderheitsantrag ab, einen Pauschalbeitrag je versicherte Person auszurichten.

Im Übrigen unterstützen wir die Stellungnahme der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren.

Für die Gelegenheit zur Stellungnahme und die Berücksichtigung unserer Anliegen danken wir Ihnen.

Im Namen der Regierung

Stefan Kölliker
Präsident

Canisius Braun
Staatssekretär



Zustellung auch per E-Mail (pdf- und Word-Version) an:
abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Kanton Schaffhausen
Regierungsrat

Beckenstube 7
CH-8200 Schaffhausen
www.sh.ch

T +41 52 632 71 11
F +41 52 632 72 00
staatskanzlei@ktsh.ch



Regierungsrat

Per E-Mail:
Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen
abteilung-
leistungen@bag.admin.ch

Schaffhausen, 11. September 2018

**Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung
(KVG): Einführung des Monismus**

Sehr geehrte Damen und Herren

Besten Dank für die Zustellung der Vernehmlassungsunterlagen zur Parl. In. 09.528,
"Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus". Gerne
nehmen wir dazu wie folgt Stellung:

Der Kanton Schaffhausen schliesst sich in allen Punkten der Stellungnahme der
Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK)
vom 26. Juni 2018 an.

Der Vorentwurf der SGK-N wird in der vorliegenden Form abgelehnt. Eine Neubeurteilung
kann erfolgen, wenn die Anforderungen gemäss Stellungnahme der GDK erfüllt sind.

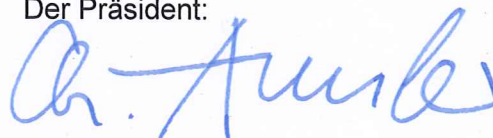
Wir danken Ihnen für die Kenntnissnahme.



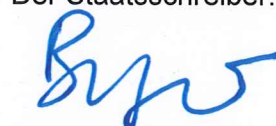
Freundliche Grüsse

Im Namen des Regierungsrates

Der Präsident:


Christian Amsler

Der Staatsschreiber:


Dr. Stefan Bilger

Regierungsrat

Rathaus / Barfüssergasse 24
4509 Solothurn
www.so.ch

Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit des Nationalrates
SGK-NR
Parlamentsdienste
3003 Bern

11. September 2018

09.528 Parlamentarische Initiative. Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus; Vernehmlassung

Sehr geehrter Herr de Courten
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Gelegenheit zur Stellungnahme zur Parlamentarischen Initiative «Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus», welche mittels einer Revision des KVG die «Einheitliche Finanzierung der Leistungen im ambulanten und im stationären Bereich» (EFAS) bezweckt, und lassen uns gerne wie folgt vernehmen:

Die Entwicklung der gesamten Gesundheitskosten erachten wir grundsätzlich als problematisch. Das Hauptziel muss deshalb sein, das Kostenwachstum zumindest zu bremsen. EFAS kann dazu keinen wirksamen Beitrag leisten, weil es lediglich um die Verteilung der Kosten auf die Finanzierungsquellen geht. Für das Verhalten der Leistungserbringer spielt es keine Rolle, zu welchen Anteilen die Krankenversicherer und die Kantone die Kosten tragen, zumal beides erstklassige Schuldner sind.

Im heutigen System bestehen wesentliche Fehlanreize, die kostentreibend wirken. Einerseits geht es um die Fehlanreize im Zusammenhang mit Tarifstruktur und Tarifhöhe und andererseits um jene, die sich aus dem Versicherungsstatus des Patienten bzw. der Patientin ergeben (Zusatzversicherungen). Beide Bereiche werden durch EFAS nicht angetastet. Die Anreize müssen dort gesetzt werden, wo der Behandlungsentscheid getroffen wird, d.h. grundsätzlich beim Leistungserbringer. Eine Verschiebung der Finanzflüsse von den Kantonen zu den Versicherern oder umgekehrt setzt keine neuen Anreize bei den Leistungserbringern und ist daher bezüglich Kostendämpfung wirkungslos. Mit EFAS werden die Fehlanreize nicht korrigiert, sondern eher noch zementiert, weil EFAS von den eigentlichen Ursachen der Kostensteigerung ablenkt. Deshalb lehnen wir den Vorschlag der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-NR) ab und beantragen Nichteintreten.

Eine effizientere Gesundheitsversorgung mit EFAS bzw. eine allfällige Neuauflage der Vorlage müsste mindestens folgende Elemente enthalten:

- Nationale Tariforganisation für ambulante Tarife mit paritätischer Beteiligung der Kantone
- Konsequente Eliminierung von Fehlanreizen infolge Verknüpfungen zwischen Grund- und Zusatzversicherungsbereich

- Einbezug der Langzeitpflege (Pflegeheime und Spitex) in das Finanzierungsmodell
- Abwicklung der Rechnungen im stationären Bereich in Analogie zu heute (duale Rechnungsstellung ohne Verlust an Information und Kontrollmöglichkeiten für die Kantone)
- Kontrollmöglichkeit für die Kantone bezüglich der korrekten Abrechnung der ambulanten Leistungen (z.B. Schaffung gemeinsames Organ Krankenversicherer/Kantone)
- Überprüfbare Kostenneutralität für die Kantone im Übergang

Der Einbezug der Langzeitpflege (Pflegeheime und Spitex) in das Finanzierungsmodell ist insbesondere deshalb wichtig, weil auch an den Schnittstellen zwischen medizinischer Akutversorgung und Pflege Fehlanreize bestehen. Es darf nicht von der unterschiedlichen Finanzierung der Spitalbehandlungen und der Langzeitpflege abhängen, ob jemand früher oder später aus der Spitalversorgung in die Pflege übertritt.

Bezüglich der Abwicklung der Rechnungen und der Kontrollmöglichkeiten der Kantone weisen wir darauf hin, dass der Kanton Solothurn 2017 aufgrund der Rechnungskontrolle der stationären Spitalbehandlungen rund 4 Mio. Franken einsparen konnte.

Der Beitrag der Kantone an die Finanzierung des Gesundheitswesens (bestehend mehrheitlich aus Beiträgen an die medizinische Versorgung, Pflege, Prävention und die individuelle Prämienvverbilligung) ist gemäss Schweizerischer Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) in den letzten 20 Jahren von rund 6 Mrd. Franken auf 16 Mrd. Franken gestiegen und auch der Finanzierungsanteil der Kantone hat seit 1996 zugenommen. Der Vorschlag der SGK-NR würde gemäss GDK bedeuten, dass die Kantone gesamtschweizerisch mit den geschätzten rund 8 Mrd. Franken rund 10% ihrer Fiskaleinnahmen an die Krankenversicherer überweisen müssten, ohne eine Möglichkeit zu haben, über die sachgerechte und effiziente Verwendung dieser Mittel zu bestimmen oder diese zu kontrollieren. Mit der Umsetzung des vorliegenden Vorschlags würde somit die fiskalische Äquivalenz verletzt und damit ein Konflikt mit der Bundesverfassung geschaffen.

Die Kosten des Gesundheitswesens lassen sich durch die Menge und/oder den Preis der Leistungen beeinflussen. Sie sinken, wenn weniger und/oder günstigere Leistungen erbracht werden. Daher sollen notwendige und sinnvolle Leistungen effizienter erbracht werden und auf Unnötiges ist zu verzichten. Dazu müssen im komplexen Gefüge der verschiedenen Akteure und deren Interessen bestehende Fehlanreize reduziert und nach Möglichkeit durch positive Anreize ersetzt werden. Eine blosser Verschiebung der Finanzflüsse von den Kantonen zu den Versicherern oder umgekehrt setzt keine neuen Anreize bei den Leistungserbringern und ist dementsprechend bezüglich Kostendämpfung wirkungslos.

Wir erachten die Vorlage der SGK-NR als ungenügend, weil sie sich trotz der Komplexität der Einflussfaktoren, welche die Kostenentwicklung bestimmen, auf die wirkungslose Umleitung von Finanzströmen beschränkt. Dementsprechend bitten wir Sie, auf die Vorlage nicht einzutreten.

IM NAMEN DES REGIERUNGSRATES

sig. Roland Heim
Landammann

sig. Andreas Eng
Staatsschreiber

Beilage: Antwortformular

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG):
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Regierungsrat des Kantons Solothurn

Abkürzung der Firma / Organisation : SO

Adresse : Rathaus / Barfüssergasse 24

Kontaktperson : Dr. Heinrich Schwarz, Chef Gesundheitsamt

Telefon : 032 627 93 66

E-Mail : heinrich.schwarz@ddi.so.ch

Datum : 11. September 2018

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **15. September 2018** an folgende E-Mail Adresse:
abteilung-leistungen@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG): Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
SO	Die Entwicklung der gesamten Gesundheitskosten erachten wir grundsätzlich als problematisch. Das Hauptziel muss deshalb sein, das Kostenwachstum zumindest zu bremsen. Die «Einheitliche Finanzierung der Leistungen im ambulanten und im stationären Bereich» (EFAS) kann dazu keinen wirksamen Beitrag leisten, weil es lediglich um die Verteilung der Kosten auf die Finanzierungsquellen geht. Für das Verhalten der Leistungserbringer spielt es keine Rolle, zu welchen Anteilen die Krankenversicherer und die Kantone die Kosten tragen, zumal beides erstklassige Schuldner sind. Im heutigen System bestehen wesentliche Fehlanreize, die kostentreibend wirken. Einerseits geht es um die Fehlanreize im Zusammenhang mit Tarifstruktur und Tarifhöhe und andererseits um jene, die sich aus dem Versicherungsstatus des Patienten bzw. der Patientin ergeben (Zusatzversicherungen). Beide Bereiche werden durch EFAS nicht angetastet. Die Anreize müssen dort gesetzt werden, wo der Behandlungsentscheid getroffen wird, d.h. grundsätzlich beim Leistungserbringer. Eine Verschiebung der Finanzflüsse von den Kantonen zu den Versicherern oder umgekehrt setzt keine neuen Anreize bei den Leistungserbringern und ist daher bezüglich Kostendämpfung wirkungslos. Mit EFAS werden die Fehlanreize nicht korrigiert, sondern eher noch zementiert, weil EFAS von den eigentlichen Ursachen der Kostensteigerung ablenkt. Deshalb wird der Vorschlag der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-NR) abgelehnt und Nichteintreten beantragt.
SO	
SO	
SO	
SO	
SO	
SO	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG): Vernehmlassungsverfahren

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
SO		Eine effizientere Gesundheitsversorgung mit EFAS bzw. eine allfällige Neuauflage der Vorlage müsste mindestens folgende Elemente enthalten: • Nationale Tariforganisation für ambulante Tarife mit paritätischer Beteiligung der Kantone • Konsequente Eliminierung von Fehlanreizen infolge Verknüpfungen zwischen Grund- und Zusatzversicherungsbereich • Einbezug der Langzeitpflege (Pflegeheime und Spitex) in das Finanzierungsmodell • Abwicklung der Rechnungen im stationären Bereich in Analogie zu heute (duale Rechnungsstellung ohne Verlust an Information und Kontrollmöglichkeiten für die Kantone) • Kontrollmöglichkeit für die Kantone bezüglich der korrekten Abrechnung der ambulanten Leistungen (z.B. Schaffung gemeinsames Organ Krankenversicherer/Kantone) • Überprüfbare Kostenneutralität für die Kantone im Übergang Der Einbezug der Langzeitpflege (Pflegeheime und Spitex) in das Finanzierungsmodell ist insbesondere deshalb wichtig, weil auch an den Schnittstellen zwischen medizinischer Akutversorgung und Pflege Fehlanreize bestehen. Es darf nicht von der unterschiedlichen Finanzierung der Spitalbehandlungen und der Langzeitpflege abhängen, ob jemand früher oder später aus der Spitalversorgung in die Pflege übertritt. Bezüglich der Abwicklung der Rechnungen und der	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG):
Vernehmlassungsverfahren**

		Kontrollmöglichkeiten der Kantone weisen wir darauf hin, dass der Kanton Solothurn 2017 aufgrund der Rechnungskontrolle der stationären Spitalbehandlungen rund 4 Mio. Franken einsparen konnte.	
SO			
SO			
SO			
SO			
SO			
SO			
SO			

6431 Schwyz, Postfach 1260

An die
Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit des Nationalrates (SGK-NR)

per Mail an abteilung-leistungen@bag.admin.ch
(PDF- und Word-Version)

Schwyz, 28. August 2018

Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung – Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung Monismus (Pa. Iv. 09.528)
Vernehmlassung des Kantons Schwyz

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 15. Mai 2018 unterbreitet die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-NR) u.a. den Kantonsregierungen einen Vorentwurf zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (SR 832.10, KVG) betreffend „Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus (Pa. Iv. 09.528)“ zur Stellungnahme.

Neu sollen alle ambulanten und stationären Behandlungen durch die Versicherer vergütet werden. Die Kantone sollen an die Kosten, die nach Abzug von Franchise und Selbstbehalt der Versicherten verbleiben, einen Beitrag von mindestens 25.5% leisten. Ausgenommen von dieser Regelung sind die Pflegeleistungen im Bereich der Langzeitpflege.

Der Kanton Schwyz schliesst sich der Stellungnahme der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) vom 28. Juni 2018 vollumfänglich an und lehnt die Vorlage der SGK-NR zur Änderung des KVG in der vorliegenden Form ab.

Wir danken Ihnen für die Gelegenheit zur Stellungnahme und grüssen Sie freundlich.

Im Namen des Regierungsrates:

Kaspar Michel, Landammann

Dr. Mathias E. Brun, Staatsschreiber



Kopie z.K. an:

- Schwyzer Mitglieder der Bundesversammlung.

Beschluss Nr. 620/2018

Schwyz, 28. August 2018 / ju

Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung – Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung Monismus (Pa. Iv. 09.528)

Vernehmlassung

1. Ausgangslage

Mit Schreiben vom 15. Mai 2018 unterbreitet die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-NR) u.a. den Kantonsregierungen einen Vorentwurf zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (SR 832.10, KVG) betreffend „Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus (Pa. Iv. 09.528)“ zur Stellungnahme.

Neu sollen die Versicherer alle ambulanten und stationären Behandlungen vergüten. Die Kantone leisten dazu einen Beitrag von mindestens 25.5% an die Kosten, die nach Abzug von Franchise und Selbstbehalt der Versicherten verbleiben. Mit der vorliegenden Vorlage sollen v.a. drei Ziele verfolgt werden:

- Förderung „ambulant vor stationär“;
- Stabilisierung steuer- und prämienfinanzierter Anteile an Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP), ohne Langzeitpflege;
- Sachgerechtere Tarifierung ambulanter und stationärer Leistungen.

Ausgenommen von dieser Regelung sind die Pflegeleistungen im Bereich der Langzeitpflege. Mit der am 1. Januar 2011 in Kraft getretenen Neuordnung der Pflegefinanzierung seien besondere Regeln eingeführt worden. Demnach leistet die OKP einen festgelegten Beitrag, der nach Pflegebedarf abgestuft ist (Art. 25a Abs. 1 KVG). Der versicherten Person dürfen max. 20% des höchsten Pflegebeitrags verrechnet werden. Die Restfinanzierung liegt in der Zuständigkeit der Kantone (Art. 25a Abs. 5 KVG).

2. Erwägungen

2.1 Das federführende Departement des Innern hat das Amt für Gesundheit und Soziales mit dem Entwurf einer Vernehmlassungsantwort beauftragt. Zum Mitbericht eingeladen wurden

das Finanzdepartement, das Umweltdepartement, das Volkswirtschaftsdepartement und die Ausgleichskasse. Die Mitberichte des Umwelt- und Finanzdepartementes liegen vor. Das Volkswirtschaftsdepartement verzichtete auf eine Stellungnahme. Die Ausgleichskasse liess sich nicht vernehmen.

2.2 Es muss vehement darauf hingewiesen werden, dass mit der vorliegenden Vorlage lediglich eine Verschiebung von Steuergeldern zu den Krankenversicherern stattfindet. Ob die gewünschte Kosteneindämmung der Gesundheitskosten damit erreicht wird, ist mehr als fraglich. Zudem werden die Pflegeleistungen von der neuen Regelung ausgeklammert. Durch die stetig steigenden Kosten für die Restfinanzierung werden Kantone und Gemeinden im Bereich der Pflege finanziell immer stärker belastet. Deshalb müsste der Pflegebereich im Sinne einer integrierten Versorgung über die ganze Leistungskette zwingend in ein monistisches Finanzierungsmodell miteinbezogen werden.

2.3 Allgemeine Bemerkungen der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) zur Vorlage

2.3.1 Der Vorstand der GDK lehnt die Vorlage der SGK-NR für eine einheitliche Finanzierung in seiner Stellungnahme vom 28. Juni 2018 ab. Gleichzeitig zeigt er aber auf, wie die Leistungen im Gesundheitswesen zweckmässig finanziert und effizienter gesteuert werden könnten. Wichtig ist der GDK, dass in einem Modell einer einheitlichen Finanzierung auch die Pflegekosten im Bereich der Langzeitpflege integriert werden.

2.3.2 Der GDK-Vorstand stellt fest, dass die von der SGK-NR selbst formulierten Ziele – in der OKP eine Kostendämpfung sowie Stabilisierung der Belastung der Prämien- und Steuerzahlenden zu erreichen – mit der Vorlage bei Weitem nicht erreicht werden. Ein Schlüsselement für die Kostensenkung ist die Verlagerung von aufwendigen stationären zu günstigeren ambulanten Behandlungen. Die Vorlage beschränkt sich aber allein auf die Verschiebung von kantonalen Steuergeldern zu den Krankenversicherern. Damit werden keine positiven Anreize zur gewünschten Verlagerung in den ambulanten Bereich geschaffen. Zudem werden die Pflegekosten im Bereich der Langzeitpflege beim vorgeschlagenen Modell der einheitlichen Finanzierung ausgeklammert. Damit verfehlt die Vorlage aber ein weiteres wichtiges und von der SGK-NR selbst gesetztes Ziel: Jenes einer integrierten Versorgung über die ganze Leistungskette hinweg. Das ist inkonsequent.

2.3.3 Der Finanzierungswechsel würde in vielen Kantonen sogar zu einem Prämienschub führen, weil der heute prämienfinanzierte Anteil dort noch unter den in der Vorlage vorgesehenen 74.5% der Gesamtkosten liegt. Der Vorschlag der SGK-NR würde zudem eine höhere Entschädigung für Vertragsspitäler bewirken, indem die durch diese erbrachten Leistungen neu zu 74.5% statt wie heute zu 45% durch die OKP mitfinanziert würden. Ein Prämienschub wäre die Folge, und die Wirksamkeit der kostendämpfenden kantonalen Spitalplanungen würde durch die Stärkung der Vertragsspitäler unterlaufen. Die Vorlage geht in leichtfertiger Weise nicht auf diese problematischen Auswirkungen ein. Schliesslich sind die Kalkulationsgrundlagen für die Berechnung des neuen Verteilschlüssels nicht nachvollziehbar und können deshalb zur Abschätzung der Auswirkungen der Vorlage auf die Steuer- und Prämienzahler nicht genügen.

2.3.4 Der neue Kantonsbeitrag ist so bemessen, dass ein für alle Kantone zusammen kostenneutraler Übergang zu einer einheitlichen Finanzierung erwartet werden kann. Auf der Ebene jedes einzelnen Kantons muss dieser Übergang allerdings nicht kostenneutral sein. Weist ein Kanton heute nämlich Versorgungs-, Patienten- und Behandlungsstrukturen auf, welche überdurchschnittlich stark auf ambulante Behandlungen ausgelegt sind, werden seine Belastungen tendenziell eher steigen und umgekehrt. Da der Kanton Schwyz aktuell noch relativ stark auf stationäre Strukturen ausgerichtet ist, wäre allenfalls zu erwarten, dass der Kanton Schwyz zu jenen

Kantone gehört, die finanziell entlastet werden. Allerdings gilt es dabei zu beachten, dass dieser Effekt die Bestrebungen der Kantone zur weiteren Verlagerung in den ambulanten Bereich bis zum Zeitpunkt des Inkrafttretens unterminiert und damit letztendlich auch einer wirksamen Kostendämpfungsmassnahme im Wege steht. Letzteres wäre nicht im Sinne des Kantons Schwyz, wird doch gerade jetzt die Verlagerung von stationären Leistungen in den ambulanten Bereich forciert.

2.3.5 Die SGK-NR hat die Hausaufgaben nicht gemacht. Die Vorlage genügt nicht. Sie kann auch nicht verbessert werden. Eine Rückweisung zur Neuauflage ist notwendig. Die GDK ist bereit, ihren Teil zur Ausarbeitung einer tragfähigen und dem Ziel der Kostendämpfung genügenden Lösung zu leisten. Sie hat deshalb Eckwerte formuliert, mit denen die mit einer zweckmässigeren Finanzierung angestrebten Zielsetzungen der Kostendämpfung und effizienteren Versorgung tatsächlich erreicht werden können. Dazu gehören insbesondere

- die Möglichkeit einer gezielten Steuerung auch der ambulanten Versorgung durch die Kantone;
- die Integration der Pflegekosten gemäss Krankenversicherungsgesetz im Bereich der Langzeitpflege in das neue Finanzierungsmodell;
- ein griffiges Instrument der Kontrolle über die den Krankenkassen zuzuleitenden kantonalen Steuergelder.

Der Regierungsrat schliesst sich den Ausführungen der GDK in deren Stellungnahme vom 28. Juni 2018 vollumfänglich an.

Beschluss des Regierungsrates

1. Erlass des beiliegenden Schreibens in PDF- und Word-Version an die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (abteilung-leistungen@bag.admin.ch).

2. Zustellung elektronisch: Mitglieder des Regierungsrates; Staatsschreiber; Beauftragter für Information und Kommunikation; Umweltdepartement; Finanzdepartement; Departement des Innern; Amt für Gesundheit und Soziales (unter Rückgabe der Akten).

Im Namen des Regierungsrates:

Dr. Mathias E. Brun, Staatsschreiber



Staatskanzlei, Regierungsgebäude, 8510 Frauenfeld

Nationalrat
Kommission für soziale
Sicherheit und Gesundheit
3003 Bern

Frauenfeld, 11. September 2018

774

09.528 Parlamentarische Initiative. Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus

Vernehmlassung

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit, zur Parlamentarischen Initiative 09.528 „Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus“ Stellung nehmen zu können.

A. Grundsätzliches

Der Kanton Thurgau unterstützt das Ziel der einheitlichen Finanzierung der Leistungen im ambulanten und stationären Bereich. Dies bedeutet einen Paradigmenwechsel, der einen der grossen Fehlanreize im Gesundheitswesen beseitigt. Wichtig ist jedoch, dass keine Lastverschiebung von den Krankenversicherern zu den Kantonen stattfindet. Das heutige System muss bei der Lastenverteilung zwischen den Krankenversicherungen und den Kantonen darauf Rücksicht nehmen, dass die ambulanten Leistungen – und damit die Kosten – stärker zunehmen als die stationären. Die Kantone erhielten neu eine Rolle als Mitfinanzierer im OKP-Bereich und müssten diesen konsequenterweise auch mitgestalten können. Der vorliegende Vorschlag muss dringend ergänzt werden.

Beim anvisierten Systemumbau müssen die Ergebnisse der vom Bundesrat beim Bundesamt für Gesundheit in Auftrag gegebenen Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung berücksichtigt und eingearbeitet werden. Der Schlussbericht der Evaluation soll 2019 vorliegen. Zudem hat das Parlament die Motion 13.3363 „Aufgabentrennung zwischen Bund und Kantonen“ angenommen. Damit wurde der Bundesrat beauftragt, sämtliche Aufgaben, bei welchen die Verantwortung oder die Finanzierung gemeinsam bei Bund und Kantonen liegen, systematisch zu analysieren und bis 2018 einen umfassenden Bericht vorzulegen. Der Einbezug der Vorlage «Einheitliche Finan-

zierung der Leistungen im ambulanten und im stationären Bereich» in diesen Bericht wäre zwingend.

B. Zur Vorlage

Der Regierungsrat unterstützt die von der SGK-N formulierten Ziele:

- Förderung der Verlagerung von Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich;
- Stabilisierung der steuer- und prämienfinanzierten Finanzierungsanteile an den Leistungen der OKP;
- Förderung der koordinierten Versorgung und eine sachgerechte Tarifierung der ambulant und der stationär erbrachten Leistungen.

Damit diese Ziele realisiert werden können, sind zusätzliche Überlegungen zur Steuerungsverantwortung der Leistungserbringer und zur sachgerechten Tarifierung von Leistungen erforderlich. Der Regierungsrat des Kantons Thurgau lässt sich zu den einzelnen Zielen wie folgt vernehmen:

1. Förderung der Verlagerung von Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich / Steuerung der Leistungserbringung

Um die Verlagerung von Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich zu fördern, bedarf es zusätzlicher Massnahmen: Insbesondere erweisen sich die teilweise auf Kantons- und Bundesebene erlassenen Listen für operative Eingriffe, die grundsätzlich nur noch bei ambulanter Durchführung von der OKP vergütet werden, als kostendämmend. Erste Auswertungsergebnisse im Kanton Luzern neun Monate nach Inkrafttreten der kantonalen Regelung «ambulant vor stationär» deuten darauf hin, dass die Behandlungskosten bei den Listeneingriffen gesamthaft gesunken sind, d. h. sowohl für Versicherer und Prämienzahler als auch für die Kantone und Steuerzahler. Die neu angestrebte Kostenteilung wird dazu führen, dass die Entwicklung «ambulant vor stationär» kostenseitig keine unterschiedlichen Folgen mehr für Krankenversicherer und Kantone hat.

2. Förderung der Attraktivität der koordinierten Versorgung

Eine einheitliche Finanzierung von stationären und ambulanten Leistungen schafft Voraussetzungen für eine Optimierung entlang der Behandlungskette dann, wenn es darum geht, eine Patientin bzw. einen Patienten am „richtigen“ Ort zweckmässig zu behandeln. Eine finanzielle Optimierung aus der Sicht eines Systemteilnehmers ist wenig sinnvoll. Hingegen ist die Perspektive je Fall entlang der Behandlungskette einzunehmen, so wie dies im UVG-Bereich für das Risiko Unfall realisiert ist und funktioniert (Systemgrenzen abschaffen). Der Einbezug der Kantone in die Finanzierungsverantwortung schafft neue Entwicklungsmöglichkeiten für innovative Versorgungs- und Ver-

sicherungsmodelle¹, die eine koordinierte Versorgung entlang der Behandlungskette gewährleisten.

Das würde prinzipiell auch die Pflegeleistungen gemäss Art. 25a KVG einschliessen. Indes ist die Finanzierung der Pflegeleistungen aus zwei Gründen nicht in die aktuelle Vorlage zu integrieren. Zum einen eignet sich der medizinische Bereich sachlich, um in einem ersten Schritt entlang der Behandlungskette integrativ betrachtet und finanziert zu werden. Andererseits soll die Vorlage aus ressourcentechnischen und politischen Überlegungen nicht auf den Pflegebereich ausgedehnt werden. Erfolgsversprechend ist ein Vorgehen in zwei Etappen. Können mit einer koordinierten Versorgung und einer einheitlichen Finanzierung im medizinischen Bereich – unter Berücksichtigung der dargelegten zusätzlich erforderlichen Massnahmen – die gesteckten Ziele realisiert werden, wäre die Ausdehnung des Finanzierungssystems auf den Pflegebereich in der Sache und politisch zielführend.

3. Stabilisierung der steuer- und prämiendifinanzierten Finanzierungsanteile an den Leistungen gemäss KVG / Transparenz schaffen

Die Forderung nach einer Stabilisierung der steuer- und prämiendifinanzierten Finanzierungsanteile an den Leistungen gemäss KVG ist verteilungs- bzw. sozialpolitischer Natur. Für den einzelnen Bürger ist die Vorlage diesbezüglich von grosser Bedeutung, ist er doch sowohl als Steuer- als auch als Prämienzahler betroffen. Darum müssen ihm die Auswirkungen der geplanten einheitlichen Finanzierung transparent und nachvollziehbar dargelegt werden. Diese Voraussetzung erfüllen die Vorlage sowie der erläuternde Bericht nicht: So ist zwar vorgesehen, die vorgeschlagene einheitliche Finanzierung für die Kantone mittels einer über alle Kantone hinweg kostenneutralen Einführung umzusetzen. Auf die einzelnen Kantone heruntergebrochen, hätte die Einführung der einheitlichen Finanzierung aber ganz unterschiedliche Folgen. Gemäss den Schätzungen des Bundesamtes für Gesundheit im Bericht vom 5. März 2018 (Varianten im Umgang mit der Kostenbeteiligung und kantonale unterschiedliche Bedeutung des stationären Spitalsektors) käme es für einzelne Kantone zu zusätzlichen Belastungen von bis zu 100 Mio. Franken. Andererseits gäbe es Kantone, die sich zugunsten der Krankenversicherer entlasten könnten, was in diesen Kantonen einen Anstieg der OKP-Prämien zur Folge hätte. Diese Umstände und die Auswirkungen je Kanton werden im erläuternden Bericht ungenügend beleuchtet.

Ebenfalls nicht nachvollziehbar sind die generell getroffenen Annahmen zu den finanziellen Auswirkungen der Vorlage insgesamt. Es ist unklar, woraus die hochgerechneten

¹ Managed Care Modelle im Kanton Thurgau beinhalten den kompletten Behandlungsprozess von den Qualitätszielen und -massnahmen bis zur Budgetverantwortung. Diese Ansätze müssen für eine breitere Versichertengruppe weiterentwickelt werden.

Kantonsbeiträge von jeweils zwischen 7.3 und 7.7 Mia. Franken für die Jahre 2012 bis 2015 hergeleitet worden sind. Dementsprechend kann auch nicht überprüft werden, ob der auf diesen Grundlagen berechnete kantonale Mitfinanzierungsanteil von 25.5% realistisch ist. Sämtliche Daten und Methoden, die der Ermittlung des gesetzlichen kantonalen Mindestanteils zugrunde liegen, sind transparent zu machen. Nur so sind die Kantone in der Lage, die Konsequenzen für ihre Haushalte einzuschätzen, und könnte das Parlament der Öffentlichkeit gegenüber auch seriös Rechenschaft ablegen, welche Folgen die Vorlage für die Steuer- und Prämienzahler hätte. Weil die ambulanten Kosten stärker steigen als die stationären, ist in den neuen Kostenteiler ein Ausgleichsfaktor einzubauen, damit der Kostenanteil der Kantone nicht unverhältnismässig ansteigt. Der Faktor könnte zum Beispiel 0.995 betragen (Anteil Kantone im Jahr 2: $0.995 \times 25.5\% = 25.3725\%$).

Schliesslich sind die Auswirkungen auf Listen- und Vertragsspitäler zu thematisieren. Gemäss Vorentwurf sollen die Vertragsspitäler inskünftig 74.5% des Betrags, welcher einem Listenspital zustünde, aus den Mitteln der OKP erstattet erhalten. Dies im Gegensatz zum derzeitigen Beitrag von Seiten der Versicherer in Höhe von 45%. Der Vertragsspital-Status würde dadurch erheblich an Attraktivität gewinnen und die Zahl der Vertragsspitäler allenfalls zunehmen. Diese zusätzlichen, versorgungstechnisch unnötigen Spitalbetten unterliefen einerseits noch stärker als heute die kantonalen Spitalplanungen und reduzierten das zur Gewährleistung der Spitalversorgung notwendige Volumen an Versorgungskapazitäten erheblich. Andererseits käme es zu einem unnötigen Mengen- und Kapazitätswachstum. Die nur zu Lasten der Krankenversicherer gehenden Kosten würden zunehmen und die Krankenkassenprämien steigen. Eine Stabilisierung der steuer- und prämienfinanzierten Finanzierungsanteile wäre gefährdet. Das Institut der Vertragsspitäler ist daher aus systempolitischen Überlegungen abzuschaffen. Findet sich dafür keine Mehrheit, so muss in Erhaltung des Status quo zumindest der Beitrag der Versicherer im Rahmen der einheitlichen Finanzierung auf 45% des Betrages, der einem Listenspital zusteht, festgelegt werden (Minderheitsantrag).

4. Förderung einer sachgerechten Tarifierung der ambulant und der stationär erbrachten Leistungen

Die Tarifierung hat einen grossen Einfluss auf das Leistungsvolumen sowie darauf, ob Leistungen ambulant oder stationär erbracht werden. Mit den richtigen Anreizen kann das Kostenwachstum gedämpft werden. Allerdings ist unklar, inwiefern die Vorlage eine sachgerechte Tarifierung fördert. Für die Entwicklung und Pflege der Tarifsysteme sind die Tarifpartner zuständig – im stationären Bereich über eine gemeinsam mit den Kantonen eingesetzte Organisation, welche für die Erarbeitung und Weiterentwicklung der Strukturen zuständig ist (SwissDRG AG; Art. 49 Abs. 2 KVG). Die Tarifpartner sind dafür verantwortlich, dass die den Leistungen zugrundeliegenden Tarifstrukturen den medizinischen Entwicklungen angepasst werden. In welchem prozentualen Verhältnis sich

Versicherer und Kantone die Gesamtkosten der ambulant und stationär erbrachten OKP-Leistungen teilen, hängt nicht direkt von der Tarifstruktur ab. Eine einheitliche Finanzierung hat darum kaum einen Einfluss auf eine sachgerechte Tarifierung.

C. Zu den Minderheitsanträgen

Der Antrag auf eine Kontrolle der Rechnungen der Leistungserbringer durch ein neu zu schaffendes Organ, in dem die Kantone vertreten sind, deckt sich mit der Forderung des Regierungsrates.

Der Antrag, die Entschädigung von Vertragsspitalern und -geburtshäusern durch die OKP auf wie bisher höchstens 45 % der Vergütung nach Art. 49 Abs. 1 KVG zu beschränken, ist absolut zwingend. Der Regierungsrat fordert aus systempolitischen Überlegungen jedoch die Abschaffung des Instituts Vertragsspital überhaupt.

Hinsichtlich der Verknüpfung des Inkrafttretens der Vorlage der einheitlichen Finanzierung von Leistungen im ambulanten und stationären Bereich mit dem Inkrafttreten einer Nachfolgeregelung zu Art. 55a KVG im Sinne einer Zulassungssteuerung im ambulanten Bereich ist festzuhalten: Sollte die einheitliche Finanzierung der Leistungen im ambulanten und stationären Bereich vom Parlament gutgeheissen werden, müssten den Kantonen die nötigen Instrumente zur Steuerung des ambulanten Versorgungsangebots gegeben werden. Die derzeit im Parlament diskutierte Vorlage zur Zulassungssteuerung ist ein nötiger, aber nicht ausreichender Schritt (weil sie im Wesentlichen nur Neuzulassungen beschlägt).

D. Verschiedenes

Der Regierungsrat unterstützt – im Einklang mit der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) – Massnahmen, die direkt und nachweislich auf eine Kostendämpfung hinwirken und Fehlanreize ausmerzen, die zu einer Über- oder Fehlversorgung von Bürgerinnen und Bürgern führen. Zusätzlich erforderlich ist, dass:

- eine nationale Tariforganisation für ambulante Tarife gesetzlich vorgeschrieben wird, an welcher die Kantone paritätisch beteiligt sind²;
- die Kantone in Bezug auf die korrekte Abrechnung von ambulanten Leistungen für die Kantonsbevölkerung über eine Kontrollmöglichkeit verfügen, beispielsweise durch die Schaffung eines gemeinsamen Organs. Nur so können sie ihre fi-

² Die Versicherer haben derzeit wenig Anreize für kostendeckende Vergütungssysteme, insbesondere in der ambulanten Versorgung (Verlagerung in gemeinwirtschaftliche Leistungen: Kindermedizin, Psychiatrie, Koordinations- und Vernetzungsleistungen z. B. der Palliative Care, der Geriatrie und Demenz).

6/6

nanzrechtliche Verantwortung für einen effizienten Einsatz von Steuergeldern sicherstellen und gegenüber ihren Bürgerinnen und Bürgern nachweisen;

- die Kostengutsprachen und Rechnungen im stationären Bereich analog zu heute abgewickelt werden können – mit einem entsprechend angepassten Finanzierungsschlüssel – so dass die Informations- und Kontrollmöglichkeiten der Kantone gewahrt bleiben und zusätzlich die Kantone (und Versicherer) entscheiden können, diese Aufgabe zum Schutz getätigter Investitionen am Ende des Lebenszyklus bestehender Systeme an einen Dritten auszulagern.

E. Fazit

Der Regierungsrat unterstützt ausdrücklich das Ziel der einheitlichen Finanzierung der Gesundheitsleistungen im ambulanten und stationären Bereich. Er erachtet dabei eine Etappierung für den medizinischen Bereich und den Pflegebereich als zielführend. Gleichzeitig teilt er die Haltung der GDK-Plenarversammlung, dass eine gründliche Überarbeitung der aktuellen Vorlage angezeigt ist.

Der Kanton Thurgau ist interessiert, als Pilotkanton Erfahrungen in der einheitlichen Finanzierung von Gesundheitsleistungen zu sammeln, evtl. unter Nutzung des in Aussicht gestellten Experimentierartikels, und bietet seine Unterstützung an.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Vernehmlassung.

Mit freundlichen Grüßen

Die Präsidentin des Regierungsrates



Der Staatschreiber



4139

fr

0

12 settembre 2018

Repubblica e Cantone Ticino
Consiglio di Stato
Piazza Governo 6
Casella postale 2170
6501 Bellinzona
telefono +41 91 814 43 20
fax +41 91 814 44 35
e-mail can-sc@ti.ch

Repubblica e Cantone
Ticino

Il Consiglio di Stato

Ufficio federale della sanità pubblica
Divisione prestazioni
Schwarzenburgstr. 157
3003 Berna

Invio per posta elettronica
abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Modifica della legge federale sull'assicurazione malattie Introduzione di un sistema di finanziamento monistico: consultazione

Gentili Signore, egregi Signori,

con lettera del 15 maggio 2018 la Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio nazionale (CSSS-N) ha sottoposto anche al Cantone Ticino, nell'ambito della procedura di consultazione, un progetto preliminare di modifica della legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) volto a introdurre un finanziamento delle prestazioni della salute da parte di un unico soggetto. Il progetto è stato elaborato in risposta all'iniziativa parlamentare 09.528 "Introduzione di un sistema di finanziamento monistico" e persegue tre obiettivi: promuovere il trasferimento delle cure indicate dal profilo medico dal settore ospedaliero a quello ambulatoriale, eliminando i falsi incentivi legati alla diversa modalità di finanziamento e contribuendo così a rallentare l'incremento dei costi; stabilizzare le quote di finanziamento delle prestazioni LAMal a carico dei premi e delle imposte e promuovere una tariffazione adeguata in ambito ambulatoriale e ospedaliero.

La proposta commissionale prevede che, in futuro, gli assicuratori dovranno rimborsare tutti i trattamenti ambulatoriali e ospedalieri (ad esclusione del settore del finanziamento delle cure, che mantiene lo statu quo). I Cantoni forniranno loro un contributo di almeno il 25.5% dei costi netti delle prestazioni (ossia dopo la deduzione di franchigia e partecipazione ai costi degli assicurati). Questa percentuale, che dal 2012 al 2015 corrisponderebbe in media a circa 7.5 miliardi di franchi, è fissata in modo tale che, nel complesso, il passaggio al finanziamento unitario non abbia ripercussioni sulla spesa di Cantoni e assicuratori.

Ringraziamo anzitutto la CSSS-N per l'opportunità di esprimere la nostra posizione in merito.

In generale, il Cantone Ticino condivide le finalità che persegue la proposta in esame, in primis la necessità di interventi decisi per contenere l'evoluzione vieppiù insostenibile dei costi della salute. E' innegabile la complessità e la poca razionalità dell'attuale sistema di

finanziamento delle prestazioni sanitarie, per cui sia gli agenti finanziatori, sia l'onere da loro assunto, variano in funzione della tipologia di prestazioni erogate, generando oltretutto falsi incentivi, in contrasto con l'obiettivo di un trattamento efficiente dal profilo dei costi (che dipendono da quantità e tariffe), della qualità e dell'appropriatezza delle cure. In tal senso, un'armonizzazione è sicuramente auspicabile.

Si ritiene tuttavia che il progetto in discussione non vada al cuore del problema, la proposta di finanziare il sistema (ancorché parzialmente) tramite un unico agente pagante, non rappresenta di per sé una misura determinante per il controllo dei costi. Si rileva inoltre che per alcuni Cantoni, tra i quali anche il nostro, l'adozione della proposta comporterebbe un rilevante aggravio degli oneri rispetto alla situazione attuale.

Nel merito dei tre obiettivi che il progetto vorrebbe perseguire, si osserva quanto segue.

1. Trasferimento dell'attività dal settore stazionario al settore ambulatoriale

Anzitutto, il finanziamento unitario può sì contribuire a ridurre i falsi incentivi tariffali di assicuratori e Cantoni, reputiamo tuttavia questi casi limitati e quindi il contributo ad un'allocazione efficiente delle risorse, modesto. Per un vero trasferimento dallo stazionario all'ambulatoriale, con significativi risparmi sui costi, si deve insistere maggiormente sui fornitori di prestazioni, ossia laddove risiede la decisione sul tipo di trattamento da adottare per il paziente. Determinanti ai fini di questa scelta, oltre ai criteri medici, risultano essere anche i ricavi attesi dal fornitore, dipendenti a loro volta dalla struttura tariffale e dalla copertura assicurativa del paziente (complementari). In questo senso, si impongono misure diverse dal finanziamento monistico per influenzarne il comportamento. Pensiamo, ad esempio, alle liste dei trattamenti da eseguirsi di principio ambulatorialmente, già introdotte in alcuni Cantoni e dal 2019 previste a livello federale, o al miglioramento delle strutture tariffali, come la recente revisione del TARMED.

2. Stabilizzare le quote di finanziamento delle prestazioni LAMal a carico dei premi e delle imposte

Riguardo alla stabilizzazione delle quote di finanziamento di assicuratori e Cantoni, questa sembra di per sé garantita nella misura in cui il progetto prevede un contributo cantonale minimo unitario del 25.5% delle prestazioni nette e assicura, a livello nazionale, un passaggio finanziariamente neutro al nuovo sistema. In realtà, come si evince anche dal rapporto esplicativo della CSSS-N e da quello dell'UFSP del 5 marzo 2018, le ripercussioni nei singoli Cantoni possono divergere anche in maniera significativa, in funzione della loro struttura d'assicurati e del loro rapporto fra costi stazionari e ambulatoriali. Secondo tale documento, in Ticino, rispetto all'importo ora destinato dal Cantone al finanziamento ospedaliero, la partecipazione cantonale, sull'insieme delle prestazioni contemplate dal progetto di finanziamento monistico, dovrebbe essere aumentata di 22.6 milioni di franchi.

Si osserva che i Cantoni assumerebbero inizialmente una parte dei costi LAMal simile a quanto già oggi versato in ambito stazionario ospedaliero, tuttavia nel tempo i contributi non potrebbero far altro che aumentare, dovendosi far carico di parte dei costi ambulatoriali, in marcata crescita. Assisteremmo quindi a medio termine ad un trasferimento della spesa dagli assicuratori ai Cantoni. Come se ciò non bastasse, questi ultimi non possono incidere sui costi ambulatoriali. Il progetto non prevede infatti alcuno strumento d'intervento e di controllo per i Cantoni, in analogia al settore stazionario (pensiamo alla pianificazione ospedaliera o alla possibilità del finanziamento ospedaliero tramite contributo globale, possibilità di cui il Ticino fa buon uso), né maggiori competenze in ambito tariffale. Immaginare che i Cantoni debbano versare il 10% degli

introiti raccolti tramite le imposte a un terzo, senza la possibilità di controllarne l'utilizzo, sembra del tutto improponibile.

Ai fini di una vera stabilizzazione delle quote di finanziamento sarebbe poi doveroso considerare la totalità delle prestazioni LAMal, mentre il progetto in discussione esclude il settore del finanziamento delle cure.

Si rileva inoltre che l'aumento della quota di finanziamento assicurata agli ospedali convenzionati al 74.5% (attualmente al 45%), comporterebbe uno sgravio delle assicurazioni complementari a scapito dell'assicurazione di base e potrebbe generare un aumento delle prestazioni erogate da detti istituti, con conseguente ripercussione sui premi.

3. Promuovere una tariffazione adeguata in ambito ambulatoriale e ospedaliero.

E' indiscutibile che il sistema di determinazione delle tariffe abbia un'incidenza sui volumi di prestazioni e sulla loro erogazione in regime ambulatoriale piuttosto che stazionario. A risultare poco chiaro è come il monismo possa favorire una tariffazione più corretta; tutt'al più ovvia in relazione ad alcuni falsi incentivi insiti nella stessa. La competenza di elaborare, adattare e semmai correggere le strutture tariffali alla base della remunerazione delle prestazioni è primariamente dei partner tariffali, ossia assicuratori e fornitori di prestazioni. Spetta a loro garantirne la bontà, fissandovi anche i giusti incentivi in un'ottica di contenimento dei costi. In tal senso, la modalità di finanziamento di Cantoni e casse malati non esplica alcun effetto.

In quest'ambito dovrebbero inoltre essere valutate la determinazione di forfait a copertura di interventi ambulatoriali (al posto della tariffazione all'atto) e l'offerta di coperture assicurative per la promozione delle cure integrate, ossia la copertura di determinate patologie lungo tutto il percorso di cura (dalla degenza, al trattamento ambulatoriale, alla cura a domicilio).

In conclusione, il Cantone Ticino non può sostenere il progetto di finanziamento monistico presentato. Si dichiara tuttavia disposto, in linea con la presa di posizione della Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS), a valutare altre proposte di finanziamento unitario, a condizione che queste siano corredate da misure ritenute fondamentali ai fini di un approvvigionamento sanitario efficiente, integrato e che contribuisca al contenimento dei costi. In particolare, la possibilità per i Cantoni di un pilotaggio dell'offerta ambulatoriale, il mantenimento del contributo globale quale variante di finanziamento in ambito stazionario, l'integrazione del finanziamento delle cure, la garanzia – per i singoli Cantoni – non solo di una neutralità finanziaria al momento del cambiamento, ma pure di una crescita sostenibile della loro spesa sul medio termine.

Ringraziando per una debita presa in considerazione delle osservazioni esposte, vogliate gradire, gentili Signore, egregi Signori, l'espressione della nostra massima stima.

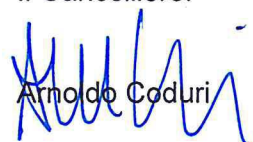
PER IL CONSIGLIO DI STATO

Il Presidente:



Claudio Zali

Il Cancelliere:



Arnaldo Coduri

Copia per conoscenza:

- Deputazione ticinese alle Camere federali (can-relazioniesterne@ti.ch)
- Dipartimento della sanità e della socialità (dss-dir@ti.ch)
- Divisione della salute pubblica (dss-dsp@ti.ch)
- Area di gestione sanitaria (dss-ags@ti.ch)
- Pubblicazione in internet



Landammann und Regierungsrat des Kantons Uri

Nationalrat
Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit
c/o Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen
3003 Bern

Vorentwurf der SGK-NR zur Änderung des KVG (einheitliche Finanzierung, Einführung Monismus, Pa. Iv. 09.528); Vernehmlassung

Sehr geehrter Herr Kommissionspräsident
Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 15. Mai 2018 unterbreiten Sie uns den Vorentwurf und den erläuternden Bericht der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats (SGK-NR) zur Parlamentarischen Initiative «Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus» (Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung [KVG; SR 832.10]) zur Vernehmlassung.

Für die Möglichkeit zur Stellungnahme danken wir Ihnen und äussern uns wie folgt.

I. Allgemeine Beurteilung

Das Hauptproblem in Bezug auf die Schweizer Gesundheitskosten ist nach Ansicht des Regierungsrats nicht deren Zusammensetzung und Verteilung auf die einzelnen Finanzierungsquellen, sondern vielmehr die Entwicklung der Gesamtsystemkosten über die Jahre. Daran ändert auch nichts, dass der Finanzierungsanteil aller Kantone seit 1996 kontinuierlich steigt.

Das Hauptziel muss deshalb sein, das Wachstum der Gesundheitskosten zu bremsen und längerfristig die Kosten des Gesundheitssystems gesamthaft zu senken. Die Belastung der einzelnen Kostenträger (Finanzierer) ist eine verteilungs- bzw. sozialpolitische Frage und bedarf einer anderen Diskussion.

Die Kosten des Systems lassen sich beeinflussen, indem entweder die Menge oder der Preis der erbrachten Leistungen verändert wird. Sie können demnach nur sinken, wenn in Zukunft weniger und/oder günstigere Leistungen erbracht werden. Das heisst, notwendige und sinnvolle Leistungen müssen effizienter erbracht werden und auf Unnötiges gilt es zu verzichten. Dazu müssen im komplexen Gefüge der verschiedenen Akteure und deren Interessen bestehende Fehlanreize reduziert und durch positive Anreize ersetzt werden.

Vor diesem Hintergrund ist die Vorlage der SGK-NR leider als ungenügend zu bezeichnen. Denn sie reduziert die ganze Komplexität der Einflussfaktoren, welche die Entwicklung der Gesundheitskosten bestimmen, auf einen einzigen, nämlich auf die Ausgestaltung der Finanzierung. Und selbst diese bleibt auf die Umleitung der Finanzströme beschränkt.

Der Regierungsrat stellt mit Bedauern fest, dass die vorgeschlagene KVG-Revision für den Kanton trotz der angestrebten kostenneutralen Überführung über alle Kantone hinweg mittelfristig eine erhebliche finanzielle Mehrbelastung bedeuten würde. Damit würde eine weitere Verschärfung der bereits bestehenden Entwicklung vorgenommen. Denn der Beitrag der Kantone an die Finanzierung des Gesundheitswesens (bestehend mehrheitlich aus Beiträgen an die medizinische Versorgung, Pflege, Prävention und die individuelle Prämienverbilligung) stieg in den letzten 20 Jahren von rund 6 Milliarden Franken auf 16 Milliarden Franken.

Sehr kritisch werden die generell getroffenen Annahmen über die finanziellen Auswirkungen der vorliegenden Monismus-Vorlage beurteilt. Denn wie die hochgerechneten Kantonsbeiträge von jeweils zwischen 7,3 und 7,7 Milliarden Franken für die Jahre 2012 bis 2015 hergeleitet worden sind, ist in den Vernehmlassungsunterlagen nicht nachvollziehbar dargelegt. Entsprechend ist der auf dieser Grundlage berechnete kantonale Mitfinanzierungsanteil von 25,5 Prozent nicht überprüfbar. Was gänzlich fehlt, ist eine nachvollziehbare Berechnung des Gesamtvolumens für den Geltungsbereich der Vorlage auf Leistungen nach Artikel 25 bis 31 KVG (abzüglich Pflegeleistungen nach Art. 25a KVG), an dem sich die Kantone zu geschätzten 25,5 Prozent beteiligen müssten. Eine vertiefte Auseinandersetzung mit der Vorlage über die rein finanziellen Auswirkungen ist für den Regierungsrat unter diesen Voraussetzungen unmöglich.

Zudem stellt der Regierungsrat mit Sorge fest, dass der Vorschlag der SGK-NR bedeuten würde, dass die Kantone mit den geschätzten 7,7 Milliarden Franken rund 10 Prozent ihrer Fiskaleinnahmen an die Krankenversicherer überweisen müssten, ohne dass sie eine Möglichkeit haben, über die sachgerechte und effiziente Verwendung dieser Mittel zu bestimmen oder diese zu kontrollieren. Mit der Umsetzung des vorliegenden Vorschlags würde die fiskalische Äquivalenz verletzt und damit ein Konflikt mit der Bundesverfassung geschaffen.

Deshalb lehnt der Regierungsrat den Vorentwurf der SGK-NR in der vorliegenden Fassung ab.

Im Einzelnen stützt er sich dabei auf folgende Überlegungen:

1. Eine einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen mit nur noch einer einzigen Zahlstelle (Versicherer als Monist) leistet als Einzelmassnahme keinen massgeblichen Beitrag zur Eindämmung der Systemkosten.

- a) Zwei grosse Kostentreiber im schweizerischen Gesundheitswesen, nämlich einerseits die Fehlanreize im Zusammenhang mit Tarifstruktur und Tarifhöhe sowie andererseits jene, die sich aus dem Versicherungsstatus der Patienten ergeben, werden durch die vorgeschlagene Reform nicht angetastet.
- b) Anreize müssen dort gesetzt werden, wo der Behandlungsentscheid getroffen wird, also primär beim Leistungserbringer. Es ist aber für diesen - abgesehen von administrativen Aufwendungen - unerheblich, ob er aus einer Hand oder aus zwei Händen entschädigt wird. Eine reine Umleitung der Finanzflüsse von den Kantonen zu den Versicherern setzt keinen neuen Anreiz beim Leistungserbringer und bewirkt folglich auch nichts.
- c) Die einheitliche Finanzierung mag zwar Voraussetzungen schaffen für eine Verbesserung der Leistungsallokation, der Behandlungsabläufe, der Behandlungskette und damit auch der Behandlungsqualität. Dazu sind aber auch Versicherungsmodelle gefragt, welche die Behandlungen entlang der gesamten Leistungskette erfassen. Nun ist es aber keineswegs sicher, dass die Krankenkassen ihre Möglichkeiten zur Einführung neuer Versicherungsmodelle zur Förderung der integrierten Versorgung in einem monistischen Finanzierungssystem besser nutzen würden als heute. Den Kantonen fehlen im Vorschlag der SGK-NR jegliche Möglichkeiten zur direkten Beeinflussung der künftigen Optimierung der Versorgungskette. Weiter sind die Bereiche Spitex und Pflegeheime in der aktuellen Vorlage nicht eingeschlossen, obwohl hier in Bezug auf die Zusammenarbeit der Leistungserbringer entlang der Behandlungskette der grösste Bruch zu beobachten ist.
- d) Offen gelassen wird in der Vorlage zudem, wie die Aufsichtsverantwortung des Bunds ausgeweitet wird. Eine solche Verstärkung wäre aufgrund des erhöhten Volumens von KVG-Geldern in den Händen der Krankenversicherer unabdingbar.

2. Der Einsatz von Steuergeldern setzt Steuerungsinstrumente voraus.

Wenn der Kanton die ambulanten Leistungen mitfinanzieren soll, muss er auch das Versorgungsangebot im ambulanten Bereich beeinflussen können. Dies ist jedoch in der Vorlage nicht vorgesehen. Die SGK-NR erfüllt diese Notwendigkeit allein durch die aktuelle Teilrevision des KVG hinsichtlich der Neuzulassung von Leistungserbringern. Dies ist aber noch keine hinreichende Voraussetzung für eine wirksame Steuerung des ambulanten Versorgungsangebots durch den Kanton. Denn sie betrifft primär nur die Neuzulassungen, gewährt keine Kontroll- und Steuerungsmöglichkeit über die bereits zugelassene Ärzteschaft und sie klammert das Leistungsangebot im spitalambulantem Bereich aus. Zudem ist politisch noch keineswegs gesichert, dass der Gesetzesentwurf des Bundesrats vom Parlament auch beschlossen wird. Vielmehr vertritt eine Mehrheit der SGK des National- wie auch des Ständerats sogar die Ansicht, dass die Steuerung des ambulanten Angebots primär durch die Krankenversicherer über die weitgehende Aufhebung des Kontrahierungszwangs erfolgen soll.

3. Die einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen ist nicht der folgerichtige Schritt bzw. die unverzichtbare Begleitmassnahme zur Förderung der Verlagerung aus dem stationären Sektor in die (Spital-)Ambulatorien, so wie dies die Versicherer- und Leistungserbringerverbände fälschlicherweise propagieren.

- a) Die Ergebnisse im Kanton Luzern mit der kantonalen Regelung «ambulant vor stationär» deuten nach neun Monaten darauf hin, dass die Behandlungskosten bei den Listeneingriffen gesamthaft, also sowohl für die Versicherer und Prämienzahler als auch für die Kantone und Steuerzahler gesunken sind. Mehrkosten für die Versicherer bei einzelnen ambulanten Eingriffen konnten durch die Einsparungen im stationären Bereich und durch die Abnahme der Eintritte am Vortag kompensiert werden. Eine einheitliche Finanzierung der Leistungen war für die Erzeugung dieser kostendämpfenden Wirkung nicht notwendig.
- b) Die Finanzsituation der Leistungserbringer könnte sich infolge Ausbau der ambulanten Listen auf Bundes- und Kantonsebene insofern negativ entwickeln, als die aktuellen TARMED-Tarife für manche der betroffenen Einzelleistungen nicht kostendeckend sind. Hier hilft aber eine einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen auch nicht weiter. Gefragt ist vielmehr eine Weiterentwicklung der Tarifstruktur in Richtung (spital-)ambulanter Pauschalen, welche für die Leistungserbringer neue positive tarifliche Anreize setzen würden.

II. Vorschläge für ein Finanzierungssystem für eine steuerbare, effiziente und integrierte Gesundheitsversorgung

Eine effizientere und optimierte Gesundheitsversorgung mit einheitlicher Finanzierung muss nach Auffassung des Regierungsrats mindestens folgende Anforderungen erfüllen:

1. Die finanzielle Belastung der einzelnen Kantone muss im Übergang überprüfbar kostenneutral sein.

Diese Anforderung ist im Vorschlag der SGK-NR für die Gesamtheit der Kantone zwar erfüllt. Allerdings muss die Kalkulation noch plausibilisiert werden können.

Kostenneutralität bei der Umstellung auf die einheitliche Finanzierung heisst, dass die Beteiligung der Gesamtheit der Kantone bzw. der Versicherer an der Finanzierung der ambulanten und stationären Leistungen nicht höher ausfällt als unter dem aktuellen dual-fixen Regime. Der gesetzliche kantonale Mindestanteil muss auch in Zukunft konstant gehalten werden. Allein den Kantonen soll es vorbehalten bleiben, eine punktuelle Erhöhung des Kantonsbeitrags auf freiwilliger Basis vorzunehmen.

Die Kostenneutralität muss jedoch nicht nur für die Gesamtheit der Kantone, sondern auch für jeden einzelnen Kanton gewährleistet werden. Ansonsten wären im Übergang zur einheitlichen Finanzierung gerade jene Kantone stärker belastet, deren Versorgungs- und Patientenstrukturen heute im Sinne einer effizienteren Gesundheitsversorgung überdurchschnittlich stark auf ambulante Behandlungen ausgelegt sind. Dieser Effekt könnte die Bestrebungen der Kantone zur wei-

teren Verlagerung in den ambulanten Bereich bis zum Zeitpunkt des Inkrafttretens unterminieren und damit letztendlich auch einer wirksamen Kostendämpfungsmassnahme im Wege stehen. In den Kantonen mit vorwiegend stationären Strukturen, die im gleichen Zug entlastet werden, wäre durch die Erhöhung des OKP-Finanzierungsanteils mit einem weiteren Anstieg der Prämien zu rechnen.

Es ist unabdingbar, dass sämtliche Daten und Methoden, die der Ermittlung des gesetzlichen kantonalen Mindestanteils zugrunde liegen, transparent aufgezeigt werden. Nur so ist der Kanton in der Lage, die Konsequenzen der Umstellung auf eine einheitliche Finanzierung für seinen Haushalt zu prüfen und zu beziffern.

Im Weiteren ist zu beachten, dass die kostenneutrale Überführung mit der Vorlage der SGK-NR lediglich für einen Teilbereich der finanziellen Verantwortung der Kantone, nämlich für die Leistungsfinanzierung gewährleistet ist. Nebst ihrer Rolle als Kostenträger für medizinische Leistungen und Langzeitpflege tragen die Kantone jährlich auch noch mit mehreren Milliarden Franken zur Finanzierung der Gesamtkosten im Gesundheitswesen bei. Dazu gehören namentlich die individuelle Prämienverbilligung, die Finanzierung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen der Spitäler, die Gesundheitsförderung und Prävention sowie die Verwaltungskosten der kantonalen gesundheitspolizeilichen Aufgaben.

2. Dem Kanton wird das Instrumentarium in die Hand gegeben, um das ambulante Versorgungsangebot (Leistung, Menge und Qualität) gezielt zu beeinflussen.

Gerade weil der Kanton den im Vergleich zum stationären Sektor zurzeit stärker wachsenden ambulanten Sektor neu ebenfalls mit einem fixen (d. h. nicht reduzierbaren) Schlüssel mitfinanzieren würde, muss er ein Instrument in der Hand haben, um bei einem Überangebot sowohl in Bezug auf die ärztlichen Fachdisziplinen als auch hinsichtlich der regionalen Verteilung intervenieren zu können. Der Entwurf des Bundesrats zur Teilrevision des KVG vom 9. Mai 2018 ist deshalb für die Neuzulassungen notwendig. In Bezug auf die bestehende ambulante Versorgung gibt der Entwurf des Bundesrats zudem die Möglichkeit, Kriterien wie den Nachweis einer Fortbildung und die Teilnahme an Qualitätsprogrammen festzulegen. Diese müssen die heute zugelassenen Ärztinnen und Ärzte erfüllen, um weiterhin zulasten der OKP tätig sein zu können. Andernfalls kann ihnen die Zulassung befristet oder entzogen werden.

Hingegen ist für den Kanton noch keine Möglichkeit vorgesehen, aus Bedarfsgründen eine bestehende Zulassung aufzuheben. Die Mitfinanzierung der ambulanten Leistungen aus Steuergeldern sollte auf einer effizienten Versorgung beruhen. Um eine solche sicherzustellen, muss der Kanton deshalb auch die Möglichkeit eines Zulassungsentzugs aufgrund eines über dem Bedarf liegenden Versorgungsangebots zur Verfügung stehen.

Es ist sicherzustellen, dass die vom Bundesrat vorgeschlagene Nachfolgeregelung zur geltenden befristeten Zulassungsbeschränkung ohne Regulierungsunterbruch in Kraft gesetzt werden und vorgängig zu einer neuen Finanzierung bereits Wirkung entfalten kann.

Weiter ist eine bundesgesetzliche Grundlage sowie der Zugang zu den notwendigen Datengrundlagen zu schaffen, damit der Kanton das gesamte ambulante und spitalambulante Leistungsangebot analog zum stationären Bereich mitsteuern kann.

3. **Die Rechnungen im stationären Bereich werden analog zu heute abgewickelt, mit entsprechend angepasstem Finanzierungsschlüssel. Die Rechnungstellung im ambulanten Bereich erfolgt aufgrund der für die Kantonsbevölkerung effektiv erbrachten Leistungen.**

Stellt der Leistungserbringer künftig nur noch eine einzige Rechnung (an den Versicherer) anstelle von zwei (an Versicherer und Kanton), erfährt er lediglich einen marginalen Effizienzgewinn. Hingegen ist der Verlust an Information und an Kontrollmöglichkeiten für den Kanton deutlich spürbar. Es gibt deshalb auch mit einem neuen, angepassten Kostenteiler keinen Grund, im stationären Bereich an der bisherigen dualen Rechnungsstellung an Krankenversicherer und Wohnkanton etwas zu ändern. Hingegen kann es im ambulanten Bereich angesichts der sehr hohen Anzahl an Einzelrechnungen sinnvoll sein, eine einzige Rechnungs- und Zahlstelle zu definieren. Dabei ist den Finanzierern die Möglichkeit zur Kontrolle des auf sie entfallenden Rechnungsbetrags einzuräumen.

Dass die Berechnung des Kantonsbeitrags im ambulanten Bereich auf den für die Kantonsbevölkerung effektiv erbrachten Leistungen beruhen soll, ist in der Vorlage der SGK-NR bereits vorgesehen.

4. **Es besteht eine Kontrollmöglichkeit für den Kanton in Bezug auf die korrekte Abrechnung von ambulanten Leistungen für die Kantonsbevölkerung, beispielsweise durch die Schaffung eines gemeinsamen Organs (Krankenversicherer/Kantone).**

Die Kantone müssen ihre finanzrechtliche Verantwortung für den effizienten Einsatz von Steuergeldern jederzeit sicherstellen und gegenüber der Öffentlichkeit nachweisen können, indem sie die Abrechnung von mitfinanzierten ambulanten Leistungen kontrollieren. Dafür benötigen sie volle Transparenz über die Kosten- und Leistungsdaten der Leistungserbringer sowie Einsicht in die gestellten Rechnungen möglichst zeitnah nach deren Eingang beim Versicherer. Bei einer durchgängig dualen Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen durch Krankenversicherer und Kantone kann die Rechnungskontrolle nicht mehr grundsätzlich als alleinige Aufgabe der Versicherer bezeichnet werden. Bereits heute schliesst das KVG nicht aus, dass die Kantone die Erfüllung der WZW-Kriterien und somit die Fälligkeit ihres Finanzierungsanteils (insbesondere bei Verdacht auf inkorrekte Leistungsabrechnung oder Nichteinhaltung der Leistungsaufträge) ebenfalls prüfen. Dieser Aspekt wird mit einem neuen Finanzierungsmodell an Bedeutung gewinnen. In Deutschland sind bereits heute länderspezifisch gemeinsam getragene Medizinische Dienste der Krankenversicherung (MDK) eingerichtet, welche durch die Kostenträger beanstandete oder kritische Rechnungen unabhängig und nach gemeinsam festgelegten Kriterien überprüfen. Ein analoges Modell könnte auch für die Schweiz unter einer einheitlichen Finanzierung zweckmässig sein.

- 5. Es wird eine nationale Tariforganisation für ambulante Tarife gesetzlich vorgeschrieben, an welcher die Kantone paritätisch beteiligt sind.**

Nicht nur die Anzahl Leistungserbringer und Behandlungen, sondern auch die Tarifstrukturen (und die Preise) beeinflussen die Entwicklung des Leistungsvolumens im ambulanten Bereich massgeblich. Die Aktualität und professionelle Pflege der Tarifstrukturen sind dafür entscheidend. Die Tarifpartner und die Kantone sollen deshalb im ambulanten Leistungsbereich verpflichtet werden, gemeinsam eine einzige Tariforganisation einzusetzen, welche in Zukunft für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege von Einzelleistungs- und gegebenenfalls auch Pauschaltarifstrukturen im ambulanten Bereich zuständig ist. Die Organisation soll die erarbeiteten Strukturen und ihre Anpassungen dem Bundesrat zur Genehmigung unterbreiten. Dies entspricht der von der Expertenkommission «Kostendämpfungsmassnahmen» vorgeschlagenen Massnahme M34. Die Kantone sind aufgrund der geforderten Mitfinanzierung im ambulanten Bereich an der Organisation zwingend tripartit zu beteiligen.

- 6. Fehlanreize infolge Verknüpfung der vertraglichen Vereinbarungen der Tarifpartner im Grund- und Zusatzversicherungsbereich werden konsequent eliminiert.**

Es gilt zu verhindern, dass die Tarifpartner in den Tarifverhandlungen den Grund- und den Zusatzversicherungsbereich miteinander verknüpfen und Bedingungen aushandeln können, die ihre Ertragslage insgesamt verbessern, jedoch einer optimalen Leistungsallokation in der OKP sowie der korrekten (kostendeckenden) Abgeltung der OKP-Leistungen zuwiderlaufen. Eine stärkere Trennung von Grund- und Zusatzversicherung könnte folgende Elemente beinhalten:

- Der Leistungseinkauf in den Bereichen OKP und Zusatzversicherung hat durch voneinander unabhängige Organe zu erfolgen.
- Bei der Beurteilung der OKP-Pflicht einer Leistung darf eine allfällige Zusatzversicherung der Patienten keine Rolle spielen.
- Zwischen den Organen des Leistungseinkaufs und den vertrauensärztlichen Diensten in der OKP bzw. der Zusatzversicherung dürfen keine Informationen ausgetauscht werden, die für den jeweiligen Leistungseinkauf relevant sind.
- Mit einer Erhöhung der Transparenz bei den Leistungserbringern über die Kosten und Erträge aus dem Zusatzversicherungsgeschäft könnten unzulässige Verknüpfungen zwischen dem OKP- und dem Zusatzversicherungsgeschäft eher erkannt und verhindert werden.

- 7. Die einheitliche Finanzierung im ambulanten und im stationären Bereich kann eine echte Verbesserung der Versorgungsorganisation erst entfalten, wenn auch die Langzeitpflege (Pflegeheime und Spitex) in das Finanzierungsmodell einbezogen wird.**

Auch im Langzeitpflegebereich und an den Schnittstellen zwischen medizinischer Akutversorgung und Langzeitpflege sind Fehlanreize zu beobachten. Diese sind im Gegensatz zu den Fehlanreizen in der Spitalfinanzierung tatsächlich auch durch die Finanzierung und nicht nur durch falsche Tarifierungen bedingt. Ob eine Pflegeleistung ambulant oder stationär erbracht wird, sollte weder von der Finanzierung noch von den Tarifen abhängen, sondern sich nach dem effizientesten Pflegesetting richten. Und auch ob jemand früher oder später aus der Spitalversorgung

in die Pflege entlassen wird, soll keine Frage der unterschiedlichen Finanzierung in den beiden Bereichen sein. Aufgrund der seit Jahren unveränderten OKP-Beiträge und den im Gegensatz dazu steigenden Kosten für die Restfinanzierung werden der Kanton und die Gemeinden im Bereich der Langzeitpflege finanziell immer stärker belastet. Die Richtung der Belastungsverschiebungen ist deshalb gegenüber der Spitalfinanzierung gerade umgekehrt. Eine Ausweitung der einheitlichen Finanzierung auf die Leistungen von Pflegeheimen und Spitex ist nur konsequent. Auch im Hinblick auf die notwendige Stärkung der koordinierten Versorgung ist sie ein wesentliches Element der Reform. Die Kosten der OKP für die Pflegeleistungen nach Artikel 25a Absatz 1 KVG und Artikel 7 Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) und die Beiträge der Kantone und Gemeinden im Rahmen der KVG-Restfinanzierung (d. h. ohne Betreuungs- oder Hotelleriekosten) sind somit auch in das dual zu finanzierende Kostenvolumen einzurechnen. Der Gesamtfinanzierungsschlüssel ist aufgrund des erweiterten Geltungsbereichs der einheitlichen Finanzierung entsprechend anzupassen.

Vor dem Hintergrund der vorstehenden Überlegungen braucht es nach Auffassung des Regierungsrats eine vollständige Überarbeitung der Vorlage. Mit den aufgezeigten Anforderungen steckt er den Rahmen für ein Modell einer einheitlichen Finanzierung des gesamten medizinischen und pflegerisch/therapeutischen Leistungsbereichs ab. Allein dies ist der geeignete Weg zu einer gesteuerten, effizienten und integrierten Gesundheitsversorgung, der auch der Regierungsrat zustimmen könnte.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen.

Altdorf, 28. August 2018



Im Namen des Regierungsrats
Der Landammann Der Kanzleidirektor

Roger Nager

Roman Balli



AmtL	GP	KUV	OeG	VS	R	GEF
DS	Bundesamt für Gesundheit					
DG						
CONSEIL D'ETAT						
Int	31. Aug. 2018					
RM						
Château cantonal						
1014 Lausanne						
Lst	VA	NCD	MT	BioM	Chem	Str

Office fédéral de la santé publique
Direction Assurance maladie / Division
prestations
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Berne

Réf. : MFP/15024180

Lausanne, le 29 août 2018

Réponse du Conseil d'Etat du Canton de Vaud à la consultation fédérale relative à l'initiative parlementaire 09.528. Financement moniste des prestations de soins

Madame, Monsieur,

Le Conseil d'Etat du canton de Vaud vous remercie de l'avoir consulté sur le projet cité en titre et vous fait part, ci-après, de ses déterminations.

Nous signalons en préambule que nous avons renoncé à utiliser le formulaire Word joint à la documentation de consultation, dans la mesure où **nous rejetons intégralement l'avant-projet, et demandons, à l'instar de la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) sa complète révision.**

A. Position générale

Il est tout à fait paradoxal de lire dans le rapport explicatif de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N) au sujet de l'Initiative parlementaire 09.528 « Financement moniste des prestations de soins », sous le chapitre premier, intitulé "genèse du projet", que « pour permettre aux cantons de préserver l'influence et le contrôle qu'ils exercent sur les moyens publics, un modèle moniste pourrait être développé de telle sorte que les cantons mettent leurs moyens en œuvre de manière ciblée et contrôlée (nous soulignons) » (rapport p. 4). En effet, l'essentiel du projet mis en consultation semble précisément viser à ce que les cantons soient privés de tout moyen de contrôle.

Comme la CDS l'a déjà relevé, le principal problème des coûts de la santé en Suisse relève de l'évolution des coûts globaux du système au fil des ans. Ainsi, l'objectif de toute réforme devrait tendre à freiner la croissance des coûts, respectivement à réduire globalement à long terme les coûts du système. Pour ce faire, il faut agir sur une modification de la quantité ou du prix des prestations fournies, autrement dit les prestations doivent être soit moins nombreuses soit moins onéreuses qu'elles ne le sont actuellement. Force est de constater que l'avant-projet cité en titre se borne à traiter de l'organisation du financement, en opérant un transfert de flux financiers, passant ainsi à côté des véritables enjeux.

Un financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires via un seul et unique agent payeur (assureurs) ne fournit en soi aucune contribution déterminante à la maîtrise des coûts du système. En effet, c'est en agissant sur les mauvaises incitations, telles que celles liées à la structure tarifaire et au montant des tarifs, qu'une révision est

possible. Le fournisseur de prestations doit être incité à dispenser des prestations économiques, appropriées et efficaces : en intervenant uniquement au niveau de qui paie, on ne parvient pas à introduire une incitation efficiente.

En outre, en réduisant le rôle des cantons à celui d'agent payeur, sans leur donner des instruments de pilotage du secteur ambulatoire, le projet les empêche d'assumer leur responsabilité constitutionnelle de garantir l'approvisionnement en soins de la population. Ainsi, si les cantons doivent cofinancer les prestations ambulatoires, ils doivent alors logiquement pouvoir exercer une influence sur l'offre de soins dans le secteur ambulatoire, y compris pour les médecins déjà admis et l'offre de prestations dans le secteur hospitalier ambulatoire. En l'espèce, les derniers développements nous montrent que cette logique n'est pas suivie : la CSSS-N a voté vendredi 6 juillet dernier une initiative pour reporter à 2021 l'échéance du moratoire allégé sur les nouveaux cabinets médicaux.

Un autre élément pour le moins surprenant de la modification proposée relève du fait que le projet entraînerait une amélioration du financement par l'assurance obligatoire des soins (AOS) pour les hôpitaux conventionnés (les prestations fournies seraient financées jusqu'à 74.5% au lieu de 45% aujourd'hui). Cette attractivité conduirait vraisemblablement à une augmentation des volumes et des capacités de ce secteur. Une hausse des primes de l'AOS serait probable, au bénéfice des assureurs complémentaires (nouveau transfert de charges dans ce sens). Cela fragiliserait en outre la portée de la planification hospitalière cantonale et pose, in fine, la question de la suppression des hôpitaux conventionnés.

Nous considérons que les *conditions minimales d'entrée en matière* pour une réforme de la LAMal visant un système efficace et optimisé, avec un financement uniforme, sont les suivantes – en nous ralliant aux propositions transmises par la CDS :

- *Le passage au nouveau système ne doit de manière vérifiable et objective pas avoir d'incidences sur la charge financière des cantons*, a fortiori lorsque, comme dans le canton de Vaud, ces cantons connaissent des structures de soins et de patients tournées davantage que la moyenne nationale vers les traitements ambulatoires. A ce chapitre, il conviendrait aussi de prendre en compte le fait que les cantons contribuent également au financement du système de santé par la réduction individuelle des primes d'assurance-maladie, du financement des prestations d'intérêt général des hôpitaux et de la prévention, ou encore les frais administratifs des tâches cantonales de politique de la santé et de police sanitaire.
- *Les cantons doivent se voir dotés d'instruments leur permettant d'exercer une influence ciblée sur les soins ambulatoires (prestations, quantité et qualité)*. Les cantons ont besoin d'instruments leur permettant d'intervenir si l'offre de soins excède les besoins tant concernant les disciplines médicales que la répartition régionale. De tels instruments devraient également permettre de supprimer une admission existante pour des questions de besoin ou d'intervenir pour maîtriser le volume des prestations fournies. La base légale fédérale et l'accès aux données nécessaires doivent être créés pour que les cantons puissent piloter l'offre globale de prestations ambulatoires et hospitalières ambulatoires de la même manière que le secteur stationnaire.
- *Les factures dans le secteur stationnaire sont traitées de la même manière qu'aujourd'hui, avec une clé de financement adaptée en conséquence. La facturation dans le secteur ambulatoire repose sur les prestations effectivement fournies pour la population du canton*. Dans le secteur ambulatoire, vu le nombre élevé de factures, il

serait judicieux de définir un organe unique de facturation et de paiement, cas échéant au niveau cantonal, ainsi que de donner aux financeurs, y compris aux cantons, la possibilité de contrôler le montant de la facture adressée.

- *Les cantons disposent de moyens de contrôle concernant la facturation correcte des prestations ambulatoires pour la population du canton, par exemple via la création d'un organe commun (assureurs-maladie/ cantons) qui le garantisse.*
- *Une organisation tarifaire nationale pour les tarifs ambulatoires à laquelle les cantons participent paritairement est inscrite dans la loi.* Les partenaires tarifaires et les cantons devraient être tenus de créer pour le secteur ambulatoire une unique organisation tarifaire responsable de l'élaboration, du développement, de l'adaptation et de la gestion des structures tarifaires pour les prestations individuelles et éventuellement les forfaits. Cette organisation, où les cantons sont également représentés, soumet les structures tarifaires élaborées au Conseil fédéral pour approbation.
- *Des règles claires concernant les conventions contractuelles entre partenaires sont posées dans la loi :* il s'agit d'empêcher les partenaires tarifaires de mêler dans les négociations tarifaires l'assurance obligatoire des soins et l'assurance complémentaire LCA. Sur ce point, nous nous référons expressément aux pistes suggérées par la CDS dans sa prise de position à la présente consultation.
- Les soins de longue durée (EMS et soins à domicile) doivent être intégrés au modèle de financement, dans une optique de coordination des soins. Il n'y a aucune raison valable de les exclure.

B. Conséquences financières

Les conséquences financières annoncées dans l'avant-projet sont supposées être neutres pour les cantons dans leur ensemble, mais pris isolément, il y aurait des coûts supplémentaires pour certains cantons. Les hypothèses de calculs et les statistiques utilisées par la Confédération pour évaluer le coût financier de cette réforme doivent être claires et vérifiables, compte tenu des montants en jeu et des risques. Or, le rapport explicatif est incomplet sur ces éléments.

Pour le canton de Vaud, le passage à un financement uniforme selon le modèle de la CSSS-N (mais avec un scénario d'une participation des cantons de 22.5% et non de 25.5%) entraînerait une charge annuelle approximativement estimée par l'OFSP dans son rapport du 5 mars 2018 à 100 millions de francs, sans phase de transition.

Nos propres calculs font état de conséquences financières pouvant aller jusqu'à 226 millions sur des données extrapolées de 2017. Vous comprendrez qu'avec un tel impact à la clé, nous n'avons d'autre choix que d'exiger une présentation claire et précise des enjeux financiers pour chaque canton dans le rapport. D'autant plus que le canton de Vaud est l'un de ceux qui, depuis plusieurs années, s'évertue à prévenir les séjours inutiles à l'hôpital et à favoriser le développement de l'ambulatoire.

C. Remarques techniques sur l'avant-projet

Compte tenu de l'enjeu de cette réforme et des éléments non maîtrisables, les modifications légales mises en consultation ne permettent pas de protéger les cantons contre les velléités des assureurs de transférer les coûts aux cantons. Nous demandons qu'il soit remédié à cela au niveau des dispositions légales.

Nous estimons en particulier qu'il est inacceptable que la modification de l'art. 79a prive les cantons d'un droit de recours direct. Le commentaire indique (rapport, p. 25) : « comme les cantons ne cofinancent plus directement des prestations mais versent leur contribution aux assureurs, il n'est pas judicieux qu'ils aient un droit de recours direct. L'assureur peut faire valoir ce droit ; l'art. 60, al. 3, garantit que les cantons profitent aussi des recours éventuels déposés par les assureurs ». Ce commentaire confirme que le rôle du canton tel que conçu dans cet avant-projet est strictement celui d'agent payeur.

De plus, la lecture de l'avant-projet de révision LAMal laisse entendre que les médicaments et le matériel LIMA sont inclus dans le système de financement uniforme/moniste, mais le rapport explicatif ne les mentionne pas. Nous déplorons une telle incertitude sur ce point, alors que celui-ci a des implications financières considérables.

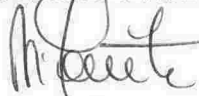
Par ailleurs, au chapitre des conséquences sur l'état du personnel (rapport p. 28), il est précisé que « les cantons ne participent plus au financement des prestations fournies à ces groupes d'assurés. Ils sont par ailleurs déchargés de la suppression du contrôle et du paiement des factures des fournisseurs de prestations, tâches pour lesquelles des ressources en personnel sont actuellement prévues ». Nous regrettons que le rapport prévoie que les cantons pourraient être amenés à licencier du personnel, sans fournir de plus amples précisions. En outre, le rapport précité précise plus loin que « la répartition des parts de financement cantonales entre les assureurs entraînera des frais supplémentaires pour l'institution commune visée à l'art. 18 LAMal. Celle-ci sera indemnisée par les assureurs pour cette tâche d'exécution ». A défaut de précision, il est évident que cette indemnisation sera financée par les primes des assurés ; or le rapport n'en fait étonnamment aucune mention.

En conclusion de ce qui précède, **le Conseil d'Etat du canton de Vaud rejette les modifications proposées dans l'avant-projet et exige qu'un nouveau projet de réforme, tenant compte des éléments développés plus haut, soit transmis aux cantons pour discussion. A défaut, le canton de Vaud se déclare prêt à lancer une initiative ou un référendum.**

Vous remerciant de l'attention que vous porterez à la présente, nous vous prions de croire, Madame, Monsieur, à l'assurance de notre haute considération.

AU NOM DU CONSEIL D'ETAT

LA PRÉSIDENTE



Nuria Gorrite

LE CHANCELIER



Vincent Grandjean

Copies

- OAE
- CDS



2018.03246

Commission de la sécurité sociale et de la santé publique
du Conseil national
Monsieur Thomas de Courten
Président de la Commission
3003 Berne

Date **29 AOUT 2018**

09.528 Initiative parlementaire. Financement moniste des prestations de soins

Monsieur le Président,

Nous vous remercions de nous consulter sur l'objet mentionné en titre et avons l'avantage de vous faire part de la prise de position du Conseil d'Etat du canton du Valais.

Nous partageons l'objectif de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national en ce qui concerne la nécessité de supprimer les incitatifs erronés induits par la répartition actuelle du financement entre les cantons et les assureurs-maladie. Cependant, dans sa formulation actuelle, le projet ne suffira pas à éliminer les incitatifs erronés, ni à maîtriser l'évolution des coûts. De plus, il réduit la portée des outils actuels de pilotage à disposition des cantons et ne leur donne aucune garantie sur la régulation des prestations ambulatoires qu'ils seraient amenés à cofinancer. Il pénalise financièrement les cantons dont l'offre ambulatoire est actuellement plus élevée que la moyenne suisse, donc les cantons les plus « économiques » pour le système de santé.

Par conséquent, le canton du Valais ne peut pas accepter ce projet dans sa formulation actuelle. Nous rejoignons les prises de positions de la CDS et de la CLASS à ce sujet et demandons que le projet soit adapté sur la base des propositions formulées par ces deux conférences.

Premièrement, pour être acceptable, le projet doit garantir la neutralité financière non seulement au niveau suisse, mais également pour chaque canton. Comme le montre l'exemple du Valais, l'incidence financière peut s'avérer très élevée selon la taille du canton et la structure de son offre sanitaire. Ainsi, selon les données à notre disposition et notre compréhension du dossier, le Valais aurait dû verser environ 9 millions de francs de plus en 2016 si le taux de 25.5% prévu dans le projet avait été en vigueur. Une telle incidence est non-négligeable pour un canton comme le nôtre. Il faut aussi rappeler que les révisions précédentes de la LAMal ont déjà fortement chargé les cantons, au profit des assurances complémentaires (financement hospitalier) et de l'assurance obligatoire des soins (financement des soins).

Deuxièmement, l'introduction d'un financement uniforme des prestations ne suffira pas à lui seul à maîtriser l'évolution des coûts. Il importe que les cantons puissent disposer d'outils de régulation efficaces, pour les prestations qu'ils cofinancent déjà (prestations hospitalières stationnaires et soins de longue durée), ainsi que celles qu'ils seraient amenés à cofinancer (prestations ambulatoires). Pour cela, le maintien de la facturation actuelle pour le stationnaire hospitalier est nécessaire afin de permettre aux cantons de contrôler le respect des mandats (tâche que les assureurs n'effectuent pas) et de gérer les quantités. La contribution de l'assurance obligatoire des soins aux établissements conventionnés ne doit pas être augmentée: cela affaiblirait considérablement la portée des planifications cantonales et déchargerait les assurances

complémentaires au détriment de l'assurance de base. Les cantons doivent également pouvoir piloter l'offre ambulatoire, non seulement pour les médecins, mais également pour les autres fournisseurs de soins, ainsi que pour les soins à domicile.

Troisièmement, pour supprimer les incitatifs erronés, il conviendrait d'étendre la portée de l'uniformisation du financement des prestations à l'ensemble du système de santé, et non pas uniquement aux prestations hospitalières stationnaires et aux prestations ambulatoires. Pour ce faire, le taux de répartition uniforme devrait s'appliquer également aux soins de longue durée (EMS, structures de soins de jour ou de nuit, soins à domicile).

Ainsi, dans sa formulation actuelle, le projet n'est pas acceptable pour le Valais. Il implique une charge financière supplémentaire très importante pour notre canton, sans apporter de véritable solution à la maîtrise de l'évolution des coûts de la santé. Nous demandons qu'il soit revu et complété sur la base des propositions formulées ci-dessus, ainsi que par la CDS et la CLASS.

Nous vous remercions de l'attention que vous porterez à notre prise de position et vous prions de croire, Monsieur le Président, à l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Au nom du Conseil d'Etat

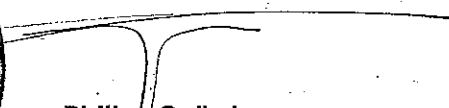
La présidente



Esther Waeber-Kalbermatten



Le chancelier



Philipp Spörri



Regierungsrat, Postfach, 6301 Zug

Nur per E-Mail

Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit des Nationalrats
3003 Bern

Zug, 28. August 2018 hs

09.528 Parlamentarische Initiative. Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus – Vernehmlassungsantwort

Sehr geehrter Herr Kommissionspräsident
Sehr geehrte Kommissionsmitglieder

Mit Schreiben vom 15. Mai 2018 haben Sie uns eingeladen, im Rahmen eines Vernehmlassungsverfahrens bis am 15. September 2018 zur oben genannten parlamentarischen Initiative Stellung zu nehmen. Besten Dank für Ihre Anfrage.

Die Vorlage sieht vor, dass neu die Versicherer alle ambulanten und stationären Behandlungen vergüten sollen. Die Kantone müssten sich mit einem Beitrag von mindestens 25,5 Prozent an den Kosten beteiligen, die nach Abzug von Franchise und Selbstbehalt der Versicherten verbleiben.

Gerne äussern wir uns wie folgt:

Wir lehnen die zur Vernehmlassung unterbreitete Vorlage ab.

Begründung:

- **Die einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen mit den Versicherern als einziger Zahlstelle leistet als Einzelmassnahme keinen massgeblichen Beitrag zur Eindämmung des Kostenwachstums.** Die tariflichen Fehlanreize werden nicht angetastet, griffige Massnahmen zur Begrenzung des Mengenwachstums fehlen.
- **Der Vorschlag der SGK-NR würde bedeuten, dass die Kantone rund 10 Prozent ihrer Fiskaleinnahmen an die Krankenkassen überweisen müssten, ohne dass sie die Möglichkeit hätten, die sachgerechte und effiziente Verwendung dieser Mittel angemessen zu steuern oder zu kontrollieren.** Wenn die Kantone die ambulanten Leistungen mitfinanzieren sollen, müssen sie auch das Versorgungsangebot im ambulanten Bereich beeinflussen können.

- **Für die Förderung der Verlagerung von stationären Behandlungen in den ambulanten Bereich braucht es keinen Umbau des gesamten Finanzierungssystems.** Der- selbe Effekt lässt sich zu wesentlichen Teilen auch mit einer «Liste primär ambulant durchzuführender Eingriffe» erreichen, und zwar innert kurzer Frist. Mittelfristig sollten sodann über die Weiterentwicklung der Tarifstrukturen positive Anreize für ambulante Operationen gesetzt werden.

Allfällige Anpassungen des Finanzierungssystems müssen mindestens folgende Anforderungen erfüllen:

1. **Die finanzielle Belastung der einzelnen Kantone muss im Übergang überprüfbar kostenneutral sein.** Zum einen ist es unverzichtbar, dass sämtliche Daten und Metho- den zur Ermittlung der Kantonsbeiträge transparent und nachvollziehbar vorliegen. Zum andern gilt es, den unterschiedlichen Ausgangslagen in den einzelnen Kantonen Rech- nung zu tragen. Es ist beispielsweise nicht vertretbar, dass – wie im vorliegenden Fall – Kantone mit einem hohen Anteil ambulanter Behandlungen eine wesentliche Mehrbelas- tung erfahren.
2. **Den Kantonen soll ein Instrumentarium in die Hand gegeben werden, um das ambu- lante Versorgungsangebot (Leistung, Menge und Qualität) gezielt zu beeinflussen.** Wenn die Kantone den ambulanten Bereich mitfinanzieren müssen, erfordert das Prinzip der fiskalischen Äquivalenz, dass sie auch steuern können. Dies muss die Möglichkeit einschliessen, aus Bedarfsgründen eine bestehende Zulassung aufzuheben. Nicht zuletzt ist für die Kantone auch der Zugang zu den notwendigen Datengrundlagen sicherzustel- len.
3. **Die Rechnungen im stationären Bereich sind analog zu heute abzuwickeln, mit ent- sprechend angepasstem Finanzierungsschlüssel.** Ein Verzicht auf die duale Rech- nungsstellung an den jeweiligen Kanton und jeweiligen Krankenversicherer wäre auf- grund des Verlusts an Information und Kontrollmöglichkeiten für die Kantone nicht hin- nehmbar.
4. **Bei einer Mitfinanzierung des ambulanten Bereichs durch die Kantone müssen die- se eine Kontrollmöglichkeit hinsichtlich der korrekten Abrechnung von ambulanten Leistungen haben.** Mit der Kontrolle der Abrechnung von ambulanten Leistungen neh- men die Kantone ihre finanzrechtliche Verantwortung wahr, den effizienten Einsatz von Steuergeldern jederzeit sicherstellen und gegenüber der Öffentlichkeit nachweisen zu können. Dafür benötigen sie volle Transparenz über die Kosten- und Leistungsdaten der Leistungserbringer und Einsicht in die gestellten Rechnungen.
5. **Es ist auf Gesetzesstufe eine nationale Tariforganisation für ambulante Tarife vor- zusehen, an der die Kantone paritätisch beteiligt sind.** Nicht nur Mengen, sondern auch Preise (beziehungsweise Tarife) sind für die Kostenentwicklung von Bedeutung. Bei einer Mitfinanzierung des ambulanten Bereichs durch die Kantone wäre deshalb eine

gemeinsame Tariforganisation der Kantone und Tarifpartner zu bilden, die in Zukunft für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege von Einzelleistungs- und gegebenenfalls auch Pauschaltarifstrukturen im ambulanten Bereich zuständig wäre.

6. **Fehlanreize infolge Verknüpfung der vertraglichen Vereinbarungen der Tarifparteien im Grund- und Zusatzversicherungsbereich sollten konsequent eliminiert werden.** Um dies zu erreichen, müsste der Leistungseinkauf für die Grund- und Zusatzversicherung durch voneinander unabhängige Organe erfolgen und der Informationsaustausch zwischen diesen sowie zwischen den vertrauensärztlichen Diensten der Grund- und Zusatzversicherung blockiert werden.
7. **Die Langzeitpflege (Pflegeheime und Spitex) muss bei den Diskussionen um neue Finanzierungsformen umfassend einbezogen werden.** Einerseits gibt es auch an den Schnittstellen zwischen der medizinischen Akutversorgung und der Langzeitpflege verschiedene Fehlanreize. Andererseits erfolgt im Pflegebereich aktuell eine systematische Kostenverschiebung zu Lasten der Kantone und Gemeinden, weil die Beiträge aus der Grundversicherung seit Jahren unverändert sind und deshalb der Aufwand für die Restfinanzierung stetig steigt. Wenn also der Akutbereich einheitlich finanziert würde, dann müssten die gleichen Regeln für die Leistungen der Pflegeheime und der Spitex gelten.

Wir bitten Sie, die Vorlage unter Berücksichtigung dieser Punkte umfassend zu überarbeiten, so dass die Gefahr eines Kantonsreferendums nach Art. 141 der Bundesverfassung unter allen Umständen vermieden werden kann.

Wir danken Ihnen bestens für die Berücksichtigung unserer Anliegen.

Freundliche Grüsse
Regierungsrat des Kantons Zug



Manuela Weichelt-Picard
Frau Landammann



Renée Spillmann Siegwart
stv. Landschreiberin

Kopie per E-Mail an:

- abteilung-leistungen@bag.admin.ch
- Eidgenössische Parlamentarier des Kantons Zug
- Gesundheitsdirektion (info.gd@zg.ch)



Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit
des Nationalrates

5. September 2018 (RRB Nr. 829/2018)

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung, Änderung
(09.528 Parlamentarische Initiative. Finanzierung der Gesundheitsleistungen
aus einer Hand. Einführung des Monismus; Vernehmlassung)**

Sehr geehrter Herr Präsident
Sehr geehrte Damen und Herren Nationalrätinnen und Nationalräte

Mit Schreiben vom 15. Mai 2018 haben Sie uns die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG, SR 832.10) unter dem Titel «Einheitliche Finanzierung der Leistungen im ambulanten und im stationären Bereich» zur Vernehmlassung unterbreitet. Wir danken für die Gelegenheit zur Stellungnahme und äussern uns wie folgt:

Der Kanton Zürich lehnt die Vorlage der SGK-N für eine einheitliche Finanzierung der Leistungen im ambulanten und im stationären Bereich in der vorliegenden Form ab.

A. Grundsätzliches

Gemäss Art. 117 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999 (BV, SR 101) erlässt der Bund Vorschriften über die Krankenversicherung. Er kann die Versicherung allgemein oder für einzelne Bevölkerungsgruppen obligatorisch erklären. Bei der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) handelt es sich somit um eine «Bundes»-Sozialversicherung. Im Rahmen von Versicherungen sind die Prämien grundsätzlich so zu bemessen, dass sie zur Finanzierung der geschuldeten Leistungen ausreichen. Im Bereich der Sozialversicherungen kommt es jedoch häufig zu staatlichen Subventionen, in dem Sozialversicherungsleistungen zumindest teilweise durch öffentliche Mittel quersubventioniert werden.

Sofern die Prämien in der OKP nicht ausreichen, um die Versicherungsleistungen zu finanzieren, müssten entsprechend der Kompetenzregelung von Art. 117 BV korrekterweise Bundesmittel zur Subventionierung herangezogen werden. Diesem Grundsatz widerspricht die vorliegende Vorlage diametral – wie im Übrigen auch die bereits seit 2012 geltende gesetzliche Verpflichtung der Kantone, 55% der Kosten für stationäre OKP-Leistungen zu

übernehmen. Der Bundesgesetzgeber überschreitet seine Kompetenzen, wenn er die Kantone zur Mitfinanzierung einer Bundesversicherung verpflichtet. Hinzu kommt, dass die Vorlage das Prinzip der fiskalischen Äquivalenz nach Art. 43a Abs. 3 BV verletzt, demgemäss das Gemeinwesen, das die Kosten einer staatlichen Leistung trägt, auch über diese Leistungen bestimmen kann. Das ist vorliegend ganz offensichtlich nicht der Fall: Die Festlegung des Leistungsumfangs der Versicherung sowie der möglichen Leistungserbringer zulasten der OKP erfolgen auf Bundesebene. Bei den zugelassenen ambulanten Leistungserbringern verfügen die Kantone aber nur über minimalste und nur provisorische Steuerungsmöglichkeiten (Art. 55a KVG). Im stationären Bereich sind immerhin einzig die gemäss kantonalen Spitalplanungen notwendigen Listenspitäler zur Tätigkeit zulasten der Kantone zugelassen. Da aber gemäss KVG die Spitalwahlfreiheit gilt, müssen die Kantone auch hier Beiträge an Listenspitäler anderer Kantone leisten, für die gemäss ihrer eigenen Planung kein Bedarf besteht. Es kann nicht sein, dass die Kantone inskünftig bei Annahme der Vorlage bis zu 10% ihrer Fiskaleinnahmen an die Krankenversicherer überweisen müssen, ohne dass sie eine sachgerechte und effiziente Verwendung dieser Mittel sicherstellen können. Gleichzeitig würde aber auch eine Ausweitung der Aufsichtsverantwortung des Bundes über die Krankenversicherer unabdingbar, da diese gemäss neuem Finanzierungsregime ein viel grösseres Geldvolumen in ihrer Verantwortung hätten.

Es gilt sich vor Augen zu halten, dass die Umsetzung der vorliegenden Finanzierungsvorlage zu einem völligen Systemumbruch führen würde. Sie hätte zum einen kurzfristig eine substanzielle Lastenverschiebung von den Versicherern zu gewissen Kantonen zur Folge (für den Kanton Zürich würde gemäss den neusten Berechnungen des BAG die Umstellung aber praktisch kostenneutral ausfallen und tragbar sein). Zum anderen wäre mittelfristig jedoch mit einer finanziellen Mehrbelastung aller Kantone zu rechnen – dies aufgrund der Kostendynamik des von den Kantonen neu mitzufinanzierenden ambulanten Bereichs. Vor allem aber würden die Kantone zu einem systemimmanenten Mitfinanzierer der OKP gemacht – wohlgemerkt für eine Versicherung, die im Zuständigkeitsbereich des Bundes liegt und auf deren Ausgestaltung die Kantone keinen Einfluss haben.

Wird ein solcher Systemumbau vom Parlament ernsthaft in Betracht gezogen und diskutiert, so müssten dabei auf jeden Fall die Ergebnisse der vom Bundesrat beim BAG in Auftrag gegebenen Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung berücksichtigt und eingearbeitet werden. Der Schlussbericht der Evaluation soll 2019 vorliegen. Er wird die Auswirkungen der seit 2012 umgesetzten Revision der Spitalfinanzierung aufzeigen sowie Entscheidungsgrundlagen für die Weiterentwicklung des KVG schaffen. Zudem hat das Parlament die Motion 13.3363 «Aufgabentrennung zwischen Bund und Kantonen» angenommen. Damit wurde der Bundesrat beauftragt, sämtliche Aufgaben, bei denen die Verantwortung und/oder die Finanzierung gemeinsam bei Bund und Kantonen liegen, systematisch zu analysieren und bis 2018 einen umfassenden Bericht vorzulegen. Der Einbezug der Vorlage «Einheitliche Finanzierung der Leistungen im ambulanten und im stationären Bereich» in diesen Bericht wäre zwingend.

B. Zur Vorlage

Der Kanton Zürich unterstützt grundsätzlich die von der SGK-N selbst formulierten und gesteckten Ziele (Förderung der Verlagerung von Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich; Dämpfung des Kostenwachstums insgesamt; Stabilisierung der steuer- und prämienfinanzierten Finanzierungsanteile an den Leistungen der OKP; Förderung der koordinierten Versorgung und eine sachgerechte Tarifierung der ambulant und der stationär erbrachten Leistungen). Allerdings ist die vorliegend geplante Änderung des KVG aus nachstehenden Gründen kein taugliches Instrument, um die gesteckten Ziele zu erreichen.

a) Förderung der Verlagerung von Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich

Die Versicherer müssen mit Ausnahme der Rehabilitation nur in sehr seltenen Ausnahmefällen vorgängig einer Behandlung eine Kostengutsprache für deren Vornahme erteilen. Abgesehen von diesen seltenen Fällen haben sie keine Möglichkeit zur Einflussnahme auf den Entscheid betreffend stationäre oder ambulante Durchführung. Dieser Entscheid wird vielmehr von der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt zusammen mit der Patientin oder dem Patienten getroffen. Für die Leistungserbringer (Ärztinnen und Ärzte, Spitäler) ist es aber – abgesehen vom vernachlässigbaren administrativen Aufwand – unerheblich, ob sie ihre Entschädigung je anteilmässig vom Versicherer und vom Kanton oder nur vom Versicherer erhalten. Ausschlaggebend für den Entscheid sind neben medizinischen Kriterien vielmehr die Ertrags- und Verdienstmöglichkeiten für den Leistungserbringer selbst. Diese hängen einerseits von der Tarifstruktur und andererseits vom Versicherungsstatus der Patientin oder des Patienten (Zusatzversicherungen) ab. Die Umleitung der Finanzflüsse von den Kantonen zu den Versicherern (einheitliche Finanzierung) setzt diesbezüglich keine anderen Anreize bei den Leistungserbringern und bewirkt folglich nichts. Um die Verlagerung von Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich zu fördern, bedarf es anderer Massnahmen: beispielsweise den bereits teilweise auf Kantons- und auch auf Bundesebene erfolgten Erlass von Listen mit operativen Eingriffen, die grundsätzlich nur noch bei ambulanter Durchführung von der OKP vergütet werden («ambulant vor stationär») oder eine Verbesserung der Tarifstrukturen (z. B. sachgerechtere Tarifstrukturen, Entwicklung [spital]ambulanter Pauschalen, Ausrichtung neuer Tarifstrukturen auf die integrierte Versorgung).

Es bleibt darauf hinzuweisen, dass erste Auswertungsergebnisse im Kanton Luzern neun Monate nach Inkrafttreten der kantonalen Regelung «ambulant vor stationär» darauf hindeuten, dass die Behandlungskosten bei den Listeneingriffen gesamthaft – d. h. sowohl für Versicherer und Prämienzahlerinnen und -zahler als auch für die Kantone und Steuerzahlerinnen und -zahler – gesunken sind. Eine einheitliche Finanzierung der Leistungen war für diese kostendämpfende Wirkung nicht notwendig.

b) Dämpfung des Kostenwachstums insgesamt

Die beabsichtigte Dämpfung des Kostenwachstums soll gemäss Vorlage über die Verlagerung von Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich erreicht werden, da ambulante Leistungen in der Regel günstiger sind als stationäre Leistungen. Wie vorstehend aufgezeigt, wird eine einheitliche Finanzierung jedoch praktisch keine Auswirkungen auf die angestrebte Verlagerung haben, da sie die in diesem Bereich bestehenden Fehlan-

reize nicht beseitigt, sondern einzig zu einer Umleitung der heute bestehenden Finanzierungsflüsse führt. In welchem Verhältnis die Kosten der OKP durch Prämien und Steuern gedeckt werden, beeinflusst das Verhalten der Leistungserbringer bzw. die Verlagerung von Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich nicht: Eine Dämpfung des Kostenwachstums wird auf diese Weise nicht erreicht.

c) Förderung der Attraktivität der koordinierten Versorgung

Eine einheitliche Finanzierung von stationären und ambulanten Leistungen mag möglicherweise Voraussetzungen für eine Verbesserung der Behandlungskette und damit auch der Behandlungsqualität schaffen – allerdings nur sehr indirekt, da diesbezügliche Fehlanreize vor allem in den Tarifstrukturen begründet liegen (nicht sachgerechte ambulante Tarife, verschiedene Tarifstrukturen entlang der Behandlungskette usw.). Anstatt auf die indirekte Wirkung der einheitlichen Finanzierung zu hoffen, wäre es ehrlicher und effizienter, die Fehlanreize direkt anzugehen.

Zudem gibt es nicht nur einen Finanzierungsbruch zwischen dem stationären und dem ambulanten Leistungsbereich, sondern auch zwischen «kurzfristigen» Akutbehandlungen in den Spitälern und nachgelagerten Pflegeleistungen in Heimen und durch die Spitex. Wenn das Ziel der einheitlichen Finanzierung tatsächlich darin bestehen soll, die koordinierte/integrierte Versorgung zu fördern, dann sind zwingend auch die Pflegeleistungen gemäss Art. 25a Abs. 1 KVG in die Vorlage miteinzubeziehen. Die Behauptung, diese Forderung sprengte den Rahmen der Vorlage, ist ein Scheinargument: Würde die einheitliche Finanzierung eingeführt, bedeutete dies für alle Beteiligten grundlegende und tiefgreifende Veränderungen hinsichtlich der Finanzierungsregelungen der OKP. Soll die koordinierte Versorgung ernsthaft gefördert werden, ist es unabdingbar, die Pflegeleistungen gemäss Art. 25a Abs. 1 KVG in die einheitliche Finanzierung zu integrieren. Der Einwand, die Neuordnung der Pflegefinanzierung gelte erst seit 2011 und solle nicht bereits wieder umgestellt werden, verfängt ebenfalls nicht: Die neue Spitalfinanzierung gilt erst seit 2012 und ist damit noch «jünger».

Sodann sind es vor allem innovative Versorgungs- und Versicherungsmodelle, die eine koordinierte Versorgung gewährleisten. Eine einheitliche Finanzierung im stationären und im ambulanten Bereich setzt für die Leistungserbringer jedoch keine neuen Anreize, welche die Attraktivität koordinierter Versorgungsmodelle erhöhte. Für sie ist – wie bereits erwähnt – nicht ausschlaggebend, von wem sie ihre Leistungen entschädigt erhalten, sondern wie ihre Ertrags- und Verdienstmöglichkeiten aussehen. Man kann bestenfalls hoffen, dass die Krankenversicherer ihre Möglichkeiten zur Einführung neuer Versicherungsmodelle zur Förderung der integrierten Versorgung in einem monistischen Finanzierungssystem besser nutzen würden als heute.

d) Stabilisierung der steuer- und prämienfinanzierten Finanzierungsanteile an den Leistungen der OKP

Die Forderung nach einer Stabilisierung der steuer- und prämienfinanzierten Finanzierungsanteile an den Leistungen der OKP ist verteilungs- bzw. sozialpolitischer Natur. Für die Einzelnen ist die Vorlage diesbezüglich von grosser Bedeutung, sind sie doch sowohl als Steuer- als auch als Prämienzahlerinnen und -zahler betroffen. Darum müssen ihnen die Auswirkungen der geplanten einheitlichen Finanzierung transparent und nachvollziehbar dargelegt werden. Diese Voraussetzung erfüllen die Vorlage und der erläuternde Bericht

nicht: So ist zwar vorgesehen, die vorgeschlagene einheitliche Finanzierung für die Kantone mittels einer über alle Kantone hinweg kostenneutralen Einführung umzusetzen, auf die einzelnen Kantone heruntergebrochen, hätte die Einführung der einheitlichen Finanzierung aber ganz unterschiedliche Folgen. Gemäss den Schätzungen des Bundesamtes für Gesundheit im Bericht vom 5. März 2018 (Varianten im Umgang mit der Kostenbeteiligung und kantonal unterschiedliche Bedeutung des stationären Spitalsektors) käme es für einzelne Kantone zu zusätzlichen Belastungen von bis zu 100 Mio. Franken. Auf der anderen Seite gäbe es auch Kantone, die sich zugunsten der Krankenversicherer entlasten könnten, was in diesen Kantonen einen Anstieg der OKP-Prämien zur Folge haben dürfte. Die unterschiedlichen Folgen für die einzelnen Kantone rühren insbesondere daher, dass die Anteile an stationären und ambulanten Leistungen nicht in allen Kantonen gleich gross sind. Kantone mit überdurchschnittlich grossen Anteilen an ambulanten Behandlungen würden bei Umsetzung der Vorlage zusätzlich belastet, jene Kantone mit überdurchschnittlich grossen Anteilen an stationären Behandlungen demgegenüber entlastet. Diese Umstände und ihre Folgen werden im erläuternden Bericht nur schemenhaft angedeutet. Ebenfalls nicht nachvollziehbar sind die allgemein getroffenen Annahmen zu den finanziellen Auswirkungen der Vorlage insgesamt. Es ist unklar, woraus die hochgerechneten Kantonsbeiträge von jeweils zwischen 7,3 Mrd. und 7,7 Mrd. Franken für die Jahre 2012 bis 2015 hergeleitet worden sind. Dementsprechend kann auch nicht überprüft werden, ob der auf diesen Grundlagen berechnete kantonale Mitfinanzierungsanteil von 25,5% realistisch ist. Es ist daher unbedingt nötig, dass sämtliche Daten und Methoden, die der Ermittlung des gesetzlichen kantonalen Mindestanteils zugrunde liegen, transparent aufgezeigt werden. Nur so sind die Kantone in der Lage, die Konsequenzen der Umstellung auf eine einheitliche Finanzierung für ihre Haushalte zu prüfen und zu beziffern, und könnte das Parlament der Öffentlichkeit gegenüber auch ehrlich Rechenschaft ablegen, welche Folgen die Vorlage für die Steuer- und Prämienzahlerinnen und -zahler hätte. Eine Stabilisierung der steuer- und prämienfinanzierten Finanzierungsanteile an den Leistungen der OKP ist sodann nur möglich, wenn auch die Pflegeleistungen gemäss Art. 25a Abs. 1 KVG in die Vorlage integriert werden. Geschieht dies nicht, wäre die gemäss SGK-N beabsichtigte Stabilisierung der steuer- und prämienfinanzierten Finanzierungsanteile an den Leistungen der OKP bereits vor Umsetzung der Vorlage gescheitert. Der Widerstand gegen eine Integration der Pflegeleistungen in die Vorlage lässt den Verdacht aufkommen, dass es im Rahmen der Vorlage in Wirklichkeit vor allem um eine Entlastung der Krankenversicherer zulasten der Kantone geht. Gemäss Vorentwurf sollen zudem die Vertragsspitäler inskünftig 74,5% des Betrags, der einem Listenspital zustünde, aus den Mitteln der OKP erstattet erhalten. Dies im Gegensatz zum derzeitigen Beitrag der Versicherer, der 45% beträgt. Es braucht nicht viel Phantasie, um die Folgen abzuschätzen: Der Vertragsspital-Status würde an Attraktivität gewinnen und die Zahl der Vertragsspitäler zunehmen. Diese zusätzlichen Spitalbetten, die gemäss kantonalen Planungen nicht versorgungsnotwendig wären, unterliefen damit einerseits noch stärker als heute die kantonalen Spitalplanungen und verkleinerten das zur Gewährleistung der Spitalversorgung notwendige Volumen an Versorgungskapazitäten in unverantwortlicher Weise. Andererseits würden die in Vertragsspitalern erbrachten Leistungen neu zu 74,5% durch die OKP finanziert. Die dadurch gesteigerte Attraktivität der Vertragsspitäler könnte unbeabsichtigte, unplanbare und unnötige Mengen- und Kapazitätsausweitungen auslösen, was wiederum zu steigenden Gesundheitskosten führen würde.

Diese nur zulasten der Krankenversicherer gehenden Kosten hätten steigende Krankenkassenprämien zur Folge. Eine Stabilisierung der steuer- und prämienfinanzierten Finanzierungsanteile wäre nicht möglich. Das Institut der Vertragsspitäler ist daher bereits aus systempolitischen Überlegungen abzuschaffen – unabhängig von der Vorlage. Findet sich dafür keine Mehrheit, so darf zumindest der Beitrag der Versicherer im Rahmen der einheitlichen Finanzierung keinesfalls auf mehr als 45% des Betrags, der einem Listenspital zusteht, festgelegt werden; insoweit ist für Listenspitäler in jedem Falle der heutige Zustand beizubehalten.

e) Förderung einer sachgerechten Tarifierung der ambulant und der stationär erbrachten Leistungen

Unbestrittenermassen hat die Tarifierung einen grossen Einfluss auf das Leistungsvolumen sowie darauf, ob Leistungen ambulant oder stationär erbracht werden. Werden hier die richtigen Anreize gesetzt, können die Kosten allenfalls gedämpft werden. Es ist aber nicht ersichtlich, inwiefern eine einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen und der Monismus eine sachgerechtere Tarifierung fördern würden. Für die Entwicklung und Pflege der Tarifsysteme sind nämlich die Tarifpartner (Leistungserbringer und Krankenversicherer) zuständig – im stationären Bereich über eine gemeinsam mit den Kantonen eingesetzte Organisation, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie Anpassung und Pflege der Strukturen zuständig ist (SwissDRG AG; Art. 49 Abs. 2 KVG). Die Tarifpartner sind also dafür verantwortlich, dass die den Leistungen zugrunde liegenden Tarifstrukturen den medizinischen Entwicklungen angepasst, entsprechend weiterentwickelt und gepflegt werden. Es ist auch ihre Aufgabe dafür zu sorgen, dass die richtigen Anreize (z. B. angemessene Abgeltung ambulanter Behandlungen) gesetzt werden. In welchem prozentualen Verhältnis Versicherer und Kantone sich sodann die Gesamtkosten der ambulant und der stationär erbrachten OKP-Leistungen teilen, hängt nicht von der Tarifstruktur ab und spielt für sie auch keine Rolle. Eine einheitliche Finanzierung hat darum keinerlei Einfluss auf eine sachgerechte Tarifierung.

C. Zu den Minderheitsanträgen

Der Antrag auf Nichteintreten und der Antrag – sofern die Vorlage angenommen würde – auf eine Kontrolle der Rechnungen der Leistungserbringer durch ein neu zu schaffendes Organ, in dem die Kantone vertreten sind, decken sich mit den Forderungen des Kantons Zürich (vgl. Abschnitte D und E). Der Minderheitsantrag, die Entschädigung von Vertragsspitalern und -geburtshäusern durch die OKP auf wie bisher höchstens 45% der Vergütung nach Art. 49 Abs. 1 KVG zu beschränken, ist zwingend. Der Kanton Zürich fordert jedoch die Abschaffung dieses Instituts überhaupt (vgl. Abschnitte B und D). Hinsichtlich der Verknüpfung des Inkrafttretens der Vorlage der einheitlichen Finanzierung von Leistungen im ambulanten und im stationären Bereich mit dem Inkrafttreten einer Nachfolgeregelung zu Art. 55a KVG im Sinne einer Zulassungssteuerung im ambulanten Bereich muss wie folgt differenziert werden: Sollte die einheitliche Finanzierung der Leistungen im ambulanten und im stationären Bereich vom Parlament gutgeheissen werden, dann müssten den Kantonen gleichzeitig auch die nötigen Instrumente zur Steuerung des ambulanten Versorgungsangebots gegeben werden (vgl. Abschnitt D). Die derzeit im Parlament diskutierte Vorlage zur Zulassungssteuerung ist ein erster, aber nicht ausreichender (weil sie im Wesentlichen nur Neuzulassungen beschlägt) Schritt in diese Richtung. Die Vorlage zur Zulassungssteuerung

rung kann insofern unabhängig von der Vorlage zur einheitlichen Finanzierung behandelt werden. Schliesslich beantragt eine Minderheit, den Kantonsbeitrag als pauschalen Betrag pro versicherte Person einzuspeisen – anstelle eines kantonalen Beitrags an die Versicherer, gestützt auf die Kosten pro versicherte Person. Beim Minderheitsvorschlag rechnen die Fachleute mit einem leicht verstärkten Anreiz zur Risikoselektion sowie der Notwendigkeit einer separaten Einspeisung für Kinder, damit deren Prämien nicht steigen, während bei der Einspeisung des Kantonsbeitrags gestützt auf die Kosten pro versicherte Person mit einem etwas geringeren Anreiz zur effizienten Versorgung innerhalb des ambulanten Bereichs gerechnet wird. Unter diesen Umständen scheint der Mehrheitsvorschlag pragmatischer.

D. Ausblick

Der Kanton Zürich – im Einklang mit der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) – unterstützt Massnahmen, die direkt und nachweislich auf eine Kostendämpfung hinwirken und Fehlanreize, die zu einer Über- oder Fehlversorgung der Bevölkerung führen, ausmerzen. Diese Ziele werden mit der vorliegend vorgeschlagenen einheitlichen Finanzierung von Leistungen im ambulanten und im stationären Bereich aber praktisch nicht und wenn, dann nur sehr indirekt erreicht. Soll die einheitliche Finanzierung dennoch eingeführt werden, muss sichergestellt werden, dass

- die finanzielle Belastung der Kantone – gestützt auf plausibilisierte und nachvollziehbare Daten – im Systemübergang transparent und überprüfbar kostenneutral ist, und zwar nicht nur für die Gesamtheit der Kantone, sondern auch für jeden einzelnen Kanton.
- die Langzeitpflege (Pflegeheime und Spitex) in das einheitliche Finanzierungsmodell einbezogen wird. Nur so werden Fehlanreize an Schnittstellen der Versorgung konsequent angegangen, die koordinierte und integrierte Versorgung gefördert und tatsächlich eine Stabilisierung der steuer- und prämienfinanzierten Finanzierungsanteile angestrebt.
- die Kantone ein Instrumentarium zur Hand haben, um das ambulante Versorgungsangebot sowohl hinsichtlich Leistung als auch Menge und Qualität gezielt zu beeinflussen. Dies ist aufgrund des in der Bundesverfassung verankerten fiskalischen Äquivalenzprinzips zwingend. Der Entwurf des Bundesrates zur Teilrevision des KVG vom 9. Mai 2018 ist diesbezüglich ein erster und wichtiger, aber noch nicht ausreichender Vorschlag.
- die Kantone in Bezug auf die korrekte Abrechnung von ambulanten Leistungen für die Kantonsbevölkerung über eine Kontrollmöglichkeit verfügen, beispielsweise durch die Schaffung eines gemeinsamen Organs. Nur so können sie ihre finanzrechtliche Verantwortung für einen effizienten Einsatz von Steuergeldern sicherstellen und gegenüber ihren Einwohnerinnen und Einwohnern auch nachweisen.
- eine nationale Tariforganisation für ambulante Tarife gesetzlich vorgeschrieben wird, an der die Kantone paritätisch beteiligt sind.
- Fehlanreize infolge Verknüpfung der vertraglichen Vereinbarungen der Tarifpartner im Grund- und Zusatzversicherungsbereich konsequent beseitigt werden.
- die Rechnungen im stationären Bereich analog zu heute abgewickelt werden – mit einem entsprechend angepassten Finanzierungsschlüssel –, sodass die Informations- und Kontrollmöglichkeiten der Kantone gewahrt bleiben.
- das Institut der Vertragsspitäler abgeschafft wird, da es zu einem unnötigen Leistungs- und Mengenwachstum führt und die kantonalen Spitalplanungen aushebelt.



E. Fazit

Der Kanton Zürich unterstützt die Haltung der GDK-Plenarversammlung und die Stellungnahme des GDK-Vorstands vom 28. Juni 2018 und verlangt übereinstimmend mit der GDK eine vollständige Überarbeitung der Vorlage unter Berücksichtigung der in Abschnitt D angeführten Voraussetzungen. Nur dann hat die angestrebte Systemumstellung eine echte Chance, die gesteckten Ziele auch tatsächlich erreichen zu können. Aufgrund der Bedeutung der Vorlage und der möglichen finanziellen Verwerfungen in einzelnen Kantonen sollten im Rahmen der Überarbeitung sodann zum einen die Ergebnisse der laufenden Evaluation zur Spitalfinanzierung berücksichtigt werden und zum anderen die Vorlage selbst in das Projekt «Aufgabenteilung 2 Bund – Kantone» (Prüfung von Entflechtungsmöglichkeiten) einbezogen werden.

Genehmigen Sie, sehr geehrter Herr Präsident,
sehr geehrte Damen und Herren Nationalrätinnen und Nationalräte,
den Ausdruck unserer vorzüglichen Hochachtung.

Im Namen des Regierungsrates

Der Präsident:

Die Staatsschreiberin:

Dr. Thomas Heiniger

Dr. Kathrin Arioli



**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG):
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Kanton Zürich / Gesundheitsdirektion

Abkürzung der Firma / Organisation : Kt. ZH

Adresse : Stampfenbachstrasse 30

Kontaktperson : Dania Tresp

Telefon : 043 / 259 52 53

E-Mail : danial.tresp@gd.zh.ch

Datum : 5. September 2018

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **15. September 2018** an folgende E-Mail Adresse:
abteilung-leistungen@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG): Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Kt. ZH	Der Kanton Zürich lehnt die Vorlage der SGK-N für eine einheitliche Finanzierung der Leistungen im ambulanten und im stationären Bereich in der vorliegenden Form ab.
Kt. ZH	A. Grundsätzliches Gemäss Art. 117 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999 (BV, SR 101) erlässt der Bund Vorschriften über die Krankenversicherung. Er kann die Versicherung allgemein oder für einzelne Bevölkerungsgruppen obligatorisch erklären. Bei der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) handelt es sich somit um eine «Bundes»-Sozialversicherung. Im Rahmen von Versicherungen sind die Prämien grundsätzlich so zu bemessen, dass sie zur Finanzierung der geschuldeten Leistungen ausreichen. Im Bereich der Sozialversicherungen kommt es jedoch häufig zu staatlichen Subventionen, in dem Sozialversicherungsleistungen zumindest teilweise durch öffentliche Mittel quersubventioniert werden. Sofern die Prämien in der OKP nicht ausreichen, um die Versicherungsleistungen zu finanzieren, müssten entsprechend der Kompetenzregelung von Art. 117 BV korrekterweise Bundesmittel zur Subventionierung herangezogen werden. Diesem Grundsatz widerspricht die vorliegende Vorlage diametral – wie im Übrigen auch die bereits seit 2012 geltende gesetzliche Verpflichtung der Kantone, 55% der Kosten für stationäre OKP-Leistungen zu übernehmen. Der Bundesgesetzgeber überschreitet seine Kompetenzen, wenn er die Kantone zur Mitfinanzierung einer Bundesversicherung verpflichtet. Hinzu kommt, dass die Vorlage das Prinzip der fiskalischen Äquivalenz nach Art. 43a Abs. 3 BV verletzt, demgemäss das Gemeinwesen, das die Kosten einer staatlichen Leistung trägt, auch über diese Leistungen bestimmen kann. Das ist vorliegend ganz offensichtlich nicht der Fall: Die Festlegung des Leistungsumfangs der Versicherung sowie der möglichen Leistungserbringer zulasten der OKP erfolgen auf Bundesebene. Bei den zugelassenen ambulanten Leistungserbringern verfügen die Kantone aber nur über minimalste und nur provisorische Steuerungsmöglichkeiten (Art. 55a KVG). Im stationären Bereich sind immerhin einzig die gemäss kantonalen Spitalplanungen notwendigen Listenspitäler zur Tätigkeit zu Lasten der Kantone zugelassen. Da aber gemäss KVG die Spitalwahlfreiheit gilt, müssen die Kantone auch hier Beiträge an Listenspitäler anderer Kantone leisten, für die gemäss ihrer eigenen Planung kein Bedarf besteht. Es kann nicht sein, dass die Kantone inskünftig bei Annahme der Vorlage bis zu 10% ihrer Fiskaleinnahmen an die Krankenversicherer überweisen müssen, ohne dass sie eine sachgerechte und effiziente Verwendung dieser Mittel sicherstellen können. Gleichzeitig würde aber auch eine Ausweitung der Aufsichtsverantwortung des Bundes über die Krankenversicherer unabdingbar, da diese gemäss neuem Finanzierungsregime ein viel grösseres Geldvolumen in ihrer Verantwortung hätten. Es gilt sich vor Augen zu halten, dass die Umsetzung der vorliegenden Finanzierungsvorlage zu einem völligen Systemumbruch führen würde. Sie hätte zum einen kurzfristig eine substanzielle Lastenverschiebung von den Versicherern zu gewissen Kantonen zur Folge (für den Kanton Zürich

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG): Vernehmlassungsverfahren

	würde gemäss den aktuellen Berechnungen des BAG die Umstellung aber praktisch kostenneutral ausfallen und tragbar sein). Zum anderen wäre mittelfristig jedoch mit einer finanziellen Mehrbelastung aller Kantone zu rechnen – dies aufgrund der Kostendynamik des von den Kantonen neu mitzufinanzierenden ambulanten Bereichs. Vor allem aber würden die Kantone zu einem systemimmanenten Mitfinanzierer der OKP gemacht – wohlgerne für eine Versicherung, die im Zuständigkeitsbereich des Bundes liegt und auf deren Ausgestaltung die Kantone keinen Einfluss haben. Wird ein solcher Systemumbau vom Parlament ernsthaft in Betracht gezogen und diskutiert, so müssten dabei auf jeden Fall die Ergebnisse der vom Bundesrat beim BAG in Auftrag gegebenen Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung berücksichtigt und eingearbeitet werden. Der Schlussbericht der Evaluation soll 2019 vorliegen. Er wird die Auswirkungen der seit 2012 umgesetzten Revision der Spitalfinanzierung aufzeigen sowie Entscheidungsgrundlagen für die Weiterentwicklung des KVG schaffen. Zudem hat das Parlament die Motion 13.3363 «Aufgabentrennung zwischen Bund und Kantonen» angenommen. Damit wurde der Bundesrat beauftragt, sämtliche Aufgaben, bei denen die Verantwortung und/oder die Finanzierung gemeinsam bei Bund und Kantonen liegen, systematisch zu analysieren und bis 2018 einen umfassenden Bericht vorzulegen. Der Einbezug der Vorlage «Einheitlichen Finanzierung der Leistungen im ambulanten und im stationären Bereich» in diesen Bericht wäre zwingend.
Kt. ZH	B. Die beantragte Neuregelung Der Kanton Zürich unterstützt grundsätzlich die von der SGK-N selbst formulierten und gesteckten Ziele (Förderung der Verlagerung von Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich; Dämpfung des Kostenwachstums insgesamt; Stabilisierung der steuer- und prämienfinanzierten Finanzierungsanteile an den Leistungen der OKP; Förderung der koordinierten Versorgung und eine sachgerechte Tarifierung der ambulant und der stationär erbrachten Leistungen). Allerdings ist die vorliegend geplante Änderung des KVG aus nachstehenden Gründen kein taugliches Instrument, um die gesteckten Ziele zu erreichen. a) Förderung der Verlagerung von Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich Die Versicherer müssen mit Ausnahme der Rehabilitation nur in absoluten Ausnahmefällen vorgängig einer Behandlung eine Kostengutsprache für deren Vornahme erteilen. Abgesehen von diesen seltenen Fällen haben sie keine Möglichkeit zur Einflussnahme auf den Entscheid betreffend stationäre oder ambulante Durchführung. Dieser Entscheid wird vielmehr von der/dem behandelnden Ärztin/Arzt zusammen mit der Patientin oder dem Patienten getroffen. Für die Leistungserbringer (Ärztinnen und Ärzte, Spitäler) ist es aber – abgesehen vom vernachlässigbaren administrativen Aufwand – unerheblich, ob er seine Entschädigung je anteilmässig vom Versicherer und vom Kanton oder nur vom Versicherer erhält. Ausschlaggebend für den Entscheid sind neben medizinischen Kriterien vielmehr die Ertrags- und Verdienstmöglichkeiten für den Leistungserbringer selbst. Diese hängen einerseits von der Tarifstruktur und andererseits vom Versicherungsstatus der Patientin oder des Patienten (Zusatzversicherungen) ab. Die Umleitung der Finanzflüsse von den Kantonen zu den Versicherern (einheitliche Finanzierung) setzt diesbezüglich keine anderen Anreize bei den Leistungserbringern und bewirkt folglich nichts. Um die Verlagerung von Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich zu fördern, bedarf es anderer Massnahmen: beispielsweise den bereits teilweise auf Kantons- und auch auf Bundesebene erfolgten Erlass von Listen mit operativen Eingriffen, die grundsätzlich nur noch bei ambulanter Durchführung von der OKP vergütet werden

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG): Vernehmlassungsverfahren

(«ambulant vor stationär»), oder eine Verbesserung der Tarifstrukturen (z.B. sachgerechtere Tarifstrukturen, Entwicklung [spital]ambulanter Pauschalen, Ausrichtung neuer Tarifstrukturen auf die integrierte Versorgung).

Es bleibt darauf hinzuweisen, dass erste Auswertungsergebnisse im Kanton Luzern neun Monate nach Inkrafttreten der kantonalen Regelung «ambulant vor stationär» darauf hindeuten, dass die Behandlungskosten bei den Listeneingriffen gesamthaft – d.h. sowohl für Versicherte und Prämienzahler als auch für die Kantone und Steuerzahler – gesunken sind. Eine einheitliche Finanzierung der Leistungen war für diese kostendämpfende Wirkung nicht notwendig.

b) Dämpfung des Kostenwachstums insgesamt

Die beabsichtigte Dämpfung des Kostenwachstums soll gemäss Vorlage über die Verlagerung von Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich erreicht werden, da ambulante Leistungen in der Regel günstiger sind als stationäre Leistungen. Wie vorstehend aufgezeigt, wird eine einheitliche Finanzierung jedoch praktisch keine Auswirkungen auf die angestrebte Verlagerung haben, da sie die in diesem Bereich bestehenden Fehlanreize nicht beseitigt, sondern einzig zu einer Umleitung der heute bestehenden Finanzierungsflüsse führt. In welchem Verhältnis die Kosten der OKP durch Prämien und Steuern gedeckt werden, beeinflusst das Verhalten der Leistungserbringer bzw. die Verlagerung von Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich nicht: Eine Dämpfung des Kostenwachstums wird auf diese Weise nicht erreicht.

c) Förderung der Attraktivität der koordinierten Versorgung

Eine einheitliche Finanzierung von stationären und ambulanten Leistungen mag möglicherweise Voraussetzungen für eine Verbesserung der Behandlungskette und damit auch der Behandlungsqualität schaffen – allerdings nur sehr indirekt, da diesbezügliche Fehlanreize vor allem in den Tarifstrukturen begründet liegen (nicht sachgerechte ambulante Tarife, verschiedene Tarifstrukturen entlang der Behandlungskette usw.). Anstatt auf die indirekte Wirkung der einheitlichen Finanzierung zu hoffen, wäre es ehrlicher und effizienter, die Fehlanreize direkt anzugehen.

Zudem gibt es nicht nur einen Finanzierungsbruch zwischen dem stationären und dem ambulanten Leistungsbereich, sondern auch zwischen «kurzfristigen» Akutbehandlungen in den Spitälern und nachgelagerten Pflegeleistungen in Heimen und durch die Spitex. Wenn das Ziel der einheitlichen Finanzierung tatsächlich darin bestehen soll, die koordinierte/integrierte Versorgung zu fördern, dann sind zwingend auch die Pflegeleistungen gemäss Art. 25a Abs. 1 KVG in die Vorlage miteinzubeziehen. Die Behauptung, diese Forderung sprengt den Rahmen der Vorlage, ist ein Scheinargument: Würde die einheitliche Finanzierung eingeführt, bedeutete dies für alle Beteiligten grundlegende und absolut tiefgreifende Veränderungen in Hinsicht auf die Finanzierungsregelungen der OKP. Meint es die Vorlage ernst mit der Förderung der koordinierten Versorgung, ist es unabdingbar, die Pflegeleistungen gemäss Art. 25a Abs. 1 KVG in die einheitliche Finanzierung zu integrieren. Der Einwand, die Neuordnung der Pflegefinanzierung gelte erst seit 2011 und solle nicht bereits wieder umgestellt werden, verfängt ebenfalls nicht: Die neue Spitalfinanzierung gilt erst seit 2012 und ist damit noch «jünger».

Sodann sind es vor allem innovative Versorgungs- und Versicherungsmodelle, die eine koordinierte Versorgung gewährleisten. Eine einheitliche Finanzierung im stationären und im ambulanten Bereich setzt für den Leistungserbringer jedoch keine neuen Anreize, welche die Attraktivität koordinierter Versorgungsmodelle erhöhte. Für ihn ist – wie bereits erwähnt – nicht ausschlaggebend, von wem er seine Leistungen entschädigt

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG): Vernehmlassungsverfahren

erhält, sondern wie seine Ertrags- und Verdienstmöglichkeiten aussehen. Man kann bestenfalls hoffen, dass die Krankenversicherer ihre Möglichkeiten zur Einführung neuer Versicherungsmodelle zur Förderung der integrierten Versorgung in einem monistischen Finanzierungssystem besser nutzen würden als heute.

d) Stabilisierung der steuer- und prämienfinanzierten Finanzierungsanteile an den Leistungen der OKP

Die Forderung nach einer Stabilisierung der steuer- und prämienfinanzierten Finanzierungsanteile an den Leistungen der OKP ist verteilungs- bzw. sozialpolitischer Natur. Für die Einzelnen ist die Vorlage diesbezüglich von grosser Bedeutung, sind sie doch sowohl als Steuer- als auch als Prämienzahlerinnen und -zahler betroffen. Darum müssen ihm die Auswirkungen der geplanten einheitlichen Finanzierung transparent und nachvollziehbar dargelegt werden. Diese Voraussetzung erfüllen die Vorlage sowie der erläuternde Bericht nicht: So ist zwar vorgesehen, die vorgeschlagene einheitliche Finanzierung für die Kantone mittels einer über alle Kantone hinweg kostenneutralen Einführung umzusetzen, auf die einzelnen Kantone heruntergebrochen, hätte die Einführung der einheitlichen Finanzierung aber ganz unterschiedliche Folgen. Gemäss den Schätzungen des Bundesamtes für Gesundheit im Bericht vom 5. März 2018 (Varianten im Umgang mit der Kostenbeteiligung und kantonale unterschiedliche Bedeutung des stationären Spitalsektors) käme es für einzelne Kantone zu zusätzlichen Belastungen von bis zu 100 Mio. Franken. Auf der anderen Seite gäbe es auch Kantone, die sich zugunsten der Krankenversicherer entlasten könnten, was in diesen Kantonen einen Anstieg der OKP-Prämien zur Folge haben dürfte. Die unterschiedlichen Folgen für die einzelnen Kantone rühren insbesondere daher, dass die Anteile an stationären und ambulanten Leistungen nicht in allen Kantonen gleich gross sind. Kantone mit überdurchschnittlich hohen Anteilen an ambulanten Behandlungen würden bei Umsetzung der Vorlage zusätzlich belastet, jene Kantone mit überdurchschnittlich hohen Anteilen an stationären Behandlungen demgegenüber entlastet. Diese Umstände und ihre Folgen werden im erläuternden Bericht nur schemenhaft angedeutet. Ebenfalls nicht nachvollziehbar sind die generell getroffenen Annahmen zu den finanziellen Auswirkungen der Vorlage insgesamt. Es ist unklar, woraus die hochgerechneten Kantonsbeiträge von jeweils zwischen 7,3 Mrd. und 7,7 Mrd. Franken für die Jahre 2012 bis 2015 hergeleitet worden sind. Dementsprechend kann auch nicht überprüft werden, ob der auf diesen Grundlagen berechnete kantonale Mitfinanzierungsanteil von 25,5% realistisch ist. Es ist daher unbedingt nötig, dass sämtliche Daten und Methoden, die der Ermittlung des gesetzlichen kantonalen Mindestanteils zugrunde liegen, transparent aufgezeigt werden. Nur so sind die Kantone in der Lage, die Konsequenzen der Umstellung auf eine einheitliche Finanzierung für ihre Haushalte zu prüfen und zu beziffern, und könnte das Parlament der Öffentlichkeit gegenüber auch ehrlich Rechenschaft ablegen, welche Folgen die Vorlage für sie als Steuer- und Prämienzahlerinnen und -zahler hätte.

Eine Stabilisierung der steuer- und prämienfinanzierten Finanzierungsanteile an den Leistungen der OKP ist sodann nur möglich, wenn auch die Pflegeleistungen gemäss Art. 25a Abs. 1 KVG in die Vorlage integriert werden. Geschieht dies nicht, wäre die gemäss SGK-N beabsichtigte Stabilisierung der steuer- und prämienfinanzierten Finanzierungsanteile an den Leistungen der OKP bereits vor Umsetzung der Vorlage gescheitert. Der Widerstand gegen eine Integration der Pflegeleistungen in die Vorlage lässt den Verdacht aufkommen, dass es im Rahmen der Vorlage in Wirklichkeit vor allem um eine Entlastung der Krankenversicherer zulasten der Kantone geht.

Gemäss Vorentwurf sollen zudem die Vertragsspitäler inskünftig 74,5% des Betrags, der einem Listenspital zustünde, aus den Mitteln der OKP erstattet erhalten. Dies im Gegensatz zum derzeitigen Beitrag der Versicherer, der 45% beträgt. Es braucht nicht viel Phantasie, um die Folgen

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG): Vernehmlassungsverfahren

	abzuschätzen: Der Vertragsspital-Status würde an Attraktivität gewinnen und die Zahl der Vertragsspitäler zunehmen. Diese zusätzlichen Spitalbetten, die gemäss kantonalen Planungen nicht versorgungsnotwendig wären, unterliefen damit einerseits noch stärker als heute die kantonalen Spitalplanungen und verkleinerten das zur Gewährleistung der Spitalversorgung notwendige Volumen an Versorgungskapazitäten in unverantwortlicher Weise. Andererseits würden die in Vertragsspitalern erbrachten Leistungen neu zu 74,5% durch die OKP finanziert. Die dadurch gesteigerte Attraktivität der Vertragsspitäler könnte unbeabsichtigte, unplanbare und unnötige Mengen- und Kapazitätsausweitungen auslösen, was wiederum zu steigenden Gesundheitskosten führen würde. Diese nur zulasten der Krankenversicherer gehenden Kosten hätten steigende Krankenkassenprämien zur Folge. Eine Stabilisierung der steuer- und prämiendifinanzierten Finanzierungsanteile wäre nicht möglich. Das Institut der Vertragsspitäler ist daher bereits aus systempolitischen Überlegungen abzuschaffen – unabhängig von der Vorlage. Findet sich dafür keine Mehrheit, so darf zumindest der Beitrag der Versicherer im Rahmen der einheitlichen Finanzierung keinesfalls auf mehr als 45% des Betrags, der einem Listenspital zusteht, festgelegt werden; insoweit ist für Listenspitäler in jedem Falle der heutige Zustand beizubehalten. e) Förderung einer sachgerechten Tarifierung der ambulant und der stationär erbrachten Leistungen Unbestrittenermassen hat die Tarifierung einen grossen Einfluss auf das Leistungsvolumen sowie darauf, ob Leistungen ambulant oder stationär erbracht werden. Werden hier die richtigen Anreize gesetzt, können die Kosten allenfalls gedämpft werden. Es ist aber nicht ersichtlich, inwiefern eine einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen und der Monismus eine sachgerechtere Tarifierung fördern würde. Für die Entwicklung und Pflege der Tarifsysteme sind nämlich die Tarifpartner (Leistungserbringer und Krankenversicherer) zuständig – im stationären Bereich über eine gemeinsam mit den Kantonen eingesetzte Organisation, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie Anpassung und Pflege der Strukturen zuständig ist (SwissDRG AG; Art. 49 Abs. 2 KVG). Die Tarifpartner sind also dafür verantwortlich, dass die den Leistungen zugrunde liegenden Tarifstrukturen den medizinischen Entwicklungen angepasst, entsprechend weiterentwickelt und gepflegt werden. Es ist auch ihre Aufgabe dafür zu sorgen, dass die richtigen Anreize (z.B. adäquate Abgeltung ambulanter Behandlungen) gesetzt werden. In welchem prozentualen Verhältnis Versicherer und Kantone sich sodann die Gesamtkosten der ambulant und der stationär erbrachten OKP-Leistungen teilen, hängt nicht von der Tarifstruktur ab und spielt für sie auch keine Rolle. Eine einheitliche Finanzierung hat darum keinerlei Einfluss auf eine sachgerechte Tarifierung.
Kt. ZH	C. Zu den Minderheitsanträgen Der Antrag auf Nichteintreten sowie der Antrag – so die Vorlage angenommen würde – auf eine Kontrolle der Rechnungen der Leistungserbringer durch ein neu zu schaffendes Organ, in dem die Kantone vertreten sind, decken sich mit den Forderungen des Kantons Zürich (vgl. Abschnitte D und E). Der Minderheitsantrag, die Entschädigung von Vertragsspitalern und -geburtshäusern durch die OKP auf wie bisher höchstens 45% der Vergütung nach Art. 49 Abs. 1 KVG zu beschränken, ist absolut zwingend. Der Kanton Zürich fordert jedoch die Abschaffung dieses Instituts überhaupt (vgl. Abschnitte B und D). Hinsichtlich der Verknüpfung des Inkrafttretens der Vorlage der einheitlichen Finanzierung von Leistungen im ambulanten und im stationären Bereich mit dem Inkrafttreten einer Nachfolgeregelung zu Art. 55a KVG im Sinne eine Zulassungssteuerung im ambulanten Bereich muss wie folgt differenziert werden: Sollte die einheitliche Finanzierung der Leistungen im ambulanten und stationären Bereich vom Parlament gutgeheissen werden, dann müssen den Kantonen gleichzeitig auch die nötigen Instrumente zur Steuerung des ambulanten

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG): Vernehmlassungsverfahren

	Versorgungsangebots gegeben werden (vgl. Abschnitt D). Die derzeit im Parlament diskutierte Vorlage zur Zulassungssteuerung ist ein erster, aber nicht ausreichender (weil sie im Wesentlichen nur Neuzulassungen beschlägt) Schritt in diese Richtung. Die Vorlage zur Zulassungssteuerung kann insofern unabhängig von der Vorlage zur einheitlichen Finanzierung behandelt werden. Schliesslich beantragt eine Minderheit, den Kantonsbeitrag als pauschalen Betrag pro versicherte Person einzuspeisen – anstelle eines kantonalen Beitrags an die Versicherer, basierend auf den Kosten pro versicherte Person. Beim Minderheitsvorschlag rechnen die Experten mit einem leicht erhöhten Anreiz zur Risikoselektion sowie der Notwendigkeit einer separaten Einspeisung für Kinder, damit deren Prämien nicht steigen, während bei der Einspeisung des Kantonsbeitrags gestützt auf die Kosten pro versicherte Person mit einem etwas kleineren Anreiz zur effizienten Versorgung innerhalb des ambulanten Bereichs gerechnet wird. Unter diesen Umständen scheint der Mehrheitsvorschlag pragmatischer.
Kt. ZH	D. Ausblick Der Kanton Zürich – im Einklang mit der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) – unterstützt Massnahmen, die direkt und nachweislich auf eine Kostendämpfung hinwirken und Fehlanreize, die zu einer Über- oder Fehlversorgung der Bevölkerung führen, ausmerzen. Diese Ziele werden mit der vorliegend vorgeschlagenen einheitlichen Finanzierung von Leistungen im ambulanten und im stationären Bereich aber praktisch nicht und wenn, dann nur sehr indirekt erreicht. Soll die einheitliche Finanzierung dennoch eingeführt werden, muss sichergestellt werden, dass - die finanzielle Belastung der Kantone – gestützt auf plausibilisierte und nachvollziehbare Daten – im Systemübergang transparent und überprüfbar kostenneutral ist, und zwar nicht nur für die Gesamtheit der Kantone, sondern auch für jeden einzelnen Kanton. - die Langzeitpflege (Pflegeheime und Spitex) in das einheitliche Finanzierungsmodell einbezogen wird. Nur so werden Fehlanreize an Schnittstellen der Versorgung konsequent angegangen, die koordinierte und integrierte Versorgung gefördert und tatsächlich eine Stabilisierung der steuer- und prämienfinanzierten Finanzierungsanteile angestrebt. - die Kantone ein Instrumentarium zur Hand haben, um das ambulante Versorgungsangebot sowohl hinsichtlich Leistung als auch Menge und Qualität gezielt zu beeinflussen. Dies ist aufgrund des in der Bundesverfassung verankerten fiskalischen Äquivalenzprinzips absolut zwingend. Der Entwurf des Bundesrates zur Teilrevision des KVG vom 9. Mai 2018 ist diesbezüglich ein erster und wichtiger, aber noch nicht ausreichender Vorschlag. - die Kantone in Bezug auf die korrekte Abrechnung von ambulanten Leistungen für die Kantonsbevölkerung über eine Kontrollmöglichkeit verfügen, beispielsweise durch die Schaffung eines gemeinsamen Organs. Nur so können sie ihre finanzrechtliche Verantwortung für einen effizienten Einsatz von Steuergeldern sicherstellen und gegenüber ihren Einwohnerinnen und Einwohnern auch nachweisen. - eine nationale Tariforganisation für ambulante Tarife gesetzlich vorgeschrieben wird, an der die Kantone paritätisch beteiligt sind. - Fehlanreize infolge Verknüpfung der vertraglichen Vereinbarungen der Tarifpartner im Grund- und Zusatzversicherungsbereich konsequent

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG): Vernehmlassungsverfahren

	beseitigt werden. - die Rechnungen im stationären Bereich analog zu heute abgewickelt werden – mit einem entsprechend angepassten Finanzierungsschlüssel –, sodass die Informations- und Kontrollmöglichkeiten der Kantone gewahrt bleiben. - das Institut der Vertragsspitäler abgeschafft wird, da es zu einem unnötigen Leistungs- und Mengenwachstum führt und die kantonalen Spitalplanungen aushebelt.
Kt. ZH	E. Fazit Der Kanton Zürich unterstützt die Haltung der GDK-Plenarversammlung und die Stellungnahme des GDK-Vorstands vom 28. Juni 2018 und verlangt übereinstimmend mit der GDK eine vollständige Überarbeitung der aktuellen Vorlage unter Berücksichtigung der in Abschnitt D angeführten Voraussetzungen. Nur dann hat die angestrebte Systemumstellung eine echte Chance, die gesteckten Ziele auch tatsächlich erreichen zu können. Aufgrund der Bedeutung der Vorlage und der möglichen finanziellen Verwerfungen in einzelnen Kantonen sollten im Rahmen der Überarbeitung sodann zum einen die Resultate der laufenden Evaluation zur Spitalfinanzierung abgewartet und zum anderen die Vorlage selbst im Projekt «Aufgabenteilung 2 Bund – Kantone» (Prüfung von Entflechtungsmöglichkeiten) berücksichtigt werden.
Kt. ZH	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG):
Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Kt. ZH	49a	2		Gemäss Vorentwurf sollen zudem die Vertragsspitäler inskünftig 74,5% des Betrags, welcher einem Listenspital zustünde, aus den Mitteln der OKP erstattet erhalten. Dies im Gegensatz zum derzeitigen Beitrag der Versicherer, der 45% beträgt. Es braucht nicht viel Phantasie, um die Folgen abzuschätzen: Der Vertragsspital-Status würde an Attraktivität gewinnen und die Zahl der Vertragsspitäler zunehmen. Diese zusätzlichen Spitalbetten, die gemäss kantonalen Planungen nicht versorgungsnotwendig wären, unterliefen damit einerseits noch stärker als heute die kantonalen Spitalplanungen und verkleinerten das zur Gewährleistung der Spitalversorgung notwendige Volumen an Versorgungskapazitäten in unverantwortlicher Weise. Andererseits würden die in Vertragsspitalern erbrachten Leistungen neu zu 74,5% durch die OKP finanziert. Die dadurch gesteigerte Attraktivität der Vertragsspitäler könnte unbeabsichtigte, unplanbare und unnötige Mengen- und Kapazitätsausweitungen auslösen, was wiederum zu steigenden Gesundheitskosten führen würde. Diese nur zulasten der Krankenversicherer gehenden Kosten hätten steigende Krankenkassenprämien zur Folge. Eine Stabilisierung der steuer- und prämienfinanzierten Finanzierungsanteile wäre nicht möglich. Das Institut der Vertragsspitäler ist daher bereits aus systempolitischen Überlegungen abzuschaffen – unabhängig von der Vorlage. Findet sich dafür keine Mehrheit, so darf zumindest der Beitrag der Versicherer im Rahmen der einheitlichen Finanzierung keinesfalls auf mehr als 45% des Betrags, der einem Listenspital zusteht, festgelegt werden; insoweit ist für Listenspitäler in jedem	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG):
Vernehmlassungsverfahren**

				Falle der heutige Zustand beizubehalten.	
--	--	--	--	--	--

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG):
Vernehmlassungsverfahren**

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
Kt. ZH		Der Kanton Zürich verzichtet – abgesehen von den Ausführungen zu Art. 49a Abs. 2 – auf eine detaillierte Kommentierung der geplanten einzelnen Artikel der Vorlage, da er eine vollständige Überarbeitung der aktuellen Vorlage unter Berücksichtigung der vorstehend unter «Allgemeine Bemerkungen» in Abschnitt D (Ausblick) angeführten Voraussetzungen verlangt.	



GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren

CDS Confédération suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé

CDS Conferenza Svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità

Versand per E-Mail

An das Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen

abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Bern, 28.6.2018

8-3-2-1 / KB / MJ

Stellungnahme der GDK zum Vorentwurf der SGK-NR vom 19. April 2018 zur Änderung des KVG (einheitliche Finanzierung Pa. Iv. 09.528)

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit, zum Vorentwurf und zu den Erläuterungen der SGK-NR zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) mit dem Titel «Einheitliche Finanzierung der Leistungen im ambulanten und im stationären Bereich» Stellung zu nehmen.

Der GDK-Vorstand hat die Vernehmlassungsvorlage an seiner Sitzung vom 28. Juni 2018 beraten und nimmt dazu wie folgt Stellung:

I Beurteilung / Stellungnahme allgemein

Das Hauptproblem in Bezug auf die Gesundheitskosten in der Schweiz ist aus Sicht der GDK nicht deren Zusammensetzung und Verteilung auf die einzelnen Finanzierungsquellen (auch wenn der Finanzierungsanteil der Kantone seit 1996 kontinuierlich steigt), sondern vielmehr die Entwicklung der Gesamtsystemkosten über die Jahre.

Das Hauptziel muss deshalb sein, das Kostenwachstum zu bremsen bzw. längerfristig die Kosten des Systems gesamthaft zu senken. Die Belastung einzelner Kostenträger (Finanzierer) ist eine verteilungs- bzw. sozialpolitische Frage und bedarf einer anderen Diskussion.

Die Kosten des Systems lassen sich beeinflussen, indem entweder die Menge oder der Preis der erbrachten Leistungen verändert wird. Sie können demnach nur sinken, wenn in Zukunft weniger und/oder günstigere Leistungen erbracht werden als dies heute der Fall ist. Das heisst, notwendige und sinnvolle Leistungen sollen effizienter erbracht werden und auf Unnötiges gilt es zu verzichten. Dazu müssen im komplexen Gefüge der verschiedenen Akteure und deren Interessen bestehende Fehlanreize reduziert und durch positive Anreize ersetzt werden.

Vor diesem Hintergrund ist die Vorlage der SGK-NR als ungenügend zu bezeichnen, denn sie reduziert die ganze Komplexität der Einflussfaktoren, welche die Kostenentwicklung bestimmen, auf einen einzigen, nämlich auf die Ausgestaltung der Finanzierung. Und selbst diese bleibt auf die Umleitung von Finanzströmen beschränkt.



Einleitend möchten wir ausserdem festhalten, dass die vorgeschlagene Revision für die Kantone auch bei über alle Kantone hinweg kostenneutraler Einführung mittelfristig eine erhebliche finanzielle Mehrbelastung bedeuten würde. Damit wird eine Verschärfung der bestehenden Tendenz in Kauf genommen: Der Beitrag der Kantone an die Finanzierung des Gesundheitswesens (bestehend mehrheitlich aus Beiträgen an die medizinische Versorgung, Pflege, Prävention und die individuelle Prämienvverbilligung) stieg in den letzten 20 Jahren von rund 6 Mrd. Franken auf 16 Mrd. Franken.

Für einige Kantone würde der Übergang zur einheitlichen Finanzierung gemäss Modell der SGK-NR zu einer zusätzlichen Belastung von bis zu 100 Mio. Franken führen, wie wir den groben Schätzungen im Bericht des Bundesamts für Gesundheit vom 5. März 2018 (*Varianten im Umgang mit der Kostenbeteiligung und kantonal unterschiedliche Bedeutung des stationären Spitalsektors*) entnehmen. Die betroffenen Kantone – gerade jene, die sich schon heute besonders stark für die Vermeidung unnötiger stationärer Spitalaufenthalte einsetzen – müssten diese Zusatzlasten ohne Übergangsfrist leisten. In denjenigen Kantonen, die sich entlasten könnten, wäre umgekehrt ein sprunghafter Anstieg der OKP-Prämien für die Versicherten zu erwarten. Beide Effekte können so nicht hingenommen werden.

Weitere Schwierigkeiten sehen wir in Bezug auf die generell getroffenen Annahmen über die finanziellen Auswirkungen der vorliegenden Monismus-Vorlage. Wie die hochgerechneten Kantonsbeiträge von jeweils zwischen 7,3 und 7,7 Mia. Franken für die Jahre 2012 bis 2015 hergeleitet worden sind, ist in den Vernehmlassungsunterlagen nicht nachvollziehbar dargelegt. Entsprechend ist der auf dieser Grundlage berechnete kantonale Mitfinanzierungsanteil von 25,5 %, der bereits im erwähnten Bericht des BAG vom 5. März 2018 vorgezeichnet wurde, nicht überprüfbar. Was gänzlich fehlt, ist eine nachvollziehbare Berechnung des Gesamtvolumens für den Geltungsbereich der Vorlage auf Leistungen nach Art. 25-31 KVG (abzüglich Pflegeleistungen nach Art. 25a KVG) an dem sich die Kantone zu geschätzten 25,5 % beteiligen müssten. Eine vertiefte Auseinandersetzung mit der Vorlage über die rein finanziellen Auswirkungen ist für die Kantone unter diesen Voraussetzungen unmöglich.

Abschliessend stellen wir mit Sorge fest, dass der Vorschlag der SGK-NR bedeuten würde, dass die Kantone mit den geschätzten 7,7 Mia. CHF rund 10 % ihrer Fiskaleinnahmen an die Krankenversicherer überweisen müssten, ohne dass sie eine Möglichkeit haben, über die sachgerechte und effiziente Verwendung dieser Mittel zu bestimmen oder diese zu kontrollieren. Mit der Umsetzung des vorliegenden Vorschlags würde somit die fiskalische Äquivalenz verletzt und damit ein Konflikt mit der Bundesverfassung geschaffen.

Die GDK lehnt deshalb die zur Vernehmlassung eingereichte Vorlage der SGK-NR ab. Im Einzelnen stützt sie sich dabei auf folgende Überlegungen:

1. Eine einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen mit nur noch einer einzigen Zahlstelle (Versicherer als Monist) leistet als Einzelmassnahme keinen massgeblichen Beitrag zur Eindämmung der Systemkosten. Denn:

- a. Zwei grosse Kostentreiber im schweizerischen Gesundheitswesen, nämlich einerseits die Fehlanreize im Zusammenhang mit Tarifstruktur und Tarifhöhe sowie andererseits jene, die sich aus dem Versicherungsstatus des Patienten ergeben, werden durch die vorgeschlagene Reform nicht angetastet.
- b. Anreize müssen dort gesetzt werden, wo der Behandlungsentscheid getroffen wird, also primär beim Leistungserbringer. Es ist aber für diesen – abgesehen von administrativen Aufwendungen – unerheblich, ob er aus einer oder aus zwei Händen entschädigt wird. Eine reine Umleitung der Finanzflüsse von den Kantonen zu den Versicherern setzt keinen neuen Anreiz beim Leistungserbringer und bewirkt folglich nichts.
- c. Die einheitliche Finanzierung mag zwar Voraussetzungen schaffen für eine Verbesserung der Leistungsallokation, der Behandlungsabläufe, der Behandlungskette und



damit auch der Behandlungsqualität. Dazu sind aber auch Versicherungsmodelle gefragt, welche die Behandlung entlang der gesamten Leistungskette erfassen. Nun ist es aber erstens keineswegs sicher, sondern bestenfalls nur zu hoffen, dass die Krankenkassen ihre Möglichkeiten zur Einführung neuer Versicherungsmodelle zur Förderung der integrierten Versorgung in einem monistischen Finanzierungssystem besser nutzen würden als heute. Den Kantonen fehlen im Vorschlag der SGK-NR jegliche Möglichkeiten zur direkten Beeinflussung der künftigen Optimierung der Versorgungskette. Zweitens sind die Bereiche Spitex und Pflegeheime in der aktuellen Vorlage nicht eingeschlossen, obwohl hier in Bezug auf die Zusammenarbeit der Leistungserbringer entlang der Behandlungskette der grösste Bruch zu beobachten ist.

- d. Die Vorlage würde eine Besserstellung der Vertragsspitäler bedeuten, da die durch sie erbrachten Leistungen neu zu 74,5 % statt zu 45 % durch die obligatorische Krankenversicherung mitfinanziert würden. Es ist durchaus anzunehmen, dass durch die damit gesteigerte Attraktivität der Vertragsspitäler Mengen- und Kapazitätsausweitungen entstehen. Die Wirksamkeit der kantonalen Spitalplanungen würde durch die Stärkung der Vertragsspitäler unterlaufen. In der Konsequenz wirkt sich dies auf der Kostenseite noch zusätzlich zulasten der Prämienzahlenden aus, hätte also Prämien erhöhungen zur Folge. Die Vorlage geht in leichtfertiger Weise nicht auf diese Auswirkungen ein. Konsequenter wäre, unter diesen Umständen das Institut der Vertragsspitäler abzuschaffen.
- e. Offen gelassen wird in der Vorlage zudem, wie die Aufsichtsverantwortung des Bundes ausgeweitet wird. Eine solche Verstärkung wäre aufgrund des stark erhöhten Volumens von KVG-Geldern in den Händen der Versicherer unabdingbar.

2. Der Einsatz von Steuergeldern setzt Steuerungsinstrumente voraus.

Wenn die Kantone die ambulanten Leistungen mitfinanzieren sollen, müssen sie auch das Versorgungsangebot im ambulanten Bereich beeinflussen können. Dies ist jedoch in der Vorlage nicht vorgesehen. Die SGK-NR erfüllt diese Notwendigkeit durch die aktuelle Teilrevision des KVG hinsichtlich der Neuzulassung von Leistungserbringern. Dies ist aus Sicht der GDK aber noch keine hinreichende Voraussetzung für eine wirksame Steuerung des ambulanten Versorgungsangebots durch die Kantone, denn sie betrifft primär nur die Neuzulassungen, gewährt keine Kontroll- und Steuerungsmöglichkeit über die bereits zugelassene Ärzteschaft und sie klammert das Leistungsangebot im spitalambulanten Bereich aus. Zudem ist politisch noch keineswegs gesichert, dass der Gesetzesentwurf des Bundesrates vom Parlament auch beschlossen wird. Vielmehr vertritt eine Mehrheit der SGK des National- wie auch des Ständerates sogar die Ansicht, dass die Steuerung des ambulanten Angebots primär durch die Krankenversicherung über die weitgehende Aufhebung des Kontrahierungszwangs erfolgen soll.

3. Die einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen ist auch nicht der von Versicherer- und Leistungserbringerverbänden propagierte «folgerichtige Schritt» oder die unverzichtbare Begleitmassnahme zur Förderung der Verlagerung aus dem stationären Sektor in die (Spital-)Ambulatorien.

Dafür gibt es zwei Gründe:

- a. Die Auswertungsergebnisse im Kanton Luzern neun Monate nach Inkrafttreten der kantonalen Regelung «ambulant vor stationär» deuten darauf hin, dass die Behandlungskosten bei den Listeneingriffen gesamthaft – d. h. sowohl für die Versicherer und die Prämienzahler als auch für die Kantone und Steuerzahler – gesunken sind. Mehrkosten für die Versicherer bei einzelnen ambulanten Eingriffen konnten durch die Einsparungen im stationären Bereich und durch die Abnahme der Eintritte am Vortag kompensiert werden. Eine einheitliche Finanzierung der Leistungen war für die Erzeugung dieser kostendämpfenden Wirkung nicht notwendig.



- b. Die Finanzsituation der Leistungserbringer könnte sich infolge Ausbau der ambulanten Listen auf Bundes- und Kantonsebene insofern negativ entwickeln, als die aktuellen TARMED-Tarife für manche der betroffenen Einzelleistungen nicht kostendeckend sind. Hier hilft aber eine einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen auch nicht weiter. Gefragt ist vielmehr eine Weiterentwicklung der Tarifstruktur in Richtung (spital-)ambulanter Pauschalen, welche für die behandelnden Ärztinnen und Ärzte neue positive tarifliche Anreize setzen würden. Die GDK unterstützt diese Bemühungen voll und ganz.

II Finanzierungssystem für eine steuerbare, effiziente und integrierte Gesundheitsversorgung

Aus Sicht der GDK muss eine effizientere und optimierte Gesundheitsversorgung mit einheitlicher Finanzierung mindestens folgende Anforderungen erfüllen:

1. Die finanzielle Belastung der einzelnen Kantone muss im Übergang überprüfbar kostenneutral sein.

Die Anforderung ist im Vorschlag der SGK-NR für die Gesamtheit der Kantone erfüllt. Allerdings muss die Kalkulation noch plausibilisiert werden können.

Kostenneutralität bei der Umstellung auf die einheitliche Finanzierung heisst, dass die Beteiligung der Gesamtheit der Kantone bzw. der Versicherer an der Finanzierung der ambulanten und stationären Leistungen nicht höher ausfallen kann als unter dem aktuellen dual-fixen Regime. Dies, damit die Finanziierer im Zeitpunkt des Inkrafttretens mit dem neuen System nicht schlechter gestellt werden. Der gesetzliche kantonale Mindestanteil muss auch in Zukunft konstant gehalten werden. Eine allfällige punktuelle Erhöhung des Kantonsbeitrags kann nur auf freiwilligen Beschlüssen der jeweiligen Kantone beruhen.

Die Kostenneutralität muss jedoch nicht nur für die Gesamtheit der Kantone, sondern auch für jeden einzelnen Kanton gewährleistet werden. Ansonsten wären im Übergang zur einheitlichen Finanzierung gerade jene Kantone stärker belastet, deren Versorgungs- und Patientenstrukturen heute im Sinne einer effizienteren Gesundheitsversorgung überdurchschnittlich stark auf ambulante Behandlungen ausgelegt sind. Dieser Effekt könnte die Bestrebungen der Kantone zur weiteren Verlagerung in den ambulanten Bereich bis zum Zeitpunkt des Inkrafttretens unterminieren und damit letztendlich auch einer wirksamen Kostendämpfungsmassnahme im Wege stehen. In den Kantonen mit vorwiegend stationären Strukturen, die im gleichen Zug entlastet werden, wäre durch die Erhöhung des OKP-Finanzierungsanteils mit einem weiteren Anstieg der Prämien zu rechnen.

Es ist unabdingbar, dass sämtliche Daten und Methoden, die der Ermittlung des gesetzlichen kantonalen Mindestanteils zugrunde liegen, transparent aufgezeigt werden. Nur so sind die Kantone in der Lage, die Konsequenzen der Umstellung auf eine einheitliche Finanzierung für ihre Haushalte zu prüfen und zu beziffern, und kann das Parlament der Öffentlichkeit gegenüber auch Rechenschaft ablegen, welche Folgen die Vorlage für sie als Steuer- und Prämienzahler haben wird.

Im Weiteren ist zu beachten, dass die kostenneutrale Überführung mit der Vorlage der SGK-NR lediglich für einen Teilbereich der finanziellen Verantwortung der Kantone, nämlich für die Leistungsfinanzierung gewährleistet ist. Nebst ihrer Rolle als Kostenträger für medizinische Leistungen und Pflege tragen die Kantone jährlich auch noch mit mehreren Milliarden Franken zur Finanzierung der Gesamtkosten im Gesundheitswesen bei, nämlich im Rahmen der individuellen Prämienverbilligung, der Finanzierung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen der Spitäler und der Prävention, sowie nicht zuletzt als Träger der Verwaltungskosten der kantonalen gesundheitspolitischen und gesundheitspolizeilichen Aufgaben.



2. Den Kantonen wird das Instrumentarium in die Hand gegeben, um das ambulante Versorgungsangebot (Leistung, Menge und Qualität) gezielt zu beeinflussen.

Gerade weil sie den im Vergleich zum stationären Sektor zurzeit stärker wachsenden ambulanten Sektor neu ebenfalls mit einem fixen (d. h. nicht reduzierbaren) Schlüssel mitfinanzieren würden, sind die Kantone darauf angewiesen, ein Instrument in der Hand zu haben, um bei einem Überangebot (über den Bedarf hinausgehend) sowohl in Bezug auf die ärztlichen Fachdisziplinen als auch hinsichtlich der regionalen Verteilung intervenieren zu können. Der Entwurf des Bundesrates zur Teilrevision des KVG vom 9. Mai 2018 ist deshalb für die Neuzulassungen notwendig. In Bezug auf die *bestehende* ambulante Versorgung gibt der Entwurf des Bundesrates zudem die Möglichkeit, Kriterien wie den Nachweis einer Fortbildung und die Teilnahme an Qualitätsprogrammen festzulegen, die heute zugelassene Ärztinnen und Ärzte erfüllen müssen, um weiterhin zulasten der OKP tätig sein zu können, und bei deren Nichterfüllung ihnen gegebenenfalls befristet oder definitiv die Zulassung entzogen werden kann.

Hingegen ist für die Kantone noch keine Möglichkeit vorgesehen, *aus Bedarfsgründen* eine bestehende Zulassung aufzuheben. Die Mitfinanzierung der ambulanten Leistungen aus Steuergeldern sollte auf einer effizienten Versorgung beruhen. Um eine solche sicherzustellen, muss den Kantonen deshalb auch die Möglichkeit eines Zulassungsentzugs aufgrund eines über dem Bedarf liegenden Versorgungsangebotes zur Verfügung stehen. Im stationären Bereich wird die bedarfsgerechte Planung und Steuerung bereits heute umgesetzt, was nicht zuletzt auch notwendige Strukturbereinigungen zur Folge hatte und hat.

Es ist sicherzustellen, dass die vom Bundesrat vorgeschlagene Nachfolgeregelung zur geltenden befristeten Zulassungsbeschränkung ohne Regulierungsunterbruch in Kraft gesetzt werden und vorgängig zu einer neuen Finanzierung bereits Wirkung entfalten kann.

Weiter ist eine bundesgesetzliche Grundlage sowie der Zugang zu den notwendigen Datengrundlagen zu schaffen, damit die Kantone das gesamte ambulante und spitalambulante Leistungsangebot analog zum stationären Bereich mitsteuern können. So kann der heute beobachtete Trend, dass das Leistungsangebot und mit ihm das Leistungsvolumen über den medizinischen Bedarf der Bevölkerung hinauswächst und vermehrt in den ambulanten Sektor ausweicht, wirksam gestoppt werden.

3. Die Rechnungen im stationären Bereich werden analog zu heute abgewickelt, mit entsprechend angepasstem Finanzierungsschlüssel. Die Rechnungstellung im ambulanten Bereich erfolgt aufgrund der für die Kantonsbevölkerung effektiv erbrachten Leistungen.

Stellt der Leistungserbringer künftig nur noch eine einzige Rechnung (an den Versicherer) anstelle von zwei (an Versicherer und Kanton), erfährt er höchstens einen marginalen Effizienzgewinn. Hingegen ist der Verlust an Information und an Kontrollmöglichkeiten für den Kanton deutlich spürbar. Es gibt deshalb auch mit einem neuen, angepassten Kostenteiler keinen Grund, im *stationären* Bereich an der bisherigen dualen Rechnungsstellung an Krankenversicherer und Wohnkanton etwas zu ändern. Hingegen kann es im *ambulanten* Bereich angesichts der sehr hohen Anzahl an Einzelrechnungen sinnvoll sein, eine einzige Rechnungs- und Zahlstelle zu definieren und den Finanzierern die Möglichkeit zur Kontrolle des auf sie entfallenden Rechnungsbetrags einzuräumen (vgl. Zf. 4).

Dass die Berechnung des Kantonsbeitrags im ambulanten Bereich auf den für die Kantonsbevölkerung effektiv erbrachten Leistungen beruhen soll, ist in Art. 60 der Vorlage zur einheitlichen Finanzierung der Leistungen im ambulanten und im stationären Bereich bereits vorgesehen.

4. Es besteht eine Kontrollmöglichkeit für die Kantone in Bezug auf die korrekte Abrechnung von ambulanten Leistungen für die Kantonsbevölkerung, beispielsweise durch die Schaffung eines gemeinsamen Organs (Krankenversicherer / Kantone), welches dies sicherstellt.



Mit der Kontrolle der Abrechnung von ambulanten Leistungen nehmen die Kantone ihre finanzrechtliche Verantwortung wahr, den effizienten Einsatz von Steuergeldern jederzeit sicherstellen und gegenüber der Öffentlichkeit nachweisen zu können. Dafür benötigen sie volle Transparenz über die Kosten- und Leistungsdaten der Leistungserbringer und Einsicht in die gestellten Rechnungen, möglichst zeitnah nach deren Eingang beim Versicherer. Bei einer durchgängig dualen Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen durch Krankenversicherer und Kantone kann die Rechnungskontrolle nicht mehr grundsätzlich als alleinige Aufgabe der Versicherer bezeichnet werden. Bereits heute schliesst das KVG nicht aus, dass die Kantone die Erfüllung der WZW-Kriterien und somit die Fälligkeit ihres Finanzierungsanteils (insbesondere bei Verdacht auf inkorrekte Leistungsabrechnung oder Nichteinhaltung der Leistungsaufträge) ebenfalls prüfen. Dieser Aspekt wird mit einem neuen Finanzierungsmodell an Bedeutung gewinnen. In Deutschland sind bereits heute länderspezifisch gemeinsam getragene Medizinische Dienste der Krankenversicherung (MDK) eingerichtet, welche durch die Kostenträger beanstandete oder kritische Rechnungen unabhängig und nach gemeinsam festgelegten Kriterien überprüfen. Ein analoges Modell könnte auch für die Schweiz unter einer einheitlichen Finanzierung zweckmässig sein.

5. Es wird eine nationale Tariforganisation für ambulante Tarife gesetzlich vorgeschrieben, an welcher die Kantone paritätisch beteiligt sind.

Nicht nur die Anzahl Leistungserbringer und Behandlungen, sondern auch die Tarifstrukturen (und die Preise) beeinflussen die Entwicklung des Leistungsvolumens im ambulanten Bereich massgeblich. Die Aktualität der Tarifstrukturen und die Professionalität von deren Pflege sind dafür entscheidend. Die Tarifpartner und die Kantone sollen deshalb im ambulanten Leistungsbereich verpflichtet werden, eine einzige Tariforganisation einzusetzen, welche in Zukunft für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege von Einzelleistungs- und gegebenenfalls auch Pauschaltarifstrukturen im ambulanten Bereich zuständig ist. Die Organisation soll die erarbeiteten Strukturen und ihre Anpassungen dem Bundesrat zur Genehmigung unterbreiten. Dies entspricht der von der Expertenkommission «Kostendämpfungsmassnahmen» vorgeschlagenen Massnahme M34. Die Kantone sind aufgrund der geforderten Mitfinanzierung im ambulanten Bereich an der Organisation zwingend tripartit zu beteiligen.

6. Fehlanreize infolge Verknüpfung der vertraglichen Vereinbarungen der Tarifpartner im Grund- und Zusatzversicherungsbereich werden konsequent eliminiert.

Es gilt zu verhindern, dass die Tarifpartner in den Tarifverhandlungen den Grund- und den Zusatzversicherungsbereich miteinander verknüpfen und Bedingungen aushandeln können, die ihre Ertragslage insgesamt verbessern, jedoch einer optimalen Leistungsallokation in der OKP sowie der korrekten (kostendeckenden) Abgeltung der OKP-Leistungen zuwiderlaufen. Eine stärkere Trennung von Grund- und Zusatzversicherung könnte folgende Elemente beinhalten:

- Der Leistungseinkauf in den Bereichen OKP und Zusatzversicherung hat durch voneinander unabhängige Organe zu erfolgen.
- Bei der Beurteilung der OKP-Pflichtigkeit einer Leistung durch den Versicherer darf eine allfällige Zusatzversicherung der Patientin oder des Patienten keine Rolle spielen.
- Zwischen den Organen des Leistungseinkaufs und den vertrauensärztlichen Diensten in der OKP resp. der Zusatzversicherung dürfen keine Informationen, die für den jeweiligen Leistungseinkauf relevant sind, ausgetauscht werden.
- Mit einer Erhöhung der Transparenz bei den Leistungserbringern über die Kosten und Erträge aus dem Zusatzversicherungsgeschäft könnten unzulässige Verknüpfungen zwischen dem OKP- und dem Zusatzversicherungsgeschäft eher erkannt und verhindert werden.



7. Die einheitliche Finanzierung im ambulanten und im stationären Bereich kann eine echte Verbesserung der Versorgungsorganisation erst entfalten, wenn auch die Langzeitpflege (Pflegeheime und Spitex) in das Finanzierungsmodell einbezogen wird.

Auch im Langzeitbereich und an den Schnittstellen zwischen medizinischer Akutversorgung und Pflege sind Fehlanreize zu beobachten. Diese sind im Gegensatz zu den Fehlanreizen in der Spitalfinanzierung tatsächlich auch durch die Finanzierung und nicht nur durch falsche Tarifyanreize bedingt. Ob eine Pflegeleistung ambulant oder stationär erbracht wird, sollte weder von der Finanzierung, noch von den Tarifen abhängen, sondern sich nach dem effizientesten Pflegesetting richten. Und auch ob jemand früher oder später aus der Spitalversorgung in die Pflege entlassen wird, soll keine Frage der unterschiedlichen Finanzierung in den beiden Bereichen sein. Aufgrund der seit Jahren unveränderten OKP-Beiträge und den im Gegensatz dazu steigenden Kosten für die Restfinanzierung werden Kantone und Gemeinden im Bereich der Pflege finanziell immer stärker belastet. Die Richtung der Belastungsverschiebungen ist deshalb gegenüber der Spitalfinanzierung gerade umgekehrt. Eine Ausweitung der einheitlichen Finanzierung auf die Leistungen von Pflegeheimen und Spitex ist nur konsequent. Auch im Hinblick auf die notwendige Stärkung der koordinierten Versorgung ist sie ein wesentliches Element der Reform. Die Kosten der OKP für die Pflegeleistungen nach Art. 25a Abs. 1 KVG und Art. 7 KLV und die Beiträge der Kantone und Gemeinden im Rahmen der KVG-Restfinanzierung (d.h. ohne Betreuungs- oder Hotelleriekosten) sind somit auch in das dual zu finanzierende Kostenvolumen einzurechnen. Der Gesamtfinanzierungsschlüssel ist aufgrund des erweiterten Geltungsbereichs der einheitlichen Finanzierung entsprechend anzupassen.

Die GDK verlangt eine vollständige Überarbeitung der aktuellen Vorlage. Mit den dargelegten Anforderungen steckt sie den Rahmen für ein Modell einer einheitlichen Finanzierung des gesamten medizinischen und pflegerisch/therapeutischen Leistungsbereichs ab. So leistet sie einen Beitrag zu einer gesteuerten, effizienten und integrierten Gesundheitsversorgung.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen und stehen Ihnen für weitere Auskünfte gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

SCHWEIZERISCHE KONFERENZ DER KANTONALEN
GESUNDHEITSDIREKTORINNEN UND -DIREKTOREN

Der Präsident

Dr. Thomas Heiniger
Regierungsrat

Der Zentralsekretär

Michael Jordi



Kopie:

- Nationalrat Thomas de Courten, Präsident der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-NR)
- Christina Leutwyler, stv. Sekretärin SGK-NR
- Kantonale Gesundheitsdirektionen



GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren

CDS Confédération suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé

CDS Conferenza Svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità

Envoi par courriel

Office fédéral de la santé publique
Division Prestations

abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Berne, le 28 juin 2018

8-3-2-1 / KB / MJ / PB

Prise de position de la CDS relative à l'avant-projet de la CSSS-N du 19 avril 2018 sur la modification de la LAMal (financement uniforme / lv. pa. 09.528)

Madame, Monsieur,

Nous vous remercions de la possibilité qui nous est donnée de prendre position sur l'avant-projet et les explications de la CSSS-N concernant la modification de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) intitulée « Financement uniforme des prestations ambulatoires et des prestations avec hospitalisation ».

Lors de sa séance du 28 juin 2018, le Comité directeur de la CDS a examiné le projet mis en consultation et il prend position comme suit en la matière.

I Évaluation / prise de position générale

Du point de vue de la CDS, le principal problème des coûts de la santé en Suisse n'est pas leur structure et leur répartition entre les différentes sources de financement (même si la part des cantons dans le financement croît continuellement depuis 1996), mais plutôt l'évolution des coûts globaux du système au fil des ans.

L'objectif principal doit donc être de freiner la croissance des coûts, respectivement de réduire globalement à long terme les coûts du système. La mise à contribution des différents agents payeurs (financeurs) est une question de répartition et de politique sociale et appelle une autre discussion.

Les coûts du système sont influencés par la modification de la quantité ou du prix des prestations fournies. Ils ne peuvent par conséquent baisser que si les prestations fournies à l'avenir sont moins nombreuses et/ou moins onéreuses que ce n'est le cas aujourd'hui. Cela signifie que les prestations nécessaires et appropriées doivent être fournies plus efficacement et qu'il convient de renoncer à l'inutile. Dans le maillon complexe des différents acteurs et de leurs intérêts, des incitations erronées existantes doivent à cette fin être supprimées et remplacées par des incitations positives.

Nous considérons dans ce contexte le projet de la CSSS-N comme insuffisant, car il réduit toute la complexité des facteurs qui déterminent l'évolution des coûts à un seul, à savoir l'organisation du financement. Et même celle-ci se limite au transfert de flux financiers.



Nous voudrions en outre souligner en préambule que la révision proposée entraînerait à moyen terme une charge financière supplémentaire considérable même en cas d'introduction sans incidence sur les coûts dans tous les cantons. Un renforcement de la tendance actuelle interviendrait : ces vingt dernières années, la contribution des cantons au financement du système de santé (en majorité des contributions aux traitements médicaux, aux soins de longue durée, à la prévention et la réduction individuelle des primes) est passé d'environ 6 milliards de francs à 16 milliards de francs.

Pour certains cantons, le passage à un financement uniforme selon le modèle de la CSSS-N entraînerait une charge supplémentaire pouvant atteindre 100 millions de francs, comme le montrent les estimations approximatives du rapport de l'Office fédéral de la santé publique du 5 mars 2018 (*Variantes dans le traitement de la participation aux coûts et différences cantonales en ce qui concerne l'importance du secteur hospitalier*). Les cantons concernés – notamment ceux qui s'emploient déjà aujourd'hui avec force à prévenir les séjours inutiles à l'hôpital – devraient assumer ces charges supplémentaires sans phase de transition. Dans les cantons dont la charge financière pourrait être allégée, il faudrait inversement s'attendre à une brusque hausse des primes AOS pour les assurés. Les deux effets ne sont pas acceptables en l'état.

Nous voyons d'autres difficultés dans les hypothèses générales formulées sur les conséquences financières du modèle moniste présenté. La manière dont sont extrapolées des contributions cantonales annuelles de 7,3 à 7,7 milliards de francs pour les années 2012 à 2015 n'est pas clairement exposée dans la documentation mise en consultation. En conséquence, la part cantonale de cofinancement de 25,5 % calculée sur cette base et déjà définie dans le rapport de l'OFSP du 5 mars 2018 n'est pas vérifiable. Ce qui fait entièrement défaut, c'est un calcul vérifiable du volume global pour le champ d'application du projet (prestations d'après les art. 25-31 LAMal sauf prestations de soins d'après l'art. 25a LAMal) auquel les cantons devraient participer à hauteur des 25,5 % estimés. Dans ces conditions, les cantons ne sont pas à même de procéder à un examen approfondi des implications purement financières du projet.

Enfin, nous constatons avec préoccupation que la proposition de la CSSS-N signifierait que les cantons devraient, si l'on retient l'estimation de CHF 7,7 milliards, transférer environ 10 % de leurs recettes fiscales aux assureurs-maladie, sans avoir la possibilité de déterminer ou de contrôler l'utilisation appropriée et efficiente de ces fonds. La mise en œuvre de la proposition existante violerait ainsi l'équivalence fiscale et créerait un conflit avec la Constitution fédérale.

La CDS rejette donc le projet de la CSSS-N mis en consultation. Elle se fonde à cet égard sur les réflexions ci-après.

1. Un financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires via un seul et unique agent payeur (assureurs comme monistes) ne fournit en tant que mesure individuelle aucune contribution déterminante à la maîtrise des coûts du système.

En effet :

- a. Deux importants facteurs de coûts dans le système de santé suisse, à savoir d'une part les incitations erronées liées à la structure tarifaire et au montant des tarifs et d'autre part celles qui résultent du statut d'assurance du patient, ne sont pas touchés par la réforme proposée.
- b. Les incitations doivent être introduites là où la décision de traitement est prise, c'est-à-dire avant tout auprès du fournisseur de prestations. Mais peu importe pour celui-ci – indépendamment des frais administratifs – d'être rémunéré par un ou deux agents payeurs. Un simple transfert des flux financiers des cantons vers les assureurs n'introduit aucune nouvelle incitation auprès du fournisseur de prestations et n'apporte donc rien en la matière.
- c. Le financement uniforme peut certes créer les conditions d'une amélioration de l'allocation des prestations, du déroulement du traitement, de la chaîne de traitement et



par là aussi de la qualité du traitement. Cela requiert toutefois également des modèles d'assurance qui couvrent le traitement tout au long de la chaîne des prestations. Tout d'abord, il n'est nullement certain et l'on doit au mieux espérer que les caisses-maladie feront un meilleur usage de leurs possibilités d'introduire de nouveaux modèles d'assurance promouvant les soins intégrés dans un système de financement moniste qu'elles ne le font aujourd'hui. Dans la proposition de la CSSS-N, les cantons n'ont aucune possibilité d'influencer directement l'optimisation future de la chaîne de traitement. Bien que l'on y observe la plus grande discontinuité quant à la collaboration des fournisseurs de prestations le long de la chaîne de traitement, les soins à domicile et les EMS ne sont de plus pas inclus dans le projet actuel.

- d. Le projet entraînerait une amélioration pour les hôpitaux conventionnés, car les prestations qu'ils fournissent seraient cofinancées à 74,5 % au lieu de 45 % aujourd'hui par l'assurance-maladie obligatoire. Il est fort probable que cette attractivité accrue des hôpitaux conventionnés engendrerait une augmentation des volumes et des capacités. L'économicité des planifications hospitalières cantonales serait faussée par le renforcement des hôpitaux conventionnés. En conséquence, cela aurait un impact supplémentaire sur les coûts aux dépens des payeurs de primes, c'est-à-dire que des hausses des primes en résulteraient. De manière inconsidérée, le projet n'aborde pas ces conséquences. Dans ces conditions il serait logique de supprimer la catégorie des hôpitaux conventionnés.
- e. Le projet n'indique par ailleurs pas comment la responsabilité de surveillance de la Confédération est élargie. Un tel renforcement serait indispensable en raison de l'augmentation considérable du volume des fonds LAMal dans les mains des assureurs.

2. L'engagement de recettes fiscales suppose des instruments de pilotage.

Si les cantons doivent cofinancer les prestations ambulatoires, ils doivent également pouvoir exercer une influence sur l'offre de soins dans le secteur ambulatoire. Cela n'est toutefois pas prévu dans le projet. Selon la CSSS-N, cette exigence est remplie via l'actuelle révision partielle de la LAMal concernant la réadmission des fournisseurs de prestations. Aux yeux de la CDS, cette révision ne constitue toutefois pas une condition suffisante pour un pilotage efficace de l'offre de soins ambulatoires par les cantons, car elle concerne uniquement les nouvelles admissions, n'offre pas de possibilité de contrôle et de pilotage des médecins déjà admis et exclut l'offre de prestations dans le secteur hospitalier ambulatoire. De plus, il n'est encore aucunement garanti que le projet de loi du Conseil fédéral sera également adopté par le Parlement. Une majorité de la CSSS du Conseil national et du Conseil des États défend même l'avis que le pilotage de l'offre ambulatoire doit s'effectuer en premier lieu par l'assurance-maladie via la levée partielle de l'obligation de contracter.

3. Le financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires n'est pas non plus « l'étape logique » préconisée par les associations d'assureurs et de fournisseurs de prestations ni la mesure d'accompagnement indispensable pour promouvoir le transfert de prestations du secteur stationnaire dans les soins ambulatoires (hospitaliers).

Il y a deux raisons à cela.

- a. Les résultats de l'évaluation menée dans le canton de Lucerne neuf mois après l'entrée en vigueur de la réglementation cantonale « ambulatoire avant stationnaire » montrent que les coûts de traitement pour les interventions figurant sur la liste ont diminué globalement – c'est-à-dire pour les assureurs et les payeurs de primes ainsi que pour les cantons et les contribuables. Les coûts supplémentaires auprès des assureurs pour certaines interventions ambulatoires ont été compensés par les économies réalisées dans le secteur stationnaire et par la diminution des admissions la veille. Un financement uniforme des prestations n'était pas nécessaire pour produire cet effet de maîtrise des coûts.



- b. La situation financière des fournisseurs de prestations pourrait évoluer négativement suite au développement des listes ambulatoires aux niveaux fédéral et cantonal dans la mesure où les tarifs TARMED actuels ne couvrent pas les coûts de certaines des prestations individuelles concernées. Là également, un financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires n'apporte toutefois rien de plus. Il faut plutôt une évolution de la structure tarifaire vers des forfaits hospitaliers (ambulatoires) qui introduiraient de nouvelles incitations tarifaires positives pour les médecins traitants. La CDS soutient pleinement ces efforts.

II Système de financement pour une offre de soins pilotable, efficiente et intégrée

La CDS considère qu'un système de santé plus efficace et optimisé dont le financement est uniforme doit satisfaire au moins aux exigences ci-après.

1. Le passage au nouveau système ne doit de manière vérifiable pas avoir d'incidences sur la charge financière des différents cantons.

La proposition de la CSSS-N remplit l'exigence de neutralité des coûts pour l'ensemble des cantons. Le calcul doit cependant encore être plausibilisé.

La neutralité des coûts dans le passage au financement uniforme signifie que la participation de l'ensemble des cantons ou des assureurs aux prestations ambulatoires et stationnaires ne peut être plus élevée que sous l'actuel régime dual-fixe. Cela afin que les financeurs ne soient pas défavorisés par le nouveau système au moment de l'entrée en vigueur de la nouvelle loi. La part minimale cantonale légale doit également être maintenue à l'avenir. Une éventuelle hausse ponctuelle de la contribution cantonale ne peut reposer que sur des décisions volontaires des différents cantons.

La neutralité des coûts ne doit toutefois pas seulement être garantie pour l'ensemble des cantons, mais aussi pour chaque canton. Dans le cas contraire, les cantons présentant aujourd'hui des structures de soins et de patients tournées davantage que la moyenne vers les traitements ambulatoires en vue d'une efficacité accrue du système de santé seraient mis plus fortement à contribution dans le passage au financement uniforme. Cet effet pourrait saper jusqu'à l'entrée en vigueur de la nouvelle loi les efforts des cantons en vue de nouveaux transferts dans le secteur ambulatoire et en fin de compte faire également obstacle à cette mesure efficace de maîtrise des coûts. Dans les cantons dont les structures sont principalement stationnaires et dont la charge financière est par conséquent allégée, il faudrait s'attendre à une hausse supplémentaire des primes du fait de l'accroissement de la part de financement AOS.

Il est indispensable que toutes les données et méthodes sur lesquelles repose la détermination de la part minimum cantonale légale soient présentées de manière transparente. Ce n'est qu'ainsi que les cantons seront à même d'examiner et de quantifier les conséquences pour leurs budgets du passage à un financement uniforme et que le Parlement pourra rendre compte au public de l'impact que le projet aura pour les contribuables et payeurs de primes.

Il convient en outre de noter que le projet de la CSSS-N ne garantit un transfert sans incidences sur les coûts que pour un domaine partiel de la responsabilité financière des cantons, à savoir le financement des prestations. En plus de leur rôle d'agents payeurs pour les prestations médicales et les soins, les cantons contribuent aussi annuellement pour plusieurs milliards de francs au financement des coûts globaux du système de santé, cela dans le cadre de la réduction individuelle des primes, du financement des prestations d'intérêt général des hôpitaux et de la prévention, sans oublier les frais administratifs des tâches cantonales de politique de la santé et de police sanitaire.



2. Les cantons se voient dotés d'un instrument leur permettant d'exercer une influence ciblée sur les soins ambulatoires (prestations, quantité et qualité).

C'est précisément parce qu'ils cofinanceraient également le secteur ambulatoire, qui connaît une croissance plus forte que le secteur hospitalier, via une clé fixe (c'est-à-dire non réductible) que les cantons sont tributaires d'un instrument leur permettant d'intervenir si l'offre de soins excède les besoins tant concernant les disciplines médicales que dans la répartition régionale. Le projet du Conseil fédéral de révision partielle de la LAMal du 9 mai 2018 est par conséquent nécessaire pour les nouvelles admissions. S'agissant des soins ambulatoires *existants*, le projet du Conseil fédéral donne de plus la possibilité de fixer des critères comme l'attestation d'un perfectionnement et la participation à des programmes de qualité que les médecins aujourd'hui admis doivent remplir pour continuer à exercer à la charge de la LAMal et dont le non-respect peut entraîner le retrait de l'admission à titre provisoire ou définitif.

Aucune possibilité n'est en revanche encore prévue pour les cantons de supprimer une admission existante *pour des questions de besoin*. Le cofinancement des prestations ambulatoires par l'impôt devrait reposer sur une prise en charge efficiente. Pour le garantir, les cantons doivent donc aussi pouvoir compter sur la possibilité de retirer l'admission si l'offre de soins excède les besoins. Dans le secteur stationnaire, la planification et le pilotage conformes aux besoins sont déjà mis en œuvre aujourd'hui, ce qui a nécessité et nécessite encore notamment des ajustements structurels.

Il faut s'assurer que la réglementation subséquente à l'actuelle limitation temporaire de l'admission proposée par le Conseil fédéral puisse entrer en vigueur sans vide réglementaire et déjà déployer ses effets avant un nouveau financement.

Une base légale fédérale et l'accès aux données nécessaires doivent de plus être créés pour que les cantons puissent copiloter l'offre globale de prestations ambulatoires et hospitalières ambulatoires de la même manière que le secteur stationnaire. La tendance observée aujourd'hui selon laquelle l'offre de prestations et par là le volume des prestations dépasse les besoins médicaux de la population et se déplace de plus en plus dans le secteur ambulatoire pourra ainsi être stoppée efficacement.

3. Les factures dans le secteur *stationnaire* sont traitées de la même manière qu'aujourd'hui, avec une clé de financement adaptée en conséquence. La facturation dans le secteur *ambulatoire* repose sur les prestations effectivement fournies pour la population du canton.

Si le fournisseur de prestations n'établit à l'avenir plus qu'une seule facture (à l'assureur) au lieu de deux (à l'assureur et au canton), il réalisera au plus un gain d'efficacité marginal. En revanche, la perte d'information et de possibilités de contrôle pour le canton est clairement perceptible. Même avec une nouvelle clé de répartition adaptée, il n'y a par conséquent aucune raison de modifier dans le secteur *stationnaire* le système actuel de facturation duale à l'assureur-maladie et au canton de résidence. Dans le secteur *ambulatoire*, il peut par contre être judicieux, étant donné le nombre très élevé de factures individuelles, de définir un unique agent de facturation et de paiement et de donner aux financeurs la possibilité de contrôler le montant de la facture qui leur est adressée (cf. ch. 4).

L'art. 60 du projet de financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires prévoit déjà que le calcul de la contribution cantonale dans le secteur ambulatoire doit reposer sur les prestations effectivement fournies pour la population du canton.

4. Les cantons disposent de moyens de contrôle quant à la facturation correcte des prestations ambulatoires pour la population du canton, par exemple via la création d'un organe commun (assureurs-maladie / cantons) qui le garantisse.

En contrôlant la facturation des prestations ambulatoires, les cantons assument leur responsabilité financière de pouvoir garantir à tout moment l'utilisation efficace de l'argent du



contribuable et le démontrer au public. Ils ont pour cela besoin d'une transparence complète des données sur les coûts et les prestations des fournisseurs de prestations et de pouvoir consulter les factures le plus tôt possible après leur émission. Dans le cas d'un financement dual général des prestations ambulatoires et stationnaires par les assureurs-maladie et les cantons, le contrôle des factures ne peut plus être considéré comme la tâche des seuls assureurs. Aujourd'hui déjà, la LAMal n'exclut pas que les cantons vérifient également le respect des critères EAE et ainsi l'exigibilité de leur part de financement (en particulier en cas de soupçon de facturation incorrecte des prestations ou de non-respect des mandats de prestations). Cet aspect gagnera en importance avec un nouveau modèle de financement. En Allemagne existent déjà dans les Länder des *Medizinische Dienste der Krankenversicherung (MDK)* pris en charge conjointement par les assureurs et qui vérifient les factures critiques ou contestées par les agents payeurs de manière indépendante et selon des critères définis en commun. Un modèle analogue pourrait également être adéquat pour la Suisse dans un mode de financement uniforme.

5. Une organisation tarifaire nationale pour les tarifs ambulatoires à laquelle les cantons participent paritairement est inscrite dans la loi.

Non seulement le nombre de fournisseurs de prestations et de traitements mais également les structures tarifaires (et les prix) exercent une influence majeure sur l'évolution du volume des prestations dans le secteur ambulatoire. L'actualité des structures tarifaires et le professionnalisme de leur gestion sont pour cela déterminantes. Les partenaires tarifaires et les cantons doivent par conséquent être tenus de créer pour le secteur ambulatoire une unique organisation tarifaire responsable de l'élaboration, du développement, de l'adaptation et de la gestion de structures tarifaires pour les prestations individuelles et éventuellement pour les forfaits. L'organisation doit soumettre les structures élaborées et leurs adaptations au Conseil fédéral pour approbation. Cela correspond à la mesure M34 proposée par la commission d'experts « Mesures visant à freiner la hausse des coûts ». Du fait qu'un cofinancement est réclamé dans le secteur ambulatoire, les cantons doivent impérativement participer selon un modèle tripartite à l'organisation.

6. Les incitations erronées dues aux liens établis entre les conventions contractuelles des partenaires tarifaires respectivement dans l'assurance de base et l'assurance complémentaire sont éliminées systématiquement.

Il s'agit d'empêcher que les partenaires tarifaires mêlent dans les négociations tarifaires l'assurance de base et l'assurance complémentaire et puissent négocier des conditions qui améliorent globalement leurs revenus, mais vont à l'encontre d'une allocation optimale des prestations dans l'AOS et de la rémunération correcte (couvrant les coûts) des prestations AOS. Une séparation renforcée entre assurance de base et assurance complémentaire pourrait comporter les éléments suivants :

- L'achat des prestations dans les domaines AOS et assurance complémentaire doit s'effectuer par des organes indépendants l'un de l'autre.
- Lorsque l'assureur évalue si la prestation est à la charge de l'AOS, une éventuelle assurance complémentaire de la patiente ou du patient n'a pas le droit de jouer un rôle.
- Aucune information pertinente pour l'achat de prestations ne peut être échangée entre les organes de l'achat des prestations et les services de médecin-conseil dans l'AOS ou l'assurance complémentaire.
- Via une augmentation de la transparence sur les coûts et les revenus des activités de l'assurance complémentaire auprès des fournisseurs de prestations, des liens illicites entre l'AOS et les activités de l'assurance complémentaire pourraient être décelés et empêchés plus tôt.



7. Le financement uniforme de l'ambulatoire et du stationnaire ne peut déboucher sur une réelle amélioration de l'organisation de la prise en charge que si les soins de longue durée (EMS et soins à domicile) sont également intégrés au modèle de financement.

On observe des incitations erronées également dans les soins de longue durée et aux interfaces entre traitements médicaux aigus et soins. Ces incitations erronées sont en fait également liées au financement et pas uniquement à la tarification, contrairement à celles que l'on rencontre dans le financement hospitalier. La décision de fournir une prestation en ambulatoire ou en stationnaire ne devrait dépendre ni du financement ni des tarifs, mais reposer sur l'environnement de soins le plus efficace. Et lorsque quelqu'un passe tôt ou tard du traitement hospitalier aux soins, la question du financement différent dans les deux domaines ne doit pas non plus entrer en ligne de compte. Vu que les montants AOS sont inchangés depuis des années et qu'au contraire les coûts pour le financement résiduel croissent, cantons et communes sont toujours plus mis à contribution dans le domaine des soins. La direction des reports de charge est donc exactement inverse comparée au financement hospitalier. Étendre le financement uniforme aux prestations des EMS et des services d'aide et de soins à domicile est cohérent. C'est un élément essentiel de la réforme également dans l'optique du renforcement nécessaire de la coordination des soins. Les coûts de l'AOS pour les prestations de soins selon l'art. 25a al. 1 LAMal et l'art. 7 OPAS ainsi que les contributions des cantons et des communes dans le cadre du financement résiduel LAMal (c.-à-d. sans coûts d'encadrement ou d'hôtellerie) doivent donc également être inclus dans le volume des coûts devant être financé de manière duale. La clé de financement global doit être ajustée du fait de l'élargissement du champ d'application du financement uniforme.

La CDS demande une révision complète du projet. Via les exigences exposées ci-dessus, elle dessine le cadre d'un modèle de financement uniforme de l'ensemble des prestations médicales et infirmières / thérapeutiques. Elle apporte ainsi sa contribution à un modèle de financement pour des soins pilotés, efficaces et intégrés.

Nous vous remercions par avance de prendre en considération nos requêtes et restons à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations les meilleures.

CONFÉRENCE SUISSE DES DIRECTRICES ET
DIRECTEURS CANTONAUX DE LA SANTÉ

Le président

Thomas Heiniger
Conseiller d'État

Le secrétaire central

Michael Jordi



Copie

- Conseiller national Thomas de Courten, président de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N)
- Christina Leutwyler, secrétaire suppléante CSSS-N
- Départements cantonaux de la santé

Geht per Mail an: abteilung-leistungen@bag.admin.ch

13.9.2018

Vernehmlassung zur Parlamentarische Initiative: Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus

Sehr geehrte Damen und Herren

Die Bürgerlich-Demokratische Partei (BDP) bedankt sich für die Gelegenheit zur Stellungnahme in obgenannter Vernehmlassung.

Die BDP befürwortet die Einführung der einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS). Der bisherige finanzielle Fehlanreiz hatte eine Fehl- und Überversorgung zur Folge. EFAS ist eine wichtige Reform, um unser Gesundheitssystem in Richtung mehr Effizienz und Qualität weiterentwickeln zu können und um zukünftig Fehlanreize zu vermeiden. Die BDP spricht sich klar aus für die drei Ziele, die von der vorliegenden Revision verfolgt werden: Wo medizinisch sinnvoll, soll eine Verlagerung von stationär zu ambulant gefördert werden. Die prämiens- und steuerfinanzierten Anteile an den obligatorisch versicherten Krankheitskosten sollen stabilisiert werden. Eine sachgerechte Tarifierung soll gefördert werden. Allerdings spricht sich die BDP dafür aus, den Kantonsbeitrag als pauschalen Betrag pro versicherte Person einzuspeisen.

Leistungen im ambulanten und stationären Bereich wurden bis jetzt unterschiedlich finanziert. Diese Regelung führte zu Fehlanreizen, die dem Ziel einer guten, effizienten und kostengünstigen Gesundheitsversorgung entgegenstehen. Mit dem zu begrüssenden neuen System werden die Krankenkassen alle ambulanten und stationären Behandlungen vergüten. Die Kantone beteiligen sich an den Kosten mit einem Beitrag von mindestens 25,5 %. Damit erfolgt die Umstellung auf die einheitliche Finanzierung für die Kantone und Versicherer insgesamt kostenneutral.

Es ist eine Tatsache, dass eine Verlagerung von der stationären zur ambulanten Behandlung stattfindet. Diese führt zu einer Entlastung der Kantone, dafür aber zu einer Mehrbelastung der Versicherer und damit auch der Prämienzahler. Die bisherige unterschiedliche Finanzierung der Leistungen führte zu Fehlanreizen: Krankenkassen haben heute nur ein Interesse daran, die Verlagerung zur ambulanten Versorgung zu fördern, wenn diese mindestens 55% günstiger als die stationäre ausfällt. Kantone hingegen haben ein starkes Interesse daran, die ambulante Versorgung zu fördern. Die Versicherer haben somit den Anreiz, die Tarife mit den Leistungserbringern so auszuhandeln, dass ihre Interessen gefördert werden. Folge dieser uneinheitlichen Finanzierung: Die vermehrte Verlagerung hin zu einer ambulanten Versorgung wird durch Fehlanreize behindert.

Die angesprochene Verlagerung zur ambulanten Versorgung führt zu einer Entlastung der Kantone und damit zu einer Senkung der steuerfinanzierten Anteile an den Leistungen nach KVG. Ein Rückgang des

BDP Schweiz
www.bdp.info; mail@bdp.info

Vernehmlassung Monismus

steuerfinanzierten Anteils und eine damit einhergehende Steigerung der Kopfprämien führen zu einer zusätzlichen Belastung für tiefere und mittlere Einkommen. Es ist deshalb unabdingbar, dass der steuerfinanzierte Anteil an den Leistungen nach KVG nicht sinkt. Dazu soll eine einheitliche Finanzierung der Leistungen beitragen.

Die einheitliche Finanzierung von Gesundheitsleistungen leistet einen wichtigen Beitrag zur Reduktion der Probleme im Schweizer Gesundheitswesen:

- Mit einer einheitlichen Finanzierung der Leistungen wird eine Verlagerung von der stationären zur ambulanten Versorgung gefördert. Damit wird das Kostenwachstum gebremst, da ambulante Leistungen günstiger sind. Auch die Prämien steigen weniger schnell, da der Kantonsbeitrag auch für ambulante Leistungen gilt. Damit wird auch eine koordinierte Versorgung für die Versicherten interessanter.
- Die Umstellung auf eine einheitliche Finanzierung stellt sicher, dass die steuer- und die prämienfinanzierten Finanzierungsanteile an den OKP-Leistungen stabilisiert werden.
- Versicherer und Kantone werden durch eine einheitliche Finanzierung dazu angehalten, stärker auf eine sachgerechte Tarifierung der ambulant und der stationär erbrachten Leistungen hinzuwirken.

Es wird allerdings mit Nachdruck darauf hingewiesen, dass der Kantonsbeitrag als pauschaler Betrag pro versicherte Person entrichtet werden soll, was zusammen mit dem Risikoausgleich zu einer risikogerechten Zuteilung an die Versicherer führt. Der Pauschalbeitrag wird differenziert nach Erwachsenen und Kindern. Junge Erwachsene erhalten denselben Pauschalbeitrag wie Erwachsene, da sie demselben Risikoausgleich unterstehen. Der Pauschalbetrag führt zusammen mit dem Risikoausgleich zu einer bedürfnisgerechten Zuteilung an die Versicherer. Die Versicherer erhalten damit die Beiträge der Kantone aufgrund des erwarteten Risikos. Die Versicherer haben damit den Anreiz, sich für eine effiziente Versorgung zu engagieren.

Wir danken für die Prüfung und Berücksichtigung unserer Anliegen.

Mit freundlichen Grüßen



Martin Landolt
Parteipräsident BDP Schweiz



Rosmarie Quadranti
Fraktionspräsidentin BDP Schweiz

CVP Schweiz, Postfach, 3001 Bern

Per E-Mail an
abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Bern, 14. September 2018

Vernehmlassung: 09.528 Parlamentarische Initiative. Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus

Sehr geehrte Damen und Herren

Sie haben uns eingeladen, zur Parlamentarischen Initiative «Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus» Stellung zu nehmen. Für diese Gelegenheit zur Meinungsäusserung danken wir Ihnen bestens.

Allgemeine Bemerkungen

Die CVP will eine qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung zu einem bezahlbaren Preis. Die Gesundheitskosten und damit die Krankenversicherungsprämien haben sich seit der Einführung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) im Jahr 1996 jedoch mehr als verdoppelt. Im selben Zeitraum sind die Löhne fünf Mal weniger angestiegen. Eine Trendumkehr ist nicht absehbar. Die steigenden Prämien belasten alle und verringern monatlich das Einkommen. Gemäss dem Bericht des Bundesrates „Gesundheit2020“ aus dem Jahr 2013 können in der Gesundheitsversorgung jährlich unnötige Kosten in der Höhe von 20 Prozent bzw. 6 Milliarden Franken ohne Qualitätseinbussen eingespart werden. Damit das Gesundheitswesen finanzierbar bleibt, müssen Fehlanreize ausgemerzt, die Überversorgung verhindert und die Mitverantwortung aller Akteure gestärkt werden.

Am 11. Dezember 2009 reichte Nationalrätin Ruth Humbel die parlamentarische Initiative 09.528 «Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus» ein, die die Verankerung des monistischen Finanzierungssystems im KVG zum Ziel hat. Die Umsetzung dieser Initiative leistet einen wesentlich Beitrag an die Eliminierung von Fehlanreizen und die Stärkung der integrierten Versorgung. Dies dient primär auch chronisch kranken Patientinnen und Patienten.

Die CVP unterstützt die Einführung der einheitlichen Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen (EFAS). Sie ist eine grundlegende Reform des Gesundheitssystems, die unbestrittene Fehlanreize behebt und die damit verbundene Fehl- und Überversorgung vermindert.

Die CVP fordert, das EFAS möglichst zeitnah eingeführt wird, damit die möglichen Kosteneinsparungen endlich realisiert und der Weg zu einer effizienten Gesundheitsversorgung geebnet werden kann.

Einheitliche Finanzierung des stationären und ambulanten Bereichs

Es ist unbestritten, dass die heute unterschiedliche Finanzierung des ambulanten und stationären Bereichs zu grundlegenden Fehlanreizen im Gesundheitssystem führt. Die stationären Spitalkosten tragen die Kantone zu 55 Prozent, während ambulante Leistungen vollumfänglich durch die Krankenkassen bzw. letztendlich durch die Prämienzahler finanziert werden.

Zudem sind gleiche Leistungen unterschiedlich tarifiert, je nachdem ob sie ambulant (TARMED) oder stationär (DRG) erbracht werden. Die falschen Anreize werden durch die Zusatzversicherungen verstärkt, wo die Leistungen im stationären Bereich teilweise massiv überbezahlt werden. Dies führt dazu, dass Eingriffe nicht immer dort gemacht werden, wo es aus medizinischer und volkswirtschaftlicher Sicht am sinnvollsten wäre, sondern eben da, wo die Leistung am lukrativsten vergütet wird.

Um die eigenen Finanzen zu schonen haben die Kantone den Anreiz, ambulante Behandlungen zu fördern. Die CVP begrüsst eine stärkere Verlagerung von Behandlungen in den ambulanten Bereich, wo dies medizinisch sinnvoll ist, zumal ambulante Eingriffe kostengünstiger sind. Die medizintechnische Entwicklung ermöglicht, dass immer mehr Leistungen ambulant gemacht werden können. Die Verlagerung in den ambulanten Bereich schlägt sich jedoch in höheren Prämien nieder und belastet insbesondere tiefe und mittlere Einkommen. Gleichzeitig haben Versicherer heute nur dann einen Anreiz, die Verlagerung von stationären zu ambulanten Leistungen zu fördern, wenn die ambulante Leistungserbringung mindestens 55 Prozent günstiger ist als die stationäre.

Mit der Einführung der einheitlichen Finanzierung des stationären und ambulanten Bereichs werden diese Fehlanreize behoben: Ambulante Behandlungen werden gefördert, was das Kostenwachstum insgesamt bremst. Gleichzeitig wird das Prämienwachstum eingedämmt, da der Kantonsbeitrag neu auch für die ambulanten Leistungen verwendet wird. Es ist daher richtig, dass Kantone künftig zur Mitfinanzierung ambulanter Leistungen verpflichtet werden.

Die Kantone fordern insbesondere eine Steuerungsmöglichkeit im ambulanten Bereich. Die nationalrätliche Kommission hat diese Forderung in der Vorlage „Zulassung von Leistungserbringern“ aufgenommen. Damit erhalten die Kantone weitgehende Steuerungsmöglichkeiten. Die CVP begrüsst dies und unterstützt auch eine gleichzeitige Einführung von EFAS und der Zulassungssteuerung im ambulanten Bereich.

Die Umstellung auf die einheitliche Finanzierung stellt zudem sicher, dass die steuer- und prämienfinanzierten Anteile an den OKP-Leistungen stabilisiert werden und sowohl Kantone wie auch Versicherer stärker auf eine sachgerechte Tarifierung der ambulanten und stationären Leistungen achten müssen. Des Weiteren würden mit EFAS integrierte Versorgungsmodelle noch attraktiver, weil durch die Kostenbeteiligung des Kantons die Prämien entsprechend gesenkt werden könnten. Damit wird die Integrierte Versorgung gestärkt.

Zahlstelle und Kostenteiler

Mit der vorliegenden Änderung des KVG sollen künftig einzig die Versicherer sowohl ambulante wie auch stationäre Leistungen vergüten. Die CVP begrüsst diese Änderung, da die Versicherer schon heute alle ambulanten Leistungen, d.h. ca. 75% des Prämienvolumens abrechnen und die Rechnungskontrolle eine Kernkompetenz der Versicherer darstellt.

Die CVP begrüsst zudem den landesweit einheitlichen minimalen Kostenbeitrag der Kantone, der mit EFAS vorgesehen ist. Dies entspricht der Logik der seit 1. Januar 2009 geltenden Spitalfinanzierung. Heute müssen die Kantone mindestens 55 Prozent der Spitalkosten finanzieren. Künftig sollen sie mindestens 25,5 Prozent aller Leistungen mitfinanzieren. Dabei ist zu beachten, dass es eine Übergangsfrist für Kantone geben muss und der Prozentsatz erst aufgrund vorliegender Zahlen definitiv festgelegt werden kann. Wir wollen keine Kostenverlagerung von Kassen zu Kantonen oder umgekehrt, sondern es soll gerade beim Start eine kostenneutrale Lösung sein.

Einspeisung öffentlicher Gelder

Die Kantone leisten ihren Beitrag künftig über die gemeinsame Einrichtung an die Krankenversicherer. Die Mehrheit der SGK-N schlägt vor, die Steuermittel proportional zu den effektiven Kosten des einzelnen Versicherers auszuschütten (kostenbasiertes Modell). Demgegenüber steht die Variante der Minderheit der SGK-N, welche eine pauschale Einspeisung pro Versicherte vorsieht, was in Verbindung mit dem Risikoausgleich zu einer risikogerechten Zuteilung an die Versicherer führt (risikobasiertes Modell). Beide Modelle schaffen einen Anreiz für die Verlagerung von stationär zu ambulant. Für die CVP ist wichtig, dass eine kostenbasierte Rückerstattung nicht dem Risikoausgleich zu wider läuft.

Fazit

Mit EFAS sind künftig nicht mehr die finanziellen Anreize für die Art der Behandlung massgebend, sondern sie einzig die medizinische Indikation. Dies verringert Fehlanreize und fördert die Integrierte Versorgung über die ganze Behandlungskette. Darin liegt ein erhebliches Einsparpotenzial bei gleichzeitiger Stärkung der Qualität. Patienten, die sowohl Steuer- wie auch Prämienzahler sind, werden mit EFAS finanziell entlastet. Um die sinnvolle und kostensparende Verlagerung in den ambulanten Bereich voranzutreiben, braucht es endlich eine einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen.

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit zur Stellungnahme und verbleiben mit freundlichen Grüssen.

CHRISTLICHDEMOKRATISCHE VOLKSPARTEI DER SCHWEIZ

Sig. Gerhard Pfister
Präsident der CVP Schweiz

Sig. Béatrice Wertli
Generalsekretärin CVP Schweiz

Commission de la sécurité sociale et
de la santé publique
3003 Berne

Berne, 11 septembre 2018 / nb
VL financement moniste

Par mail : abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Iv.pa. 09.528. Financement moniste des prestations de soins
Prise de position du PLR.Les Libéraux-Radicaux

Madame, Monsieur,

Nous vous remercions de nous avoir donné la possibilité de nous exprimer dans le cadre de la consultation de l'objet mentionné ci-dessus. Vous trouverez ci-dessous notre position.

PLR.Les Libéraux-Radicaux accepte cet avant-projet de la commission de la sécurité sociale et de la santé publique (CSSS). Le progrès médical permet de réaliser toujours plus d'interventions en ambulatoire au lieu de stationnaire. Cette évolution est positive et doit être encouragée, sachant qu'une même opération coûte sensiblement moins cher en ambulatoire qu'en stationnaire. La Suisse doit combler son retard par rapport aux autres pays de l'OCDE, où une proportion bien plus importante des interventions est déjà réalisée en ambulatoire. Les économies potentielles sont estimées à un milliard de francs par an. Une mesure simple et concrète permettant de mitiger la hausse des coûts de la santé est donc sur la table. Dans ce contexte, on pourrait s'attendre à ce que tous les partis tirent à la même corde. Or, une minorité de gauche propose de ne pas entrer en matière sur cet avant-projet, pour des raisons qui échapperont aux payeurs de primes, les premiers bénéficiaires de cette réforme.

Oui au financement uniforme

Le stationnaire est aujourd'hui financé à 55% par les cantons et 45% par les assureurs, alors que ces derniers assument la totalité des coûts dans le secteur ambulatoire. Un transfert du stationnaire vers l'ambulatoire sans ajustement de la répartition du financement serait lourd de conséquences pour les payeurs de primes. Ceci a pour corollaire que les assureurs, qui veulent éviter que les primes ne prennent l'ascenseur, freinent le transfert vers l'ambulatoire: ils n'ont en effet intérêt à favoriser une intervention en ambulatoire que lorsque celle-ci est au minimum 55% moins onéreuse qu'une même prestation dans le domaine stationnaire. L'introduction d'un financement uniforme, grâce auquel cantons et assureurs contribueraient dans des proportions similaires aux coûts des secteurs ambulatoire et stationnaire, permettra de remédier à ces distorsions et de réaliser les économies attendues. Le choix entre stationnaire et ambulatoire ne suivrait dès lors plus qu'une logique médicale et non financière.

Le PLR soutient la majorité de la CSSS-N sur l'ensemble de l'avant-projet, à l'exception de la question de l'injection des contributions cantonales (Art. 60a), où il privilégie la proposition de la minorité Humbel.

Contributions cantonales sous forme de montants forfaitaires (proposition de la minorité de la CSSS-N) – modèle basé sur les risques

La contribution cantonale aux coûts – fixées à 25,5% - doit être versée aux assureurs sous forme de somme forfaitaire par assuré. Cette variante a l'avantage de tenir uniquement compte de la compensation des risques et ne pas prendre en considération les coûts variables, administratifs ou générés par des inefficacités internes. Ce faisant, la contribution cantonale serait répartie de manière proportionnelle aux coûts moyens de chaque groupe de risque. Chaque assureur recevrait donc des montants similaires pour chacun de ces groupes. Ce modèle forfaitaire, basé sur le risque, inciterait par conséquent les assureurs à accroître leur efficacité en termes de coûts, ce qui se répercuterait positivement sur le montant des primes. Il apporterait une valeur ajoutée par rapport au modèle majoritaire de compensation des coûts, qui cimenterait la situation que connaît actuellement le domaine stationnaire: la contribution des cantons se basant sur les coûts finaux, les assureurs ont peu d'incitations à s'efforcer de minimiser les coûts globaux.

La formulation proposée par la minorité Humbel devrait cependant être revue. Une solution plus simple doit être trouvée. Elle pourrait ressembler à ceci:

Art. 60a (répartition basée sur le risque) NOUVEAU

¹ L'institution commune répartit la contribution cantonale et la contribution fédérale aux différents assureurs. Ce faisant, elle suit les principes de la compensation des risques selon les articles 16 – 17a.

² Pour les assurés qui ne sont pas compris dans la compensation des risques, le montant réparti correspond aux coûts moyens de ces assurés.

³ Le Conseil fédéral règle les détails.

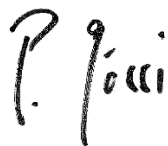
Liens avec d'autres objets

Le PLR est sur le principe contre un pilotage du domaine ambulatoire par les cantons. Cependant, il est prêt à faire un pas dans cette direction, à condition seulement que le financement uniforme soit effectivement introduit. Dès lors, il est sensé de coupler les entrées en vigueur de l'objet [18.047](#) « LAMal. Admission des fournisseurs de prestations », qui prévoit d'octroyer des instruments aux cantons pour le pilotage du domaine ambulatoire, et du financement uniforme. Ce couplage doit être logiquement inscrit dans l'objet 18.047. Dans sa réponse de consultation sur l'admission des fournisseurs de prestations ([lien](#)), le PLR avait déjà fait cette proposition. D'un point de vue plus global, il convient de démêler les rôles multiples et de réduire les conflits d'intérêts des cantons: un modèle de gouvernance convenable doit être mis en place.

En vous remerciant de l'attention que vous porterez à nos arguments, nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos plus cordiales salutations.

PLR.Les Libéraux-Radicaux
La Présidente

Le Secrétaire général



Petra Gössi
Conseillère nationale



Samuel Lanz

Annexe
Formulaire

**Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal):
procédure de consultation**

Avis donné par

Nom / société / organisation : PLR.Libéraux-Radicaux

Abréviation de la société / de l'organisation : PLR

Adresse : Neuengasse 20, 3001 Bern

Personne de référence : -

Téléphone : 031 320 35 35

Courriel : info@plr.ch

Date : 10.09.2018

Remarques importantes :

1. Nous vous prions de ne pas modifier le formatage de ce formulaire !
2. Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision/Protéger un document/Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.
3. Utilisez une ligne par article, alinéa et lettre ou par chapitre du rapport explicatif.
4. Veuillez faire parvenir votre avis au **format Word** d'ici au **15 septembre 2018** à l'adresse suivante : abteilung-leistungen@bag.admin.ch
5. Le champ « nom/société » n'est pas obligatoire.

Nous vous remercions de votre collaboration!

**Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal):
procédure de consultation**

Commentaires généraux sur le projet de révision et sur le rapport explicatif

nom/société	Commentaire / observation
	Le PLR approuve cet avant-projet de la CSSS. Les motifs sont explicités dans la réponse de consultation
	A l'article 60a, il soutient la minorité Humbel, mais propose de simplifier la formulation.

Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision / Protéger un document / Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.

**Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal):
procédure de consultation**

Commentaires concernant les articles individuels du projet de la révision et leurs explications					
nom/ société	art.	al.	let.	commentaire / observation :	Proposition de modification (texte)
	60a			Suivre la minorité Humbel, mais reformuler le texte	1 L'institution commune répartit la contribution cantonale et la contribution fédérale aux différents assureurs. Ce faisant, elle suit les principes de la compensation des risques selon les articles 16 – 17a. 2 Pour les assurés qui ne sont pas compris dans la compensation des risques, le montant réparti correspond aux coûts moyens de ces assurés. 3 Le Conseil fédéral règle les détails.

Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision / Protéger un document / Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.

Lausanne, le 29 août 2018

Consultation fédérale – Réponse à l'initiative fédérale sur le financement moniste des prestations de soins par une révision de la LAMal (financement uniforme des prestations ambulatoires et des prestations avec hospitalisation).

Détermination du PLR.Les Libéraux-Radicaux Vaud

Mesdames, Messieurs,

Vous avez consulté le PLR.Les Libéraux-Radicaux Vaud (ci-après, PLR Vaud) sur le projet de modification de l'ordonnance citée en titre ; nous vous en remercions. Nous avons pris connaissance des différents documents mis à disposition et souhaitons vous transmettre notre position.

Préambule

Le PLR Vaud est d'accord avec la terminologie « **financement uniforme** » qui comprend à la fois le financement par les primes et celui par les recettes fiscales. Il est plus adéquat que le terme « moniste », qui peut prêter à confusion.

Remarques générales

Le PLR Vaud souscrit au passage du stationnaire vers l'ambulatoire, plus particulièrement pour la chirurgie. Cela est justifié à la fois pour des raisons de sécurité des patients, de réduction des hospitalisations et de coûts, moindres en ambulatoire qu'en stationnaire. Dès lors un nouveau mode de financement pour l'ambulatoire est justifié. La comparaison internationale (p.8 ch. 2.3) démontre cet état de fait.

Un changement de paradigme vers un financement uniforme est adéquat sur le principe, particulièrement pour l'ambulatoire. Il faudra toutefois être vigilant à ce que le canton ne s'expose pas à un risque d'augmentation des coûts, que soit à travers une augmentation non justifiée des actes ou des consultations. Attention également à ne pas glisser du système régulé actuel vers une étatisation de la médecine, toujours sous-jacente dans plusieurs propositions.

Remarques particulières

p.11 ch. 3.1.1 (champ d'application)

Le premier paragraphe n'est pas clair. Il nécessite d'être plus détaillé. Il serait aussi judicieux de préciser le but visé : une hausse moins rapide des coûts ou une stabilisation.

p.12.b ch. 3.1.2 (agent payeur et répartition des coûts)

Il est juste de supprimer les effets pervers du système actuel, mais cela implique que la part de la contribution cantonale devra être basée sur des chiffres récents. Il est aussi nécessaire de définir l'intervalle/temps que les cantons auront pour payer cette part.

p.13 ch. 3.1.3 et 3.1.4 (injection des fonds publics, avis majoritaire et minoritaire)

La coordination avec la compensation des risques est nécessaire, mais pour cela il faut disposer d'instruments de pilotage du secteur ambulatoire et avoir des précisions sur le système de la clause du besoin concernant l'engagement des médecins après la prolongation du moratoire actuel.

p.16 ch. 3.2.2 (réductions des primes)

Attention à ce que les enfants et les jeunes adultes ne soient pas défavorisés par le système, mais que nonobstant le principe de solidarité, ils aient des primes raisonnables.

De façon générale, il est juste de ne pas tout réviser à la fois, mais d'avoir une cohérence dans les décisions prises. Le patient ne doit pas non plus être déresponsabilisé. Le contrôle des factures ne doit pas lui échapper (maintien le plus possible du tiers-garant).

Commentaires par article

Art 16, al 3bis : article justifié pour ne pas créer de double indemnisation.

Art 18 al 2 sexiès : attention à respecter les principes du « qui commande paie ».

Art 18 al.5 : pas de commentaire, à ce stade.

Art 25a al.2 : les soins de longue durée devraient faire l'objet d'une réglementation particulière.

Art 41 : il faut connaître les conséquences du maintien avant de pouvoir comprendre ce qu'il implique.

Al 4 : comment va-ton appliquer cela ?

Al 5 : comment définir le point d'attache ou non avec la Suisse ?

Art 42 : attention à la responsabilisation des patients. Il est important que des solutions de tiers garants restent possibles et soient privilégiées dans la majeure partie des cas.

Art 49 a : même remarque que pour l'art.41. Il faut maintenir une différence entre les hôpitaux répertoriés (listés) et ceux conventionnés pour le stationnaire, car on n'en connaît pas les conséquences financières. Toutefois, l'entrée en matière est justifiée pour l'ambulatoire.

Art 51 la 1. : pas de commentaire, à ce stade.

Art 60 al.6 : attention aux conséquences du calcul de la contribution cantonale, notamment à la fixation des détails par le Conseil fédéral en regard de la marge de manœuvre pour le canton.

Art 60a : il n'est pas souhaitable que la part cantonale soit injectée via la réduction individuelle des primes ou par des prestations d'intérêt général (PIG) : Cela va créer une « usine à gaz » administrative alors qu'il faut tendre à la simplification du système.

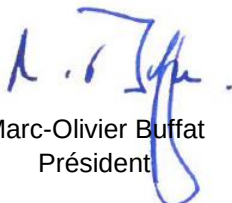
Art 60a al.6 : attention aux conséquences du calcul de la contribution cantonale, notamment à la fixation des détails par le Conseil fédéral.

Art 79a : pas de commentaire, à ce stade.

En conclusion

Le PLR Vaud estime que ce projet va dans le bon sens sur la question du principe. Il reste toutefois beaucoup de points à affiner (voir les commentaires ci-dessus).

En vous remerciant de l'attention que vous portez à nos propositions, nous vous prions de croire, Madame, Monsieur, à l'expression de notre considération.


Marc-Olivier Buffat
Président


Laetitia Jobin
Secrétaire générale



Grünliberale Partei Schweiz
Monbijoustrasse 30, 3011 Bern

Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates
3003 Bern

Per E-Mail an: abteilung-leistungen@bag.admin.ch

13. September 2018

Ihr Kontakt: Ahmet Kut, Geschäftsführer der Bundeshausfraktion, Tel. +41 31 311 33 03, E-Mail: schweiz@grunliberale.ch

Stellungnahme der Grünliberalen zu Pa.Iv. 09.528 «Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus»

Sehr geehrter Herr Präsident
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir bedanken uns für die Vorlage und den Erläuternden Bericht zu Pa.Iv. 09.528 «Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus».

Unsere Stellungnahme können Sie im Einzelnen dem ausgefüllten Formular auf den folgenden Seiten entnehmen.

Wir danken Ihnen für die Gelegenheit zur Stellungnahme und die Prüfung unserer Anmerkungen und Vorschläge.

Bei Fragen dazu stehen Ihnen die Unterzeichnenden sowie unser zuständiges Kommissionsmitglied, Nationalrat Thomas Weibel, gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüssen

Jürg Grossen
Parteipräsident

Ahmet Kut
Geschäftsführer der Bundeshausfraktion

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG):
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Grünliberale Partei Schweiz

Abkürzung der Firma / Organisation : glp

Adresse : Monbijoustrasse 30, 3011 Bern

Kontaktperson : Ahmet Kut, Geschäftsführer der Bundeshausfraktion

Telefon : 079 560 56 63

E-Mail : ahmet.kut@parl.ch

Datum : 13. September 2018

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **15. September 2018** an folgende E-Mail Adresse:
abteilung-leistungen@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG): Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
glp	Die Grünliberalen stimmen der Vorlage zu und begrüßen, dass medizinische Leistungen im ambulanten und stationären Bereich künftig einheitlich von den Kantonen und Krankenkassen finanziert werden sollen (im Folgenden "EFAS"). Sie haben die Einführung von EFAS bereits in einem Vorstoss gefordert (18.3295 Motion der Grünliberalen Fraktion "Einheitliche Finanzierung von stationären und ambulanten Leistungen"). Stationär durchgeführte Behandlungen verursachen wesentlich höhere Kosten als ambulante. Bei einer konsequenten Umsetzung des Grundsatzes "ambulant vor stationär" ist daher mit bedeutenden Einsparungen für das gesamte Versorgungssystem zu rechnen. Falsch gesetzte Anreize im Finanzierungssystem stehen dem aber heute entgegen: Werden medizinische Eingriffe ambulant vorgenommen, bezahlt das die Krankenkasse allein. Wird derselbe Eingriff stationär vorgenommen, kommt das die Krankenkassen trotz der höheren Behandlungskosten häufig billiger, weil der Kanton 55 Prozent der Behandlungskosten übernimmt. Mit einer einheitlichen Finanzierung der ambulanten und stationären Leistungen durch Kantone und Krankenkassen würde dieser Fehlanreiz beseitigt. Gleichzeitig würde der Schaffung bzw. Beibehaltung kostentreibender Überkapazitäten im stationären Bereich entgegengewirkt. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die koordinierte bzw. integrierte Versorgung der Versicherten, die von EFAS profitieren würde. Sie trägt dazu bei, unnötige Spitalaufenthalte zu vermeiden, beispielsweise durch rechtzeitige ambulante Behandlungen, was zu einer Verbesserung der Qualität bei gleichzeitiger Reduktion der Gesamtkosten führt. Die heute unterschiedliche Finanzierung von stationären und ambulanten Leistungen führt jedoch dazu, dass die Versicherten von Einsparungen im stationären Bereich nicht direkt profitieren, aber allfällige zusätzliche Kosten im ambulanten Bereich über die Prämien vollständig mittragen müssen. Die Kostenvorteile der koordinierten Versorgung werden damit nicht voll prämienvirksam, was ihre Attraktivität reduziert. Mit EFAS würde dieser Mangel behoben.
glp	Die Einführung von EFAS ist wichtig, genügt aber nicht. Weiterhin dringlich ist eine einheitliche und sachgerechte Tarifierung nicht nur im stationären Bereich, sondern auch im ambulanten Bereich. Der Bundesrat hat noch für dieses Jahr die Vernehmlassung zu einem ersten Kostendämpfungsprogramm angekündigt, das auch Massnahmen im Bereich der Tarife umfassen soll. Eine Expertengruppe unter der Leitung von Alt Ständerätin Verena Diener (glp) hatte entsprechende Massnahmen vorgeschlagen. Die Grünliberalen erwarten, dass der Bundesrat rasch vorwärts macht und den vorgezeichneten Weg konsequent weitergeht.
glp	Die Grünliberalen begrüßen, dass EFAS derart ausgestaltet werden soll, dass der Beitrag der Kantone insgesamt unverändert bleibt. Beim Kantonsbeitrag handelt es sich um einen Mindestbetrag, höhere Beiträge sind damit möglich.
glp	Die Kantone verlangen, dass sie das Versorgungsangebot im ambulanten Bereich beeinflussen können, wenn sie die ambulanten Leistungen mitfinanzieren müssen. Dieses Anliegen ist grundsätzlich berechtigt und soll bei den weiteren Arbeiten berücksichtigt werden. Die Grünliberalen unterstützen daher bei Ziffer II Absatz 2 die Kommissionsminderheit, welche verlangt, dass das Inkrafttreten der Vorlage vom Inkrafttreten einer Nachfolgeregelung zu Artikel 55a KVG abhängig sein soll. Der Bundesrat hat am 9. Mai 2018 seinen Entwurf zu einer solchen Nachfolgeregelung an das Parlament überwiesen (18.047 KVG. Zulassung von Leistungserbringern). Die Grünliberalen möchten die beiden Vorlagen nicht formell verknüpfen. Es geht vielmehr um einen politischen Konnex, der es den Kantonen ermöglichen soll, EFAS mitzutragen. Die SGK-N hat ein erstes wichtiges Zeichen gesetzt, indem sie ohne Gegenstimmen auf die Vorlage des Bundesrates eingetreten ist und zudem beantragt hat, die Geltung der aktuellen Zulassungsbeschränkung bis zum 30. Juni 2021 zu verlängern, damit die Übergangszeit bis zu einer definitiven Regelung abgedeckt werden kann.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG): Vernehmlassungsverfahren

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
glp	16 60a	3bis		Bei Artikel 16 Absatz 3bis und Artikel 60a beantragt eine Kommissionsminderheit, den Kantonsbeitrag als Pauschalbetrag pro versicherte Person auf die einzelnen Versicherer aufzuteilen. Dieses Modell vergrössert den Anreiz für die Versicherer, innovativ zu sein und Kosten zu sparen, da Kosteneinsparungen mit EFAS sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich prämienvirksam sind und damit einen Wettbewerbsvorteil bieten. In der Fassung der Kommissionsmehrheit, die für die Berechnung des Kantonsbeitrags auf die effektiven Kosten abstellt, fehlt dieser Anreiz. Dieses Modell hat zudem den Vorteil, dass die Administration der Kantonsbeiträge einfacher ist.	gemäss Kommissionsminderheit
glp	18	2octie s		Bei Artikel 18 Absatz 2octies beantragt eine Kommissionsminderheit eine Konkretisierung der weiteren Aufgaben der gemeinsamen Einrichtung nach Artikel 18 KVG, welche diese gegen Entschädigung von den Kantonen übernehmen kann. So soll die gemeinsame Einrichtung "namentlich" die Daten kontrollieren, welche die Versicherer den Kantonen für die Berechnung des Kantonsbeitrags liefern. Die Möglichkeit der Rechnungskontrolle ist eine Forderung der Kantone. Die Grünliberalen lehnen die Fassung der Kommissionsminderheit ab, da sie unnötig ist. Die Formulierung gemäss der Kommissionsmehrheit ("weitere Vollzugsaufgaben") ist offen und kann auch die Rechnungskontrolle umfassen. Die Frage der Rechnungskontrolle ist für die Grünliberalen wichtig, soll aber separat angegangen werden. Es wird diesbezüglich auf die Motion der Grünliberalen Fraktion "Unabhängige Rechnungskontrolle zur Vermeidung unnötiger Leistungen im Gesundheitswesen" verwiesen (18.3296).	gemäss Kommissionsmehrheit

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG): Vernehmlassungsverfahren

glp	49a			Eine Kommissionsminderheit verlangt, dass die Versicherer aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung wie bisher höchstens 45% der Kosten der Leistungen von Vertragsspitalern- und -geburtshäusern vergüten und nicht neu 74.5%, wie es die Kommissionsmehrheit vorschlägt und dem Betrag entspricht, den die Versicherer nach Berücksichtigung des Kantonsanteils bei einem Listenspital übernehmen müssten. Die Grünliberalen lehnen den Minderheitsantrag ab. Es soll für die Versicherer einen Anreiz geben, entsprechende Verträge abzuschliessen. Der Wettbewerb ist zu verstärken.	gemäss Kommissionsmehrheit
-----	-----	--	--	--	----------------------------

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG): Vernehmlassungsverfahren

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
glp		Die Grünliberalen erwarten, dass der Bundesrat die Einführung von EFAS, insbesondere in der Anfangsphase, genau beobachtet und rasch Gegenmassnahmen ergreift bzw. vorschlägt, falls es zu unerwünschten Entwicklungen kommen sollte.	
glp		Die Grünliberalen fordern generell mehr Transparenz im Gesundheitswesen. Man hat nach wie vor nicht genügend Daten über das Gesundheitswesen, um falsche Anreize, Ineffizienzen und unnötige Leistungen identifizieren und beseitigen zu können. Die Grünliberalen unterstützen daher die Massnahme M04 "Schaffung notwendiger Transparenz", welche die Expertenkommission Diener vorgeschlagen hat. Der Bundesrat hat angekündigt, die Frage der Transparenz in einem zweiten Paket mit Kostendämpfungsmassnahmen anzugehen. Diese Arbeiten sind zügig voranzutreiben.	
glp		Mehr Transparenz im Gesundheitswesen wird es unter anderem erleichtern, Fehlanreize zu beseitigen, welche durch die Verknüpfung der vertraglichen Vereinbarungen der Tarifpartner im Grundversicherungs- und Zusatzversicherungsbereich geschaffen werden. Gemäss dem Erläuternden Bericht teilt die SGK-N dieses Anliegen, verneint aber einen gesetzgeberischen Handlungsbedarf (Ziff. 3.3. dritter Spiegelstrich). Die Beseitigung dieser Fehlanreize entspricht auch einer Forderung der Kantone, die eine stärkere Trennung von Grund- und Zusatzversicherung verlangen. So solle etwa bei der Beurteilung der OKP-Pflichtigkeit einer Leistung durch den Versicherer eine allfällige Zusatzversicherung keine Rolle spielen. Die Grünliberalen erwarten, dass diese Fehlanreize konsequent beseitigt werden, und fordern die SGK-N auf, im Rahmen der Auswertung der vorliegenden Vernehmlassung nochmals zu überprüfen, ob die vom BAG und der FINMA bislang unternommen Schritte genügen oder ob nicht doch ein gesetzgeberischer Handlungsbedarf besteht.	

**Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal):
procédure de consultation**

Avis donné par

Nom / société / organisation : Parti socialiste suisse

Abréviation de la société / de l'organisation : PS

Adresse : Theaterplatz 4, Case Postale, 3011 Bern

Personne de référence : Jacques Tissot

Téléphone : 031 329 69 62

Courriel : jacques.tissot@pssuisse.ch

Date : 14 septembre 2018

Remarques importantes :

1. Nous vous prions de ne pas modifier le formatage de ce formulaire !
2. Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision/Protéger un document/Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.
3. Utilisez une ligne par article, alinéa et lettre ou par chapitre du rapport explicatif.
4. Veuillez faire parvenir votre avis au **format Word** d'ici au **15 septembre 2018** à l'adresse suivante : abteilung-leistungen@bag.admin.ch
5. Le champ « nom/société » n'est pas obligatoire.

Nous vous remercions de votre collaboration!

**Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal):
procédure de consultation**

Commentaires généraux sur le projet de révision et sur le rapport explicatif

nom/société	Commentaire / observation
PS	Nous vous remercions d'avoir sollicité notre prise de position concernant l'avant-projet de mise en œuvre de l'initiative parlementaire 09.528 et de nous avoir transmis les documents y afférents. Nous tenons à exprimer ici une critique formelle à l'égard du rapport explicatif : il eût été utile, pour une meilleure compréhension et pour ne pas devoir à chaque fois se rapporter au chapitre 3.1.4, d'inscrire au chapitre 4 relatif au commentaire des dispositions les explications quant aux propositions minoritaires. Sur le principe, le Parti socialiste suisse (PS) est en faveur d'un financement uniforme des prestations de santé. En 2009 déjà, il avait déposé une motion pour l'uniformisation des financements des prestations de l'assurance-maladie obligatoire (09.3535). Celle-ci avait été adoptée par le Parlement et l'on attend depuis sa mise en œuvre. Le PS est d'avis qu'il y a une nécessité de simplifier les flux financiers dans le système de santé suisse. Il est certain que les différences entre le financement des domaines stationnaires et ambulatoires génèrent des incitatifs négatifs. Nonobstant, la voie choisie par la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N) n'est pas acceptable aux yeux du PS. De fait, la majorité de droite de la commission a l'intention de confier aux assureurs le rôle d'agent payeur si bien que les cantons devraient leur verser de manière forfaitaire leur participation financière sans qu'ils ne puissent exercer plus aucun contrôle démocratique sur l'utilisation des deniers publics. Ainsi, les cantons signeraient un chèque en blanc aux 52 assureurs privés encore actifs dans l'assurance obligatoire des soins (AOS), lesquels gèreraient à eux seuls les 30 milliards de francs que vaut aujourd'hui la LAMal. En l'état, le PS s'oppose frontalement au dessein de la droite bourgeoise. Dans les faits, il s'agit d'affaiblir considérablement le rôle des pouvoirs publics dans la gestion du système de santé suisse, et plus particulièrement de l'approvisionnement en soins. Avec la solution proposée, les caisses-maladie disposeraient d'un pouvoir considérable en la matière. Elle saperait en outre l'efficacité de tous les instruments dont disposent les cantons pour mieux maîtriser la hausse des coûts – ceux des budgets globaux ou encore de la planification hospitalière, par exemple.
PS	L'an dernier, le PS a réaffirmé dans un papier de position son engagement ferme en faveur d'un système de santé publique solide¹. Il a eu l'occasion d'y dénoncer l'économisation et la privatisation du secteur de la santé comme facteurs essentiellement responsables de la hausse des coûts et des primes. En guise de contre-mesure, le PS revendique la mise en place d'une gestion forte du système de santé par l'Etat afin de reprendre le dessus sur l'évolution des dépenses et de neutraliser les acteurs simplement mus par l'appât du gain. Soulignons que l'avant-projet en question constitue tout sauf un renforcement du rôle des cantons et que les caisses-maladie sont sur le point de s'arroger de plus en plus de compétences en matière de politique de la santé. Paradoxalement, la droite bourgeoise ne cesse de mettre en cause le "rôle multiple" joué par les cantons, ce qui serait impropre à un système concurrentiel ; or ces mêmes personnes sont en train de transférer cette étiquette aux assureurs. Il n'est pas envisageable pour le PS que des acteurs privés reçoivent autant de pouvoirs dans le cadre d'une assurance sociale et qu'ils brassent des

¹ Cf. Papier de position du PS Suisse, *Une concurrence qui coûte cher. Pour un système de santé publique solide*, papier approuvé par l'Assemblée des Délégué-e-s le 24 juin 2017 à Fribourg : https://www.sp-ps.ch/sites/default/files/documents/internetvorlage_gesundheitspapier_f_0.pdf

Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal): procédure de consultation

	sommes aussi importantes provenant de l'impôt. Au demeurant, l'avant-projet de la commission remet profondément en question le mandat constitutionnel de l'art. 117a attribuant à la Confédération et aux cantons les compétences nécessaires en matière d'approvisionnement en soins médicaux de base et, partant, les instruments dont ils doivent disposer pour exercer leurs tâches respectives. Le PS déplore le fait que la commission n'ait pas procédé à une analyse sur la constitutionnalité de la réglementation à l'aune dudit article.
PS	Au niveau de la maîtrise des coûts, le PS a déjà à maintes reprises exigé que diverses mesures fussent mises en place. En premier lieu, il faut réduire et annihiler les incitatifs négatifs favorisant l'augmentation du volume des prestations ou maintenant des tarifications inadéquates. En outre, il serait grand temps qu'une solution durable fût adoptée pour gérer l'admission des fournisseurs de prestations – plus particulièrement des médecins – dans le domaine ambulatoire. Cela fait des années que la droite bourgeoise – tenue en laisse par les caisses-maladie – reste volontairement indifférente et amorphe face à la hausse des primes incessantes. Le PS n'est pas prêt d'entrer en matière sur le présent avant-projet tant qu'une solution durable satisfaisante allant dans le sens de ce qu'a proposé le Conseil fédéral avec le projet de révision de la LAMal 18.047 . Il n'est pas imaginable de contraindre les cantons à verser une contribution aux assureurs sans qu'ils ne disposent d'instruments efficaces pour piloter l'approvisionnement en soins et qu'ils n'aient leur mot à dire. Si nécessaire, le PS est prêt à jeter toute son énergie dans la bataille contre le diktat des caisses. Au demeurant, tous les signes laissent entendre actuellement que la majorité de droite de la commission n'affiche aucune volonté de faire avancer le dossier et que ce dernier risque fort bien de se solder par un échec.
PS	En fait, le PS soutient pleinement le premier des objectifs principaux poursuivis par l'avant-projet de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N). Ainsi, la CSSS-N entend mieux exploiter le potentiel du transfert de prestations du secteur stationnaire au secteur ambulatoire lorsque cela est judicieux du point de vue médical. De l'avis de la majorité de la commission, le financement moniste devrait favoriser le développement des soins intégrés si bien que l'on devrait moins recourir à des interventions stationnaires. Le domaine ambulatoire étant généralement moins coûteux, la hausse des coûts devrait être mieux maîtrisée. Or pour atteindre pareil objectif, des instruments simples, efficaces et éprouvés peuvent être mis en place. Le Département fédéral de l'Intérieur (DFI) a décidé d'élaborer une liste des interventions qui devraient uniquement être effectuées en ambulatoire. La nouvelle réglementation entrera en vigueur dès le début de l'année 2019. Ladite liste fixe un socle minimal qui devrait être étendu à d'autres prestations qui pourraient être fournies dans le domaine ambulatoire lorsque cela est médicalement indiqué. De même, le renforcement de la médecine de famille contribuerait à l'implantation d'une meilleure coordination des soins, améliorerait la qualité sur toute la chaîne de traitements et, partant, ferait baisser le nombre d'hospitalisations. L'avant-projet de la commission ne contient aucune mesure de ce type. Il se résume à un simple transfert des recettes fiscales cantonales aux assureurs.
PS	Le deuxième objectif consiste à stabiliser les parts respectives du financement des prestations de l'AOS assumées par les cantons et les caisses-maladie. Il sied de relever ici que les patient-e-s en Suisse assument aujourd'hui déjà une part considérable du financement des soins et que cette dernière a fortement crû ces dernières années. Selon la statistique de l'OCDE, la Suisse se démarque par une participation de la population aux dépenses de la santé relativement élevée en comparaison internationale. Celle-ci s'élève aujourd'hui à 29,6 pour-cent, bien plus qu'en France (9,8%), en Allemagne (12%) ou encore aux Pays-Bas (11,2%) – ces derniers ayant un système de santé comparable avec la Suisse. Cet indicateur est corrélé avec la proportion des personnes qui renoncent aux soins pour des raisons financières. Selon l'enquête de l'Observatoire suisse de la

Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal): procédure de consultation

	santé, la part d'assuré-e-s ayant renoncé aux soins pour des raisons financières est passée de 10,3 à 22,5% entre 2010 et 2016. ² De ce point de vue-là, le PS juge indispensable qu'une part supérieure des dépenses totales de la santé soit financée par l'Etat afin de décharger les patient-e-s.
PS	Troisièmement, la CSSS-N souhaite inciter les agents de financement à instaurer une tarification adéquate des prestations fournies dans les deux secteurs. Cet objectif est louable aux yeux du PS, nonobstant nous jugeons que l'instauration d'un financement moniste tel que prévu par la commission ne changera rien aux problèmes actuels puisque l'avant-projet touche uniquement à la manière de financer les prestations, et non à leur tarification. Dans les faits, les constructions tarifaires TARMED et SwissDRG génèrent de mauvaises incitations dans le sens qu'ils favorisent un sur-approvisionnement en soins, la fourniture de traitements inutiles et la sélection de patient-e-s lucratifs/ves. Le PS revendique la mise sur place de modèles de remboursement qui favorisent la coopération, la coordination et la prévention. Or, le financement moniste préconisé par la commission ne rectifiera pas la situation actuelle et n'encouragera point la révision de Tarmed. La mise sur pied d'une organisation tarifaire nationale est devenue inéluctable pour contraindre les partenaires tarifaires à développer, adapter et actualiser constamment les structures tarifaires du domaine ambulatoire.
PS	L'avant-projet de la CSSS-N se veut globalement neutre au niveau des coûts. Pour ce faire, la commission prévoit de fixer la contribution cantonale à 25,5% des prestations nettes des assureurs. Le reste serait pris en charge par ces derniers. Pour établir cette clé de répartition, la CSSS-N s'est penchée sur une analyse spéciale de l'Office fédéral de la statistique (OFS), qui a calculé les subventions des cantons et des communes à des hôpitaux de soins aigus, à des cliniques psychiatriques, à des cliniques de réadaptation ainsi qu'à d'autres cliniques spécialisées (hors prestations d'intérêt général). Les années 2012 à 2015 ont été prises en compte, puis les subventions ont été extrapolées de manière à atteindre la part de financement de 55% pour le secteur hospitalier étant donné que tous les cantons ne finançaient pas encore la part due dans le cadre du nouveau financement hospitalier. Ainsi, selon les calculs de l'OFS, l'Etat aurait subventionné la LAMal à hauteur d'un montant compris entre 7,3 et 7,7 milliards de francs durant la période étudiée (soit environ 10% des recettes fiscales cantonales). Cela correspondrait à une part moyenne de financement public de 25,5%, part qui devrait être reprise dans le cadre du financement uniforme. La Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) a émis des doutes quant au calcul effectué par l'OFS. Selon les cantons, les chiffres avancés ne seraient pas vérifiables, ce qui ne facilite pas l'appréciation des conséquences financières de l'avant-projet. En soi, cela est le signe que ce dernier n'est pas suffisamment abouti en l'état. Il y aurait lieu d'établir une base de calcul commune et de procéder à une analyse approfondie des conséquences financières pour les acteurs concernés. Quoiqu'il en soit, le PS milite en faveur d'une augmentation de la part de financement assumée par les impôts afin de réduire la part prise en charge par les primes de l'assurance-maladie, qui, elles, sont antisociales. Toujours au niveau des conséquences financières, le PS s'étonne du fait que le rapport ne décrive pas les conséquences financières pour les assureurs. La commission se contente uniquement de mentionner que l'institution commune visée à l'art. 18 LAMal subira des frais supplémentaires en raison de sa nouvelle tâche consistant à répartir les parts de financement cantonales. Or, cette tâche devra être financée par

² Cf. Clémence Merçay, *Expérience de la population âgée de 18 ans et plus avec le système de santé – Situation en Suisse et comparaison internationale*, Analyse de l'International Health Policy Survey 2016 du Commonwealth Fund sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), Obsan, 2016 (https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2016/obsan_dossier_56_0.pdf, consulté le 6 juillet 2018)

Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal): procédure de consultation

	les assureurs, ce qui induira vraisemblablement une hausse des primes pour les assuré-e-s. Pour ce qui est des conséquences sur l'état du personnel, le PS estime qu'il est en outre indécent de laisser entendre que les cantons pourraient être amenés à licencier du personnel et à faire ainsi des économies en échange de la suppression du contrôle des factures. Le rapport explicatif ne fournit aucune précision à ce sujet, ce qui est tout à fait regrettable.
PS	De surcroît, le PS manifeste sa forte désapprobation à l'égard de l'allègement des assurances complémentaires et du renforcement des hôpitaux et des maisons de naissance conventionnés. Les cliniques privées ne figurant pas sur la liste hospitalière établie par les cantons recevront ainsi davantage d'argent de l'AOS puisqu'elles jouiront elles aussi de l'augmentation de la contribution de la LAMal aux soins de 45 à 74,5%. Le PS tient à relever qu'il s'agira de la deuxième fois après l'introduction du nouveau financement hospitalier en 2012 et en l'espace de quelques années que les hôpitaux privés et les assurances complémentaires profiteront d'une réforme sur le dos des assuré-e-s et de l'assurance de base. Au surplus, l'efficacité de la planification hospitalière cantonale est gravement affaiblie, ce qui n'est pas acceptable au vu de l'évolution des dépenses de la santé. Il faut en effet s'attendre à ce que le volume des prestations et les capacités se démultiplient, ce qui provoquera inmanquablement un nouveau choc de primes.
PS	Un autre élément inacceptable aux yeux du PS est l'augmentation annoncée de la participation aux coûts des assuré-e-s. Cet effet est dû au fait que ces derniers ne paient actuellement aucun pourcentage sur la part des prestations stationnaires assumées par les cantons, mais uniquement sur la part prise en charge par les assureurs. Désormais, comme les assureurs financeront directement l'ensemble des coûts, le montant sur lequel est calculée la participation aux coûts des assuré-e-s (quote-part) augmentera. La commission part de l'idée que cela ne devrait pas avoir de conséquences pour les assuré-e-s puisque les primes devraient diminuer en contrepartie d'une plus forte participation aux coûts. Or, nul ne peut aujourd'hui s'attendre à ce qu'à l'avenir les primes de l'assurance-maladie ne cessent de croître en raison de l'évolution démographique, du progrès technique et – en ce qui concerne le présent avant-projet – de l'augmentation probable du volume de prestations, lequel découlera de l'effet décrit dans notre remarque précédente. Au demeurant, l'on ne peut tolérer une nouvelle hausse de la participation des assuré-e-s compte tenu du fait que celle-ci figure déjà parmi les plus élevées en comparaison internationale.
PS	Enfin, en ce qui concerne la répartition des parts de financement cantonale, deux modèles sont sur la table des discussions. Le PS regrette que le rapport explicatif ne livre aucune comparaison des deux modèles et ne présente pas de manière détaillée leurs avantages et inconvénients respectifs. Nonobstant, nous considérons que les deux modèles présentent des désavantages et ne sont pas envisageables à ce stade. Le principal défaut de la variante basée sur les coûts réside dans le fait que les assureurs reçoivent la contribution cantonale quelle que soit la qualité de leurs services. Le modèle basé sur les risques serait problématique d'un point de vue financier et institutionnel, mais également de la transparence des coûts, puisque les contributions cantonales ne seraient pas réparties selon les factures effectives des prestations fournies, mais selon une probabilité que ces coûts pourraient être dus. De l'avis du PS, la prise en charge intégrée des patient-e-s doit être encouragée et atteinte par une autre voie qu'au travers de pures incitatifs économiques.

**Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal):
procédure de consultation**

PS	Pour toutes les raisons invoquées dans ces remarques générales, le PS n'est pas disposé à entrer en matière sur ce projet. A ce titre, il soutient la minorité Gysi.
----	--

Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision / Protéger un document / Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.

**Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal):
procédure de consultation**

Commentaires concernant les articles individuels du projet de la révision et leurs explications					
nom/ société	art.	al.	let.	commentaire / observation :	Proposition de modification (texte)
PS	18 et 42	2 ^{octies} 3		De l'avis du PS, il est primordial que les cantons conservent des instruments de contrôle pour vérifier les factures. Ce droit de regard est essentiel pour le domaine stationnaire en vue, notamment, d'une planification hospitalière adéquate. Il a également toute son importance pour le domaine ambulatoire. Les cantons se doivent d'assumer leur responsabilité financière qui consiste à garantir en tout temps l'utilisation efficace de l'argent du contribuable et de le démontrer au public. A cet effet, il faut établir la transparence totale relative aux données sur les coûts et les prestations et leur donner la possibilité de consulter les factures dans un délai raisonnable. Au surplus, les cantons ont le devoir de veiller au respect des critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité (EAE). Dans cet esprit, le PS apporte son soutien ferme à la minorité Carobbio Guscetti, Feri Yvonne, Gysi, Häsler, Heim, Ruiz Rebecca, Schenker Silvia. Il privilégie en revanche la variante dans laquelle ce contrôle peut être exercé au sein d'un organe dans lequel assureurs et cantons seraient représentés.	
PS	49a			Le PS s'oppose avec vigueur à ces adaptations. Cet article règle la rémunération des hôpitaux qui ne font pas partie de la planification hospitalière cantonale, mais avec lesquels les assureurs peuvent conclure des conventions si ceux-ci remplissent les conditions d'admission. Ainsi, les assureurs peuvent rémunérer les prestations fournies par les hôpitaux et maisons de naissance conventionnés sur les fonds de l'AOS. Dans le droit actuel, ils paient ces fournisseurs de prestations	

**Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal):
procédure de consultation**

				jusqu'à 45% de la rémunération tandis que le reste est pris en charge par les patient-e-s ou une éventuelle assurance complémentaire. La majorité de la commission souhaite adapter la contribution de l'AOS à la nouvelle clé de répartition. Cela signifie que les assureurs pourront rémunérer les prestations jusqu'à 74,5% de la rémunération d'un hôpital répertorié. En d'autres termes, les assurances complémentaires seront déchargées aux dépens de l'assurance de base. Les assuré-e-s aisé-e-s au bénéfice d'une telle assurance paieront des primes plus basses sur le dos des personnes les plus pauvres – avant tout celles qui ne peuvent se permettre de conclure une assurance complémentaire. Enfin les hôpitaux privés gagneront du terrain puisque l'instrument de la planification hospitalière cantonale sera considérablement affaibli. A terme, la présence d'un plus grand nombre d'hôpitaux fera exploser les primes de l'assurance de base en raison d'une augmentation probable du volume de prestations et des capacités. Ces nouvelles dispositions sont absolument inacceptables pour le PS. Partant, nous soutenons la minorité Gysi, Carobbio Guscetti, Feri Yvonne, Häslar, Heim, Ruiz Rebecca, Schenker Silvia pour conserver la contribution de l'AOS actuelle. En fait, ces fournisseurs de prestations conventionnés ne devraient aucunement toucher des fonds provenant des primes de la LAMal.	
PS	60 79a	3		Le droit de recours contre des tiers responsables dont il est question à cet article avait été accordé aux cantons dans le cadre du nouveau financement hospitalier, entré en vigueur en 2012. Cela devait d'éviter que le contribuable supporte une partie des dommages-intérêts et que des tiers responsables bénéficient d'un allègement financé par les recettes fiscales. Le présent avant-projet de la CSSS-N souhaite à nouveau priver les cantons de ce droit de recours direct au motif que ces derniers « ne cofinancent plus directement des prestations mais versent leur contribution aux assureurs ». Ainsi, les cantons profiteraient	

**Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal):
procédure de consultation**

				uniquement des recours déposés par les assureurs, selon leur gré. Cette modification est inacceptable et témoigne de la volonté de la droite bourgeoise de priver peu à peu les cantons de leurs instruments de gestion de l'assurance-maladie sociale.	
PS	Ch. II	al. 2		L'avant-projet de la commission prévoit d'attribuer au Conseil fédéral la compétence de fixer la date d'entrée en vigueur du financement moniste. Nous considérons que l'avant-projet ne devrait en aucun cas entrer en vigueur avant qu'une solution durable pour gérer l'admission des fournisseurs de prestations dans le domaine ambulatoire ne fût adoptée et mise en œuvre dans le sens de l'objet du Conseil fédéral (18.047). Pour le PS, il est essentiel que ce dernier entre en vigueur le plus rapidement possible afin d'enfin offrir aux cantons un instrument efficace de maîtrise de la hausse des coûts. Dans cet esprit, le PS soutient la minorité Carobbio Guscetti, Feri Yvonne, Gysi, Heim, Ruiz Rebecca, Schenker Silvia. En outre, il conviendrait d'examiner l'introduction d'une période transitoire de trois, voire cinq ans afin de permettre aux acteurs concernés d'adapter leurs structures et de prendre les mesures requises pour assurer la mise en œuvre de la réglementation.	

Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision / Protéger un document / Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.

**Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal):
procédure de consultation**

Autres propositions			
Nom/société	Art.	Commentaire / observation	Proposition de texte
PS	25a, al. 2	La réglementation en vigueur des soins aigus et de transition sont le fruit d'un compromis politique. Ces soins doivent permettre aux patient-e-s de pouvoir mener à nouveau une vie à la maison et de se soigner de manière autonome. Par le passé, la formulation plutôt floue de l'article a déjà été critiquée, notamment en vue de la prise en charge des coûts d'hébergement. La durée maximale de deux semaines devrait être revue à la hausse car elle ne répond guère aux besoins médicaux, si bien que les soins aigus et de transition ne sont pas suffisamment prescrits. La loi devrait prévoir quatre semaines avec une possibilité de prolongation en cas de besoin médical avéré.	

Abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Bern, 14. September 2018

09.528 Parlamentarische Initiative. Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus

Vernehmlassungsantwort der Schweizerischen Volkspartei (SVP)

Sehr geehrter Herr Kommissionspräsident

Die SVP begrüsst die Bestrebungen der nationalrätlichen Gesundheitskommission, im Gesundheitswesen endlich eine einheitliche Finanzierung einzuführen. Nur wenn im gesamten Gesundheitsbereich die Kostenträger identisch sind, kann erreicht werden, dass alleine der medizinische und nicht mehr der finanzielle Aspekt eine Rolle spielt, wenn es um die Behandlungsart geht.

Um das Äquivalenzprinzip zu wahren, ist es der SVP ein Anliegen, dass den Kantonen auch mit der Einführung der einheitlichen Finanzierung eine Möglichkeit geboten wird, die Kosten mitkontrollieren zu können.

Wir danken für die Berücksichtigung unserer Stellungnahme und grüssen Sie freundlich

SCHWEIZERISCHE VOLKSPARTEI

Der Parteipräsident

Die stv. Generalsekretärin



Albert Rösti
Nationalrat



Silvia Bär

Monsieur
Thomas de Courten
Président de la commission de la sécurité
sociale et de la santé publique
3003 Berne

Paudex, le 10 septembre 2018
JSV/ma

09.528 Initiative parlementaire : Consultation sur le financement uniforme des prestations ambulatoires et des prestations avec hospitalisation

Monsieur le Président de la commission,

Nous nous référons à l'objet cité en titre et nous nous permettons de vous faire part de nos déterminations à son sujet.

I. Opportunité d'un système de financement uniforme

Les coûts de la santé ne cessent d'augmenter depuis l'entrée en vigueur de la LAMal. Vieillesse de la population, améliorations technologiques coûteuses, surabondance de l'offre médicale (soit également de la consommation) figurent parmi les causes les plus fréquemment citées pour expliquer le phénomène. Les améliorations réalisées dans le domaine médical permettent toutefois d'entrevoir l'opportunité de traiter un nombre croissant de pathologies en ambulatoire, en lieu et place d'une prise en charge stationnaire, usuellement plus onéreuse. Les économies en résultant devraient dès lors contribuer à freiner l'augmentation des coûts à charge des assurés et des collectivités.

Il semble néanmoins que la dichotomie existant actuellement entre les modalités de financement entraîne des incitations négatives qui freinent le virage vers l'ambulatoire. Le financement uniforme des prestations ambulatoires et des prestations avec hospitalisation entend y remédier.

En considérant l'ensemble de ces éléments, il paraît effectivement raisonnable de penser qu'un système de financement uniforme fait partie des outils aptes à limiter les incitations négatives et, partant, permette de freiner la hausse des coûts.

Sur le principe, nous sommes donc favorables à la mise en œuvre d'un financement uniforme pour les soins stationnaires et ambulatoires.

II. Limites du système envisagé

Toutefois, une telle modification du système doit s'accompagner de réformes plus importantes destinées à revoir l'entier de la problématique liée à la gouvernance des cantons. Il n'est en effet pas envisageable d'étendre encore les compétences cantonales

dans le domaine du pilotage de l'ambulatoire (Projet de révision partielle de la LAMal concernant l'admission des fournisseurs de prestations), sans mesures strictes destinées à encadrer l'usage que les cantons feront de ces nouvelles compétences. A défaut, les risques de glissement vers une économie planifiée au détriment de la qualité des soins, du libre-choix du médecin ou de l'établissement hospitalier ainsi que du respect des droits fondamentaux, notamment la liberté d'exercer sa profession pour les médecins, seraient bien trop importants.

Ce risque de dérive est d'ailleurs déjà une réalité dans le canton de Vaud où l'application de l'actuel moratoire provisoire sur l'installation des médecins a récemment fait l'objet d'un arrêt du Tribunal Fédéral (18 mai 2018). Notre haute Cour a ainsi annulé une décision du Conseil d'Etat relative au refus d'une autorisation de pratique d'une rhumatologie. Le Tribunal Fédéral a notamment mis en lumière que le canton de Vaud avait procédé à une instruction incomplète des faits en matière d'évaluation de la couverture sanitaire du canton et du district de Lausanne en lien avec le taux d'activité des personnes dans le domaine de la rhumatologie. Autrement dit, les décisions d'autorisation de pratique rendues dans le canton ne tenaient absolument pas compte du taux d'activité des médecins installés, ce qui, dans le cadre de l'estimation de la couverture des besoins de la population, n'est pas acceptable.

III. Conclusions

Au vu de ce qui précède, nous rejetons en bloc le projet de financement uniforme des prestations ambulatoires et des prestations avec hospitalisation tel qu'il est proposé. Il n'y a donc pas lieu d'examiner en détail ses dispositions.

Pourtant, afin de donner une chance au financement uniforme des prestations, nous appelons de nos vœux une réforme plus ambitieuse qui garantirait notamment les aspects suivants :

- la définition de principes visant à la mise en œuvre d'une gouvernance adéquate, destinée à séparer les rôles multiples joués par les cantons ; ceux-ci sont en effet générateurs de conflits d'intérêts ;
- une meilleure prise en compte de l'égalité de traitement entre tous les assurés. En effet, il y a lieu de rappeler que les assurés au bénéfice d'une assurance complémentaire sont également des contribuables qui participent au financement du système de santé et il n'y a pas de raison objective qu'ils soient privés de la contribution du canton, en particulier lorsque ceux-ci, comme Vaud et Genève par exemple, appliquent une politique de quotas pour les établissements privés figurant sur leur liste LAMal.

En vous remerciant de l'attention que vous porterez à ces quelques lignes, nous vous prions d'agréer, Monsieur le Président de la commission, l'expression de notre considération distinguée.

Centre Patronal



Jérôme Simon-Vermot

Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit
3003 Bern

E-Mail-Adressen:

sgk.csss@parl.admin.ch

abteilung-leistungen@bag.admin.ch

11. September 2018

Vernehmlassung:

09.528 Parlamentarische Initiative. Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus

Sehr geehrter Herr Kommissionspräsident, Nationalrat de Courten
Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 15. Mai 2018 laden Sie uns ein, an der Vernehmlassung zur parlamentarischen Initiative (Pa.IV.): «Einheitliche Finanzierung der Leistungen im ambulanten und im stationären Bereich», respektive ihres Vorentwurfs zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) teilzunehmen. Wir danken für diese Möglichkeit und nehmen gerne aus gesamtwirtschaftlicher Sicht Stellung.

economiesuisse unterstützt die Gesetzesänderung.

Die Wirtschaft unterstützt die Einführung der einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS). Damit wird der Fehlanreiz behoben, bloss auf Grund der Finanzierung stationäre oder ambulante Leistungen zu wählen. Dies kann erwiesenermassen zu Fehl- und Überversorgung führen. EFAS wird die Verlagerung vom stationären in den kostengünstigeren ambulanten Bereich beschleunigen, die alternativen Versicherungsmodelle begünstigen und dabei die Prämienentwicklung eindämmen.

Im Hinblick auf die konkrete Umsetzung ist es wichtig, keine zusätzlichen, zentralen Steuerungsinstrumente auf Seite der öffentlichen Hand einzuführen. Diese würden die Effizienzgewinne zunichtemachen. Als Finanzierungsmodell bevorzugt economiesuisse die Idee des Minderheitsantrags, d.h. eine Verteilung der Kantonsbeiträge via Risikoausgleich. EFAS soll nicht an der Umsetzungsfrage scheitern. Wenn mit EFAS jedoch die kantonalen Rollenkonflikte verstärkt werden, lehnt die Wirtschaft die Reform ab.

Begründung

EFAS verbessert die Versorgung

Generell befürwortet economiesuisse die Vorlage, weil sie den heutigen Fehlanreiz aus der Welt schafft: Je nachdem, ob die Leistung stationär oder ambulant erfolgt, verändert sich heute die Finanzierung. Dieses Problem wird mit EFAS gelöst. Zudem kann die Verlagerung in den ambulanten Bereich ohne überproportionale Prämienbelastung vonstattengehen. EFAS begünstigt darüber hinaus die alternativen Versicherungsmodelle, welche heute durch die duale Finanzierung nicht die ganzen Effizienzgewinne ausweisen können. Durch EFAS wird dies künftig möglich sein, was die Attraktivität der integrierten Versorgung erhöht und zu einer Verbesserung in der Grundversorgung führt. Generell können Tarife für Leistungen, die ambulante und stationäre Anteile haben, erleichtert verhandelt werden (bspw. Komplexpauschalen).

Kontrolle ohne Leistungssteuerung

Die Kantone wollen zu Recht nicht einfache Zahler sein, ohne Möglichkeiten zur Ausgabeneindämmung zu haben. Steuerungselemente, die in die Leistungserbringung eingreifen, lehnt economiesuisse jedoch ab. Denn die Gesundheitsversorgung ist eine komplexe und vielschichtige Aufgabe. Sie kann nicht zentral gesteuert werden kann, ohne grosse Effizienzverluste und Innovationshemmung zu verursachen. Wenn die Kantone in die Leistungserbringung eingreifen, so zementieren sie den Föderalismus und behindern sinnvolle Versorgungsstrukturen. Doch Versorgungsräume verlaufen nicht entlang den Kantonsgrenzen und sind heute je nach Bereich regional, überregional oder national. Kantone sind, in unterschiedlicher Ausprägung, sowohl Leistungsempfänger und Leistungsexporture. Diese kantonalen «Leistungsbilanzen» verändern sich zudem Jahr für Jahr. Mindest- und Höchstzahlen pro Kanton ergeben deshalb keinen Sinn. Höchstzahlen auf Basis der Leistungserbringer sind ebenfalls schädlich. Ersteres verwehrt jungen, motivierten Ärztinnen und Ärzte den Zugang zur Praxis. Dies würde eine Rationierung von Leistungen zur Folge haben, ohne genau zu wissen, wie hoch der Nutzenverlust daraus wäre. Generell können Eckwerte zweckmässigerweise nicht zentral festgelegt werden, weil sie der Dynamik stets hinterherhinken.

Eine sinnvolle Steuerungsmöglichkeit für die Kantone wäre demgegenüber eine Lockerung des Vertragszwangs. Die dezentrale Lösung der Vertragsfreiheit ist bedarfsgerecht und schliesst junge Ärztinnen und Ärzte nicht per se von der Leistungserbringung aus. Der Markt kann flexibler auf Veränderungen der Nachfrage reagieren. Ausserdem können die kantonalen Bedürfnisse besser abgedeckt werden. Die Vertragsfreiheit kann nämlich eingeschränkt, beispielsweise für bestimmte Facharztgruppen oder in bestimmten Regionen, eingeführt werden. Die angestrebten Qualitätserfordernisse lassen sich weiterhin auf Ebene der Ergebnisqualität erreichen. Reguliert man die Qualität auf der Zulassungsebene, so vergibt man sich das dynamische Instrument der Qualitätsentwicklung. Dies gilt allgemein für ein erweitertes, staatliches Zulassungsverfahren, welches die Wirtschaft daher dezidiert ablehnt.

Folgereform

Die EFAS kann die grössten Fehlanreize auf der Ebene der Finanzierung beheben. Es ist aber entscheidend, dass stationäre oder ambulante Leistung auch die gleichen Margen aufweisen. Nur dann entscheiden rein medizinische Argumente für die eine oder andere Leistungserbringung. Entsprechend muss die EFAS-Reform zwingend mit einer Überarbeitung der Tarifierung an der Schnittstelle ambulant/stationär gekoppelt sein.

Drei Minderheitsanträge im Vorentwurf

a) Wie sollen die Gelder in den KVG-Bereich fliessen?

Gemäss dem Vorentwurf sollen Kantons- und Bundesbeitrag anhand der anrechenbaren Kosten an die Versicherer aufgeteilt werden. Damit wird - wie heute - ein Teil der Kosten vom Kanton getragen. Neu ist allerdings, dass die Kantone nicht mehr nur die Kosten für stationäre Behandlungen, sondern auch die Kosten für alle Leistungen nach KVG unter Ausschluss von Langzeitpflege und Vertragsspitalern übernehmen. Der kantonale Anteil der Kosten wird somit weiterhin nicht dem Risikoausgleich der Versicherer unterstellt. Die Anreize zur Risikoselektion bleiben gegenüber heute unverändert.

Demgegenüber will eine Minderheit die Kantons Gelder den Versicherern nicht aufgrund der entstandenen Kosten, sondern als Pauschalbetrag pro Versicherten zuweisen. Dieses Modell hat einen wichtigen Vorteil, würde doch der Kantonsbeitrag indirekt in den Risikoausgleich überführt. Entsprechend verstärkt dies den Anreiz für die Krankenversicherer, sich für eine effiziente Versorgung einzusetzen (vgl. Minderheit Humbel, Aeschi Thomas, de Courten, Herzog, Hess Lorenz, Sauter, Schmid-Federer, Weibel).

economiesuisse präferiert die Minderheit Humbel et. al., sieht darin aber keine Condition-sine-qua-non für die Einführung von EFAS.

b) Spitäler oder Geburtshäuser, welche nicht auf der Spitalliste stehen

Artikel 49a Absatz 4 KVG sieht heute vor, dass Versicherer mit Spitälern oder Geburtshäusern, welche nicht auf der Spitalliste stehen und dennoch die Voraussetzungen nach Artikel 38 / 39 erfüllen, Grundversicherungsverträge abschliessen können. Diese Bestimmung wird nun im Vorentwurf neu geregelt: Die Versicherer dürfen Vertragsspitalern aus Mitteln der Grundversicherung weiterhin lediglich denjenigen Anteil vergüten, welcher von ihnen nach Berücksichtigung des Kantonsbeitrags effektiv getragen wird, also neu 74.5 Prozent des Betrags (analog Listenspitäler). Bisher waren es nur 45 Prozent. Damit dürfte das Instrument der Vertragsspitäler sowie Geburtshäuser etwas attraktiver werden, da Versicherer neu knapp 20 Prozentpunkte mehr als bisher aus Mitteln der Grundversicherung leisten dürfen. Der allenfalls von einer Zusatzversicherung oder vom Patienten zu übernehmende Anteil sinkt parallel dazu von 55 Prozent auf 25.5 Prozent, was die Prämien in den Zusatzversicherungen entlasten könnte. Damit sinkt die Relevanz der kantonalen Spitalplanung in einem gewissen Ausmass, weil Spitäler ausserhalb von Spitallisten neu für Zusatzversicherte oder Selbstzahler nicht mehr im selben Ausmass teurer sind wie unter der bisherigen Regelung. Eine Minderheit (Gysi, Carobbio Guscetti, Feri Yvonne, Häsler, Heim, Ruiz Rebecca, Schenker Silvia) will dies verhindern und beantragt die heutige Regelung.

Seit Einführung des KVG sind die Leistungen in der Krankenversicherung um 157% gestiegen, während die Zusatzversicherung bloss um 40% zulegen konnte. Es findet also eine stetige Verschiebung vom Zusatzversicherungsbereich in den obligatorischen Bereich statt. Diese privaten Gelder fehlen heute im System, was teilweise zu Finanzierungsproblemen auf Ebene der Gemeinden, Kantone und privaten Haushalten führt. Grund dafür ist der sinkende Anteil Personen mit Zusatzversicherung. Mit der Änderung im Vorentwurf könnten diese Entwicklung leicht gebremst werden, weil Zusatzversicherungen etwas attraktiver würden. Die Wirtschaft begrüsst deshalb die vorgeschlagene Neuregelung und lehnt den Minderheitsantrag ab.

c) Verknüpfung der Vorlage mit Nachfolgeregelung zu Artikel 55a

Der Minderheitsantrag Carobbio Guscetti et. al. verlangt, dass die Vorlage zur einheitlichen Finanzierung nur gemeinsam mit einer Nachfolgeregelung zu Artikel 55a KVG in Kraft tritt. Er will also

EFAS von einer neuen Regelung bei der Zulassungssteuerung im ambulanten Bereich abhängig machen. Diese Verknüpfung lehnt die Wirtschaft ab. EFAS entfaltet gerade dann die grössten Effizienzgewinne, wenn keine zusätzlichen Steuerungselemente eingeführt werden (vgl. oben). Auch eine Verknüpfung der Vorlage mit der Pflegefinanzierung, wie es den Kantonen vorschwebt, ist sachfremd. Die heutige Pflegefinanzierung macht keinen Unterschied zwischen stationären und ambulanten Leistungen. Eine Verzerrung, wie sie in der Spitalfinanzierung vorliegt und mit der Vorlage korrigiert wird, gibt es in der Pflegefinanzierung nicht. Die Wirtschaft lehnt dezidiert Verknüpfungen mit sachfremden Vorlagen ab.

Wir bedanken uns für die Berücksichtigung unserer Anliegen.

Freundliche Grüsse
economiesuisse



Prof. Dr. Rudolf Minsch
Chefökonom und
stv. Vorsitzender der Geschäftsleitung



Dr. Fridolin Marty
Leiter Gesundheitspolitik

Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit
3003 Bern

abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Bern, 18. Juli 2018

**Vernehmlassung zur Parlamentarische Initiative:
"Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus"**

Sehr geehrter Herr Kommissionspräsident,

Besten Dank für die Einladung zur oben erwähnten Vernehmlassung. Der SGB lehnt den darin vorgeschlagenen Umbau der Finanzierung und Steuerung des Gesundheitswesens in dieser Form entschieden ab. Im Folgenden wird diese Haltung erläutert.

Grundsätzliche Einschätzung

Gegen eine einheitliche Finanzierung der stationären und ambulanten Versorgungsbereiche spricht, losgelöst von diesem Vorentwurf, im Grundsatz nichts. Ebenso entscheidend wie die Frage, zu welchen Anteilen Gesundheitsleistungen finanziert werden, ist jedoch eine demokratische Definition der Abgeltungs- und Steuerungskompetenz in der medizinischen Versorgung. Im Rahmen seines Engagements für eine öffentliche Krankenkasse (eidgenössische Abstimmungen in den Jahren 2003, 2007 und 2014) hat sich der SGB stets für eine ("unecht") monistische Finanzierung und zugleich eine öffentliche Steuerung der Grundversicherung ausgesprochen. Dies deshalb, weil die gesundheitliche Grundversorgung Teil des Service Public ist und deshalb die ineffiziente und undemokratische Anomalie der Durchführung über Dutzende privatwirtschaftlich organisierte Versicherer endlich überwunden werden sollte.

Diese Option steht zurzeit aber nicht zur Debatte, im Gegenteil: Der Vorschlag der Kommissionsmehrheit könnte nicht weiter davon entfernt sein. So ist der Kern dieser Vorlage nicht die einheitliche Finanzierung, sondern eine massive Verschiebung der Steuerungskompetenz in der Grundversicherung weg von der öffentlichen Hand hin zu den privaten Versicherern. Man könnte es auch eine Privatisierung der Grundversicherung nennen. Die öffentliche Hand, bzw. die Kantone, sollten demnach sämtliche heute für die stationäre Versorgung aufgewendeten Mittel – zurzeit sind das ca. 8 Milliarden – bedingungslos an die Versicherer überweisen, welche diese ihrerseits nach eigenem Gutdünken an die Leistungserbringer verteilen könnten. Demokratiepoltisch besteht bereits heute der Sündenfall, dass der demokratischen Kontrolle entzogene Versicherer frei über Prämiegelder aus einem gesetzlichen Versicherungsobligatorium verfügen können. Noch viel bedenklicher wäre nun aber, wenn diese auch frei über die Verwendung öffentlicher Steuergelder bestimmen könnten. Eine staatliche Mitfinanzierung von Leistungsbereichen, auf deren Entstehung und Abgeltungshöhe die Kantone keinerlei Einfluss haben, widerspricht zudem auch jeglichen finanzrechtlichen Prinzipien.

Monbijoustrasse 61, 3007 Bern, www.sgb.ch
031 377 01 01, Fax 031 377 01 02, info@sgb.ch

Es sind ähnliche Kreise, welche bei Budgetdebatten unaufhörlich eine öffentliche Haushaltsführung nach dem "Giesskannenprinzip" anprangern und nun in der Gesundheitsversorgung eine solche "Giesskanne" in der Höhe von nicht weniger als 8 Milliarden Franken fordern. Neben der darin zum Ausdruck kommenden Marktgläubigkeit – die aber auch hier nicht ohne Subventionen auskommt – lässt sich dies wohl auch mit dem Druck der Versicherer erklären, die seit Jahren für mehr eigene Steuerungsmacht im System lobbyieren. Dies tun sie, ohne dafür selbst je einen Vertrauensbeweis geliefert zu haben, im Gegenteil: Die Krankenkassen nehmen bereits heute die ihnen, beispielsweise in der Qualitäts- und Rechnungskontrolle, zugedachte Rolle nur ungenügend wahr.

Ebenfalls moniert wird regelmässig, dass sich der Staat, bzw. die Kantone in der Gesundheitsversorgung zu viele verschiedene Hüte aufgesetzt hätten. Was der SGB an dieser Kritik grundsätzlich teilt, ist die Feststellung, dass die Steuerung des Gesundheitswesens noch viel zu föderalistisch organisiert ist, wohingegen für eine gesamtheitliche medizinische Versorgung weit mehr über die Kantons Grenzen hinweg gedacht werden müsste. Die Kantone haben nun in der Tat eine Mehrfachrolle als Eigentümer von Spitälern, Mitfinanzierer von stationären Leistungen, Regulierer bei der Zulassung von Arztpraxen und Listenspitälern sowie Schiedsrichter beim Scheitern von Tarifverhandlungen. Diese Mehrfachrolle der Kantone ist jedoch ganz einfach Ausdruck ihrer integralen Aufgabe der Gewährleistung medizinischer Versorgungssicherheit. Die Versorgungssicherheit kann nur durch die öffentliche Hand gewährleistet werden und wird bereits im heutigen System von den Versicherern punktuell unterwandert (siehe beispielsweise die schockierenden Fälle von Verweigerungen lebensnotwendiger Leistungen bei zahlungsunfähigen Versicherten). Die Mehrfachrolle ist zudem ganz einfach Abbild des öffentlichen Charakters der Gesundheitsversorgung. So wäre es ähnlich vermessen, Bund und Kantone eine Mehrfachrolle als Gesetzgeber, Steuereintreiber und Gewährleister der öffentlichen Sicherheit vorzuwerfen.

Bereits heute bedenklich ist allerdings der Wandel bzw. Ausbau der Rolle der Versicherer. Während die Erhebung von Prämien und die Finanzierung von Leistungen ihre ursprünglich vorgesehenen Aufgaben sind, weiten die Krankenkassen ihren Einfluss auch immer mehr auf die Seite der Leistungserbringung aus. Heute betreiben die meisten grossen Kassen im Rahmen ihrer – grundsätzlich begrüssenswerten – HMO-Modelle eigene Ketten ambulanter Gesundheitszentren. Diese bescheren ihnen, im Gegensatz zum Grundversicherungsgeschäft, auch die Möglichkeit der Erwirtschaftung von Gewinn. Es versteht sich deshalb von selbst, dass die ungeteilte Macht über die Verteilung der Mittel in der Gesundheitsversorgung diesen neuen Geschäftsmodellen der Krankenversicherer sehr zuträglich wäre. Dasselbe gilt für die angebotenen lukrativen Zusatzversicherungen sowie die Möglichkeit zur Leistungserstattung an Privatspitäler (siehe weiter unten).

Die Forderung nach einer monistischen Finanzierung ist bei Weitem nicht das einzige Anliegen der Versicherer zum Ausbau ihrer Steuerungsmacht. Keineswegs an Aktualität verloren hat ihr Ruf nach einer Aufhebung des ärztlichen Vertragszwangs in der Grundversicherung.¹ In Verbindung mit dem vorgeschlagenen Finanzierungsmodell würde die Einführung der Vertragsfreiheit allerdings eine maximale Ausweitung der Kassenhoheit bedeuten. Deshalb wird vielmehr von vielen Seiten bekräftigt, ohne eine dauerhafte staatliche Lösung der ärztlichen Zulassungssteuerung gar nicht erst über die Vorlage zur einheitlichen Finanzierung befinden zu wollen.

¹ Siehe beispielsweise Pa.IV. 17.442 "Kantonale Steuerung der Zulassung und Stärkung der Vertragsautonomie"

Ziel Verlagerung: Eingriffslisten effizienter

Die Schweiz weist im internationalen Vergleich einen sehr tiefen Anteil spital-ambulant durchgeführter chirurgischer Eingriffe auf. Aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts könnten und müssten kleinere chirurgische Eingriffe heute viel öfter spital-ambulant durchgeführt werden. Dazu gehören beispielsweise Leistenbrüche, die Behandlung von Krampfadern oder Mandeloperationen. Die stationäre Durchführung dieser Eingriffe verursacht nicht nur unnötig hohe Kosten, sie kann PatientInnen auch physisch über Gebühr belasten.

Nichtsdestotrotz wächst der spital-ambulant Bereich bereits heute sehr stark: Betragen dessen Leistungen im Jahr 2000 erst knapp 11% aller OKP-Ausgaben, waren es im Jahr 2016 bereits 17%². Längerfristig ist allerdings nicht mit Sicherheit klar, ob sich das Verhältnis der spital-ambulant und spital-stationären Leistungen wesentlich verschieben wird. Dies deshalb, weil sowohl aufgrund des demografischen Wandels als auch wegen des technologischen Fortschritts vermehrt neue, schwere stationäre Fälle behandelt werden (können). So ist die Hospitalisierungsrate (bzw. die Anzahl stationärer Spitalbehandlungen) über die letzten 15 Jahre im jährlichen Durchschnitt um über 2% gewachsen, bei den über 70-jährigen Versicherten gar um über 3%³. Etliche Spitäler haben bereits festgestellt, dass sie trotz erfolgreicher Verlagerung kleinchirurgischer Eingriffe in den ambulanten Bereich wegen der Zunahme neuer stationärer Fällen insgesamt keine wesentlichen Einsparungen erzielen. Dazu beitragen dürfte auch, dass gewisse Fälle prozentual zwar vermehrt ambulant, aber dennoch in der Anzahl nicht weniger oft stationär durchgeführt werden.⁴

Dennoch ist klar, dass die Verlagerungspolitik weiter vorangetrieben werden muss. Verlagert werden kann aber nur, was medizinisch überhaupt verlagerbar ist. Insofern ist der einfachste erste Schritt einer wirksamen Verlagerungspolitik die Festlegung von Leistungen, welche in den (Akut-)Spitälern prinzipiell ambulant erbracht werden müssen. Etliche Kantone (AG, LU, VS, ZG, ZH) haben bereits vor einiger Zeit solche Listen ambulant durchzuführender Eingriffe erlassen. Das EDI ist anfangs des Jahres nachgezogen und hat seinerseits eine, zunächst bescheidene, national einheitliche Liste mit sechs Eingriffsgruppen definiert,⁵ welche ab Januar 2019 nur noch bei einer ambulanten Durchführung vergütet werden. Für die Kantone werden dabei zunächst Einsparungen von 90 Millionen prognostiziert, wobei aufgrund der günstigeren Therapieform keine Zusatzbelastung der Prämien erwartet wird. Die regulierte Verlagerung mittels Eingriffslisten sollte aber weiter ausgebaut werden. Eine PWC-Studie⁶ geht für ausgewählte 13 verlagerbare Eingriffe von einem Einsparpotenzial von insgesamt 250 Millionen aus. Mittelfristig könnten aufgrund des medizinisch-technischen Fortschrittes weitere kurzstationäre Behandlungen ambulant durchgeführt werden, wofür die Studie zusätzliche Einsparungen von – sehr optimistischen – 600 Millionen schätzt.

Die Kommissionsmehrheit der SGK führt als oberstes Ziel des vorgeschlagenen Finanzierungsmodells die Förderung der Verlagerung von stationär zu ambulant auf. Es ist allerdings nicht einzusehen, inwiefern das vorgeschlagene Modell dieses Ziel angesichts der gleichzeitig unveränderten Tarifstrukturen erreichen soll – ganz im Gegensatz zum heute eingeschlagenen, klaren Weg der Verlagerungspolitik durch Eingriffslisten.

² OKP-Statistik, Bundesamt für Gesundheit

³ MedStat, Bundesamt für Statistik

⁴ "Virage ambulatoire : Transfert ou expansion de l'offre de soins?", Obsan Rapport 68 (2015)

⁵ Medienmitteilung des GS-EDI vom 20.2.2018

⁶ "Ambulant vor Stationär", Studie PWC (2016)

Ziel Stabilisierung des Steueranteils: Falsche Verteilungsneutralität

Das erklärte zweite Ziel dieser Vorlage ist die Stabilisierung der prämierten- und steuerfinanzierten Anteile an den obligatorischen Krankheitskosten. Dies ist vor jenem Hintergrund verständlich, dass eine vermehrte ambulante Leistungserbringung – heute zu 100% prämiertenfinanziert – nicht zusätzlich zu steigenden Krankenkassenprämien beitragen darf. Für den SGB ist darüber hinaus aber klar, dass der Anteil der öffentlichen, steuerfinanzierten Mittel im Gesundheitswesen in jedem Fall dringend erhöht werden muss. Zum einen gibt es kein anderes OECD-Land, in dem die private Kostenbeteiligung der Bevölkerung höher ist als in der Schweiz (29% der gesamten Gesundheitsausgaben⁷). Und zum anderen wird in der Schweiz die Grundversicherung bekanntermassen nicht wie im europäischen Umland über Steuern oder Lohnbeiträge, sondern über unsoziale Kopfprämien finanziert. Die Prämien haben in den letzten zehn Jahren (2006-2016) um 43% zugenommen, die Ausgaben für die private Kostenbeteiligung um 45%.⁸

Es ist deswegen, unabhängig von den Diskussionen über die einheitliche Finanzierung, unumgänglich, dass sich die öffentliche Hand (sowohl die Kantone als auch der Bund) substanziell stärker an der Finanzierung der Gesundheitsversorgung beteiligen. Die mit Abstand zielgerichtetste Massnahme zur Erhöhung der öffentlichen Beteiligung wäre im heutigen System ein deutlicher Ausbau der Mittel für die Prämienverbilligungen⁹. Die von einem Grossteil der Kantone über die letzten Jahre umgesetzten massiven Kürzungen dieser Mittel gingen jedoch genau in die falsche Richtung. Dennoch gilt es diesbezüglich festzuhalten, dass die Kantone über die Prämienverbilligungen bereits heute einen gewichtigen Teil der ambulanten Kosten mitfinanzieren. Ein Ausbau der Prämienverbilligungen ist deshalb faktisch immer auch ein Schritt in Richtung ausgeglichener Finanzierung des ambulanten und stationären Bereichs.

Völlig unverständlich am vorliegenden Gesetzesentwurf ist zudem, dass trotz des im Erläuternden Bericht postulierten Ziels der Finanzierungsneutralität die Kostenbeteiligung der Versicherten zusätzlich erhöht werden soll. Heute wird die Kostenbeteiligung nur auf dem prämiertenfinanzierten Anteil erhoben. Neu würden die Kassen sämtliche Leistungen zu 100% vergüten und deshalb auch die Kostenbeteiligung auf den vollen Betrag dieser Leistungen einfordern. Die Kommissionsmehrheit hat dabei bewusst darauf verzichtet, einen Korrekturmechanismus in die Vorlage einzubauen. Eine weitere Erhöhung der Kostenbeteiligung ist allerdings aufgrund des bereits heute rekordhohen Niveaus absolut inakzeptabel¹⁰. Dies erst recht deshalb, weil die Erhöhung zwar unweigerlich eintreten würde, jedoch im Erläuternden Bericht nicht einmal beziffert werden kann.

Keine entscheidende Korrektur existierender Fehlanreize

Die heutige Finanzierung des Gesundheitswesens ist tatsächlich der Ursprung verschiedener Fehlanreize. Diese sind allerdings höchstens teilweise auf die Existenz unterschiedlicher Vergütungsinstanzen zurückzuführen und ergeben sich im Wesentlichen aus den Differenzen zwischen den zwei parallel existierenden Tarifsystemen Tarmed und SwissDRG. Die blosser Umleitung eines fixen

⁷ "Health at a Glance 2017", OECD (2017)

⁸ OKP-Statistik (BAG) und MedStat (BFS)

⁹ Wünschenswert wäre auch eine Definition von spezifischen Leistungen, welche vermehrt oder ausschliesslich öffentlich finanziert würden. Der Fokus müsste dabei auf der medizinischen Grundversorgung, bzw. auf Leistungen des Gesundheitserhalts, der Prävention und der Vorsorge liegen.

¹⁰ Gleichlautend hat sich der SGB auch in seinen Vernehmlassungsantworten zur KVG-Änderung "Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung" (18.036) sowie zur Umsetzung der Parlamentarischen Initiative "Stärkung der Selbstverantwortung im KVG" (15.468) geäussert.

Betrags an Steuergeldern würde hingegen kaum Fehlanreize korrigieren und deshalb auch die Leistungsverlagerung nicht wesentlich beeinflussen.¹¹

Entscheide über die zweckmässigste und wirtschaftlichste Behandlungsform sollten aus fachlichen Überlegungen und nicht aufgrund von finanziellen Fehlanreizen erfolgen. Die vorliegende Gesetzesrevision zur einheitlichen Finanzierung stützt sich allerdings nicht vollends auf diesen Grundsatz und schafft vielmehr neue Fehlanreize. Im Folgenden einige Feststellungen dazu:

- Die Spitäler nehmen heute zu viele Behandlungen aus finanziellem Interesse stationär vor. Dies tun sie aber nicht deshalb, weil nur stationäre Behandlungen vom Kanton mitfinanziert werden, denn aus Sicht der Leistungserbringer ist die Einkommensquelle prinzipiell unerheblich. Die Tendenz der Spitäler für stationäre Behandlungen hängt vielmehr von den Tarifen ab: Die im stationären Bereich vergüteten Fallpauschalen (SwissDRG) sind in der Regel eher kostendeckend als die entsprechenden Tarifpositionen des ambulanten Tarifsystems Tarmed, welches ursprünglich für die Vergütung von Leistungen in Arztpraxen konzipiert wurde. Ein Spital erhält so heute für denselben Eingriff nicht selten eine um mehrere Tausend Franken höhere Entschädigung, wenn es eine Patientin stationär aufnimmt statt ambulant. Das vorgeschlagene Modell würde daran nichts ändern.
- Das Anstreben von nicht kostendeckenden Tarifen im spital-ambulanten Bereich, im Wissen um eine grosszügigere Abgeltung von Leistungen im Zusatzversicherungsbereich, führt tendenziell zu einer Verschiebung dieser Leistungen bei zusatzversicherten PatientInnen in den stationären Bereich. Dort machen die Versicherer Gewinn und die Spitäler erzielen höhere Margen: Gemäss der erwähnten Studie von PWC ist die stationäre Abgeltung für zusatzversicherte PatientInnen für 13 relevante Eingriffe 165% höher als für grundversicherte PatientInnen. Die vorgeschlagene Gesetzesrevision würde hier jedoch keineswegs Abhilfe schaffen, sie würde das Problem vielmehr weiter verschärfen.
- Die Versicherer haben zwar bei konkreten Behandlungsfällen einen geringen Einfluss auf die Wahl der Therapieform (ambulant oder stationär), sie haben aber sehr wohl Gewicht in der Gestaltung der Tarife. Wenn also den Versicherern viel an einer griffigen Verlagerungspolitik läge, dann könnten sie darauf über die Tarifverhandlungen bereits heute mehr hinwirken. Dies ist keineswegs abwegig, denn die Krankenkassen stehen mit ihren zwei bis drei Verhandlungsgemeinschaften in der Tarifpolitik nur begrenzt in Konkurrenz zueinander, sie vereinen vielmehr eine geballte Verhandlungsmacht. Die Motivation zu einer Tarifpolitik, die zu einem relativen Rückgang des stationären Bereichs führt, dürfte für die Versicherer aber deshalb klein sein, weil sie damit in diesem Bereich eben auch ihre gewinnträchtigen Zusatzversicherungen unter Druck setzen würden. Mit dem vorgeschlagenen Modell besteht diese Gefahr nicht, die Zusatzversicherungen würden weiter gestärkt.
- In der Tat kann es aber problematisch sein, dass stationäre Leistungen heute nur zu 45% prämiertenfinanziert sind, ambulante Leistungen jedoch zu 100%. Es gibt also Eingriffe, die zwar ambulant durchgeführt massiv günstiger sind, die PrämienzahlerInnen aber dennoch mehr belasten: Beträgt die Einsparung nicht mindestens 55%, werden die Prämien per Definition zusätzlich belastet. Bekanntlich gibt es nun unterschiedliche Zahlen zum Einsparpotenzial von Verlagerungen. Die erwähnte PWC-Studie untersucht 13 verlagerbare chirurgische Eingriffe

¹¹ Dies ist im Grundsatz auch die Position der Schweiz. Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren; siehe "Optimierung der Steuerung und Finanzierung in der Gesundheitsversorgung", Argumentarium der GDK (2017).

mittels eines datenbasierten Vergleichs der durchschnittlichen Abgeltungen in den Tarifsyste-
men Tarmed und SwissDRG. Sie stellt dabei ein durchschnittliches Einsparpotenzial von 56.5%
über alle Eingriffe fest. Dies bedeutet, dass die Verlagerung dieser Eingriffe zu Einsparungen
führen würde, welche hoch genug sind, um eine zusätzliche Prämienbelastung zu vermeiden.
Der Krankenkassenverband Curafutura verweist seinerseits zwar auf Berechnungen, die ein
weit tieferes Einsparpotenzial aufzeigen sollen, hält diese aber stets unter Verschluss. Über die
Beweggründe kann nur gerätselt werden.

- Eine koordinierte Versorgung – wie sie durch diese Vorlage ebenfalls gefördert werden soll –
kann tatsächlich einen massgeblichen Beitrag dazu leisten, durch rechtzeitige ambulante Be-
handlungen unnötige Hospitalisierungen und damit Kosten zu vermeiden. Es gibt aber keinen
entscheidenden Grund, weshalb dies nicht schon heute vermehrt gemacht werden könnte –
bzw. wird es das auch: Die Anzahl Versicherter, die sich für integrierte Modelle entscheiden,
steigt stetig an (dies allerdings hauptsächlich aufgrund der untragbaren Prämienlast, bzw. der
Möglichkeit von Prämienrabatten in alternativen Versicherungsmodellen). Der koordinierten
Versorgung abträglich ist jedoch die Ausklammerung der Langzeitpflege aus der einheitlichen
Finanzierung. Aufgrund der Ausgabendynamik in diesem Bereich ist zwar ein Einbezug zu ei-
nem kostenneutralen Finanzierungsschlüssel unvorstellbar (er würde massive Prämiensteige-
rungen mit sich bringen), in einem sozial ausgestalteten Finanzierungsmodell müsste die Lang-
zeitpflege aber selbstverständlich gleichwertig eingebettet sein.

Gefährliche Stärkung von Vertragsspitalern und Zusatzversicherungen

Die Kantone definieren heute mit den Spitalisten jene Kliniken, für die sie bei stationären Eingriffen
55% der Kosten übernehmen. Die Krankenkassen haben ihrerseits die Freiheit, Verträge mit Nicht-
Listenspitälern abzuschliessen, dabei dürfen aber aus der Grundversicherung nur 45% der medi-
zinischen Kosten übernommen werden. Der Rest wird über Zusatzversicherungen oder durch
Selbstzahlungen der PatientInnen finanziert. Die Versicherer dürften zwar mit dem vorgeschlage-
nen Modell der einheitlichen Finanzierung diesen sogenannten Vertragsspitalern aus der Grund-
versicherung weiterhin nur den Prämienanteil finanzieren, dieser betrüge neu allerdings 74.5% (Art.
49a). Diese knapp 30-prozentige Erhöhung des Krankenkassenanteils würde die Attraktivität von
Vertragsspitalern ungemein erhöhen. Private Spitalgruppen wie Genolier oder Hirslanden dürften
bereitstehen, um ihr mittlerweile bescheidenes Portfolio an Vertragsspitalern in Zukunft kräftig zu
erweitern. Davon würde im Gegenzug auch die Versicherungsbranche profitieren, weil sie die ent-
sprechenden halbprivaten und privaten Zusatzversicherungen neu günstiger anbieten könnte, was
ihr neuen Zulauf bescheren würde.

Das vorgeschlagene Modell der einheitlichen Finanzierung ist somit sowohl für Privatkliniken als
auch für Krankenkassen ein perfektes Vehikel zur Erschliessung neuer Gewinnquellen in der Ge-
sundheitsversorgung. Diese Gewinnquellen werden erbittert gesucht, ist doch das "Geschäftsum-
feld" in der Grundversicherung in den letzten Jahren immer schwieriger geworden (beispielsweise
aufgrund der Verfeinerung des Risikoausgleichs). Eine Stärkung von Privatkliniken und Zusatzver-
sicherungen schafft aber nicht nur neue Gewinnmöglichkeiten zulasten von eher zahlungskräftigen
PatientInnen, sie schwächt auch systematisch die Grundversicherung. So belastet die medizini-

sche Überversorgung von zusatzversicherten PatientInnen die Prämien der Grundversicherung bereits heute mit über 400 Millionen Franken pro Jahr¹² (dies im Grundsatz deshalb, weil der medizinische Tarif auch bei der Operation einer halbprivat oder privat versicherten Patientin prinzipiell über die Grundversicherung finanziert wird). Im Gegensatz dazu ist die reine Verlagerungspolitik (ohne einheitliche Finanzierung) eine Gefahr für das Geschäftsmodell der Privatspitäler und Zusatzversicherer: So hat der Mutterkonzern der Hirslanden-Gruppe im Juni 2018 deren Beteiligungswert um ganze 840 Millionen nach unten korrigiert.¹³ Als Gründe dafür wurden höhere finanzielle Risiken angegeben, wie sie beispielsweise durch "neue Regelungen zu ambulant vor stationär" entstehen würden.

Die Stärkung der Vertragsspitäler durch die höhere Kostenübernahme der Krankenkassen würde im Gegenzug auch die Wirksamkeit der kantonalen Spitalisten systematisch schwächen. Die Spitalisten hätten zwar weiterhin Gültigkeit, der Finanzierungsvorteil der Listenspitäler würde aber drastisch abnehmen. Dazu kommt, dass die Kantone mit dem vorgeschlagenen Modell auch gegenüber Listenspitälern sämtliche Weisungsbefugnisse verlieren würden. Die heute mögliche Zahlungsverweigerung bei "Nichterfüllung von Zahlungsverpflichtungen" würde wegfallen, ebenso die Rechnungsstellung und -kontrolle. Die öffentliche Hand wäre bei den heute öffentlich kontrollierten, bzw. regulierten Spitälern plötzlich Minderheitsfinanzierer und würde damit drastisch an Einfluss verlieren. Im übergeordneten Sinn bedeutet dies, dass das vorgeschlagene Modell nicht nur die öffentliche Planungskompetenz für den ambulanten Bereich vernachlässigt, es würde auch die kantonale Steuerbarkeit des stationären Bereichs drastisch einschränken.

Neuer Druck auf das Gesundheitspersonal

Ungefähr 70% der Kosten im Gesundheitswesen sind Personalaufwand. Im Rahmen des Kostendämpfungsdiskurses müssen daher sämtliche Massnahmen auf ihre Auswirkungen auf das Gesundheitspersonal überprüft werden. Einsparungen am falschen Ort können zu Personalabbau und damit Qualitätsverlusten führen, oder aber zu einer Verschlechterung der Arbeitsbedingungen und damit ebenfalls zu Qualitätsverlusten (und im schlimmsten Fall zu höheren Folgekosten). Nun ist der Kostendämpfungseffekt des vorgeschlagenen Finanzierungsmodells zwar stark in Zweifel zu ziehen, alleine die neue Verteilung der Mittel birgt jedoch die Gefahr eines weiter zunehmenden Drucks auf das Gesundheitspersonal. Die Versicherer könnten frei über die Verwendung sämtlicher Gelder entscheiden und würden damit in ihrer impliziten Verhandlungsmacht gegenüber dem Gesundheitspersonal ungemein gestärkt. Angesichts des sich abzeichnenden substanziellen Personalmangels und der hohen Berufsausstiegsquote muss aber eine weitere Verschlechterung der Arbeitsbedingungen in den Pflegeberufen um jeden Preis verhindert werden.

Durch den Ausbau privatwirtschaftlicher Macht in der Grundversicherung steigt per Definition auch der Anreiz zur Erwirtschaftung von Gewinn. Nun kann zwar seitens der Versicherer in der Grundversicherung kaum Gewinn erzielt werden, seitens der Leistungserbringung jedoch sehr wohl. Wenn dabei mit gleichbleibenden Mitteln versucht wird, neue Gewinnquellen zu erschliessen, dann geschieht dies zwangsläufig auch auf dem Buckel des Personals. Die zahlreichen Privatisierungs- und Auslagerungsprojekte der jüngeren Vergangenheit haben dies auf ähnliche Weise zu Genüge bewiesen. Sie werfen einen langen Schatten auf die durch das vorgeschlagene Modell beabsichtigte Stärkung der Vertragsspitäler zulasten der Listenspitäler.

¹² "Überhang in der stationären Leistungserbringung zu Gunsten der Zusatzversicherten", Studie BAG (2016)

¹³ "Hirslanden: So schnell verpuffen 800 Millionen Franken", Medinside (7.6.2018)

National einheitlicher Finanzierungsschlüssel: Neuer Fehlanreiz

Der vorgeschlagene Finanzierungsanteil von 25.5% (Art. 60 Abs. 4) wurde auf der Basis der aggregierten Ausgaben aller Kantone für die stationäre Versorgung errechnet. Es handelt sich dabei also um einen Durchschnittswert. Die Kommission hat die Festlegung von kantonal unterschiedlichen Anteilen geprüft, jedoch schlussendlich verworfen. Der Effekt dieses durchschnittlichen Finanzierungsschlüssels wäre nun aber, dass genau jene Kantone bestraft würden, die – ganz im Sinne der BefürworterInnen dieser Vorlage – ihre Hausaufgaben gemacht und möglichst viele Leistungen bereits aus dem stationären in den ambulanten Bereich verlagert haben. So werden beispielsweise im Kanton Waadt gemäss OKP-Statistik heute nur noch 18% der Leistungen im spital-stationären Bereich erbracht, während es im Kanton Basel-Landschaft immer noch 24% sind. Ein kostenneutraler Finanzierungsschlüssel über das gesamte System müsste für den Kanton Waadt folglich deutlich unter 25.5% und für den Kanton Basel-Landschaft deutlich darüber liegen. Finanziell mehr belastet würden somit mit dem vorliegenden Modell ausgerechnet jene Kantone, die eine Versorgungsstruktur aufweisen, welche bereits jetzt überdurchschnittlich stark auf ambulante Behandlungen ausgelegt ist und welche diese Vorlage eigentlich vorgibt anzustreben.

Verhinderung von Globalbudgets

Im Rahmen der Diskussion um die Kostendämpfung im Gesundheitswesen steht u.a. die Einführung von Zielvorgaben zum Kostenwachstum der unterschiedlichen Leistungsbereiche im Raum¹⁴. Eine naheliegende Möglichkeit, solche Zielvorgaben zu erreichen, ist zumindest bei Spitälern die Einführung von Globalbudgets. Solche können gemäss KVG Art. 51 von den Kantonen bereits heute eingeführt werden; davon Gebrauch gemacht haben bis jetzt die Kantone Tessin, Genf und Waadt. Ohne an dieser Stelle dieses Instrument näher zu bewerten, gilt es festzuhalten, dass die Umsetzbarkeit von Globalbudgets mit diesem Vorentwurf nicht mehr gegeben ist. Wenn keine Leistungsvergütungen mehr direkt von den Kantonen an die Spitäler flössen, würden auch Globalbudgets – auch dort, wo es sie heute gibt – völlig bedeutungslos. So erstaunt es denn auch nicht, dass die Versicherer Globalbudgets als "Instrumente der Staatsmedizin" grösstenteils vehement ablehnen: Es geht ihnen nicht um eine effiziente Versorgung, sondern um die ungeteilte Steuerungsmacht im System.

Position der Kantone

Die Kantone, bzw. die Konferenz der GesundheitsdirektorInnen (GDK), hat an ihrer Plenarversammlung vom 25. Mai klar gegen die vorgeschlagene Revision Position bezogen. Thomas Heiniger (Präsident GDK, Zürcher Gesundheitsdirektor, FDP): "Die GDK lehnt das in die Vernehmlassung gegebene Modell ab", weil es "nur Steuergelder zu den Krankenkassen verschiebt, aber keinerlei kostendämpfende Wirkung hat". Nichtsdestotrotz haben die Kantone einen "Rahmen für ein tragfähiges Finanzierungsmodell" umschrieben. Dieser setzt für die GDK insbesondere die Schaffung eines Instrumentariums zur Steuerung des ambulanten Versorgungsangebots voraus. Weiter verlangen die Kantone die Gründung einer nationalen Tariforganisation für ambulante Tarife sowie eine Möglichkeit zur Kontrolle der Abrechnung von ambulanten Leistungen und die Beibehaltung der heute praktizierten Abwicklung von Rechnungen im stationären Bereich.

¹⁴ "Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung", Expertenbericht des Bundes (2017)

Der SGB unterstützt die Mehrzahl¹⁵ dieser Massnahmen und hält sie unabhängig von der Vorlage zur einheitlichen Finanzierung für unumgänglich (insbesondere die Zulassungssteuerung und die Möglichkeit der Rechnungskontrolle). Ihre Umsetzung würde allerdings in den Grundzügen nichts an unserer oben dargelegten, grundsätzlichen Kritik der vorgeschlagenen Gesetzesänderung ändern.

Wir danken herzlich für die Zusammenarbeit und hoffen auf die Berücksichtigung unserer Stellungnahme.

Freundliche Grüsse

SCHWEIZERISCHER GEWERKSCHAFTSBUND



Paul Rechsteiner
Präsident



Reto Wyss
Zentralsekretär

¹⁵ Nicht unterstützen kann der SGB erstens die Forderung, dass ein neues Finanzierungsmodell für die Kantone keine Mehrkosten verursachen darf (siehe Abschnitt 3). Zweitens lehnt der SGB auch eine Einbindung der Langzeitpflege in das vorgeschlagene Finanzierungsmodell ab: Selbstverständlich müsste die Langzeitpflege in einem sozial ausgestalteten Modell der einheitlichen Finanzierung ein gleichwertig eingebetteter Leistungsbereich sein. Die Ausgabendynamik in diesem Bereich würde im Kommissionsmodell allerdings zu einem – im Vergleich zu heute – relativen Rückgang des öffentlichen Finanzierungsanteils zulasten des Prämienanteils führen. Die aktuelle Situation mit kantonal unterschiedlichen Regelungen zur Restfinanzierung ist davon unabhängig aber sehr unbefriedigend und muss mit dem Vorliegen der Evaluation zur Neuen Pflegefinanzierung unbedingt angegangen werden.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG):
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Schweizerischer Gewerkschaftsbund

Abkürzung der Firma / Organisation : SGB

Adresse : Monbijoustrasse 61, 3007 Bern

Kontaktperson : Reto Wyss

Telefon : +47 79 740 99 84

E-Mail : reto.wyss@sgb.ch

Datum : 5.7.2018

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **15. September 2018** an folgende E-Mail Adresse:
abteilung-leistungen@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG):
Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
SGB	Der SGB lehnt den mit diesem Vorentwurf vorgeschlagenen Umbau der Finanzierung und Steuerung des Gesundheitswesens entschieden ab. Untenstehend werden daher nicht alle einzelnen Artikel kommentiert (respektive zur Ablehnung empfohlen), sondern nur die unterstützten Minderheitsanträge angegeben. Für weitere, detaillierte Erläuterungen siehe beigelegtes detailliertes Schreiben.
SGB	
SGB	
SGB	
SGB	
SGB	
SGB	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG):
Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
SGB	18	2octies		Ablehnung	Unterstützung des Minderheitsantrags
SGB	49a			Ablehnung	Unterstützung des Minderheitsantrags
SGB	II				Unterstützung des Minderheitsantrags in den Schlussbestimmungen
SGB					
SGB					
SGB					
SGB					
SGB					
SGB					
SGB					
SGB					
SGB					
SGB					

Nationalrätliche Kommission für soziale
Sicherheit und Gesundheit (SGK-NR)
3003 Bern

Per Mail an: abteilung-leistungen@bag-admin.ch

Bern, 14. September 2018 sgv-Gf/is

Vernehmlassungsantwort

09.528 Parlamentarische Initiative Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit dem Schreiben vom 15. Mai 2018 hat uns der Kommissionspräsident eingeladen, zu einem Entwurf zur Umsetzung der parlamentarischen Initiative 09.528 (Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus) Stellung zu nehmen. Für die uns eingeräumte Gelegenheit zur Meinungsäusserung und für die Berücksichtigung unserer Anliegen danken wir Ihnen bestens.

Der Schweizerische Gewerbeverband sgv, die Nummer 1 der Schweizer KMU-Wirtschaft, vertritt 230 Verbände und gegen 500'000 Unternehmen, was einem Anteil von 99.8 Prozent aller Unternehmen in unserem Land entspricht. Im Interesse der Schweizer KMU setzt sich der grösste Dachverband der Schweizer Wirtschaft für optimale wirtschaftliche und politische Rahmenbedingungen sowie für ein unternehmensfreundliches Umfeld ein.

Grundsätzliche Bemerkungen

Die Vorschläge der SGK-NR für eine einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen (EFAS) haben im Kreis unserer Mitgliedverbände ein gemischtes Echo ausgelöst. Die Stossrichtung der Vorlage wird zwar mehrheitlich begrüsst. Es gibt aber auch namhafte sgv-Mitgliedverbände, die die EFAS in der nun vorliegenden Form ablehnen. Heftig kritisiert wird dabei insbesondere die Absicht, die EFAS mit einer Zulassungssteuerung im ambulanten Bereich zu verknüpfen, um so den Widerstand der Kantone zu brechen oder zumindest zu verringern.

Seitens des sgv schliessen wir uns der Mehrheitsmeinung unserer Mitgliedverbände an und begrüssen die EFAS-Vorlage grundsätzlich. Nach unserem Dafürhalten ist es wichtig, dass endlich konkrete Schritte unternommen werden, um die systembedingten Fehlanreize zu eliminieren, die sich aufgrund der unterschiedlichen Finanzierungsmechanismen für ambulante und stationäre Leistungen ergeben. Der sgv macht seine Zustimmung allerdings von folgenden Bedingungen abhängig:

- Auf eine Verknüpfung der EFAS-Vorlage mit einer Zulassungssteuerung sowie weitergehenden Steuerungen des ambulanten Bereichs wie beispielsweise Leistungsaufträge ist zu verzichten;
- Es müssen faire Wettbewerbsbedingungen für die Leistungserbringer und die Versicherer geschaffen oder zumindest gefördert werden;
- Die aus Governance-Überlegungen sehr problematische Vielfachrolle der Kantone ist zu verbessern;
- Privatversicherte dürfen nicht zusätzlich benachteiligt werden.

Bemerkungen zu einzelnen Gesetzesbestimmungen**Art. 18 Abs. 2^{sexies}, 2^{octies} Gemeinsame Einrichtung**

Hinsichtlich der Verteilung der Mittel der Kantone auf die einzelnen Versicherer ist dem sgv wichtig, dass ein administrativ einfaches, kostengünstiges und transparentes Verfahren gewählt wird. Die von der Kommission vorgeschlagene Verteilung der Mittel via die gemeinsame Einrichtung stellt aus Sicht des sgv einen gangbaren Weg dar. Wir bitten die Kommission, aber auch noch alternative Lösungsansätze eingehender zur prüfen. Dabei denken wir insbesondere an die direkte Überweisung der Kantonsbeiträge auf Stufe der einzelnen Kantone an die dort tätigen Versicherer.

Den Minderheitsantrag zu Abs. 2^{octies} lehnt der sgv dezidiert ab. Es wäre ineffizient und mit unnötigen Mehrkosten verbunden, wenn auch noch die gemeinsame Einrichtung damit beauftragt würde, Daten zu kontrollieren.

Art. 49a Vertragsspitäler und -geburtshäuser

Wir unterstützen ausdrücklich den Vorschlag der Kommissionsmehrheit. Der Beitrag, den die Versicherer zu leisten haben, ist zwingend dem neuen Kostenteiler gemäss Art. 60 Abs. 4 anzupassen. Würde darauf verzichtet, hätte dies eine klare Benachteiligung der Vertragsspitäler und -geburtshäuser zur Folge, die wir nicht tolerieren könnten. Der Minderheitsantrag ist daher abzulehnen.

Art. 60 Berechnung Kantonsbeitrag

In Abs. 3 wird vorgeschlagen, dass zur Berechnung des Kostenanteils der Versicherten die Nettoleistungen zu berücksichtigen sind. Bei der Berücksichtigung der Nettokosten trägt der Kanton bei gleicher Leistung weniger zu den Gesundheitskosten von Versicherten mit hoher Franchise bei als zu denjenigen der Versicherten, die sich für die ordentliche Franchise entschieden haben. Die Folge ist eine Ungleichbehandlung der Versicherten. Seitens des sgv beantragen wir daher, dass sich die Berechnung des Kostenanteils der Versicherten auf die Bruttokosten abstützt.

Falls die SGK-NR beim Ansatz bleibt, gemäss dem die Mittel der Kantone via gemeinsame Einrichtung auf die Versicherer zu verteilen sind, treten wir dafür ein, dass die Daten zur Berechnung des Kantons- und Bundesanteils direkt an die gemeinsame Einrichtung geliefert werden. Eine Datenlieferung an die Kantone erachten wir als unnötig, weshalb wir beantragen, die Absätze 6 und 7 wie folgt zu formulieren:

- 6 *Der Bund, die Kantone und die Versicherer übermitteln der gemeinsamen Einrichtung die Daten, die für die Berechnung des Kantonsbeitrags und des Bundesbeitrags nötig sind. Der Bundesrat regelt die Einzelheiten.*
- 7 *Die Kantone und der Bund entrichten ihren Beitrag der gemeinsamen Einrichtung (Art. 18).*

Art. 60a Aufteilung auf die Versicherer

Wir unterstützen den Vorschlag der Kommissionsmehrheit. Eine von Polynomics erstellte Studie hat ergeben, dass der Ansatz der Kommissionsmehrheit die Anreize zur Risikoselektion reduziert und nicht zu einem erhöhten Reservebedarf führt. Der Ansatz der Kommissionsminderheit würde das finanzielle Risiko der Krankenversicherer erhöhen und Unsicherheiten bei der Prämienberechnung schaffen. Dies gilt es nach unserem Dafürhalten zu verhindern.

Für die Berücksichtigung unserer Stellungnahme danken wir Ihnen bestens.

Freundliche Grüsse

Schweizerischer Gewerbeverband sgv



Hans-Ulrich Bigler
Direktor, Nationalrat



Kurt Gfeller
Vizedirektor



Kommission für soziale Sicherheit und
Gesundheit des Nationalrates
3003 Bern

Per Mail: abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Bern, 25. Juni 2018

Pa.lv. 09.528 «Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus»

Sehr geehrter Herr Kommissionspräsident
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Einladung, an der Vernehmlassung zum oben genannten Geschäft teilzunehmen.

Wir bedauern, Ihnen mitteilen zu müssen, dass wir trotz der unbestrittenen Bedeutung der Vorlage aus Kapazitätsgründen auf eine Teilnahme verzichten müssen.

Besten Dank für Ihr Verständnis.

Freundliche Grüsse

Schweizerischer Städteverband
Direktorin

Renate Amstutz

Zurich, le 14 septembre 2018

Commission de la sécurité sociale
et de la santé publique
CH – 3003 Berne

Par courriel : abteilung-
leistungen@bag.admin.ch

Réponse du Syndicat suisse des services publics à la consultation fédérale relative à l'initiative parlementaire 09.528. Financement moniste des prestations de soins

Madame, Monsieur,

Le Syndicat suisse des services publics vous remercie de l'avoir consulté sur le projet cité en rubrique et vous fait part, ci-après, de ses déterminations.

Nous nous permettons de vous transmettre nos remarques sans passer par le formulaire joint à la documentation.

Notre syndicat rejette complètement l'avant-projet pour les motifs mentionnés ci-dessous :

De manière générale, cette initiative modifierait drastiquement le système de santé. Une telle réforme fondamentale du système impliquerait de:

- Modifier les flux financiers de manière conséquente en transmettant aux caisses maladie la responsabilité du financement.
- Confier la gestion des factures – et donc leur contrôle – aux seules caisses maladie, sans que les cantons ne puissent intervenir.
- Financer les soins ambulatoires selon le principe des soins stationnaires en obligeant les cantons – par le biais de l'impôt – à une participation directe, sans contrepartie d'aucune sorte.

Nous la refusons principalement pour les motifs suivants :

1. Perte de contrôle des cantons

- Les cantons, dans ce projet, perdent tout moyen de contrôle du système de santé pour être réduits au rôle d'agent payeur. Or, les cantons sont seuls garants d'un fonctionnement démocratique garantissant des soins à l'ensemble de la

population sans discrimination d'aucune sorte. Par ailleurs, cette perte de contrôle signifie aussi que les autorités cantonales n'auraient plus accès aux données sensibles du domaine de la santé dans le secteur hospitalier. Or, ces données sont particulièrement intéressantes et utilisables par les assureurs dans un but de marketing et pour améliorer le tri des patients selon des catégories plus ou moins rentables.

- La surveillance des assureurs, de notre point de vue totalement lacunaire en l'état - n'en est pas améliorée par le projet. Au contraire, le droit de recours des cantons est tout simplement supprimé (art. 79a).
- Les caisses maladie seraient les grandes gagnantes de cette révision, alors que l'opacité continue de régner dans leur imbrication entre assurance de base et assurances complémentaires. Ces organismes ne sont pas des instances élues sous contrôle démocratique : leur confier les rênes du système de santé est une incohérence dans la logique de services publics qui doit prévaloir pour le secteur de la santé.

Une telle révision signifie la redistribution d'environ 8 milliards de francs aux assureurs.

- En 2012, le peuple avait très massivement rejeté la révision de la Loi sur l'assurance maladie (Réseaux de soins) votée par les chambres fédérales le 30 septembre 2011. Le rôle prépondérant que les caisses maladie auraient pu prendre avec ce système était au cœur du rejet. Nous estimons que la présente initiative tente encore une fois de renforcer le pouvoir des caisses maladie. Le rapport mentionne d'ailleurs le fait que les modèles « d'assurance avec coordination des soins » - autrement dit les réseaux de soins - devraient être renforcés. Ces modèles, qui sont déjà proposés par les assureurs pour réduire les primes, servent fondamentalement à limiter l'accès aux soins (liste de thérapeutes et de médecins agréés, par exemple). Les soi-disant bénéfices thérapeutiques n'ont jamais été prouvés, pas plus que leur économicité, par ailleurs. La coordination des soins se fait tout aussi bien en dehors des « réseaux de soins » proposés par les assureurs.
- Le rapport indique encore que les cantons ne pourront plus rémunérer directement les fournisseurs de prestations (comme ils le font aujourd'hui avec les hôpitaux publics). Ils devront verser directement à l'institution commune (une institution commune des assureurs) leur participation. Cela signifie que les cantons perdent la maîtrise actuelle du financement hospitalier en même temps qu'ils ne gagnent aucune compétence dans le secteur ambulatoire ! La question des PIG reste confuse dans le rapport. Il indique que ces prestations ne relèvent pas de la LAMal. Les prestations d'intérêt général sont pourtant bel et bien mentionnées dans la loi comme possibilité pour les cantons de financer des prestations particulières. Comment les cantons pourraient-ils piloter – dans le sens d'organiser – des soins suffisants et accessibles à toute la population dans un tel contexte ? C'est mission impossible.

En conclusion, le fait de concentrer davantage les données sensibles et les fonds chez les assureurs accentuerait les faiblesses déjà bien connues de notre système de santé: la pression financière sur les prestataires de soins augmenterait et, avec elle, les risques de

soins insuffisants, de mauvaise qualité, voire inaccessibles pour une partie de la population.

2. Aucun effet sur les primes d'assurance maladie

Avant la lecture du projet, nous imaginions qu'une attention toute particulière serait accordée à la nécessaire réduction des primes d'assurance maladie pour les familles modestes. Ces primes devenues sont devenues insupportables pour une large partie des travailleuses et travailleurs de notre pays, elles sont à la base de privation de soins pour ces mêmes catégories (choix de franchises trop élevées qui freinent les consultations, par exemple). Or nous constatons avec surprise que l'effet escompté de cette initiative est mal maîtrisé. En effet, il est indiqué (page 17) que « les primes des jeunes adultes diminueront légèrement avec l'introduction du financement uniforme, celles des autres adultes augmenteront légèrement ». Plus loin, « on peut donc s'attendre à ce que, dans les faits, il n'y ait aucune conséquence sur les assurés » ! En revanche, nous pouvons lire plus loin (page 22) que les primes des assurances complémentaires pourraient être réduites ! Enfin, la participation directe des assurés serait plus importante qu'aujourd'hui (page. 26). Le bilan pour les payeurs de primes modestes est par conséquent totalement négatif.

Une réforme aussi profonde de la LAMal qui ne prend pas au sérieux l'inégalité de traitement sur laquelle repose le financement du système de santé n'est simplement pas acceptable.

Notre syndicat se bat depuis de nombreuses années pour que le système de financement des primes sorte de cet absurde principe de la « prime par tête » sans lien avec la capacité financière des assurés. Certes le système des subventions modère quelque peu le défaut principal de la LAMal mais il ne le règle pas sur le fond. Une révision de la LAMal doit prendre en compte cet élément.

3. Aucune contrepartie au financement public

Dans le secteur des soins stationnaires notre syndicat milite pour que la participation financière des cantons soit conditionnée au respect de règles en matière de conditions de travail. Plus précisément, nous revendiquons le respect des lois sur le personnel et de Conventions collectives de travail en contrepartie d'un financement public. A défaut d'une telle réglementation, la concurrence entre les employeurs (hôpitaux) d'une même région est exacerbée. Depuis l'entrée en vigueur du nouveau mode de financement hospitalier (soins aigus) en 2011, nous avons constaté une massive détérioration des conditions de travail. Pour être plus avantageux en termes de coûts (les préoccupations de qualité restant marginales), les employeurs ont tenté de réduire leurs coûts en faisant pression sur le personnel : baisse de salaire, augmentation de rythmes de travail, diminution des dotations en personnel et baisse de la qualité des soins. Notre bilan de ce nouveau mode de financement est totalement négatif : aucun correctif n'est apporté par cette initiative qui ignore complètement le sort du personnel soignant. Nous constatons que cette initiative s'attache principalement aux flux financiers, sans prendre en compte l'organisation des soins. On y lit beaucoup le nécessaire transfert du stationnaire vers l'ambulatoire, pour des questions de coûts principalement.

Nous sommes persuadés que l'initiative si elle est concrétisée va accentuer les mauvaises conditions de travail dans notre secteur et provoquer de graves dégâts à notre système de santé. Les caisses maladie – dont la principale préoccupation est financière – vont utiliser leur nouveau pouvoir pour mettre encore davantage de pression sur les

fournisseurs de soins de base. Eventuellement, elles pourront mieux vendre leurs assurances complémentaires qui devront pallier la baisse de qualité des soins dans le secteur public.

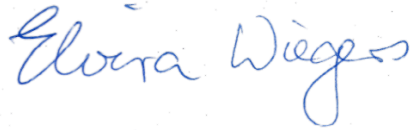
C'est donc le renforcement d'une médecine à deux vitesses que cette réforme va promouvoir. En conclusion, nous y sommes fondamentalement opposés.

Nous vous remercions de l'attention que vous porterez à la présente et vous prions de croire, Madame, Monsieur, à l'expression de nos sentiments distingués.

B. Rosende, secrétaire centrale



E. Wiegers, secrétaire centrale





Av. C.-F. Ramuz 70
Case postale 532
1009 Pully
www.assura.ch

P.P. 1009
Pully

LA POSTE 



Département : Direction
Traité par : D. Wiedmer
Tél. : 021 721 44 02
E-mail : dwiedmer@assura.ch

Commission de la sécurité sociale et
de la santé publique
3003 Berne

Pully, le 14 septembre 2018

09.528 Initiative parlementaire « Financement moniste des prestations de soins »

Monsieur le Président,
Mesdames et Messieurs les Commissaires,

Dans le délai imparti au 15 septembre 2018, nous avons l'avantage de vous communiquer nos remarques et observations sur l'avant-projet concernant l'introduction d'un financement uniforme des prestations stationnaires et ambulatoires.

L'avant-projet soumis en consultation propose une nouvelle répartition des sources de financement des prestations de soins sans toutefois s'attaquer à la maîtrise de l'augmentation des coûts. En outre, les mécanismes de répartition des contributions imaginés par la Commission augmentent l'opacité du système et le complexifient sans réelle valeur ajoutée. Dès lors, Assura ne soutient pas l'avant-projet tel que présenté pour les motifs suivants.

Assura regrette que la Commission n'ait pas retenu la mesure proposée par le Conseil fédéral dans le cadre de la stratégie « Santé2020 » où, dans la fiche info 4.2.2. « Mettre en place de nouvelles solutions de pilotage », il évoquait comme première mesure : « l'augmentation de la part des cantons dans le financement des prestations hospitalières non ambulatoires ».

En outre, Assura aurait souhaité que des mesures d'accompagnement contraignantes, telles que celles qui sont notamment prévues par le rapport d'experts du 24 août 2017, fassent partie du projet soumis en consultation.

Assura relève également que le financement uniforme des prestations devrait être subordonné au projet d'admission des fournisseurs de prestations (18.047) qui donne aux Cantons des moyens pour dimensionner l'offre de soins, notamment dans le domaine ambulatoire. Elle se réjouit que la Commission ait d'elle-même lié ces dossiers.

En conséquence, si au point de vue du système de santé global, des économies peuvent être réalisées et doivent être saluées, l'avant-projet soumis en consultation décharge financièrement principalement les cantons sans avoir une influence significative sur les primes des assurés.

En outre, le dispositif prévu pourrait même aboutir à une augmentation des interventions en stationnaire, à l'inverse du but recherché. Dans le contexte d'un transfert des prestations de l'hospitalier stationnaire vers l'hospitalier ambulatoire, le financement uniforme entraînerait une diminution des revenus des hôpitaux. Certains cantons propriétaires d'hôpitaux pourraient alors être incités à augmenter les hospitalisations stationnaires pour maintenir des revenus suffisants et ne pas avoir à subventionner ces infrastructures.

En tout état de cause, Assura soutient d'une manière générale le transfert des prestations stationnaires vers l'ambulatoire, lorsque cela est judicieux du point de vue médical, puisque les prestations fournies en ambulatoire sont généralement meilleur marché. Toutefois Assura n'en attend pas un impact direct sur les coûts à charge de l'assurance obligatoire des soins.

Pour le cas où la Commission entendait malgré tout maintenir le projet de financement uniforme des prestations stationnaires et ambulatoires, Assura demande que les points suivants soient pris en compte:

- La facturation des prestations doit se faire à l'attention des assureurs-maladie en tant que monistes et financeurs (tiers payant) ou à l'assuré (tiers garant) et non selon un système dual fixe, les assureurs devant contrôler l'économicité des prestations fournies ;
- Les contributions publiques (contributions cantonales aux prestations stationnaires) doivent rester dans le système de la LAMal ;
- Les contributions cantonales doivent être versées aux assureurs-maladie selon les coûts bruts (c'est-à-dire y compris les participations aux coûts des assurés) ; sans quoi les cantons défavoriseraient les assurés ayant des hautes franchises, les coûts payés par eux ne rentrant pas dans le calcul des contributions cantonales ;
- Les contributions cantonales ne doivent pas être intégrées à la compensation des risques (comme le voudrait la minorité), dénaturant encore plus le système péréquatif mis en place entre les assureurs. En effet, le risque financier augmenterait en raison de l'incertitude des montants à verser et affecterait ainsi le calcul des primes ;
- L'institution commune LAMal ne doit pas être chargée du processus de répartition des contributions cantonales, la gestion pouvant très bien se faire entre les assureurs et les cantons, sans créer une structure administrative onéreuse supplémentaire ;
- La proposition de la minorité prévoyant une répartition des contributions cantonales par forfaits doit être refusée car elle ne garantit pas la stabilité du système et surtout ne reflète pas les coûts effectifs supporté par les assureurs ;
- Les contributions des cantons pour les soins de longue durée (EMS et aide et soins à domicile) ne doivent pas être incluses dans le modèle de financement uniforme comme le souhaite la Conférence des directeurs de la santé (CDS).
- En cas d'acceptation de ce projet de loi, son entrée en vigueur doit être impérativement liée à celle du projet de loi portant sur l'admission des fournisseurs de prestations (18.047).

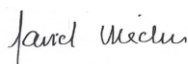
Les commentaires d'Assura concernant les articles de l'avant-projet sont intégrés dans le document de consultation.

En vous remerciant de l'attention portée à notre prise de position, nous vous adressons Monsieur le Président, Mesdames et Messieurs les Commissaires, notre considération distinguée.

Assura-Basis SA



Vincent Hort
Secrétaire général



Daniel Wiedmer
Pôle système santé

Annexe : formulaire de consultation

**Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal):
procédure de consultation**

Avis donné par

Nom / société / organisation : Assura Basis SA

Abréviation de la société / de l'organisation :

Adresse : Avenue C.-F. Ramuz 70

Personne de référence : Vincent Hort, Daniel Wiedmer

Téléphone : 021 721 44 02

Courriel : vhort@assura.ch

Date : 15 septembre 2018

Remarques importantes :

1. Nous vous prions de ne pas modifier le formatage de ce formulaire !
2. Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision/Protéger un document/Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.
3. Utilisez une ligne par article, alinéa et lettre ou par chapitre du rapport explicatif.
4. Veuillez faire parvenir votre avis au **format Word** d'ici au **15 septembre 2018** à l'adresse suivante : abteilung-leistungen@bag.admin.ch
5. Le champ « nom/société » n'est pas obligatoire.

Nous vous remercions de votre collaboration!

**Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal):
procédure de consultation**

Commentaires généraux sur le projet de révision et sur le rapport explicatif

nom/société	Commentaire / observation
Assura	L'avant-projet soumis en consultation propose une nouvelle répartition des sources de financement des prestations de soins sans toutefois s'attaquer à la maîtrise de l'augmentation des coûts. En outre, les mécanismes de répartition des contributions imaginés par la Commission augmentent l'opacité du système et le complexifie sans réelle valeur ajoutée. Dès lors, Assura ne soutient pas l'avant-projet tel que présenté pour les motifs suivants.
Assura	Remarques générale sur l'avant-projet. Assura regrette que la Commission n'ait pas retenue la mesure proposée par le Conseil fédéral dans le cadre de la stratégie « Santé2020 » où, dans la fiche info 4.2.2. « Mettre en place de nouvelles solutions de pilotage », il évoquait comme première mesure : « l'augmentation de la part des cantons dans le financement des prestations hospitalières non ambulatoires ». En outre, Assura aurait souhaité que des mesures d'accompagnement contraignantes, telles que celles qui sont notamment prévues par le rapport d'experts du 24 août 2017, fassent partie du projet soumis en consultation. En conséquence, si au point de vue du système de santé global, des économies peuvent ainsi être réalisées et doivent être saluées, le projet soumis en consultation décharge financièrement principalement les cantons sans avoir une influence significative sur les primes des assurés. Assura relève également que le financement uniforme des prestations devrait être subordonné au projet d'admission des fournisseurs de prestations (18.047) qui donne aux Cantons des moyens pour dimensionner l'offre de soins, notamment dans le domaine ambulatoire. Elle se réjouit que la Commission ait d'elle-même lié ces dossiers. Le dispositif prévu pourrait même aboutir à une augmentation des interventions en stationnaire, à l'inverse du but recherché. En effet, le transfert des prestations de l'hospitalier stationnaire vers l'hospitalier ambulatoire entraînera une diminution des revenus des hôpitaux. Certains cantons propriétaires d'hôpitaux pourraient être incités à augmenter les hospitalisations stationnaires pour maintenir des revenus suffisants et ne pas avoir à subventionner ces infrastructures. Assura soutient d'une manière générale le transfert des prestations stationnaires vers l'ambulatoire, lorsque cela est judicieux du point de vue médical puisque les prestations fournies en ambulatoire sont généralement meilleur marché. Toutefois Assura n'en attend pas un impact direct sur les coûts à charge de l'assurance obligatoire des soins.
Assura	Proposition sur l'avant-projet Pour le cas où la Commission entendait malgré tout maintenir le projet de financement uniforme des prestations stationnaires et ambulatoires,

Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal): procédure de consultation

	Assura demande que les points suivants soient pris en compte : - La facturation des prestations doit se faire à l'attention des assureurs-maladie en tant que monistes et financeurs (tiers payant) ou à l'assuré (tiers garant) et non selon un système dual fixe, les assureurs devant contrôler l'économicité des prestations fournies ; - Les contributions publiques (contributions cantonales aux prestations stationnaires) doivent rester dans le système de la LAMal ; - Les contributions cantonales doivent être versées aux assureurs-maladie selon les coûts bruts (c'est-à-dire y compris les participations aux coûts des assurés) ; sans quoi les cantons défavoriseraient les assurés ayant des hautes franchises, les coûts payés par eux ne rentrant pas dans le calcul des contributions cantonales . - Les contributions cantonales ne doivent pas être intégrées à la compensation des risques (comme le propose la minorité), dénaturant encore plus le système péréquatif mis en place entre les assureurs. En effet, le risque financier augmenterait en raison de l'incertitude des montants à verser et affecterait ainsi le calcul des primes ; - L'institution commune LAMal ne doit pas être chargée du processus de répartition des contributions cantonales. la gestion pouvant très se faire entre les assureurs et les cantons, sans créer une structure administrative onéreuse supplémentaire ; - La proposition de la minorité prévoyant une répartition des contributions cantonales par forfaits doit être refusée car elle ne garantit pas la stabilité du système et surtout ne reflète pas les coûts effectifs supporté par les assureurs ; - Les contributions des cantons pour les soins de longue durée (EMS et aide et soins à domicile) ne doivent pas être incluses dans le modèle de financement uniforme comme le souhaite la Conférence des directeurs de la santé (CDS - En cas d'acceptation de ce projet de loi, son entrée en vigueur doit être impérativement liée à celle du projet de loi portant sur l'admission des fournisseurs de prestations (18.047).
--	---

Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision / Protéger un document / Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.

**Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal):
procédure de consultation**

Commentaires concernant les articles individuels du projet de la révision et leurs explications					
nom/ société	art.	al.	let.	commentaire / observation :	Proposition de modification (texte)
Assura	16	3bis		Il n'est ni utile ni nécessaire de confier la gestion des contributions cantonales à l'Institution commune LAMal. Les modifications prévues aux art 16 al. 3bis 18 al. 2 sexies octies 18 al. 5 doivent être biffés. Les dispositions traitant du financement uniforme de prestations et du processus de redistribution des contributions cantonales doivent être introduites aux art. 60 et suivants	
	18	2 sexies		La méthode de calcul est réglée à l'art 60 al. 4 LAMal	
	18	2 octies		D'accord avec la proposition de la majorité, Rejeter la proposition de la minorité. Les données transmises par les assureurs ont été révisées par les organes statutaires. Un contrôle supplémentaire des données ne serait pas efficient ni justifié.	
	18	5		D'accord avec l'adaptation. Les modifications sont rendues nécessaires compte tenu du principe du financement uniforme des prestations	
	25a	2		D'accord avec la modification concernant le financement des soins aigus et de transition rendue nécessaire qui seront désormais financés par les assureurs-maladie comme les autres prestations stationnaires et ambulatoires	
	41	1 bis, 1ter,		D'accord avec l'adaptation. Les modifications sont rendues nécessaires compte tenu du principe du financement uniforme	

**Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal):
procédure de consultation**

		2bis à 2ter, 3, 3bis 4 2 ^e à 5 ^e phrase		des prestations.	
	42	2 quater		Nous renvoyons à la proposition de santé suisse demandant d'intégrer les travailleurs détachés dans des pays hors UE/AELE qui ont été omis	
	42	2 2 ^e phrase		D'accord avec la proposition. C'est toujours le tiers payant qui est applicable dans le domaine stationnaire	
	42	3		D'accord avec la proposition du projet. Les modifications sont rendues nécessaires compte tenu du principe du financement uniforme des prestations	
	49a			D'accord avec la proposition du projet, qui est conforme au nouveau système de financement uniforme soumis en consultation. la proposition de la minorité de limiter le montant de la rémunération par l'assurance de base à 45% est arbitraire.	
	51	1		Les modifications sont rendues nécessaires compte tenu du principe du financement uniforme des prestations	
	60	1		Introduire à l'art 60 et suivants les dispositions traitant du financement uniforme de prestations et du processus de redistribution des contributions cantonales D'accord avec la proposition du projet	
	60	2	b	La liste des prestations doit être complétée par les prestations au sens de l'art 34 al.2	b elles sont fournies en Suisse, sous réserve des exceptions prévues à l'art 34 al. 2 LAMal, aux assurés suivants :

**Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal):
procédure de consultation**

		3		L'al.3 définit les prestations sur lesquelles se fondent le calcul des contributions cantonales et fédérales. Assura demande que soient prises en compte les prestations brutes (franchises et quote-part au sens de l'art 64 LAMal) et non les prestations nettes. En effet, la contribution de 55% du canton aux prestations stationnaires se calcule sur les coûts bruts. Si l'on se fondait sur les coûts nets, les assurés supportant des coûts élevés du fait de hautes franchises seraient financés par les cantons dans un mesure moindre que les assurés avec de petite franchise	Art. 60 al.3 La contribution cantonale se calcule sur la base de l'al.2. sous déduction du produit des actions récursoires fondées sur l'art 72 al. 1 LPGa.
	60	4		Le taux de la contribution cantonale doit être adapté dans la mesure où la contribution cantonale se calcule sur les coûts bruts	
	60	5		cf. adjonction à l'art,41 al.4 LAMal	
	60	6		supprimer le renvoi à l'institution commune. Chaque assureur règle directement avec chaque canton le montant de la contribution cantonale sur la base des coûts définis à l'al. 3. Le Conseil fédéral règle les modalités.	
	60a			D'accord avec la proposition de la majorité. Rejeter la proposition de la minorité. Une répartition des contributions cantonales par forfaits ne garantit pas la stabilité du système et surtout ne reflète pas les coûts effectifs supporté par les assureurs. Enfin les contributions cantonales ne doivent en aucun cas être intégrées dans la compensation des risques.	

Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision / Protéger un document / Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.

6002 Luzern, PF 2568, G

Herr Kommissionspräsident
Thomas de Courten
Kommission für soziale Sicherheit und
Gesundheit
Bundeshaus
3003 Bern

Luzern, 10.09.2018 / GG

**Vernehmlassung zur Umsetzung der Parlamentarische Initiative 09.528
Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus**

Sehr geehrter Herr Kommissionspräsident
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir erlauben uns, Ihnen unsere Antwort auf die am 15. Mai 2018 eröffnete Vernehmlassung zur Umsetzung der Parlamentarische Initiative 09.528: *Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus* zukommen zu lassen.

Als grösster Krankenversicherer der Schweiz sehen wir uns in der Pflicht, zu dieser Vorlage Stellung zu nehmen, da die geplante Reform für unsere Kundinnen und Kunden und das Krankenversicherungssystem als solches von essentieller Relevanz ist. Seit Jahren sind die Gesundheitskosten in der Schweiz kontinuierlich am Steigen, umso wichtiger ist es nun endlich und zeitnah bestehende Fehlanreize bei der Finanzierung anzugehen. Mit der in der Vorlage vorgesehenen Einführung einer einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS), kann genau das bewerkstelligt werden. Die einheitliche Finanzierung erlaubt, dass einerseits die volkswirtschaftlich und aus Qualitätssicht sinnvolle Verlagerung in den ambulanten Bereich zu keiner Mehrbelastung des Prämienzahlers führt und andererseits die Einsparungen der integrierten Versorgungsmodelle auch im stationären Bereich zu 100 Prozent abgeschöpft und dem Prämienzahler mit entsprechenden Prämienrabatten in der Höhe von 6 Prozent – wie Berechnungen von polynomics bestätigen - weitergegeben werden können. Letzteres führt zu einer steigenden Attraktivität der integrierten Versorgungsmodelle und einer damit verbundenen Effizienzsteigerung im System.

Allerdings ist anzumerken, dass die Kantonsgelder zwingend risikobasiert verteilt werden müssen, um das angesprochene Effizienzpotential tatsächlich nutzen zu können. Es darf nicht sein, dass bei einer Reform des Gesundheitssystems wiederum nur ein halber Schritt getan wird. In einer Situation des stetigen Kostenwachstums wäre dies unverantwortlich.

Wir danken für die Berücksichtigung unserer Darlegungen in der Vernehmlassung. Für Fragen steht Ihnen Matthias Schenker, Leiter Abteilung Gesundheitspolitik (matthias.schenker@css.ch) gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse
CSS Versicherung



Philomena Colatrella
Vorsitzende der Konzernleitung



Matthias Schenker
Leiter Abteilung Gesundheitspolitik

Beilage: Ausgefülltes Antwortformular

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG):
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : CSS Versicherung

Abkürzung der Firma / Organisation : CSS

Adresse : Tribschenstrasse 21/ Postfach 2568/ 6002 Luzern

Kontaktperson : Matthias Schenker, Leiter Abteilung Gesundheitspolitik

Telefon : 058 277 14 29

E-Mail : matthias.schenker@css.ch

Datum : 10. September 2018

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG): Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
CSS	Position CSS Versicherung Als grösster Krankenversicherer der Schweiz sieht sich die CSS Versicherung in einer besonderen Verantwortung, das Gesundheitssystem für ihre Versicherten im Sinne hoher Qualität und tragbarer Kosten stetig weiterzuentwickeln. Das Gesundheitssystem in der Schweiz hat denn auch dringlichen Handlungsbedarf. Seit Jahren sind die Kosten zwischen vier und fünf Prozent am Steigen und die Prämienbelastung der Versicherten nimmt im gleichen Ausmass ständig zu. Die Gründe für den Kostenanstieg sind vielfältig. Diverse Studien anerkennen aber, dass im Schweizer Gesundheitswesen ein Effizienzpotential von rund 20 Prozent besteht. Ein wichtiger Beitrag zur Ausschöpfung dieses Effizienzpotentials kann hier u.A. die integrierte Versorgung und die Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich leisten. Die CSS Versicherung begrüsst aus diesen Gründen das Reformvorhaben der Einführung einer einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen respektive EFAS. Die einheitliche Finanzierung erlaubt, dass einerseits die volkswirtschaftlich und aus Qualitätssicht sinnvolle Verlagerung in den ambulanten Bereich zu keiner Mehrbelastung des Prämienzahlers führt und andererseits die Einsparungen der integrierten Versorgungsmodelle auch im stationären Bereich zu 100% abgeschöpft und dem Prämienzahler mit entsprechenden Prämienrabatten in der Höhe von 6 Prozent – wie Berechnungen von polynomics bestätigen - weitergegeben werden können. Letzteres führt zu einer steigenden Attraktivität der integrierten Versorgungsmodelle Was die CSS allerdings klar ablehnt, ist die Dual-Fixe-Finanzierung. Eine solche würde die Effizienzvorteile von EFAS durch eine Verdoppelung des Verwaltungsaufwands zunichtemachen und den positiven Effekt auf die integrierte Versorgung gar nicht erst ermöglichen. Weiter müssen die Kantonsgelder zwingend risikobasiert verteilt werden. Sollte dem nicht so sein, geht auch hier Effizienzpotential verloren. In einer Situation des stetigen Kostenwachstums wäre dies unverantwortlich. Das Reformvorhaben EFAS darf allerdings nicht die einzige Massnahme bleiben. Die CSS ist klar der Überzeugung, dass es weitere Schritte braucht, um das Kostenwachstum und die Qualität in den Griff zu bekommen. So begrüsst sie denn auch ausdrücklich die Stärkung der Selbstverantwortung, die Förderungen verbindlicher und sanktionierbarer Qualitätsvorgaben, die Umsetzung der Massnahmen des Expertenberichtes und als Ultima Ratio die Einführung einer Kostenbremse.
CSS	Fehlanreize vermeiden Die heutige duale Finanzierung schafft Fehlanreize bei der Verlagerung von stationären zu ambulanten Leistungen. Aus heutiger Sicht führt eine Verlagerung in den ambulanten Bereich – obwohl volkswirtschaftlich und aus Qualitätssicht sinnvoll – in vielen Fällen zu einer Mehrbelastung des

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG): Vernehmlassungsverfahren

	Prämienzahlers. Dies ist in einer Situation bereits stark steigender Kosten und Prämien nicht haltbar. Dieser Umstand kann mit EFAS überwunden werden. So haben mit EFAS die Kantone und die Prämienzahler ein Interesse an einer Verlagerung in den ambulanten Bereich.
CSS	Integrierte Versorgung Mit EFAS kann die integrierte Versorgung gefördert werden, denn mit EFAS wird es möglich, dass die Einsparungen der integrierten Versorgung vollständig den Versicherten in diesen Modellen weitergegeben werden. Mit der aktuellen dualen Finanzierung ist dies nicht möglich. Wird dank der integrierten Versorgung eine Hospitalisation verhindert, so kommen im aktuellen System nur 45% dieser Einsparungen dem Prämienzahler zugute. Aktuelle Berechnungen in einer von den drei Krankenversicherern CSS, Helsana und Swica bei polynomics in Auftrag gegebenen Studie zeigen, dass im heutigen System Einsparungen durch integrierte Versorgung in der Grössenordnung von 200 bis 450 CHF pro Versicherter in diesen Modellen resultieren, welche nicht an die Krankenversicherer gehen, sondern beim Kanton anfallen. Durch die Einführung von EFAS könnten die Versicherungsprämien von HMO-Versicherten damit um 6% reduziert werden. Entsprechend könnte mit EFAS das grosse Potential der integrierten Versorgung wesentlich besser ausgeschöpft werden, weil die eingesparten Kosten vollumfänglich an die Versicherten weitergegeben werden könnten. Dies würde die Attraktivität der alternativen Versicherungsmodelle zusätzlich steigern.
CSS	Keine dual-fixe-Finanzierung Die CSS lehnt eine dual-fixe Finanzierung klar ab. Eine solche würde den positiven Effekten – z.B. in der integrierten Versorgung -, die durch EFAS geschaffen werden, entgegenlaufen. Nur mit EFAS lässt sich der Leistungsbeitrag klar von den gemeinwirtschaftlichen Leistungen und der individuellen Prämienverbilligung abgrenzen und transparent machen. Weiter würde eine dual-fixe-Finanzierung zu einer Verdoppelung der Rechnungen und damit zu einem höheren Bürokratieaufwand führen.
CSS	Risikobasierte Verteilung der Kantonsgelder Gemäss einer Abschätzung des CSS Instituts sind bei einer nicht risikobasierten Verteilung der Kantonsgelder aufgrund von neuen Ineffizienzen mit Mehrkosten im hohen zwei- bis dreistelligen Millionenbetrag zu rechnen. Ein Umstand der hinsichtlich des ohnehin schon beträchtlichen jährlichen Kostenwachstums untragbar wäre. Deshalb setzt sich die CSS klar für eine risikobasierte Verteilung ein. Bei einer risikobasierten Verteilung werden diejenigen Versicherer belohnt, die ihre Versicherten qualitativ gut betreuen und in nachhaltige, bedürfnisorientierte Versicherungsmodelle investieren und so kurz- und langfristig zu günstigeren Kosten bei höherer Qualität im Gesamtsystem beitragen. Diesen Anreiz wiederum braucht es, damit die integrierte Versorgung noch mehr Schub erhält und EFAS die oben beschriebene positive Dynamik entfalten kann. Die so erzielten Kosteneinsparungen führen zu tieferen Prämien für die Versicherten.
CSS	Fazit

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG): Vernehmlassungsverfahren

	Die CSS begrüsst die zeitnahe Einführung der einheitlichen Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen EFAS. EFAS eliminiert die bestehenden finanziellen Fehlanreize und ebnet damit den Boden für eine effiziente und qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung. Damit bei der Verteilung der Kantonsmittel keine neuen Fehlanreize installiert werden, soll der kantonale Anteil analog den Prämien risikobasiert eingespiessen werden. Die CSS setzt sich seit vielen Jahren dafür ein, dass der Risikoausgleich eingeführt und weiter verfeinert wird. Dies mit dem Ziel, Risikoselektion konsequent zu unterbinden und den Wettbewerb auf Kosten und Qualität zu konzentrieren. Es gibt keinen sachlichen Grund, sich von diesem bewährten KVG-Instrument abzuwenden.
--	---

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG):
Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
CSS	60a			Risikobasierte Verteilung der Kantongelder Die Forderung nach einer risikobasierten Verteilung der Kantongelder entspricht dem Minderheitsantrag der SGK-N. Die CSS würde auch diesen begrüßen. Allerdings empfiehlt die CSS den Minderheitsantrag durch eine noch einfachere Variante zu ersetzen.	Art. 60a NEU 1 Die Gemeinsame Einrichtung teilt den Kantonsbeitrag und den Bundesbeitrag auf die einzelnen Versicherer auf. Dabei befolgt sie die Grundsätze des Risikoausgleichs nach Artikel 16 - 17a. 2 Für Versicherte, die vom Risikoausgleich nicht erfasst werden, entspricht der aufgeteilte Betrag den durchschnittlichen Kosten dieser Versicherten. 3 Der Bundesrat regelt die Einzelheiten.
CSS	60			Die CSS empfiehlt den Art. 60 KVG so anzupassen, dass die Daten zur Berechnung des Kantons- und Bundesbeitrags direkt an die Gemeinsame Einrichtung KVG geliefert werden. Von einer Datenlieferung an die Kantone ist abzusehen, da eine solche weder notwendig noch zweckmässig ist.	Art. 60 Abs. 1-5 gemäss Mehrheitsantrag SGK-N Abs. 6 & 7 NEU 6 Der Bund, die Kantone und die Versicherer übermitteln der Gemeinsamen Einrichtung die Daten, die für die Berechnung des Kantonsbeitrags und des Bundesbeitrags nötig sind. Der Bundesrat regelt die Einzelheiten. 7 Die Kantone und der Bund entrichten ihren Beitrag der Gemeinsamen Einrichtung (Art. 18).

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG):
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : CSS Institut für empirische Gesundheitsökonomie

Abkürzung der Firma / Organisation : CSS Institut

Adresse : Tribschenstrasse 21, 6002 Luzern

Kontaktperson : Prof. Dr. Konstantin Beck

Telefon : 058 277 12 73

E-Mail : konstantin.beck@css-institut.ch

Datum : 15. August 2018

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **15. September 2018** an folgende E-Mail Adresse:
abteilung-leistungen@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG):
Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
CSS Institut	Das CSS Institut begrüsst einen Übergang von der dualen Finanzierung stationärer Kosten zur einheitlichen Finanzierung, weil dadurch Preisverzerrungen zu Gunsten der teuren, stationären und zum Nachteil der i.d.R. günstigeren, ambulanten Pflege aufgehoben wird. Wie bereits bei vorangegangenen Stellungnahmen des CSS Instituts praktiziert, beschränken wir uns auf versicherungstechnische respektive gesundheitsökonomische Aspekte der Vorlage und verzichten bewusst auf eine politische Bewertung der Fragestellung. Aus den genannten Gründen fokussieren wir unsere Antwort auf die Minderheits- und Mehrheitsanträge zu den Artikeln 16 Abs. 3bis KVG und Art. 60a KVG.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG):
Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
CSS Institut	16	3bis		Art. 16 KVG steht im Kontext der Risikoausgleichsberechnung. Die Kommissionsmehrheit schlägt eine Berechnung der Risikoabgaben und der Ausgleichsbeiträge nach Abzug des Beitrags des Kantons an die Finanzierung der OKP nach Art. 60 KVG vor. Die Kommissionsminderheit schlägt eine Streichung dieser Bestimmung vor. Wir unterstützen in diesem Punkt den Entscheid der Kommissionsmehrheit und zwar gestützt auf zwei Argumentationen: (1) Grundsätzlich ist es Sinn und Zweck des Risikoausgleichs (RA) den Versicherer vor vorhersehbaren, überdurchschnittlich teuren Kosten zu schützen, damit er sich nicht selber mit dem Mittel der Risikoselektion vor solchen Kosten schützt. Werden nun aber Teile der vorhersehbaren Kosten subventioniert, muss der Versicherer nicht mehr vor dem subventionierten Teil der Kosten geschützt werden. Dieser Teil der Kosten spielt für den Versicherer gar keine Rolle mehr, weil er auf Grund der Subvention nicht mehr für diesen Teil der Kosten aufkommen muss. Das Instrument, das den Versicherer vor vorhersehbaren hohen Kosten schützt, ist der RA. Der RA hat sich somit auf die für den Versicherer relevanten Kosten zu beschränken. Es ist deshalb richtig, dass die Kommissionsmehrheit die Berechnung des RA erst <i>nach</i> Abzug des Kantonsbeitrags vorsieht, weil der RA andernfalls Kosten berücksichtigen und umverteilen würde, die	Aus den genannten Gründen unterstützen wir die Formulierung der Kommissionsmehrheit.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG):
Vernehmlassungsverfahren**

			für das Verhalten des Versicherers gar keine Rolle spielen. (2) In einer mathematischen, allgemeingültigen Herleitung kann der Schreibende nachweisen, dass eine Berücksichtigung der subventionierten Kosten im RA (wie sie die Kommissionsminderheit vorschlägt) beim Versicherer zu Anreizverzerrungen führt. Versicherer von Personen mit vielen Spitalaufenthalten können in diesem Fall (nach der Korrektur ihres Kostennachteils durch den RA) ihre Prämien zusätzlich und stärker senken als Versicherer von Personen mit relativ wenig Spitalaufenthalten. Genau diese Anreiz-Verzerrung will der Gesetzgeber aufheben. Darum ist es logisch zwingend, dass der RA nach Abzug der Kantonsbeiträge berechnet wird (wie es die Kommissionsmehrheit vorschlägt).	
CSS Institut	60a		Die Kommissionsmehrheit schlägt vor, Kantons- und Bundesbeiträge entsprechend der Kosten der einzelnen Versicherer auf die Versicherer aufzuteilen. Dieses Vorgehen hätte zur Folge, dass Versicherer, die weniger stark auf die Kosten achten und ihre Kosten überproportional ansteigen lassen, durch eine entsprechend höhere Zahlung an Kantonsbeiträgen belohnt werden, während Versicherer, die besser auf die Kosten achten, durch eine geringere Zahlung an Kantonsbeiträgen bestraft werden. Die Anreize wären also falsch gesetzt. Versicherer, die überdurchschnittliche Kosten als Folge einer kränkeren Versichertenstruktur aufweisen, werden bereits vom Risikoausgleich subventioniert und müssen ebenfalls nicht noch einmal überproportional bei der Zuteilung der Kantonsbeiträge berücksichtigt werden. Die Kommissionsminderheit schlägt eine pauschale Auszahlung der Kantonsbeiträge pro Kopf der Versicherten vor. Diese wird (gemäss Ziff. 2 lit. a-d) auf vier verschiedene Versichertengruppen abgestuft (und zusätzlich pro europäischem Land). Die	Aus den genannten Gründen unterstützen wir die Formulierung der Kommissionsminderheit.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG):
Vernehmlassungsverfahren**

				Auszahlung als Pauschale pro Kopf wie auch die Abstufung der Pauschalen sind sachlogisch korrekt. Es kann mathematisch bewiesen werden, dass eine risikogerechte Zuteilung der Kantonsbeiträge über den RA (wie sie Prof. Leu vorgeschlagen hat (vgl. Fussnote 7 im erläuternden Bericht der Kommission)) und eine pauschale Zuteilung pro Kopf zum selben, fairen und anreizneutralen Resultat führt. Die Zuteilung mittels Pauschalen hat zudem den Vorteil, dass Gruppen, die im RA nicht berücksichtigt werden (z.B. sämtliche Kinder und gewisse, im Ausland wohnhafte Personen), gestützt auf Ziff. 2 lit. a-d ebenfalls berücksichtigt werden können.	
--	--	--	--	---	--

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.



curafutura

Die innovativen Krankenversicherer
Les assureurs-maladie innovants
Gli assicuratori-malattia innovativi

Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit des Nationalrats
CH-3003 Bern

per E-Mail an: abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Bern, 3. September 2018

09.528 Parlamentarische Initiative. Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus.

Sehr geehrter Herr Kommissionspräsident
Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 15. Mai 2018 laden Sie uns ein, an der Vernehmlassung zum Vorentwurf zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) unter dem Titel «Einheitliche Finanzierung der Leistungen im ambulanten und im stationären Bereich» in Umsetzung der oben genannten Parlamentarischen Initiative teilzunehmen, wofür wir uns bedanken. Die einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen (EFAS) ist eine der wichtigsten und grundlegenden Reformen unseres Gesundheitswesens. Gerne nehmen wir dazu wie folgt Stellung:

Position curafutura

curafutura unterstützt die Einführung der einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS). Der unbestrittene finanzielle Fehlanreiz an der Schnittstelle stationär/ambulant hat Fehl- und Überversorgung zur Folge. EFAS ist eine wichtige Reform, um unser Gesundheitssystem in Richtung mehr Effizienz und Qualität weiter entwickeln zu können und um Fehlanreize zu vermeiden. Mit EFAS wird die Verlagerung vom stationären in den kostengünstigeren ambulanten Bereich sozialverträglich vorangetrieben. Weil EFAS zudem alternative Versicherungsmodelle noch attraktiver macht, verleiht sie der Integrierten Versorgung zusätzlichen Schub.

Im Hinblick auf die konkrete Umsetzung ist es zentral, ein Finanzierungsmodell zu wählen, welches das Effizienzpotenzial von EFAS optimal entfaltet. curafutura spricht sich darum für eine Verteilung der Kantonsbeiträge via Risikoausgleich aus. curafutura empfiehlt jedoch eine einfachere und schlankere juristische Lösung, die im Ergebnis dem Modell im Minderheitenantrag entspricht.

Eine Entwicklung Richtung dual-fixe Finanzierung über alle Leistungen lehnt curafutura dezidiert ab, da damit das Effizienzpotential von EFAS zunichte gemacht würde.

Begründung

Gleiche Anreize für alle Akteure

Kantone, Leistungserbringer und Versicherer haben heute teils entgegengesetzte Anreize, die zu Verzerrungen bei der Wahl der gesamtwirtschaftlich effizienten Therapieform führen können. Solange eine ambulant durchgeführte Operation und Behandlung mehr kostet als 45 % der Kosten einer medizinisch gleichwertigen stationären Durchführung, können gesamtwirtschaftliche Einsparungen durch konsequentes «ambulant vor stationär» Prämienerhöhungen zur Folge haben. Eine Krankenversicherung hat deshalb heute nur bedingt ein Interesse daran, konsequent auf den Grundsatz «ambulant vor stationär» zu setzen, weil sie damit gegen die Interessen der Versicherten handeln würde. Mit EFAS ergeben sich für alle Beteiligten ohne Einbusse der Versorgungsqualität bessere Anreize, die effizienteste Versorgung zu wählen, was insgesamt zu geringeren Gesamtkosten führt.

Schub für Integrierte Versorgung

Immer mehr Versicherte schliessen sich freiwillig Integrierten Versorgungsnetzen an. Dort können sie im Vergleich zum Standard-Versicherungsmodell von tieferen Prämien profitieren, weil dank der Integrierten, gut koordinierten Versorgung Patientinnen und Patienten bedürfnisorientiert und gezielter behandelt und unnötige Spitalaufenthalte reduziert werden können. Die so in Integrierten Versorgungsnetzen erzielten Einsparungen kommen diesen Versicherten mit der heutigen ungleichen Finanzierung aber nur teilweise zugute. Das liegt daran, dass mit den Steuergeldern der Kantone nur stationäre Leistungen mitfinanziert (55 %) werden, nicht aber ambulante, und die Kantons Gelder somit heute in Versicherungsmodelle mit hoher Anzahl an stationären Aufenthalten fliessen. Mit EFAS wird eine grössere Einsparung der Integrierten Versorgungsmodelle ausgewiesen, weil die Kantons Gelder gleichermassen auf die verschiedenen Versicherungsmodelle verteilt werden. Das erlaubt, grössere Rabatte auf die Prämien derjenigen Versicherten zu gewähren, welche sich für ein Modell der Integrierten Versorgung entschieden haben. Durch die tieferen Prämien werden Versicherungsmodelle der Integrierten Versorgung noch attraktiver – EFAS verleiht der Integrierten Versorgung zusätzlichen Schub. So können unter dem Strich mehr Einsparungen bei tendenziell besserer Betreuung realisiert werden.

Sozialverträgliche Verlagerung der Leistungen in den ambulanten Bereich

Die bereits heute stattfindende zunehmende Verlagerung von mehrheitlich steuerfinanzierten stationären hin zu prämienfinanzierten ambulanten Leistungen muss aktuell allein von den Prämienzahlenden geschultert werden. Da Prämien im Unterschied zu Steuern nicht einkommensabhängig sind (solidarische Einheitsprämie), werden durch die Verlagerung in den prämienfinanzierten Bereich tiefe und mittlere Einkommen im Verhältnis stärker belastet. Die zunehmend medizinisch möglich werdende, gesamtwirtschaftlich sinnvolle und politisch gewollte Verlagerung von stationär zu ambulant wird mit einer Mitbeteiligung der Kantone an der Finanzierung der ambulanten Versorgung sozialverträglich gemacht.

Aus obengenannten Gründen unterstützt curafutura die Vorlage zur Einheitlichen Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen als wichtige und notwendige gesundheitspolitische Reform.

Risikobasierte statt kostenbasierte Verteilung der Kantonsmittel

Die Mehrheit der SGK-N schlägt vor, die Steuermittel proportional zu den effektiven Kosten des einzelnen Versicherers auszuschütten (kostenbasiertes Modell). curafutura lehnt dieses Modell ab, denn der Risikoausgleich bleibt bei diesem Modell für die kantonalen Mittel ausgeklammert. So würde jeder Krankenversicherer einen Kantonsbeitrag von 25,5 % (respektive den fixen und national einheitlich festgelegten

prozentualen Mindestfinanzierungsanteil) an seine individuellen Kosten pro versicherte Person erhalten – unabhängig davon, ob er kostengünstig arbeitet oder nicht. Die Versicherer unterliegen so nicht zu 100 % dem Benchmark der Gesamtdurchschnitts-Nettoleistungen der Branche. Die (In)-Effizienz eines Versicherers bzw. die Bemühungen, für die Versicherten bedürfnisorientierte und nachhaltige Modelle anzubieten (z. B. für chronisch kranke Personen), wäre nur teilweise wettbewerbsrelevant und die erzielten Kosteneinsparungen würden so nur teilweise prämienwirksam. Faktisch würden Versicherer, welche im Sinne ihrer Versicherten kostengünstig arbeiten, mit einem solchen Vorgehen bestraft.

curafutura fordert aus diesen Gründen, die kantonalen Steuermittel pro Kanton proportional zu den Durchschnittskosten der jeweiligen Risikogruppe zu verteilen. Der Kantonsbeitrag unterliegt damit – genauso wie die Prämien – dem Risikoausgleich. Der Risikoausgleich hält das Interesse der Versicherer an einer kostengünstigen Leistung bei gleichbleibend hoher Qualität aufrecht. Wenn alle Gelder aus Prämien und Steuern der Methodik des Risikoausgleichs unterliegen, fördert das die Effizienz aller Versicherer zu 100 %: Mit einer risikobasierten Einspeisung der Kantonsmittel hätten alle Versicherer – unabhängig von ihrer Risikostruktur – den Anreiz, kostengünstig zu arbeiten und in nachhaltige, bedürfnisorientierte Versicherungsmodelle zu investieren. Diesen Anreiz wiederum braucht es, damit die Integrierte Versorgung noch mehr Schub erhält und EFAS die oben beschriebene positive Dynamik entfalten kann. Die so erzielten Kosteneinsparungen führen zu tieferen Prämien für die Versicherten.

Die risikobasierte Einspeisung der kantonalen Mittel kann in bereits etablierte und bewährte Prozesse der Gemeinsamen Einrichtung KVG (GE-KVG) integriert werden: Die GE-KVG stellt jedem Kanton seinen Anteil von 25,5 % in Rechnung. Die dafür zugrundeliegenden Daten sind aufgrund bestehender Prozesse innerhalb der GE-KVG – die eng durch Gesetz und Verordnung geführt ist – plausibilisiert und revidiert.

Risikobasierte Verteilung auf einfache Art rechtlich verankern

Die Forderung nach einer risikobasierten Verteilung der Kantons Gelder entspricht einem Minderheitsantrag der SGK-N. Allerdings empfiehlt curafutura, den umfassenden und komplexen Minderheitsantrag durch eine einfachere, schlankere Variante zu ersetzen, die sich im Ergebnis gleich auswirkt. Der Verband empfiehlt, Art. 60a KVG folgendermassen anzupassen: ¹

Art. 60a (risikobasierte Aufteilung) NEU

¹ Die Gemeinsame Einrichtung teilt den Kantonsbeitrag und den Bundesbeitrag auf die einzelnen Versicherer auf. Dabei befolgt sie die Grundsätze des Risikoausgleichs nach Artikel 16 – 17a.

² Für Versicherte, die vom Risikoausgleich nicht erfasst werden, entspricht der aufgeteilte Betrag den durchschnittlichen Kosten dieser Versicherten.

³ Der Bundesrat regelt die Einzelheiten.

Des weiteren empfiehlt curafutura, Art. 60 KVG anzupassen, so dass die Daten zur Berechnung des Kantons- und Bundesbeitrags direkt an die Gemeinsame Einrichtung KVG geliefert werden. Eine Datenlieferung an die Kantone würde einer Doppelerhebung gleichkommen und damit der Charta der öffentlichen Statistik Schweiz widersprechen. curafutura erachtet diese deshalb als nicht zielführend.

Art. 60 Berechnung, Abs. 6 & 7 NEU

⁶ Der Bund, die Kantone und die Versicherer übermitteln der Gemeinsamen Einrichtung die Daten, die für die Berechnung des Kantonsbeitrags und des Bundesbeitrags nötig sind. Der Bundesrat regelt die Einzelheiten.

⁷ Die Kantone und der Bund entrichten ihren Beitrag der Gemeinsamen Einrichtung (Art. 18).

¹ Rechtlich geprüft durch Prof. Dr. Ulrich Kieser



curafutura

Die innovativen Krankenversicherer
Les assureurs-maladie innovants
Gli assicuratori-malattia innovativi

Keine dual-fixe Finanzierung

Eine dual-fixe Finanzierung, auch in Teilen, lehnt curafutura dezidiert ab. Zwar beteiligen sich mit EFAS zwei Kostenträger zu einem fixen Prozentsatz an ambulanten und stationären Leistungen. Eine doppelte Abwicklung der Rechnungsstellung aber, sprich ein Kostenteiler bis auf die einzelne Rechnung und die Zustellung jeder Rechnung an zwei Adressaten, würde der EFAS-Logik komplett zuwider laufen und den EFAS-Effekt verhindern. Nur mit EFAS lässt sich der Leistungsbeitrag klar von den gemeinwirtschaftlichen Leistungen und der individuellen Prämienverbilligung abgrenzen und transparent machen. Heute wird das vermischt. Eine dual-fixe Leistungsfinanzierung auch für den ambulanten Bereich würde zudem ein Bürokratiemonster schaffen (doppelte Rechnungsstellung und bei Uneinigkeit langwierige Rechtsstreitigkeiten auf dem Buckel von Patienten und Ärzten). Von 126 Millionen Rechnungen jährlich (2016) werden heute «nur» für die 1.5 Millionen des stationären Bereichs doppelte Rechnungen gestellt.

Fazit

curafutura fordert, die einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen EFAS zeitnah einzuführen. EFAS eliminiert die bestehenden finanziellen Fehlanreize und ebnet damit den Boden für eine effiziente und qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung. Damit bei der Verteilung der Kantonsmittel keine neuen Fehlanreize installiert werden, soll der kantonale Anteil analog den Prämien risikobasiert eingespiessen werden. Die Politik und innovative Krankenversicherer haben sich dafür eingesetzt, dass der Risikoausgleich eingeführt und weiter verfeinert wird. Dies mit dem Ziel, Risikoselektion konsequent zu unterbinden und den Wettbewerb auf Kosten und Qualität zu konzentrieren. Es gibt keinen sachlichen Grund, sich von diesem bewährten KVG-Instrument abzuwenden.

Für die Kenntnisnahme und Berücksichtigung unserer Stellungnahme danken wir Ihnen bestens.

Freundliche Grüsse

curafutura

Pius Zängerle
Direktor

Saskia Schenker
Stv. Direktorin
Leiterin Gesundheitspolitik

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG):
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : curafutura

Abkürzung der Firma / Organisation :

Adresse : Gutenbergstrasse 14

Kontaktperson : Saskia Schenker, Stv. Direktorin

Telefon : +41 31 310 01 81

E-Mail : saskia.schenker@curafutura.ch

Datum : 3. September 2018

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **15. September 2018** an folgende E-Mail Adresse:
abteilung-leistungen@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG): Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
	Position curafutura curafutura unterstützt die Einführung der einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS). Der unbestrittene finanzielle Fehlanreiz an der Schnittstelle stationär/ambulant hat Fehl- und Überversorgung zur Folge. EFAS ist eine wichtige Reform, um unser Gesundheitssystem in Richtung mehr Effizienz und Qualität weiter entwickeln zu können und um Fehlanreize zu vermeiden. Mit EFAS wird die Verlagerung vom stationären in den kostengünstigeren ambulanten Bereich sozialverträglich vorangetrieben. Weil EFAS zudem alternative Versicherungsmodelle noch attraktiver macht, verleiht sie der Integrierten Versorgung zusätzlichen Schub. Im Hinblick auf die konkrete Umsetzung ist es zentral, ein Finanzierungsmodell zu wählen, welches das Effizienzpotenzial von EFAS optimal entfaltet. curafutura spricht sich darum für eine Verteilung der Kantonsbeiträge via Risikoausgleich aus. curafutura empfiehlt jedoch eine einfachere und schlankere juristische Lösung, die im Ergebnis dem Modell im Minderheitenantrag entspricht. Eine Entwicklung Richtung dual-fixe Finanzierung über alle Leistungen lehnt curafutura dezidiert ab, da damit das Effizienzpotential von EFAS zunichte gemacht würde.
	Gleiche Anreize für alle Akteure Kantone, Leistungserbringer und Versicherer haben heute teils entgegengesetzte Anreize, die zu Verzerrungen bei der Wahl der gesamtwirtschaftlich effizienten Therapieform führen können. Solange eine ambulant durchgeführte Operation und Behandlung mehr kostet als 45 % der Kosten einer medizinisch gleichwertigen stationären Durchführung, können gesamtwirtschaftliche Einsparungen durch konsequentes «ambulant vor stationär» Prämien erhöhungen zur Folge haben. Eine Krankenversicherung hat deshalb heute nur bedingt ein Interesse daran, konsequent auf den Grundsatz «ambulant vor stationär» zu setzen, weil sie damit gegen die Interessen der Versicherten handeln würde. Mit EFAS ergeben sich für alle Beteiligten ohne Einbusse der Versorgungsqualität bessere Anreize, die effizienteste Versorgung zu wählen, was insgesamt zu geringeren Gesamtkosten führt.
	Schub für Integrierte Versorgung Immer mehr Versicherte schliessen sich freiwillig Integrierten Versorgungsnetzen an. Dort können sie im Vergleich zum Standard-Versicherungsmodell von tieferen Prämien profitieren, weil dank der Integrierten, gut koordinierten Versorgung Patientinnen und Patienten bedürfnisorientiert und gezielter behandelt und unnötige Spitalaufenthalte reduziert werden können. Die so in Integrierten Versorgungsnetzen erzielten Einsparungen kommen diesen Versicherten mit der heutigen ungleichen Finanzierung aber nur teilweise zugute. Das liegt daran, dass mit den Steuergeldern der Kantone nur stationäre Leistungen mitfinanziert (55 %) werden, nicht aber ambulante, und die Kantonsgelder somit heute in

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG): Vernehmlassungsverfahren

	Versicherungsmodelle mit hoher Anzahl an stationären Aufenthalten fließen. Mit EFAS wird eine grössere Einsparung der Integrierten Versorgungsmodelle ausgewiesen, weil die Kantonsfelder gleichermassen auf die verschiedenen Versicherungsmodelle verteilt werden. Das erlaubt, grössere Rabatte auf die Prämien derjenigen Versicherten zu gewähren, welche sich für ein Modell der Integrierten Versorgung entschieden haben. Durch die tieferen Prämien werden Versorgungsmodelle der Integrierten Versorgung noch attraktiver – EFAS verleiht der Integrierten Versorgung zusätzlichen Schub. So können unter dem Strich mehr Einsparungen bei tendenziell besserer Betreuung realisiert werden.
	Sozialverträgliche Verlagerung der Leistungen in den ambulanten Bereich Die bereits heute stattfindende zunehmende Verlagerung von mehrheitlich steuerfinanzierten stationären hin zu prämienfinanzierten ambulanten Leistungen muss aktuell allein von den Prämienzahlenden geschultert werden. Da Prämien im Unterschied zu Steuern nicht einkommensabhängig sind (solidarische Einheitsprämie), werden durch die Verlagerung in den prämienfinanzierten Bereich tiefe und mittlere Einkommen im Verhältnis stärker belastet. Die zunehmend medizinisch möglich werdende, gesamtwirtschaftlich sinnvolle und politisch gewollte Verlagerung von stationär zu ambulant wird mit einer Mitbeteiligung der Kantone an der Finanzierung der ambulanten Versorgung sozialverträglich gemacht. Aus obengenannten Gründen unterstützt curafutura die Vorlage zur Einheitlichen Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen als wichtige und notwendige gesundheitspolitische Reform.
	Risikobasierte statt kostenbasierte Verteilung der Kantonsmittel Die Mehrheit der SGK-NR schlägt vor, die Steuermittel proportional zu den effektiven Kosten des einzelnen Versicherers auszuschütten (kostenbasiertes Modell). curafutura lehnt dieses Modell ab, denn der Risikoausgleich bleibt bei diesem Modell für die kantonalen Mittel ausgeklammert. So würde jeder Krankenversicherer einen Kantonsbeitrag von 25,5 % (respektive den fixen und national einheitlich festgelegten prozentualen Mindestfinanzierungsanteil) an seine individuellen Kosten pro versicherte Person erhalten – unabhängig davon, ob er kostengünstig arbeitet oder nicht. Die Versicherer unterliegen so nicht zu 100 % dem Benchmark der Gesamtdurchschnitts-Nettoleistungen der Branche. Die (In)-Effizienz eines Versicherers bzw. die Bemühungen, für die Versicherten bedürfnisorientierte und nachhaltige Modelle anzubieten (z. B. für chronisch kranke Personen), wäre nur teilweise wettbewerbsrelevant und die erzielten Kosteneinsparungen würden so nur teilweise prämienwirksam. Faktisch würden Versicherer, welche im Sinne ihrer Versicherten kostengünstig arbeiten, mit einem solchen Vorgehen bestraft. curafutura fordert aus diesen Gründen, die kantonalen Steuermittel pro Kanton proportional zu den Durchschnittskosten der jeweiligen Risikogruppe zu verteilen. Der Kantonsbeitrag unterliegt damit – genauso wie die Prämien – dem Risikoausgleich. Der Risikoausgleich hält das Interesse der Versicherer an einer kostengünstigen Leistung bei gleichbleibend hoher Qualität aufrecht. Wenn alle Gelder aus Prämien und Steuern der Methodik des Risikoausgleichs unterliegen, fördert das die Effizienz aller Versicherer zu 100 %: Mit einer risikobasierten Einspeisung der Kantonsmittel hätten alle Versicherer – unabhängig von ihrer Risikostruktur – den Anreiz, kostengünstig zu arbeiten und in nachhaltige, bedürfnisorientierte Versicherungsmodelle zu investieren. Diesen Anreiz wiederum braucht es, damit die Integrierte Versorgung noch mehr Schub erhält und EFAS die oben beschriebene positive Dynamik entfalten kann. Die so erzielten Kosteneinsparungen führen zu tieferen Prämien für die Versicherten.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG): Vernehmlassungsverfahren

	Die risikobasierte Einspeisung der kantonalen Mittel kann in bereits etablierte und bewährte Prozesse der Gemeinsamen Einrichtung KVG (GE-KVG) integriert werden: Die GE-KVG stellt jedem Kanton seinen Anteil von 25,5 % in Rechnung. Die dafür zugrundeliegenden Daten sind aufgrund bestehender Prozesse innerhalb der GE-KVG – die eng durch Gesetz und Verordnung geführt ist – plausibilisiert und revidiert.
	Keine Entwicklung Richtung dual-fixe Finanzierung über alle Leistungen Eine dual-fixe Finanzierung, auch in Teilen, lehnt curafutura dezidiert ab. Zwar beteiligen sich mit EFAS zwei Kostenträger zu einem fixen Prozentsatz an ambulanten und stationären Leistungen. Eine doppelte Abwicklung der Rechnungsstellung aber, sprich ein Kostenteiler bis auf die einzelne Rechnung und die Zustellung jeder Rechnung an zwei Adressaten, würde der EFAS-Logik komplett zuwider laufen und den EFAS-Effekt verhindern. Nur mit EFAS lässt sich der Leistungsbeitrag klar von den gemeinwirtschaftlichen Leistungen und der individuellen Prämienverbilligung abgrenzen und transparent machen. Heute wird das vermischt. Eine dual-fixe Leistungsfinanzierung auch für den ambulanten Bereich würde zudem ein Bürokratiemonster schaffen (doppelte Rechnungsstellung und bei Uneinigkeit langwierige Rechtsstreitigkeiten auf dem Buckel von Patienten und Ärzten). Von 126 Millionen Rechnungen jährlich (2016) werden heute «nur» für die 1.5 Millionen des stationären Bereichs doppelte Rechnungen gestellt.
	Fazit curafutura fordert, die einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen EFAS zeitnah einzuführen. EFAS eliminiert die bestehenden finanziellen Fehlanreize und ebnet damit den Boden für eine effiziente und qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung. Damit bei der Verteilung der Kantonsmittel keine neuen Fehlanreize installiert werden, soll der kantonale Anteil analog den Prämien risikobasiert eingespiessen werden. Die Politik und innovative Krankenversicherer haben sich dafür eingesetzt, dass der Risikoausgleich eingeführt und weiter verfeinert wird. Dies mit dem Ziel, Risikoselektion konsequent zu unterbinden und den Wettbewerb auf Kosten und Qualität zu konzentrieren. Es gibt keinen sachlichen Grund, sich von diesem bewährten KVG-Instrument abzuwenden. curafutura wird sich weiterhin konstruktiv in die Diskussion mit allen Akteuren einbringen und ist offen, den Übergang zur Einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS) mit geeigneten Übergangslösungen angemessen zu gestalten.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG):
Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
	60a			Risikobasierte Verteilung auf einfache Art rechtlich verankern Die Forderung nach einer risikobasierten Verteilung der Kantons Gelder entspricht einem Minderheitsantrag der SGK-NR. Allerdings empfiehlt curafutura den umfassenden und komplexen Minderheitsantrag durch eine einfachere, schlankere Variante zu ersetzen, die sich im Ergebnis gleich auswirkt. Der Verband empfiehlt, Art. 60a KVG anzupassen	Art. 60a NEU 1 Die Gemeinsame Einrichtung teilt den Kantonsbeitrag und den Bundesbeitrag auf die einzelnen Versicherer auf. Dabei befolgt sie die Grundsätze des Risikoausgleichs nach Artikel 16 – 17a. 2 Für Versicherte, die vom Risikoausgleich nicht erfasst werden, entspricht der aufgeteilte Betrag den durchschnittlichen Kosten dieser Versicherten. 3 Der Bundesrat regelt die Einzelheiten.
	60			Des weiteren empfiehlt curafutura, Art. 60 KVG anzupassen, so dass die Daten zur Berechnung des Kantons- und Bundesbeitrags direkt an die Gemeinsame Einrichtung KVG geliefert werden. Eine Datenlieferung an die Kantone würde einer Doppelerhebung gleichkommen und damit der Charta der öffentlichen Statistik Schweiz widersprechen. curafutura erachtet diese deshalb als nicht zielführend.	Art. 60 Abs. 1-5 gemäss Mehrheitsantrag SGK-N Abs. 6 & 7 NEU 6 Der Bund, die Kantone und die Versicherer übermitteln der Gemeinsamen Einrichtung die Daten, die für die Berechnung des Kantonsbeitrags und des Bundesbeitrags nötig sind. Der Bundesrat regelt die Einzelheiten. 7 Die Kantone und der Bund entrichten ihren Beitrag der Gemeinsamen Einrichtung (Art. 18).

Fahne Pa. Iv. 09.528: Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus

KVG Aktuell	Vernehmlassungsentwurf (Mehrheit SGK-N)	Minderheitsanträge SGK-N	Empfehlung curafutura
2. Kapitel: Organisation, 1. Abschnitt, 1a. Abschnitt: Risikoausgleich, Art. 16 Grundsatz			
	Art. 16 Abs. 3^{bis} ^{3bis} Die Berechnung der Risikoabgaben und der Ausgleichsbeiträge erfolgt nach Abzug des Beitrags des Kantons an die Finanzierung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach Artikel 60.	Streichen Art. 16 Abs. 3^{bis} ^{3bis} Die Berechnung der Risikoabgaben und der Ausgleichsbeiträge erfolgt nach Abzug des Beitrags des Kantons an die Finanzierung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach Artikel 60.	Mehrheitsantrag SGK-N folgen auch für risikobasiertes Modell
2. Kapitel: Organisation, 2. Abschnitt, Gemeinsame Einrichtung Art. 18			
Art. 18 ² Die gemeinsame Einrichtung übernimmt die Kosten für die gesetzlichen Leistungen anstelle von zahlungsunfähigen Versicherern nach Artikel 51 KVAG1.2 ^{2bis} Die gemeinsame Einrichtung entscheidet über Anträge um Befreiung von der Versicherungspflicht von Rentnern und Rentnerinnen sowie deren Familienangehörigen, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder in Norwegen wohnen. ^{2ter} Sie weist Rentner und Rentnerinnen sowie deren Familienangehörige, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen	Art. 18 Abs. 2^{sexies}, 2^{octies} und 5 erster Satz, der Rest bleibt unverändert: ² Die gemeinsame Einrichtung übernimmt die Kosten für die gesetzlichen Leistungen anstelle von zahlungsunfähigen Versicherern nach Artikel 51 KVAG1.2 ^{2bis} Die gemeinsame Einrichtung entscheidet über Anträge um Befreiung von der Versicherungspflicht von Rentnern und Rentnerinnen sowie deren Familienangehörigen, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder in Norwegen wohnen. ^{2ter} Sie weist Rentner und Rentnerinnen sowie deren Familienangehörige, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in	(Art. 18 Abs. 2^{octies}, der Rest bleibt unverändert:	Mehrheitsantrag SGK-N folgen

Union, in Island oder in Norwegen wohnen und die ihrer Versicherungspflicht nicht rechtzeitig nachkommen, einem Versicherer zu. ^{2quater} Sie unterstützt die Kantone bei der Durchführung der Prämienverbilligung nach Artikel 65a für Versicherte, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder in Norwegen wohnen. ^{2quinquies} Sie führt die Prämienverbilligung nach Artikel 66a durch. ^{2sexies} Die gemeinsame Einrichtung kann von den Kantonen gegen Entschädigung weitere Vollzugsaufgaben übernehmen. ^{2septies} Sie führt den Lebendspende-Nachsorgefonds nach Artikel 15b des Transplantationsgesetzes vom 8. Oktober 2004. ⁵ Zur Finanzierung der Aufgaben nach den Absätzen 2 und 4 müssen die Versicherer zu Lasten der sozialen Krankenversicherung Beiträge an die gemeinsame Einrichtung entrichten. Die gemeinsame Einrichtung fordert diese Beiträge ein und erhebt bei verspäteter Zahlung einen Verzugszins. Die Höhe der Beiträge und des Verzugszinses bemisst	Island oder in Norwegen wohnen und die ihrer Versicherungspflicht nicht rechtzeitig nachkommen, einem Versicherer zu. ^{2quater} Sie unterstützt die Kantone bei der Durchführung der Prämienverbilligung nach Artikel 65a für Versicherte, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder in Norwegen wohnen. ^{2quinquies} Sie führt die Prämienverbilligung nach Artikel 66a durch. ^{2sexies} Sie teilt den Kantonsbeitrag nach Artikel 60a auf die Versicherer auf. ^{2septies} Sie führt den Lebendspende-Nachsorgefonds nach Artikel 15b des Transplantationsgesetzes vom 8. Oktober 2004. ^{2octies} Sie kann von den Kantonen gegen Entschädigung weitere Vollzugsaufgaben übernehmen. ⁵ Zur Finanzierung der Aufgaben nach den Absätzen 2, ^{2sexies} und 4 müssen die Versicherer zulasten der sozialen Krankenversicherung Beiträge an die gemeinsame Einrichtung entrichten. (...)	^{2octies} Sie kann von den Kantonen gegen Entschädigung weitere Vollzugsaufgaben übernehmen, namentlich die Kontrolle der Daten, die die Versicherer den Kantonen nach Artikel 60 Absatz 6 übermitteln.)	
---	--	--	--

sich nach den Reglementen der gemeinsamen Einrichtung.			
3. Kapitel: Leistungen, 1. Abschnitt: Umschreibung des Leistungsbereichs, Art. 25 Allgemeine Leistungen bei Krankheit			
Art. 25a ² Die Leistungen der Akut- und Übergangspflege, welche sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und die im Spital ärztlich angeordnet werden, werden von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und vom Wohnkanton des Versicherten während längstens zwei Wochen nach den Regeln der Spitalfinanzierung (Art. 49a Abgeltung der stationären Leistungen) vergütet. Versicherer und Leistungserbringer vereinbaren Pauschalen.	Art. 25a Abs. 2 erster Satz ² Die Leistungen der Akut- und Übergangspflege, welche sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und die im Spital ärztlich angeordnet werden, werden von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung während längstens zwei Wochen vergütet. (...)	Keinen Minderheitsantrag	Antrag SGK-N folgen
3. Kapitel: Leistungen, 2. Abschnitt: Wahl des LERB, Kostenübernahme und Aufnahmepflicht der Listenspitäler, Art. 41 Wahl des Leistungserbringers und Kostenübername			
Art. 41 ^{1bis} Die versicherte Person kann für die stationäre Behandlung unter den Spitälern frei wählen, die auf der Spitalliste ihres Wohnkantons oder jener des Standortkantons aufgeführt sind (Listenspital). Der Versicherer und der Wohnkanton übernehmen bei stationärer Behandlung in einem Listenspital die Vergütung anteilmässig nach Artikel 49a höchstens nach dem Tarif, der in einem Listenspital	Art. 41 Abs. 1^{bis}, 1^{ter}, 2^{bis} bis 2^{quater}, 3, 3^{bis} und 4 zweiter bis fünfter Satz ^{1bis} Die versicherte Person kann für die stationäre Behandlung unter den Spitälern frei wählen, die auf der Spitalliste ihres Wohnkantons oder jener des Standortkantons aufgeführt sind (Listenspital). Bei stationärer Behandlung in einem Listenspital, das auf der Spitalliste des Wohnkantons nicht aufgeführt ist, übernimmt der Versicherer die Vergütung wie folgt:	Keinen Minderheitsantrag	Antrag SGK-N folgen

des Wohnkantons für die betreffende Behandlung gilt ^{1ter} Absatz 1bis gilt sinngemäss für Geburtshäuser. ² Versicherte, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder in Norwegen wohnen, können für die stationäre Behandlung in der Schweiz unter den Listenspitälern frei wählen.	a. höchstens nach dem Tarif, der in einem Listenspital des Wohnkantons für die betreffende Behandlung gilt; b. höchstens nach dem Tarif des gewählten Leistungserbringers, sofern: 1. ein Notfall vorliegt, oder 2. der Wohnkanton die Behandlung beim gewählten Leistungserbringer vorgängig bewilligt hat; er erteilt die Bewilligung, wenn kein Spital auf seiner Spitalliste die erforderlichen Leistungen anbietet. ^{1ter} Absatz 1^{bis} mit Ausnahme von Buchstabe b gilt sinngemäss für Geburtshäuser. ² Versicherte, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder in Norwegen wohnen, können für die stationäre Behandlung in der Schweiz unter den Listenspitälern frei wählen. ^{2bis} Absatz 1bis gilt sinngemäss für die Übernahme der Vergütung bei stationärer Behandlung in einem Listenspital bei folgenden Versicherten, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder in Norwegen wohnen: a. Grenzgänger und Grenzgängerinnen sowie deren Familienangehörige; b. Familienangehörige von Niedergelassenen, von Aufenthaltern und Aufenthaltserinnen und von Kurzaufhaltern und Kurzaufhalterinnen; c. Bezüger und Bezügerinnen einer Leistung der schweizerischen Arbeitslosenversicherung sowie deren Familienangehörige.		
--	---	--	--

³ Beansprucht die versicherte Person bei einer stationären Behandlung aus medizinischen Gründen ein nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführtes Spital, so übernehmen der Versicherer und der Wohnkanton die Vergütung anteilmässig nach Artikel 49a. Mit Ausnahme des Notfalls ist dafür eine Bewilligung des Wohnkantons notwendig. ^{3bis} Medizinische Gründe nach den Absätzen 2 und 3 liegen bei einem Notfall vor oder wenn die erforderlichen Leistungen nicht angeboten werden: a. bei ambulanter Behandlung am Wohn- oder Arbeitsort der	^{2ter} Bei Versicherten nach Absatz 2bis gilt der Kanton, an den sie einen Anknüpfungspunkt haben, als Wohnkanton im Sinne dieses Gesetzes. ^{2quater} Bei Versicherten, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder in Norwegen wohnen und eine schweizerische Rente beziehen, sowie bei deren Familienangehörigen übernimmt der Versicherer bei stationärer Behandlung in einem Listenspital die Vergütung höchstens nach dem Tarif, der für die betreffende Behandlung in einem Listenspital des Referenzkantons gilt. Der Bundesrat legt den Referenzkanton fest. Liegt ein Notfall vor, so übernimmt der Versicherer die Vergütung nach dem Tarif, der im Standortkanton gilt. ³ und ^{3bis} Aufgehoben		
---	---	--	--

versicherten Person oder in deren Umgebung; b. bei stationärer Behandlung in einem Spital, das auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt ist. ⁴ Die Versicherten können ihr Wahlrecht im Einvernehmen mit dem Versicherer auf Leistungserbringer beschränken, die der Versicherer im Hinblick auf eine kostengünstigere Versorgung auswählt (Art. 62 Abs. 1 und 3). Der Versicherer muss dann nur die Kosten für Leistungen übernehmen, die von diesen Leistungserbringern ausgeführt oder veranlasst werden; Absatz 2 gilt sinngemäss. Die gesetzlichen Pflichtleistungen sind in jedem Fall versichert.	⁴ (...) Die gesetzlichen Pflichtleistungen sind in jedem Fall versichert. Der Versicherer muss nur die Kosten der Leistungen übernehmen, die von Leistungserbringern ausgeführt oder veranlasst werden, auf welche die versicherte Person ihr Wahlrecht beschränkt hat; er muss die Kosten der Leistungen nicht übernehmen, die von anderen Leistungserbringern ausgeführt oder veranlasst werden, es sei denn, er hat vorgängig die besondere Gutsprache erteilt oder es liegt ein Notfall vor. Der Versicherer erteilt die besondere Gutsprache, sofern die Behandlung von den von ihm ausgewählten Leistungserbringern nicht angeboten wird.		
3. Kapitel: Leistungen, 3. Abschnitt: Schuldner der Vergütung; Rechnungsstellung, Art. 42 Grundsatz			
Art. 42 ² Versicherer und Leistungserbringer können vereinbaren, dass der Versicherer die Vergütung schuldet (System des Tiers payant). Im Falle der stationären Behandlung schuldet der Versicherer, in Abweichung von Absatz 1, den auf ihn entfallenden Anteil an der Vergütung. ³ Der Leistungserbringer muss dem Schuldner eine detaillierte und verständliche Rechnung zustellen. Er muss ihm auch alle Angaben machen, die er	Art. 42 Abs. 2 zweiter Satz und 3 ² (...) Bei stationärer Behandlung schuldet der Versicherer, in Abweichung von Absatz 1, die Vergütung. ³ Der Leistungserbringer muss dem Schuldner eine detaillierte und verständliche Rechnung zustellen. Er muss ihm auch alle Angaben machen, die er benötigt, um die	Kein Minderheitsantrag	Antrag SGK-N folgen

benötigt, um die Berechnung der Vergütung und die Wirtschaftlichkeit der Leistung überprüfen zu können. Im System des Tiers payant erhält die versicherte Person eine Kopie der Rechnung, die an den Versicherer gegangen ist. Bei stationärer Behandlung weist das Spital die auf Kanton und Versicherer entfallenden Anteile je gesondert aus. Der Bundesrat regelt die Einzelheiten.	Berechnung der Vergütung und die Wirtschaftlichkeit der Leistung überprüfen zu können. Im System des Tiers payant erhält die versicherte Person eine Kopie der Rechnung, die an den Versicherer gegangen ist. Der Bundesrat regelt die Einzelheiten.		
3. Kapitel: Leistungen, 4. Abschnitt: Tarife und Preise, Art. 49a Abgeltung der stationären Leistungen			
Art. 49a Abgeltung der stationären Leistungen ¹ Die Vergütungen nach Artikel 49 Absatz 1 werden vom Kanton und den Versicherern anteilmässig übernommen. ² Der Kanton setzt jeweils für das Kalenderjahr spätestens neun Monate vor dessen Beginn den für alle Kantonseinwohner geltenden kantonalen Anteil fest. Der kantonale Anteil beträgt mindestens 55 Prozent.	Art. 49a Vertragsspitäler und -geburtshäuser ¹ Mit Spitälern oder Geburtshäusern, welche kein Listenspital im Sinne von Artikel 41 Absatz 1 ^{bis} sind, aber die Voraussetzungen nach den Artikeln 38 und 39 Absatz 1 Buchstaben a–c und f erfüllen, können die Versicherer Verträge über die Vergütung von Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abschliessen. ² Die in den Verträgen vorgesehene Vergütung darf nicht höher sein als die Vergütung durch die Versicherer nach Abzug des Prozentsatzes für den Kantonsbeitrag nach Artikel 60 Absatz 4.	(Art. 49a Vertragsspitäler und -geburtshäuser) ¹ Mit Spitälern oder Geburtshäusern, welche kein Listenspital im Sinne von Artikel 41 Absatz 1bis sind, aber die Voraussetzungen nach den Artikeln 38 und 39 Absatz 1 Buchstaben a–c und f erfüllen, können die Versicherer Verträge über die Vergütung von Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abschliessen. ² Die in den Verträgen vorgesehene Vergütung darf nicht höher sein als 45 Prozent der Vergütung nach Artikel 49 Absatz 1.)	Mehrheitsantrag SGK-N folgen
3. Kapitel: Leistungen, 4. Abschnitt: Tarife und Preise, Art. 51 Globalbudget für Spitäler und Pflegeheime			
Art. 51, Abs. 1 ¹ Der Kanton kann als finanzielles Steuerungsinstrument einen Gesamtbetrag für die Finanzierung der Spitäler oder der	Art. 51 Abs. 1 zweiter Satz ¹ (...) Der Kantonsbeitrag nach Artikel 60 bleibt vorbehalten.	Kein Minderheitsantrag	Antrag SGK-N folgen

Pflegeheime festsetzen. Die Kostenaufteilung nach Artikel 49a bleibt vorbehalten.			
5. Kapitel: Finanzierung, 1. Abschnitt: Kantonsbeitrag, Art. 60 Berechnung			
	Art. 60 Berechnung ¹ Die Kantone beteiligen sich an der Finanzierung der Kosten der Leistungen nach diesem Gesetz. Jeder Kanton entrichtet dazu einen Kantonsbeitrag. ² Massgebend für die Berechnung des Kantonsbeitrags sind die Kosten der Leistungen, die folgende Voraussetzungen erfüllen: a. Es handelt sich um Leistungen nach den Artikeln 25–31; ausgenommen sind Leistungen nach Artikel 25a Absatz 1 und Leistungen, die gestützt auf einen Vertrag nach Artikel 49a vergütet werden. b. Es handelt sich um Leistungen, die in der Schweiz für folgende Personen erbracht werden: 1. Versicherte, die im betroffenen Kanton wohnen, 2. Versicherte nach Artikel 41 Absatz 2bis, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder in Norwegen wohnen und bei denen der betroffene Kanton nach Artikel 41 Absatz 2ter als Wohnkanton gilt. ³ Die Kostenbeteiligung der Versicherten nach Artikel 64 und die mittels Rückgriff nach Artikel 72 Absatz 1 ATSG von den	Kein Minderheitsantrag	Antrag SGK-N für Abs. 1-5 folgen Antrag neue Abs. 6 & 7: ⁶ Der Bund, die Kantone und die Versicherer übermitteln der gemeinsamen Einrichtung die Daten, die für die Berechnung des Kantonsbeitrags und des Bundesbeitrags nötig sind. Der Bundesrat regelt die Einzelheiten. ⁷ Die Kantone und der Bund entrichten ihren Beitrag der gemeinsamen Einrichtung (Art. 18).

	Versicherern durchgesetzten Ansprüche werden für die Berechnung des Kantonsbeitrags von den Kosten nach Absatz 2 abgezogen. ⁴ Jeder Kanton legt jeweils für das Kalenderjahr spätestens neun Monate vor dessen Beginn den Prozentsatz für den Kantonsbeitrag fest. Der Prozentsatz liegt bei mindestens 25,5 Prozent. ⁵ Bei Versicherten, die in einem Mitgliedsstaat der Europäischen Union, in Island oder in Norwegen wohnen und die eine schweizerische Rente beziehen, sowie bei deren Familienangehörigen übernimmt der Bund bei Behandlung in der Schweiz den Anteil an den Kosten, der dem vom Standortkanton nach Absatz 4 festgelegten Prozentsatz für den Kantonsbeitrag entspricht. Die Absätze 2 und 3 gelten sinngemäss. ⁶ Die Versicherer übermitteln dem Kanton beziehungsweise dem Bund die Daten, die für die Berechnung des Kantonsbeitrags und des Bundesbeitrags nötig sind. Die Kantone und der Bund entrichten ihren Beitrag der gemeinsamen Einrichtung (Art. 18). Der Bundesrat regelt die Einzelheiten.		
5. Kapitel: Finanzierung, 1. Abschnitt: Kantonsbeitrag, Art. 60 Aufteilung auf die Versicherer			
	Art. 60a Aufteilung auf die Versicherer Der Kantonsbeitrag und der Bundesbeitrag werden auf die einzelnen Versicherer entsprechend deren für die Berechnung des	Art. 60a Aufteilung auf die Versicherer ¹ Der Kantonsbeitrag und der Bundesbeitrag werden als Pauschalbetrag pro versicherte Person auf die einzelnen	Risikobasierte Verteilung der Kantonsmittel (Minderheitsantrag SGK-N) weniger komplex formuliert: ¹ Die gemeinsame Einrichtung teilt den Kantonsbeitrag und den Bundesbeitrag auf die einzelnen Versicherer auf. Dabei

	Kantons- und des Bundesbeitrags massgebenden Kosten aufgeteilt.	Versicherer aufgeteilt ² Die Höhe des Pauschalbetrags wird für jede der folgenden Gruppen von Versicherten einzeln berechnet: a. im Kanton wohnhafte Erwachsene; b. im Ausland wohnhafte Erwachsene, je Wohnsitzstaat; c. im Kanton wohnhafte Kinder; d. im Ausland wohnhafte Kinder, je Wohnsitzstaat. ³ Für jede Gruppe von Versicherten nach Absatz 2 wird die Höhe des Pauschalbetrags entsprechend den durchschnittlichen Kosten der Leistungen berechnet, für die der Kantonsbeitrag entrichtet wird. ⁴ Absatz 3 gilt sinngemäss für die Versicherten nach Artikel 60 Absatz 5.	befolgt sie die Grundsätze des Risikoausgleichs nach Artikel 16 – 17a. ² Für Versicherte, die vom Risikoausgleich nicht erfasst werden, entspricht der aufgeteilte Betrag den durchschnittlichen Kosten dieser Versicherten. ³ Der Bundesrat regelt die Einzelheiten.
5. Kapitel: Finanzierung, 4. Abschnitt: Prämienverbilligung durch Beiträge der öffentlichen Hand, 4. Titel: Besondere Bestimmungen zur Koordination zur Haftung und zum Rückgriff, Art. 79 Einschränkung des Rückgriffs			
Art. 79 Einschränkung des Rückgriffs Die Einschränkung des Rückgriffs nach Artikel 75 Absatz 2 ATSG1 ist nicht anwendbar.	Art. 79a Rückgriffsrecht der Kantone Das Rückgriffsrecht nach Artikel 72 ATSG gilt sinngemäss für den Wohnkanton für die Beiträge, die er nach Artikel 25a geleistet hat.	Kein Minderheitsantrag	Antrag SGK-N folgen

**Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal):
procédure de consultation**

Avis donné par

Nom / société / organisation : Groupe Mutuel Services SA

Abréviation de la société / de l'organisation : Groupe Mutuel

Adresse : Rue des Cèdres 5

Personne de référence : Mme Geneviève Aguirre-Jan

Téléphone : 058 758 25 29

Courriel : gaguirrejan@groupemutuel.ch

Date : 08.08.2018

Remarques importantes :

1. Nous vous prions de ne pas modifier le formatage de ce formulaire !
2. Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision/Protéger un document/Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.
3. Utilisez une ligne par article, alinéa et lettre ou par chapitre du rapport explicatif.
4. Veuillez faire parvenir votre avis au **format Word** d'ici au **15 septembre 2018** à l'adresse suivante : abteilung-leistungen@bag.admin.ch
5. Le champ « nom/société » n'est pas obligatoire.

Nous vous remercions de votre collaboration !

**Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal):
procédure de consultation**

Commentaires généraux sur le projet de révision et sur le rapport explicatif

nom/société	Commentaire / observation
Groupe Mutuel	Nous faisons suite à l'annonce de mise en consultation du projet de loi issu de l'initiative parlementaire "09.528 Initiative parlementaire. Financement moniste des prestations de soins" et vous faisons parvenir la prise de position du Groupe Mutuel.
Groupe Mutuel	Généralités Le financement des prestations de santé fait l'objet de réglementations distinctes selon qu'il s'agisse d'un traitement stationnaire ou ambulatoire. Dans le domaine stationnaire, les cantons et les assureurs-maladie prennent en charge conjointement (à concurrence de 55% pour les premiers et 45% pour les seconds) les frais d'hospitalisation en division commune, alors que dans le domaine ambulatoire, les prestations sont financées dans leur intégralité par les assureurs-maladie, respectivement par les payeurs de primes. Actuellement ce système présente certains défauts susceptibles d'être minorés, voire supprimés, par l'introduction du financement uniforme pour toutes les prestations ambulatoires et stationnaires. Tout d'abord, le choix du type de traitement ne sera plus biaisé par des incitatifs financiers, mais dirigé uniquement par les considérations médicales, offrant ainsi un traitement curatif optimal pour le patient. Par ailleurs, ce transfert devrait permettre une économie sur les coûts et donc avoir un effet bénéfique sur les primes. Les assureurs-maladie adopteront pleinement le transfert du stationnaire vers l'ambulatoire, plus économique en général, mais qui peut parfois s'avérer plus onéreux que le domaine stationnaire pour les assureurs-maladie sous le régime actuel du système de financement. Le transfert des traitements du stationnaire vers l'ambulatoire, incités par plusieurs cantons et la Confédération par la mise en vigueur de listes d'interventions à effectuer uniquement en ambulatoire offrira aux cantons l'opportunité de voir sous une optique différente leur politique d'approvisionnement en soins, puisqu'ils seront à l'avenir engagés financièrement, que les prestations soient fournies sous forme ambulatoire ou stationnaire. Dès lors le financement uniforme devient un élément indispensable pour la mise en œuvre de la réglementation prévue en matière de pilotage ambulatoire.
Groupe Mutuel	Evaluation de la proposition de la majorité Le Groupe Mutuel soutient les propositions de la majorité, sous réserve des deux points suivants. Base de calcul de la contribution cantonale La contribution cantonale devrait être calculée sur la base des coûts bruts et non des coûts nets. La prise en compte des coûts nets a pour conséquence que, à prestations égales, le canton participe de façon moindre aux coûts de la santé des assurés au bénéfice de franchises élevées qu'à ceux d'assurés ayant opté pour la franchise ordinaire. Il en ressort donc une inégalité de traitement entre les assurés. Par ailleurs, le système de rabais de prime accordé par les assureurs aux assurés en contrepartie d'une franchise plus élevée ne

Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal): procédure de consultation

profite plus uniquement à l'assuré et à l'assureur, mais bénéficie également au canton, sans que celui-ci ait participé à son financement. Au final, cette économie dont bénéficient les cantons opère un report du financement sur les assureurs et il n'est pas exclu que ce biais induise à l'avenir une réduction des rabais octroyés en contrepartie de franchises élevées. Cet effet non-désiré augmentera en fonction de l'élévation des franchises qui pourrait être décidée dans un futur proche. Cette incidence pourrait être diminuée en calculant la contribution cantonale sur une base « coûts bruts », avec une adaptation (abaissement) du taux de contribution des cantons en conséquence. Ce système renforcerait l'impact du financement public sur les primes de l'AOS et permettrait de mieux atténuer les coûts à charge de l'assureur et de ralentir au final la hausse des primes d'assurance-maladie. Par ailleurs, il s'avèrerait également avantageux pour l'assuré, puisque sa participation (franchise et quote-part) serait calculée sur un montant réduit (coûts bruts de la prestation diminués de la participation cantonale) et au final serait plus basse qu'une participation calculée selon la variante des coûts nets. Compte tenu de l'augmentation marquante de la participation aux coûts que subiront les assurés consommateurs de prestations stationnaires, cette réduction s'avère nécessaire.

En conclusion, le Groupe Mutuel se déclare en faveur d'un calcul d'une contribution cantonale calculée sur la base des coûts bruts qui est plus avantageux que celui basé sur les coûts nets, car :

- il améliore l'égalité de traitement entre les assurés et ne met pas en péril les rabais octroyés en contrepartie de franchises élevées ;
- il est plus équitable pour les assurés en atténuant globalement la participation des assurés aux coûts qui, dans le cadre du financement des prestations stationnaires, s'élèvera ;
- il est plus performant pour juguler la hausse des primes par l'accentuation de l'impact du financement public sur les primes de l'AOS ;
- il n'induit pas de charge supplémentaire aux cantons, puisque le taux de participation serait adapté en conséquence.

Versement de la contribution cantonale à l'Institution commune LAMal et contrôle des factures

Le Groupe Mutuel refuse le système de versement des contributions cantonales par l'institution commune LAMal, attendu que les assureurs pourraient facturer aux cantons directement leur participation et leur offrir une transparence complète par le biais d'une liste détaillée des factures sous-jacentes.

En effet, les cantons sont sensés vérifier si les assurés cofinancés ont effectivement habité dans le canton le jour du traitement. Pour ce faire, il suffirait que les assureurs envoient chaque trimestre une liste détaillée de toutes les factures ambulatoires et stationnaires aux cantons respectifs en même temps que le décompte de la contribution en pourcentage des factures AOS. Ainsi, sur la base de listes fournies, les cantons seraient à même de vérifier si l'assuré est bien domicilié dans le canton au moment du traitement (dans la négative, l'assureur serait tenu de corriger son décompte, sur la base des informations fournies par le canton sur la date du déménagement de l'assuré et son nouveau domicile).

Le transfert des contributions peut donc être réalisé de manière beaucoup plus transparente lorsque les assureurs sont en contact directement avec le canton, puisque c'est cette même relation directe qui serait utilisée logiquement lorsque les cantons demandent des informations sur les coûts des assurés.

En ce qui concerne le contrôle des factures, la commission a rejeté la proposition des cantons de créer un organe de contrôle commun aux

Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal): procédure de consultation

	assureurs et aux cantons, compte tenu que la charge administrative liée à cette activité pourrait s'avérer démesurée au vu du nombre importants de factures dans les secteurs ambulatoires et hospitaliers. Si nécessaire, le canton pourrait toutefois mandater un organe de contrôle indépendant qui analyse périodiquement un échantillonnage de factures sans amoindrir la responsabilité des assureurs-maladie en matière de contrôle des factures des prestataires. En conclusion, le Groupe Mutuel se déclare : • en faveur du versement direct de la contribution cantonale aux assureurs-maladie et s'oppose à toute intervention de l'Institution commune LAMal dans le cadre de ce processus ; • en faveur de la mise sur pied d'un processus d'échange d'informations détaillées des factures et de la mise en œuvre de processus de contrôle proportionné par le biais d'échantillonnages.
Groupe Mutuel	Evaluation des propositions des minorités Le Groupe Mutuel rejette l'ensemble des propositions émanant des minorités pour les motifs exposés ci-après. <u>Répartition des fonds cantonaux aux assureurs sous forme de montants forfaitaires par assuré</u> Deux variantes sont proposées pour répartir les fonds cantonaux aux assureurs. Selon la première variante, les assureurs-maladie reçoivent des cantons une participation de 25,5% de leurs coûts de prestations nets réels (après déduction de la franchise et de la participation). Selon la deuxième variante, le canton distribue son cofinancement (25.5% du total des coûts de prestations nets du canton) par somme forfaitaire aux assureurs. Les assureurs reçoivent donc un forfait moyen par personne assurée qui est différencié selon qu'il s'agit d'enfants ou d'adultes. Combiné avec la compensation des risques, ce forfait aboutit à une contribution cantonale fixée en fonction du risque attendu. Une étude réalisée par Polynomics sur mandat de santésuisse a comparé ces deux variantes « participation en fonction des coûts effectifs » et « contribution forfaitaire » et a constaté que la première variante se rapprochait de la situation actuelle, qu'elle réduisait les incitations à la sélection des risques et n'entraînait pas un besoin accru de réserve. Dans l'ensemble, la participation en fonction des coûts effectifs était donc préférable à la seconde qui accroît le risque financier des assureurs maladie et crée des insécurités pour le calcul des primes, ce qui peut rendre nécessaire de procéder à une augmentation des réserves et des primes. • En conclusion, le Groupe Mutuel se déclare opposé à la répartition des fonds cantonaux aux assureurs sous forme de montants forfaitaires par assuré. <u>Contrôle des factures des prestataires par l'institution commune LAMal</u> Le contrôle des factures des prestataires incombe aux assureurs-maladie. Ce rôle a été dévolu à ces derniers par le législateur. Il n'y a donc pas lieu de doubler ce contrôle par l'institution commune LAMal, ce qui reviendrait à amoindrir le rôle des assureurs dans le processus de fonctionnement de l'AOS et augmenter les charges administratives, sans motif valable. En effet, le nouveau financement n'édulcore par l'intérêt

Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal): procédure de consultation

	qu'ont les assureurs-maladie à contrôler attentivement le bien-fondé des remboursements, afin de rester concurrentiel. Attendu que le Groupe Mutuel rejette l'intervention de l'Institution commune LAMal dans le processus de répartition de la participation cantonale aux assureurs, l'intervention de cette dernière ne se justifie pas non plus en matière de contrôle de facture qui devrait être organisé selon les propositions présentées supra. En conclusion, le Groupe Mutuel se déclare opposé à l'intervention de l'Institution commune LAMal dans le contrôle des factures des prestataires. <u>Maintien du taux de prise en charge des coûts des prestations des hôpitaux et des maisons de naissance conventionnés à 45% (art. 49a)</u> Le maintien d'un financement différencié pour la prise en charge des coûts des prestations des hôpitaux et des maisons de naissance conventionnés ne se justifie pas au vu de l'objectif recherché. En effet, l'application d'un financement unique également à ces types d'établissements permet d'accroître la concurrence entre les établissements hospitaliers, susceptibles à terme de générer des économies de coûts. <u>Conditionnement de l'entrée en vigueur du financement uniforme à celle de la réglementation remplaçant l'art. 55a LAMal</u> Sur la base du projet de loi destiné à remplacer l'art. 55a LAMal, les cantons obtiendront de nouveaux moyens pour piloter le domaine ambulatoire, ce qui implique la mise en œuvre du financement uniforme. Dès lors, les deux projets de loi, respectivement leurs mises en vigueur doivent être liées. Ce lien devrait être fait dans le cadre du projet « 18.047 LAMal. Admission des fournisseurs de prestations ».
	Autres <u>Application d'un taux uniforme minimal de 25.5.% au niveau Suisse sur l'ensemble des soins ambulatoires et stationnaires</u> Actuellement, les cantons financent les soins stationnaires à concurrence de 55%. A l'avenir la participation cantonale aux coûts des prestations (stationnaires et ambulatoires) de la santé s'élèvera au moins à 25.5%. Puisque le calcul du taux de participation cantonale de l'ensemble des prestations ambulatoires et stationnaires repose sur une moyenne, l'effet pour le payeur de prime peut être positif ou négatif. En effet, il varie en fonction de la relation entre prestations ambulatoires et prestations stationnaires. Afin de limiter cette incidente, une disposition transitoire, du même type que celle instaurée lors de l'introduction du financement hospitalier en 2011, devrait être introduite. Ainsi, les cantons disposeront d'un certain délai afin d'adapter leur participation cantonale et l'effet pour les payeurs de prime sera échelonné sur plusieurs années.

Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision / Protéger un document / Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.

**Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal):
procédure de consultation**

Commentaires concernant les articles individuels du projet de la révision et leurs explications					
nom/ société	art.	al.	let.	commentaire / observation :	Proposition de modification (texte)
Groupe Mutuel	16	3 ^{bis}		Le Groupe Mutuel accepte la proposition de la majorité et rejette celle de la minorité. La contribution cantonale est une compensation des coûts, elle est donc neutre au niveau des risques.	
Groupe Mutuel	18	2 ^{sexties}		Le Groupe Mutuel rejette la proposition de la majorité et se prononce contre l'intervention de l'Institution commune LAMal dans le paiement des contributions cantonales aux assureurs-maladie.	
Groupe Mutuel	18	2 ^{octies}		Le Groupe Mutuel rejette la proposition de la majorité, car elle estime que l'Institution commune LAMal ne doit pas assumer la tâche de répartir la contribution cantonale aux assureurs ; il ne se justifie donc pas de lui attribuer des tâches qui lui seraient confiées par les cantons.	
Groupe Mutuel	18	5		Le Groupe Mutuel rejette la proposition de la majorité, car elle estime que l'Institution commune LAMal ne doit pas assumer la tâche de répartir la contribution cantonale aux assureurs, ni exécuter d'autres tâches confiées par les cantons ; il ne se justifie donc pas de prévoir un financement supplémentaire.	
Groupe Mutuel	25a	2		Proposition de la majorité : acceptée.	
Groupe Mutuel	41	1 ^{bis}		Proposition de la majorité : acceptée.	

**Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal):
procédure de consultation**

Groupe Mutuel	41	1 ^{ter}		Proposition de la majorité : acceptée.	
Groupe Mutuel	41	2 ^{bis}		Proposition de la majorité : acceptée.	
Groupe Mutuel	41	2 ^{ter}		Proposition de la majorité : acceptée.	
Groupe Mutuel	41	2 ^{quater}		Proposition de la majorité : acceptée.	
Groupe Mutuel	41	3		Proposition de la majorité : acceptée.	
Groupe Mutuel	41	3 ^{bis}		Proposition de la majorité : acceptée.	
Groupe Mutuel	41	4		Proposition de la majorité : acceptée.	
Groupe Mutuel	42	2		Proposition de la majorité : acceptée.	
Groupe Mutuel	42	3		Proposition de la majorité : acceptée.	
Groupe Mutuel	49a	1		Le Groupe Mutuel accepte la proposition de la majorité et rejette celle de la minorité.	
Groupe Mutuel	49a	2		Le Groupe Mutuel accepte la proposition de la majorité et rejette celle de la minorité.	
Groupe Mutuel	51	1		Proposition de la majorité : acceptée.	
Groupe Mutuel	60	1		Proposition de la majorité : acceptée.	
Groupe Mutuel	60	2	b	Proposition de la majorité : acceptée sous réserve d'une modification. La lettre b de l'alinéa 2 pose l'obligation que les prestations soient	<u>Proposition de modification de la lettre b de l'alinéa 2</u> b. Elles sont fournies en Suisse, sous réserve des

**Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal):
procédure de consultation**

				fournies en Suisse pour que leur coût soit pris en compte dans le calcul de la contribution cantonale. Or, l'art. 34 al. 2 LAMal prévoit la possibilité de prendre en charge des coûts de prestations fournies à l'étranger sous certaines conditions. Il y a donc lieu de tenir également compte de ces exceptions dans le calcul de la contribution cantonale.	exceptions prévues à l'article 34, al. 2, aux assurés suivants : ...
Groupe Mutuel	60	3		Proposition de la majorité : refusée. Le calcul de la contribution devrait s'effectuer sur les coûts bruts et non les coûts nets.	<u>Proposition de modification de l'alinéa 3</u> Le produit des actions récursoires fondées sur l'art. 72, al. 1, LPGA est déduit des coûts selon l'al. 2 pour le calcul de la contribution cantonale.
Groupe Mutuel	60	4		Proposition de la majorité : acceptée.	
Groupe Mutuel	60	5		Proposition de la majorité : acceptée.	
Groupe Mutuel	60	6		Proposition de la majorité : modifiée. Le Groupe Mutuel estime que le versement des contributions cantonales doit s'effectuer directement auprès des assureurs-maladie et non pas par le biais de l'institution commune LAMal.	Les assureurs transmettent aux cantons et à la Confédération les données qui sont nécessaires pour le calcul de la contribution cantonale et de la contribution fédérale. Les cantons et la Confédération versent leur contribution directement aux assureurs-maladie. Le Conseil fédéral règle les modalités.
Groupe Mutuel	60a			Le Groupe Mutuel accepte la proposition de la majorité et rejette celle de la minorité. Une étude réalisée par Polynomics sur mandat de santésuisse a comparé les variantes « participation en fonction des coûts réels » et « contribution forfaitaire » et a constaté que la première variante se rapprochait de la situation actuelle, qu'elle réduisait les incitations à la sélection des risques et n'entraînait pas un besoin accru de réserve. Dans l'ensemble, elle est donc préférable à la seconde qui occasionne des distorsions et des	

**Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal):
procédure de consultation**

				contrecoups au niveau des primes, en aggravant le risque financier des assureurs-maladie.	
Groupe Mutuel	79a			Proposition acceptée.	
Groupe Mutuel	II	1		Proposition acceptée.	
Groupe Mutuel	II	2		Sur la base du projet de loi destiné à remplacer l'art. 55a LAMal, les cantons obtiendront de nouveaux moyens pour piloter le domaine ambulatoire, ce qui implique la mise en œuvre du financement uniforme. Dès lors, les deux projets de loi, respectivement leurs mises en vigueur doivent être liées. Ce lien devrait être fait dans le cadre du projet « 18.047 LAMal. Admission des fournisseurs de prestations ».	

Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision / Protéger un document / Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.

**Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal):
procédure de consultation**

Autres propositions			
Nom/société	Art.	Commentaire / observation	Proposition de texte
Groupe Mutuel	Disposition transitoire	Actuellement, les cantons financent les soins stationnaires à concurrence de 55%. A l'avenir la participation cantonale aux coûts des prestations (stationnaires et ambulatoires) de la santé s'élèvera au moins à 25.5%. Puisque le calcul du taux de participation cantonale de l'ensemble des prestations ambulatoires et stationnaires repose sur une moyenne, l'effet pour le payeur de prime peut être positif ou négatif. En effet, il varie en fonction de la relation entre prestations ambulatoires et prestations stationnaires. Afin de limiter cette incidente, une disposition transitoire, du même type que celle instaurée lors de l'introduction du financement hospitalier en 2011, devrait être introduite. Ainsi, les cantons disposeront d'un certain délai afin d'adapter leur participation cantonale et l'effet pour les payeurs de prime sera échelonné sur plusieurs années.	

Helsana Versicherungen AG

Gesundheitspolitik
Zürichstrasse 130
beim Bahnhof Stettbach
Telefon 043 340 11 11
www.helsana.ch

Postadresse:
Postfach
8081 Zürich

Zuständig: Guido Klaus
Direktwahl: 043 340 68 82
Direktfax: 043 340 04 34
E-Mail: guido.klaus@helsana.ch

Helsana

Empfänger
Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit des Nationalrats
CH-3003 Bern

per E-Mail an: [abteilung-
leistungen@bag.admin.ch](mailto:abteilung-leistungen@bag.admin.ch)

Stettbach, 6. September 2018

09.528 Parlamentarische Initiative. Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus.

Sehr geehrter Herr Kommissionspräsident
Sehr geehrte Damen und Herren

Gerne nehmen wir an der Vernehmlassung zum Vorentwurf zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) unter dem Titel «Einheitliche Finanzierung der Leistungen im ambulanten und im stationären Bereich» teil. Die einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen (EFAS) ist eine der wichtigsten und grundlegendsten Reformen unseres Gesundheitswesens. Der unbestrittene finanzielle Fehlanreiz an der heutigen Schnittstelle von stationär und ambulant hat Fehl- und Überversorgung zur Folge. EFAS ist eine wichtige Reform, um unser Gesundheitssystem in Richtung mehr Effizienz und Qualität weiter entwickeln zu können und um Fehlanreize zu vermeiden. Mit EFAS wird die Verlagerung vom stationären in den kostengünstigeren ambulanten Bereich sozialverträglich vorangetrieben. Weil EFAS zudem alternative Versicherungsmodelle noch attraktiver macht, verleiht sie der Integrierten Versorgung zusätzlichen Schub.

Im Hinblick auf die konkrete Umsetzung ist es zentral, ein Finanzierungsmodell zu wählen, welches das Effizienzpotenzial von EFAS optimal entfaltet. **Helsana spricht sich darum für eine Verteilung der Kantonsbeiträge via Risikoausgleich aus.** Wir empfehlen jedoch eine einfachere und schlankere juristische Lösung, die im Ergebnis dem Modell im Minderheitenantrag entspricht.

Kantone, Leistungserbringer und Versicherer haben heute teils entgegengesetzte Anreize, so dass es zu Verzerrungen bei der Wahl der gesamtwirtschaftlich effizienten Therapieform kommen kann. Solange eine ambulant durchgeführte Operation bzw. Behandlung mehr kostet als 45 % der Kosten einer medizinisch gleichwertigen stationären Therapie, können gesamtwirtschaftliche Einsparungen durch konsequentes «ambulant vor stationär» Prämien erhöhungen zur Folge haben. Mit EFAS ergeben sich für alle Beteiligten ohne Einbusse der Versorgungsqualität bessere Anreize, die jeweils effizienteste Versorgung zu wählen. Dies hat insgesamt geringere Gesamtkosten zur Folge.

Die Mehrheit der SGK-NR schlägt vor, die Steuermittel proportional zu den effektiven Kosten des einzelnen Versicherers auszuschütten (kostenbasiertes Modell). Helsana lehnt dieses Modell ab, denn der Risikoausgleich bleibt bei diesem Modell für die kantonalen Mittel ausgeklammert. So würde jeder Krankenversicherer einen Kantonsbeitrag von 25,5 % (respektive den fixen und national einheitlich festgelegten prozentualen Mindestfinanzierungsanteil) an seine individuellen Kosten pro versicherte Person erhalten und zwar unabhängig davon, ob er kostengünstig arbeitet oder nicht. Die Versicherer unterliegen so nicht zu 100 % dem Benchmark der Gesamtdurchschnitts-Nettoleistungen der Branche. Die (In)-

Effizienz eines Versicherers bzw. die Bemühungen, für die Versicherten bedürfnisorientierte und nachhaltige Modelle anzubieten (z. B. für chronisch kranke Personen), wäre nur teilweise wettbewerbsrelevant und die erzielten Kosteneinsparungen würden so nur teilweise prämienvirksam. Faktisch würden Versicherer, welche im Sinne ihrer Versicherten kostengünstig arbeiten, mit einem solchen Vorgehen bestraft. Mit der dauerhaften Verankerung des Risikoausgleichs hat das Parlament gezeigt, wie wichtig ihm der Risikoausgleich für unser Gesundheitswesen ist. Daher müssen alle Leistungen von ihm erfasst werden.

Helsana fordert deshalb, die kantonalen Steuermittel pro Kanton proportional zu den Durchschnittskosten der jeweiligen Risikogruppe zu verteilen. Mit einer risikobasierten Einspeisung der Kantonsmittel hätten alle Versicherer – unabhängig von ihrer Risikostruktur – den Anreiz, kostengünstig zu arbeiten und in nachhaltige, bedürfnisorientierte Versicherungsmodelle zu investieren. Diesen Anreiz wiederum braucht es, damit die Integrierte Versorgung noch mehr Schub erhält und EFAS die oben beschriebene positive Dynamik entfalten kann. Die so erzielten Kosteneinsparungen führen zu tieferen Prämien für die Versicherten. Die risikobasierte Einspeisung der kantonalen Mittel kann in bereits etablierte und bewährte Prozesse der Gemeinsamen Einrichtung KVG (GE-KVG) integriert werden: Die GE-KVG stellt jedem Kanton seinen Anteil von 25,5 % in Rechnung. Die dafür zugrundeliegenden Daten sind aufgrund bestehender Prozesse innerhalb der GE-KVG – die eng durch Gesetz und Verordnung geführt ist – plausibilisiert und insbesondere revidiert.

Die Forderung nach einer risikobasierten Verteilung der Kantonsfelder entspricht einem Minderheitsantrag der SGK-NR. Allerdings empfiehlt Helsana, den umfassenden und komplex formulierten Minderheitsantrag durch eine einfachere, schlankere Variante zu ersetzen, die sich im Ergebnis gleich auswirkt. Wir empfehlen, Art. 60a KVG folgendermassen anzupassen:¹

Art. 60a (risikobasierte Aufteilung) NEU

¹ Die Gemeinsame Einrichtung teilt den Kantonsbeitrag und den Bundesbeitrag auf die einzelnen Versicherer auf. Dabei befolgt sie die Grundsätze des Risikoausgleichs nach Artikel 16 – 17a.

² Für Versicherte, die vom Risikoausgleich nicht erfasst werden, entspricht der aufgeteilte Betrag den durchschnittlichen Kosten dieser Versicherten.

³ Der Bundesrat regelt die Einzelheiten.

Ausserdem empfehlen wir, Art. 60 KVG so anzupassen, dass die Daten zur Berechnung des Kantons- und Bundesbeitrags direkt an die Gemeinsame Einrichtung KVG geliefert werden. Eine Datenlieferung an die Kantone würde einer Doppelerhebung gleichkommen und damit der Charta der öffentlichen Statistik Schweiz widersprechen. Zudem bedeutet dies einen erheblichen Mehraufwand für alle Beteiligten.

Art. 60 Berechnung, Abs. 6 & 7 NEU

⁶ Der Bund, die Kantone und die Versicherer übermitteln der Gemeinsamen Einrichtung die Daten, die für die Berechnung des Kantonsbeitrags und des Bundesbeitrags nötig sind. Der Bundesrat regelt die Einzelheiten.

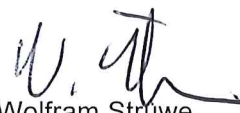
⁷ Die Kantone und der Bund entrichten ihren Beitrag der Gemeinsamen Einrichtung (Art. 18).

Für die Kenntnisnahme und Berücksichtigung unserer Stellungnahme danken wir Ihnen bestens.

Freundliche Grüsse

Helsana Versicherungen AG


Guido Klaus
Leiter Ökonomie & Politik


Wolfram Struwe
Leiter Gesundheitspolitik

¹ Rechtlich geprüft durch Prof. Dr. Ulrich Kieser

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG):
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Medizinaltarif-Kommission UVG

Abkürzung der Firma / Organisation : MTK

Adresse : Alpenquai 28 , Postfach 4358, 6002 Luzern

Kontaktperson : Luigi Frisullo, MTK-Sekretär

Telefon : 041 419 57 39

E-Mail : office@mtk-ctm.ch

Datum : 13.09.2018

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **15. September 2018** an folgende E-Mail Adresse:
abteilung-leistungen@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG):
Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
MTK	1. Vorbemerkungen der MTK Im Zuständigkeitsbereich der MTK kommt die monistische Abgeltung von Leistungen im UV/MV/IV-Bereich aufgrund des Naturalleistungsprinzips zur Anwendung. Dieses Prinzip hat sich bestens bewährt, weil die Leistungsabwicklung schlank und effizient, zwischen Kostenträger und Leistungserbringer durchgeführt werden kann. Die MTK begrüsst diese pragmatische Vorlage zur einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen, welche die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats SGK-N in die Vernehmlassung gegeben hat. Diese leistet einen wichtigen Beitrag zur Eliminierung von Fehlanreizen der heutigen Finanzierungslösung. Des Weiteren sorgt die Vorlage für eine Harmonisierung resp. Angleichung der Finanzierungssysteme zwischen dem KV- und den UV/MV/IV-Bereichen. In diesem Sinne leistet die einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen (EFAS) einen wichtigen und grundlegenden Beitrag zur Reform unseres Gesundheitswesens. Die MTK wird sich jedoch in ihrer Stellungnahme weder zur Formulierung der Gesetzesvorlage, noch zu den beiden vorgeschlagenen Modellen der SGK-N und auch nicht zur Verteilung der Kantonsmittel auf die Krankenversicherer äussern. Die Umsetzungsfragen die Einführung einer einheitlichen Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen betreffend, sind durch die KVG-Tarifpartner zu klären.
MTK	2. Einschätzungen der MTK zum erläuternden Bericht Die MTK unterstützt die Einführung der einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS). Der unbestrittene finanzielle Fehlanreiz an der Schnittstelle stationär/ambulant hat Fehl- und Überversorgung zur Folge. Die EFAS ist eine wichtige Reform, um unser Gesundheitssystem in Richtung mehr Effizienz und Qualität weiter entwickeln zu können und um Fehlanreize zu vermeiden. Mit der EFAS wird die Verlagerung vom stationären in den kostengünstigeren ambulanten Bereich sozialverträglich vorangetrieben. Weil die EFAS zudem alternative Versicherungsmodelle noch attraktiver macht, verleiht sie der Integrierten Versorgung zusätzlichen Schub. Das Anliegen der Kantone, mehr Steuerung im ambulanten Bereich zu erhalten, ist wegen der Mitfinanzierung nachvollziehbar. Im aktuellen System stimmen Ergebnis- und Finanzierungsverantwortung nicht überein. Die Zulassungsbeschränkung im ambulanten Bereich als Steuerungsinstrument der Kantone setzt jedoch klar voraus, dass diese auch im ambulanten Bereich

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG): Vernehmlassungsverfahren

	finanzielle Mitverantwortung übernehmen. Weiter begrüsst die MTK, dass der Kantonsbeitrag gemäss Vernehmlassungsvorlage so festgelegt wird, dass die Umstellung auf die EFAS für die Kantone und die Versicherer insgesamt kostenneutral ausfällt. Die MTK rät jedoch davon ab, Fragestellungen der Pflegefinanzierung in der Einführung der EFAS zu vermischen. Die Diskussionen, insbesondere rund um die Langzeitpflege, können durchaus parallel zur aktuellen Reform geführt werden, sollten jedoch abgekoppelt von der EFAS erfolgen, um die Vorlage politisch nicht zu überladen und damit unnötig zu verzögern.
MTK	3. Begründungen Gleiche Anreize für alle Akteure Kantone, Leistungserbringer und Versicherer haben heute teils entgegengesetzte Anreize, die zu Verzerrungen bei der Wahl der gesamtwirtschaftlich effizienten Therapieform führen können. Solange eine ambulant durchgeführte Operation und Behandlung mehr kostet als 45% der Kosten einer medizinisch gleichwertigen stationären Durchführung, können gesamtwirtschaftliche Einsparungen durch konsequentes «ambulant vor stationär», Prämien erhöhungen zur Folge haben. Eine Krankenversicherung hat deshalb heute nur bedingt ein Interesse daran, konsequent auf den Grundsatz «ambulant vor stationär» zu setzen, weil sie damit gegen die Interessen der Versicherten handeln würde. Mit der EFAS ergeben sich für alle Beteiligten, ohne Einbusse der Versorgungsqualität, bessere Anreize, die effizienteste Versorgung zu wählen, was insgesamt zu geringeren Gesamtkosten führt. Unterstützung für Integrierte Versorgungssysteme Immer mehr Versicherte schliessen sich freiwillig Integrierten Versorgungsnetzen an. Dort können sie im Vergleich zum Standard-Versicherungsmodell von tieferen Prämien profitieren, weil dank der integrierten, gut koordinierten Versorgung Patientinnen und Patienten bedürfnisorientiert und gezielter behandelt sowie unnötige Spitalaufenthalte reduziert werden können. Die so in integrierten Versorgungsnetzen erzielten Einsparungen kommen diesen Versicherten mit der heutigen ungleichen Finanzierung aber nur teilweise zugute. Das liegt daran, dass mit den Steuergeldern der Kantone nur stationäre Leistungen mitfinanziert (55%) werden, nicht aber ambulante, und die Kantonsgelder somit heute in Versicherungsmodelle mit hoher Anzahl an stationären Aufenthalten fliessen. Mit der EFAS wird eine grössere Einsparung der Integrierten Versorgungsmodelle ausgewiesen, weil die Kantonsgelder gleichermassen auf die verschiedenen Versicherungsmodelle verteilt werden. Das erlaubt, grössere Rabatte auf den Prämien derjenigen Versicherten gewähren zu können, welche sich für ein Modell der Integrierten Versorgung entschieden haben. Durch die tieferen Prämien werden Versicherungsmodelle der Integrierten Versorgung noch attraktiver – die EFAS verleiht der Integrierten Versorgung zusätzlichen Schub. So können unter dem Strich mehr Einsparungen bei tendenziell besserer Betreuung realisiert werden.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG): Vernehmlassungsverfahren

	Sozialverträgliche Verlagerung der Leistungen in den ambulanten Bereich Die bereits heute stattfindende zunehmende Verlagerung von mehrheitlich steuerfinanzierten stationären, hin zu prämiendifinanzierten ambulanten Leistungen, muss aktuell allein von den Prämienzahlenden geschultert werden. Da Prämien im Unterschied zu Steuern nicht einkommensabhängig sind (solidarische Einheitsprämie), werden durch die Verlagerung in den prämiendifinanzierten Bereich, tiefe und mittlere Einkommen im Verhältnis stärker belastet. Die zunehmend medizinisch möglich werdende – gesamtwirtschaftlich sinnvolle und politisch gewollte – Verlagerung von stationär zu ambulant, wird mit einer Mitbeteiligung der Kantone an der Finanzierung der ambulanten Versorgung sozialverträglicher gemacht. Aus obengenannten Gründen unterstützt die MTK die Vorlage zur Einheitlichen Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen als wichtige und notwendige, gesundheitspolitische Reform. Keine doppelte Rechnungsstellung Ungeachtet des gewählten Finanzierungssystems, empfiehlt die MTK auf eine doppelte Rechnungsstellung zu verzichten. Eine solche Abrechnungspraxis im ambulanten Bereich würde den administrativen Aufwand enorm erhöhen und (bei Uneinigkeit) zu langwierigen Rechtsstreitigkeiten zwischen Kostenträgern, Patienten und Ärzten führen.
MTK	4. Fazit Die MTK begrüsst eine zeitnahe Einführung einer einheitlichen Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen. Die EFAS eliminiert die bestehenden finanziellen Fehlanreize und ebnet damit den Boden für eine effiziente und qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung. Des Weiteren leistet die EFAS einen wichtigen Beitrag zur Harmonisierung der Finanzierungssysteme zwischen dem KVG und dem UVG. Bei der Wahl des Verteilungssystems der Kantonsmittel auf die Krankenversicherer, rät die MTK sicherzustellen, den Wettbewerb auf Kosten und Qualität zu konzentrieren.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG):
Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
MTK	-	-	-	Da die Gesetzesrevision auf das KVG beschränkt ist, verzichtet die MTK darauf, sich zur konkreten Formulierung der jeweiligen Artikeln zu äussern.	-

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
MTK	-	Die MTK hat keine weiteren Vorschläge einzubringen.	-



santésuisse

Die Schweizer Krankenversicherer

Les assureurs-maladie suisses

Gli assicuratori malattia svizzeri

santésuisse
Römerstrasse 20
Postfach
CH-4502 Solothurn
Tel. +41 32 625 41 41
Fax +41 32 625 41 51
mail@santesuisse.ch
www.santesuisse.ch

Per E-Mail an:
abteilung-leistungen@bag.admin.ch
Bundesamt für Gesundheit
3003 Bern

Für Rückfragen:
Isabel Kohler Muster
Direktwahl: +41 32 625 41 31
Isabel.Kohler@santesuisse.ch

Solothurn, 14. September 2018

09.528 Parlamentarische Initiative. Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus; Einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen (EFAS); Änderung des KVG; Stellungnahme santésuisse

Sehr geehrter Herr Kommissionspräsident
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir bedanken uns für die Möglichkeit, zum Vorentwurf der SGK-NR vom 19. April 2018 in Änderung des KVG unter dem Titel „*Einheitliche Finanzierung der Leistungen im ambulanten und im stationären Bereich*“ Stellung nehmen zu können.

1. Allgemeines

Die Mehrheit der Mitglieder von santésuisse unterstützt im Grundsatz die vorgeschlagene Gesetzesänderung EFAS.

Die Vorlage zur einheitlichen Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen (EFAS) ist für das schweizerische Gesundheitswesen von zentraler Bedeutung.

Neu sollen die Krankenversicherer alle ambulanten sowie stationären Behandlungen (inkl. Psychiatrie, Rehabilitation sowie Akut- und Übergangspflege) vergüten. An die Kosten, die den Krankenversicherern nach Abzug von Franchise und Selbstbehalt verbleiben, leisten neu die Kantone einen Beitrag. Die Umstellung auf die einheitliche Finanzierung soll für die Kantone und die Krankenversicherer kostenneutral ausfallen.

Insbesondere unterstützt santésuisse den Revisionsvorschlag der SGK-NR, wonach EFAS kostenneutral umzusetzen sei und die Pflegeleistungen von der einheitlichen Finanzierung ausgenommen werden sollen, weil die per 1. Januar 2011 in Kraft getretene Neuordnung der Pflegefinanzierung auf besonderen Regeln beruht. Eine Vermischung dieser beiden Geschäfte lehnt santésuisse entschieden ab.

Für den Systemwechsel sprechen insbesondere die folgenden Argumente:

- Der langfristige Trend weg von stationären hin zu ambulanten Leistungen führt bei der heutigen Finanzierungsregelung dazu, dass der kantonale Beitrag an die Leistungen langfristig zurückgeht. Die mit der „Ambulantisierung“ verknüpften Effizienzgewinne kommen nahezu ausschliesslich den Kantonen zu. Obwohl die medizinische Entwicklung eine kostengünstigere Behandlung ermöglicht, profitieren die Prämienzahlenden nicht oder nur bedingt. Der überproportionale Anstieg des prämienfinanzierten Anteils an den Kosten, verbunden mit einem relativen Rückgang des steuerfinanzierten Anteils, hat sozialpolitisch unerwünschte Auswirkungen. Bei einer einheitlichen Finanzierung würde das Verhältnis langfristig konstant bleiben.
- Die ungleiche Finanzierung führt zu Fehlanreizen bei den Akteuren. Bei der Wahl der medizinischen Behandlung sollen nicht monetäre Interessen der Leistungserbringer oder Kostenträger, sondern die medizinische Situation des Patienten im Vordergrund stehen - wobei die WZW-Kriterien des KVG massgebend sind. Heute haben die Kantone ein ausgeprägtes Interesse daran, dass die Leistungen ambulant erbracht werden. Die Versicherer bezahlen dagegen unter Umständen für ambulante Behandlungen sogar mehr als für stationäre Behandlungen. Bei einer einheitlichen Finanzierung sind die Interessen auf die insgesamt medizinisch sinnvollste Behandlung ausgerichtet.
- Die Kantone nehmen auch im Rahmen der ambulanten Gesundheitsversorgung eine zentrale Stellung ein. Die Vorlage zur Zulassungssteuerung, deren Botschaft der Bundesrat am 9. Mai 2018 verabschiedet hat, sieht vor, den Kantonen noch bedeutend mehr Kompetenzen zuzuweisen. Mit dem „Boom“ der Spitalambulatorien, die oftmals im Besitz der Kantone sind, sind Kantone überdies ein wichtiger Anbieter von Gesundheitsleistungen. Die finanziellen Konsequenzen ihrer Entscheidungen haben sie heute aber bloss im stationären Bereich direkt zu tragen. Bei einer einheitlichen Finanzierung würden sie auch im ambulanten Bereich in die (Finanzierungs-) Pflicht genommen.

Eine Minderheit der Mitglieder lehnt die Vorlage ab, mit dem Argument, dass sie die Komplexität des ganzen Systems erhöhe, ohne dass mit der neuen Kostenverteilung eine Eindämmung des Kostenanstiegs zu erwarten sei.

2. Technische Umsetzung

Denjenigen Bestimmungen der SGK-NR (ohne Minderheit, sofern eine besteht), welche im Folgenden nicht zitiert werden, stimmt *santésuisse* vorbehaltlos zu.

a) Richtige Korrektur bei der Berechnung des Risikoausgleichs zur Wahrung der Risiko-Neutralität der Risikoabgaben und Ausgleichsbeiträge für den Risikoausgleich (Art. 16 *neu Abs. 3bis* KVG)

santésuisse unterstützt den Vorschlag von *neu Abs. 3bis* der SGK-NR, wonach für die Berechnung der Risikoabgaben und Ausgleichsbeiträge die Nettoleistungen der Versicherer unter Abzug des Kantonsbeitrags relevant sind. Der Beitrag des Kantons ist «risikofreies» Geld, da der Beitrag des Kantons einem Kostenausgleich entspricht und nicht dem unternehmerischen Risiko der Versicherer untersteht. Der Einschub von *neu Abs. 3bis* ist deshalb korrekt.

b) Bejahung der Zuständigkeit der gemeinsamen Einrichtung KVG im Rahmen der Umsetzung von EFAS (Ziff. 3.1.3 Erläuterungen)....

Eine Mehrheit von *santésuisse* unterstützt die Zuständigkeit der gemeinsamen Einrichtung KVG zur Aufteilung des Kantonsbeitrages an die Krankenversicherer. Damit kann vermieden werden, dass die Kantone mit einer Vielzahl von Versicherern abrechnen müssen. Der Zusatzaufwand für die gemeinsame Einrichtung KVG ist minim und einmalig. Eine direkte Abrechnung wird abgelehnt, weil dies zu einem Mehraufwand sowie einer entsprechenden Erhöhung der Verwaltungskosten sowohl bei Kantonen als auch Krankenversicherern führen würde.

Eine Minderheit hingegen erachtet den Einschub einer zusätzlichen Stelle zwischen den Kantonen und Versicherern als unnötig. Gerade die direkte Rechnungsstellung des Kantonsanteils durch die Versicherer erhöhe die Transparenz gegenüber den Kantonen. Unter anderem könnten die Kantone prüfen, ob der Versicherte zum Zeitpunkt der Behandlung tatsächlich im Kanton seinen Wohnsitz hatte. Zudem würde der Kanton dadurch über eine detaillierte Aufstellung der ambulanten und stationären Behandlungen mit den Angaben des Beitrages verfügen. Allfällige Fragen könnten direkt zwischen dem entsprechenden Versicherer und dem Kanton geklärt werden. In der Folge wären ebenfalls Art. 18 Abs. 2sexies zu streichen.

c) **..... jedoch Ablehnung der Zuständigkeit der gemeinsamen Einrichtung KVG in Bezug auf die Kontrolle der Daten, die die Versicherer den Kantonen nach Art. 60 Abs. 6 KVG zu übermitteln haben** (Vorschlag Minderheit zu Art. 18 neu 2octies KVG)

Die Daten, welche der gemeinsamen Einrichtung KVG übermittelt werden, wurden von der Revision der Krankenversicherer abgenommen. Zudem ist aus Gründen des Datenschutzes die Kontrolle durch die gemeinsame Einrichtung KVG nicht erlaubt.

d) **Ergänzungsvorschlag bei Kostenübernahme für Versicherte im Ausland ohne Anknüpfungspunkt an einen Kanton** (Neugliederung von Art. 41 Abs. 2quater KVG)

Es fehlt hier die Regelung betreffend Entsandte von Schweizer Arbeitgebern ins Nicht-EU/EFTA-Ausland. Zudem ist der aktuelle Referenzkanton Bern willkürlich gewählt. Eine einfache und nachvollziehbare Lösung ist, als Referenzkanton den Hauptsitz des entsprechenden Versicherers zu bestimmen. *santésuisse* schlägt deshalb folgende Ergänzung vor:

*2quater Bei Versicherten, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder in Norwegen wohnen und eine schweizerische Rente beziehen, sowie bei deren Familienangehörigen, **und bei Versicherten gemäss Art. 3 Abs. 3 lit. b,** übernimmt der Versicherer bei stationärer Behandlung in einem Listenspital die Vergütung höchstens nach dem Tarif, der für die betreffende Behandlung in einem Listenspital **desjenigen Kantons gilt, in welchem der Krankenversicherer seinen Hauptsitz hat, des Referenzkantons gilt.** Der Bundesrat legt den Referenzkanton fest. Liegt ein Notfall vor, so übernimmt der Versicherer die Vergütung nach dem Tarif, der im Standortkanton gilt.*

e) **Berechnung der Kantonsbeteiligung – Ergänzung von Art. 60 Abs. 2 lit. b KVG durch diejenigen Leistungen, welche aus medizinischen Gründen gemäss Art. 34 Abs. 2 KVG im Ausland erbracht werden**

Art. 60 Abs. 2 zählt diejenigen Leistungen auf, welche für die Berechnung des Kantonsbeitrags massgebend sind. *santésuisse* unterstützt, dass gemäss lit. a die Beiträge an die Pflegeleistungen nach Art. 25a KVG (vgl. dazu die Ausführungen in der Einleitung) sowie die Leistungen an Vertragsspitäler für die Berechnung des Kantonsbeitrags unberücksichtigt bleiben. Die Formulierung in lit. b ist hingegen zu präzisieren: Dabei wird lediglich auf Leistungen, welche in der Schweiz erbracht wurden, abgestellt. Das ist KVG-systematisch falsch. Art. 34 Abs. 2 KVG sieht explizit auch die Möglichkeit vor, unter bestimmten Voraussetzungen ebenfalls die Kosten für im Ausland erbrachte Dienstleistungen zu tragen. Dabei handelt

es sich um Leistungen, welche aus medizinischen Gründen im Ausland haben erbracht werden müssen (Notfälle). Diese Ausnahmen müssen bei der Berechnung des kantonalen Beitrages ebenfalls berücksichtigt werden. Sie werden für Versicherte erbracht, welche in der Schweiz Wohnsitz haben. Es gibt keinen Grund, diese auszuschliessen. lit. b könnte wie folgt formuliert werden:

b. „Es handelt sich um Leistungen, die in der Schweiz, **vorbehältlich der in Artikel 34 Absatz 2 KVG vorgesehenen Ausnahmen**, für folgende Personen erbracht werden: (...)“

f) Kein Ausschluss der Kostenbeteiligung nach Art. 64 von der Berechnung des Kantonsbeitrags! Mehrheit der Mitglieder von santésuisse verlangt Brutto- statt Nettokosten (Art. 60 Abs. 3 KVG)

Der Vorschlag der SGK-NR sieht für die Berechnung des Kantonsbeitrags vor, dass sich dieser auf die Nettoleistungen der Versicherer beziehen soll. Die Bezugsgrösse mit dem Netto-Ansatz ist jedoch nicht sachgerecht. Heute und nach bestehenden gesetzlichen Vorgaben berechnet sich der Betrag von 55 Prozent im stationären Spitalbereich an den Bruttoleistungen. Der Brutto-Ansatz muss für die Berechnung des Kantonsbeitrags auch in Zukunft massgeblich sein. Dies würde ebenfalls bedingen, dass der Prozentsatz für eine kostenneutrale Umsetzung neu berechnet werden müsste. S. dazu der Formulierungsvorschlag unter lit. g unten.

Werden nur die Nettoleistungen berücksichtigt, hat dies zur Folge, dass der Kanton die Gesundheitskosten von Versicherten mit Wahlfranchisen zu einem geringeren Anteil finanziert, als dies bei Versicherten mit ordentlicher Franchise der Fall ist, selbst wenn sie dieselben Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen. Diese Ungleichbehandlung schafft neue Ungerechtigkeiten und Fehlanreize, denn während der Versicherer dem Versicherten im Gegenzug zur höheren Franchise einen Prämienrabatt geben muss, profitiert der Kanton davon, ohne dass er sich finanziell beteiligen müsste. Möglicherweise müssten aufgrund dieser Tatsache die Rabatte für hohe Wahlfranchisen gar reduziert werden, wodurch die Eigenverantwortung geschwächt würde. Der begrüssenswerte Trend zu höheren Franchisen entlastet vor allem die Kantone und wird langfristig zu einer Verschiebung der Finanzierung hin zu den Krankenversicherern führen. Dies widerspricht der Zielsetzung der einheitlichen Finanzierung. Abs. 3 muss daher wie folgt lauten:

³ **Basis für die Berechnung des Kantonsbeitrages bilden die Kosten nach Absatz 2. Die mittels Rückgriff nach Artikel 72 Absatz 1 ATSG von den Versicherern durchgesetzten Ansprüche werden für die Berechnung des Kantonsbeitrags abgezogen.**

Mitglieder, die der pauschalierten Berechnung des Kantonsbeitrags den Vorzug geben (vgl. unten lit. j.) unterstützen den Revisionsvorschlag der SGK-NR mit dem Nettoansatz zur Berechnung des Kantonsbeitrags.

g) Anpassung des Prozentsatzes für den Kantonsbeitrag als Folge der Korrektur auf die Bruttoleistungen in Art. 60 Abs. 3 (Art. 60 Abs. 4 KVG)

Dieser Absatz ist gemäss obigen Ausführungen (s. lit. f) für die Mehrheit der Mitglieder von santésuisse mit einem noch zu bestimmenden kostenneutralen Prozentsatz wie folgt anzupassen:

⁴ Jeder Kanton legt jeweils für das Kalenderjahr spätestens neun Monate vor dessen Beginn den Prozentsatz für den Kantonsbeitrag fest. Der Prozentsatz liegt bei mindestens 25,5 **XX** Prozent.

h) Ergänzung bei neuer Regelung Bundesbeitrag bei im Ausland wohnhaften Versicherten ohne Anknüpfungspunkt an einen Kanton (Art. 60 Abs. 5 KVG)

Analog zu Art. 41 Abs. 2 quater KVG (s. oben) fehlt hier eine Regelung für die Entsandten von Schweizer Arbeitgebern ins Nicht EU-/EFTA-Ausland. Es braucht eine Ergänzung wie folgt:

⁵ Bei Versicherten, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder in Norwegen wohnen und die eine schweizerische Rente beziehen, sowie bei deren Familienangehörigen **und bei Versicherten gemäss Artikel 3 Absatz 3 lit. b** übernimmt der Bund bei Behandlung in der Schweiz den Anteil an den Kosten, der dem vom Standortkanton nach Absatz 4 festgelegten Prozentsatz für den Kantonsbeitrag entspricht. Die Absätze 2 und 3 gelten sinngemäss.

i) Datenübermittlung der Krankenversicherer an Bund und Kantone für die Berechnung der Beiträge via gemeinsame Einrichtung KVG (Art. 60 Abs. 6 KVG)

Eine Mehrheit der Mitglieder von santésuisse schlägt vor, die Daten der Krankenversicherer via gemeinsame Einrichtung KVG dem Bund und den Kantonen zu übermitteln. Dabei stellt die gemeinsame Einrichtung KVG jedem Kanton seinen Anteil in Rechnung. Die dafür zugrundeliegenden Daten sind aufgrund bereits bestehender Prozesse innerhalb der gemeinsamen Einrichtung KVG – die eng durch Gesetz und Verordnung geführt ist – plausibilisiert und revidiert. Abs. 6 und 7 sind deshalb wie folgt anzupassen bzw. neu aufzunehmen:

⁶ **Der Bund, die Kantone und die Versicherer übermitteln der gemeinsamen Einrichtung Daten, die für die Berechnung des Kantonsbeitrags und des Bundesbeitrags nötig sind. Der Bundesrat regelt die Einzelheiten.**

⁷ **Die Kantone und der Bund entrichten ihren Beitrag der gemeinsamen Einrichtung (Artikel 18).**

Eine Minderheit der santésuisse-Mitglieder ist der Auffassung, dass die kantonalen Beiträge direkt an die Krankenkassen und nicht an die gemeinsame Einrichtung KVG zu bezahlen sind (vgl. dazu die Ausführungen unter lit. b oben) weshalb sie die Ergänzung in Abs. 6 und 7 nicht unterstützt.

j) Aufteilung der Kantonsbeiträge auf die einzelnen Versicherer – Mehrheitliche Unterstützung der kostenbasierten Methode (Art. 60a KVG)

Die Mehrheit der Mitglieder von santésuisse unterstützt das von der SGK-NR vorgeschlagene kostenbasierte Modell zur Aufteilung des Kantonsbeitrages. Der kantonale Beitrag an die Versicherer basiert auf den Kosten pro Versicherten des entsprechenden Kantons, welche den einzelnen Versicherern entstanden sind. Diese Berechnungsmethode widerspiegelt die bereits heute geltende Regelung im stationären Bereich und garantiert eine hohe Stabilität und Kontinuität. Dadurch ist die Planbarkeit für Kantone und Versicherer besser. Insbesondere bleibt das finanzielle Risiko der Versicherer konstant. Entsprechende Prämienaufschläge werden vermieden.

Eine Minderheit der Mitglieder von santésuisse befürwortet die pauschale Berechnungsmethode, wie sie von einer Minderheit der SGK-NR vorgeschlagen wird. Der Ansatz stärke die

Umsetzung der integrierten Versorgung und setze Anreize für die Krankenversicherer, die Versicherten im Leistungsfall gezielt und koordiniert betreuen und so Einfluss auf die Entwicklung der eigenen Kosten nehmen zu können. Zudem könne so die Rolle von Kanton und Krankenversicherer besser getrennt werden.

Wir gehen davon aus, dass Fragen technischer Art im weiteren Verlaufe des vorliegenden Geschäfts noch Änderungen erfahren werden, zu denen santésuisse erneut zur Stellungnahme eingeladen wird. Nur so kann ein reibungsloser Ablauf sichergestellt werden, der von allen Beteiligten getragen werden kann.

Wir bedanken uns für Ihre Kenntnisnahme und Berücksichtigung unserer Anmerkungen. Für Fragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

santésuisse
Direktion



Verena Nold
Direktorin

Abteilung Grundlagen



Dr. Christoph Kilchenmann
Leiter Abteilung

From: Dr. med. Jürg Zollikofer <juerg.zollikofer@hin.ch>
Sent: Montag, 6. August 2018 14:15
To: _BAG-Abteilung Leistungen
Subject: 09.528 Einführung Monismus

09.528 Parlamentarische Initiative. Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus

Sehr geehrte Damen und Herren

Namens der Schweizerischen Gesellschaft der Vertrauens- und Versicherungsärzte (SGV, SSMC) bedanken wir uns für die Einladung zur Vernehmlassung.

Gerne teile ich Ihnen mit, dass wir die beiden Hauptanliegen

- monistische Finanzierung
 - Übernahme der Übergangspflege
- ohne Änderungsvorschläge unterstützen.

Kurze Begründung:

- die monistische Finanzierung verhindert, dass einzelne Versicherer weiterhin befürchten, dass ambulantes Vorgehen die Kosten für die Versicherer wegen der ungleichen Finanzierung ambulant-stationär in die Höhe treibe. Dies obwohl die Zahlen im Kanton Luzern offenbar zeigen, dass sogar im jetzigen System durch das Verschieben in den ambulanten Sektor die Kosten für die Versicherer sinken.
- Die Übernahme der Kosten der Übergangspflege kann dazu beitragen zu verhindern, dass unnötige Verlängerungen des Akutspitalaufenthaltes resp. nicht indizierte Rehabilitationsaufenthalte verordnet werden.

Mit freundlichen Grüssen

Jürg Zollikofer
Präsident SGV/SSMC

Dr.med. Jürg Zollikofer
Präsident SGV/SSMC
im Zinggen 1
8475 Ossingen
+41 52 301 25 95
+41 79 423 79 82
juerg.zollikofer@hin.ch

Dr.med. Jürg Zollikofer
im Zinggen 1
8475 Ossingen
+41 52 301 25 95
+41 79 423 79 82
juerg.zollikofer@hin.ch

Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit
3003 Bern

Per E-Mail an: abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Zürich, 14. September 2018

Vernehmlassung: 09.528 Parlamentarische Initiative. Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus.

Sehr geehrter Herr Kommissionspräsident
Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 15. Mai 2018 laden Sie uns ein, an der Vernehmlassung zur parlamentarischen Initiative (Pa. Iv.) «Einheitliche Finanzierung der Leistungen im ambulanten und im stationären Bereich», respektive zum Vorentwurf zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) teilzunehmen. Wir danken für diese Möglichkeit und nehmen gerne aus Sicht des Schweizerischen Versicherungsverbandes (SVV) Stellung.

Empfehlung des Schweizerischen Versicherungsverbandes (SVV)

Die Mehrheit der Mitglieder des SVV befürwortet die Einführung der einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS). Damit wird ein wichtiger Fehlanreiz behoben, bloss auf Grund der Finanzierung stationäre oder ambulante Leistungen zu wählen. Das heutige System setzt Anreize zu Fehl- und Überversorgung. EFAS dahingegen wird die Verlagerung vom stationären in den kostengünstigeren ambulanten Bereich beschleunigen und die Entwicklung der alternativen Versicherungsmodelle begünstigen.

Beurteilung

Der medizinische Fortschritt begünstigt die zunehmende Verlagerung in den ambulanten Bereich. Dadurch wird der Prämienzahler aufgrund des bestehenden Finanzierungsmodells tendenziell stärker belastet. Die einheitliche Finanzierung aller medizinischen Leistungen der Grundversicherung kann Abhilfe schaffen und führt – bei insgesamt gleichbleibendem Kantonsanteil – zu einer transparenten Finanzierung. Zudem macht EFAS alternative Versicherungsmodelle durch tiefere Prämien noch attraktiver und verleiht der integrierten Versorgung zusätzlichen Schub. Mit

integrierter, gut koordinierter Versorgung können Patientinnen und Patienten dank EFAS bedürfnisorientierter behandelt werden.

EFAS vermag wichtige Fehlanreize auf der Ebene der Finanzierung zu beheben. Für eine effiziente Gesundheitsversorgung mit einer Leistungserbringung, deren Entscheid auf ausschliesslich medizinischen Argumenten beruht, bedarf es jedoch zusätzlich einer Überarbeitung der Tarifierung an der Schnittstelle von ambulant und stationär.

Die Einführung von EFAS hat auch Auswirkungen auf die Krankenzusatzversicherung. Gleich lange Spiesse in der Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen kurbeln den Wettbewerb zwischen Listen- und Vertragsspitalern an. Die Auswirkungen sind insgesamt jedoch schwierig abzuschätzen, auch weil die Auswirkungen der Spitalplanung ein wesentlicher Faktor ist.

Freundliche Grüsse

Schweizerischer Versicherungsverband SVV



Urs Arbter
Leiter Ressort Versicherungspolitik und
Regulierung, Stellvertretender Direktor



Dominik Gresch
Leiter Bereich Kranken- und Unfallversicherung

SWICA Gesundheitsorganisation
Ann-Karin Wicki
Römerstrasse 38
8400 Winterthur

Telefon +41 52 244 26 63
E-Mail ann-karin.wicki@swica.ch
Internet www.swica.ch

Generaldirektion

Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit des Nationalrats
3003 Bern

Winterthur, 13. September 2018/aw

Vernehmlassungsantwort

09.528 Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung Monismus

Sehr geehrter Herr Kommissionspräsident
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir bedanken uns für die Möglichkeit, zu Ihrem Vorentwurf zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) mit dem Titel „Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung Monismus“ Stellung nehmen zu können.

Die einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen ist eine wichtige Reform des schweizerischen Gesundheitswesens. SWICA nimmt dazu wie folgt Stellung:

SWICA unterstützt die einheitliche Finanzierung von stationären und ambulanten Leistungen.

Konkret spricht sie sich für die Umsetzung der risikobasierten Methode aus (Vorschlag Minderheit zu Art. 60a Abs. 1 KVG).

SWICA ist entschieden gegen Lösungen, die zu einer direkten Abrechnung der Krankenversicherer mit den Kantonen führen.

Wir kommen aus folgenden Gründen zu unserer Positionierung:

Beseitigung von finanziellen Fehlanreizen

Die bisherige unterschiedliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen führt zu finanziellen Fehlanreizen. Mit der Einführung der einheitlichen Finanzierung können diese Fehlanreize beseitigt und die Qualität und Effizienz des Gesundheitswesens gestärkt werden. Heute besteht die Gefahr, dass aus finanziellen Gründen nicht die gesamtwirtschaftlich effizienteste oder zweckmässigste Behandlung gewählt wird. Solange ambulante Leistungen einzig durch die Krankenversicherer zu finanzieren sind, haben die Kantone ein grosses Interesse an

einer konsequenten Umsetzung von „ambulant vor stationär“, während die Krankenversicherer bei einem Anstieg der ambulanten Behandlungen mit Prämien erhöhungen rechnen müssen. Sie werden daher den Grundsatz „ambulant vor stationär“ nur bedingt umsetzen, um nicht gegen die Interessen der eigenen Versicherten zu verstossen. Die einheitliche Finanzierung würde für alle Akteure den Anreiz setzen, die qualitativ beste und effizienteste Behandlung zugunsten der Patienten zu wählen.

Trennung der Zuständigkeiten von Kantonen und Krankenversicherung

Mit dem Modell der Minderheit der SGK-N werden die Kantonsbeiträge risikogerecht auf die Krankenversicherer verteilt. Die Krankenversicherer erhalten pro versicherte Person einen Pauschalbetrag, d.h. die Kantone übernehmen einen fixen Anteil an den Gesamtkosten, ohne die einzelnen Spitalrechnungen berücksichtigen zu müssen. Eine Bearbeitung einzelner Rechnungen durch die Kantone ist daher nicht notwendig. Dieses Modell bietet also die Chance, die Aufgaben von Kantonen und Krankenversicherern in diesem Bereich klar zu trennen: Die Kantone können ihren verfassungsmässigen Auftrag erfüllen, dass jede Person die für die Gesundheit notwendige Pflege erhält. Während die Krankenversicherer ihre vom KVG vorgesehene Aufgabe der Rechnungskontrolle wahrnehmen können.

Diese Aufgabentrennung steht in engem Zusammenhang mit der Vorlage 18.047, in der die Zulassung von Leistungserbringern zur ambulanten Gesundheitsversorgung geregelt werden soll. Um eine umsichtige und sinnvolle Umsetzung beider Vorlagen sicherstellen zu können, unterstützt SWICA die Parlamentarische Initiative 18.440 (Befristete Verlängerung der Zulassungsbeschränkung nach Artikel 55a KVG), die die Koordination der beiden Vorlagen ermöglichen soll.

Um den Kantonen eine Kontrollmöglichkeit zu bieten, könnte ein ähnliches Verfahren über eine zu bezeichnende Revisionsstelle diskutiert werden, wie es sich bei den Verlustscheinen gemäss Art. 64a KVG bewährt hat.

Stärkung der integrierten Versorgung

Rund 80 Prozent der bei SWICA versicherten Personen haben sich einem Modell der integrierten Versorgung angeschlossen. Sie profitieren damit nicht nur von tieferen Prämien, sondern auch von einer gut koordinierten Versorgung im Krankheitsfall. Die Behandlung kann bedürfnisgerecht, gezielt und in hoher Qualität erbracht werden und führt so zu Kosteneinsparungen. Der risikobasierte Ansatz (Pauschale pro versicherte Person) setzt Anreize für die Krankenversicherer, die integrierte Versorgung weiter auszubauen. Da der Krankenversicherer den Kantonsanteil pauschal pro versicherte Person erhält, hat er ein Interesse daran, die Kosten zu senken und diese Einsparungen in Form von Prämien senkungen an die Versicherten weiterzugeben. Die Versicherten profitieren also sowohl von einer umfassenden Betreuung als auch von allfälligen Prämienreduktionen.

Eine erste von SWICA mitgetragene Untersuchung zu den effektiven Kosteneinsparungen durch EFAS (Polynomics, Kosteneinsparungen durch EFAS, 7. September 2018) zeigt auf, dass für Versicherungsmodelle der integrierten Versorgung mit Kosteneinsparungen von rund 6 Prozent gerechnet werden kann.

Einfache Nachvollziehbarkeit und Umsetzung

Der Ansatz „Pauschale pro versicherte Person“ hat den Vorteil, dass der Kantonsbeitrag pro Versicherer einfach zu berechnen ist. Dazu würden die Risikogruppen aus dem Risikoausgleich herangezogen. SWICA schlägt im weiteren vor, dass die Datenlieferung an die Gemeinsame Einrichtung erfolgen soll. Die Lieferung grosser Datenmengen an die Gemeinsame Einrichtung ist etabliert und durch Gesetz und Verordnung eng geführt. Der Aufbau eines weiteren Datenstroms direkt an die Kantone ist nicht notwendig.

Keine direkte Abrechnung zwischen Kantonen und Krankenversicherer

Eine direkte Abrechnung zwischen Kantonen und Krankenversicherer, die von einzelnen Krankenversicherern oder den Kantonen unter der Bezeichnung „dual-fix“ angestrebt wird, würde zu einem massiven Mehraufwand führen und die Verwaltungskosten bei Kantonen und Krankenversicherungen entsprechend erhöhen. SWICA lehnt diesen Weg daher ab.

Rückmeldungen zur Fahne

Bis auf die folgenden explizit erwähnten Punkte verweist SWICA auf die Vernehmlassungsantwort von santésuisse:

Art. 60 Abs. 3

SWICA unterstützt den Revisionsvorschlag.

Art. 60 Abs. 4

SWICA unterstützt den Antrag der SGK-N.

Art. 60 Abs. 6

SWICA schlägt eine Datenlieferung an die Gemeinsame Einrichtung vor. (Begründung vgl. oben).

Art. 60a

Wie erwähnt unterstützt SWICA den risikobasierten Ansatz. Sie schlägt vor, ihn allenfalls noch einfacher zu formulieren und dazu den Vorschlag von Curafutura zu berücksichtigen.

Wir bedanken uns für die Berücksichtigung unserer Stellungnahme.

Freundliche Grüsse

SWICA Krankenversicherung AG
Public Affairs

Two handwritten signatures are shown. The first signature, in brown ink, appears to be 'R. Dahinden'. The second signature, in blue ink, appears to be 'A. Wicki'.

Dr. Reto Dahinden Dr. Ann-Karin Wicki
CEO Leiterin Public Affairs

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG):
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : SWICA

Abkürzung der Firma / Organisation :

Adresse : SWICA GESundheitsorganisation, Generaldirektion, Römerstrasse 38, 8401 Winterthur

Kontaktperson : Ann-Karin Wicki, Leiterin Public Affairs

Telefon : 052 244 26 63

E-Mail : ann-karin.wicki@swica.ch

Datum : 07.09.2018

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **15. September 2018** an folgende E-Mail Adresse:
abteilung-leistungen@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG):
Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
	Wir bitten Sie dazu unser Begleitschreiben zu diesem Dokument zu beachten Zu den einzelnen Gesetzesartikel nimmt SWICA nur Stellung, soweit sich Unterschiede zu den Anträgen von santésuisse ergeben. Ansonsten unterstützt SWICA die Anträge von santésuisse..
	.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG):
Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
	18	2octies		Unterstützung Antrag santésuisse mit folgender Ergänzung: Um den Kantonen eine Kontrolle ihrer Kostenanteile zu ermöglichen, könnte ein ähnliches Verfahren wie bei den Verlustscheinen gemäss Art. 64a KVG resp. Art. 105j KVV eingeführt werden. Allenfalls als neuer Art. 60 Abs. 8	
	60	1		Annahme des Revisionsvorschlags der SGK-N	
	60a	1		Antrag der SGK-N Minderheit folgen. Begründung ist im Begleitschreiben ausführlich dargestellt.	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG):
Vernehmlassungsverfahren**

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
	64a KVG	Um den Kantonen eine Kontrollmöglichkeit zu bieten, könnte ein ähnliches Verfahren über eine zu bezeichnende Revisionsstelle diskutiert werden wie es sich bei den Verlustscheinen gemäss Art. 64a KVG bewährt hat.	

Brief per E-Mail
Bundesamt für Gesundheit
abteilung-leistungen@bag.admin.ch
3000 Bern

Bern, 13. September 2018

Stellungnahme der Visana-Gruppe im Rahmen der Anhörung zur Parlamentarischen Initiative (09.528). Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus; Einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen (EFAS); Änderung des KVG

Sehr geehrter Herr Kommissionspräsident
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir bedanken uns für die Gelegenheit, zum Vorentwurf der SGK-Nationalrat (SGK-N) vom 19. April 2018 zur Änderung des KVG unter dem Titel «Einheitliche Finanzierung der Leistungen im ambulanten und im stationären Bereich» Stellung zu nehmen.

Die einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen ist eine der wichtigsten Reformen des schweizerischen Gesundheitswesens in jüngerer Zeit. Visana unterstützt diese vollumfänglich.

Im Einzelnen spricht sich Visana klar für die Umsetzung der risikobasierten Methode aus (Vorschlag Minderheit SGK-N zu Art. 60a Abs. 1 KVG) und reiht sich so unter jene Versicherer, die zusammen eine Mehrheit der Grundversicherten vertreten (Versicherer curafutura plus einzelne Versicherer santésuisse). Zudem ist Visana entschieden gegen Lösungen, die zu einer direkten Abrechnung der Krankenversicherer mit den Kantonen führen.

Unserer Positionierung ist wie folgt begründet:

Beseitigung von finanziellen Fehlanreizen

Die bisherige unterschiedliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen führt zu finanziellen Fehlanreizen. Mit der Einführung der einheitlichen Finanzierung können diese Fehlanreize beseitigt und die Qualität und Effizienz des Gesundheitswesens gestärkt werden. Heute besteht die Gefahr, dass aus finanziellen Gründen nicht die gesamtwirtschaftlich effizienteste oder zweckmässigste Behandlung gewählt wird. Solange ambulante Leistungen einzig durch die Krankenversicherer zu finanzieren sind, haben die Kantone ein grosses Interesse an einer konsequenten Umsetzung von „ambulant vor stationär“, während die Krankenversicherer bzw. die Versicherten bei einem Anstieg der ambulanten Behandlungen mit Prämien erhöhungen rechnen müssen. Dagegen setzen wir uns im Interesse unserer Versicherten zur Wehr. Die einheitliche Finanzierung würde für alle Akteure den Anreiz setzen, die qualitativ beste und effizienteste Behandlung zugunsten der Patienten zu wählen.

Trennung der Zuständigkeiten von Kantonen und Krankenversicherung

Mit dem risikobasierten Modell (Minderheit der SGK-N) werden die Kantonsbeiträge risikogerecht auf die Krankenversicherer verteilt. Die Krankenversicherer erhalten pro versicherte Person einen Pauschalbetrag. Da die Kantone bei diesem Modell keinen fixen Anteil der Rechnungen begleichen müssen, besteht die Chance, die Aufgaben von Kantonen und Krankenversicherer in diesem Bereich klar zu definieren und zu trennen: Die Kantone können ihren verfassungsmässigen Auftrag, sich dafür einzusetzen, dass jede Person die für die Gesundheit notwendige Pflege erhält, umsetzen, während die Krankenversicherer ihre vom Gesetz vorgesehene Aufgabe der Rechnungskontrolle wahrnehmen können.

Stärkung der integrierten Versorgung

Rund die Hälfte der bei Visana grundversicherten Personen haben sich einem Modell der integrierten Versorgung angeschlossen. Sie profitieren damit nicht nur von tieferen Prämien, sondern auch von einer gut koordinierten Versorgung im Krankheitsfall. Die Behandlung kann bedürfnisgerecht, gezielt und in hoher Qualität erbracht werden und führt so zu Kosteneinsparungen. Der risikobasierte Ansatz setzt Anreize für die Krankenversicherer, die integrierte Versorgung zu stärken. Da der Krankenversicherer den Kantonsanteil pauschal pro versicherte Person erhält, hat er ein Interesse daran, die Kosten zu senken und diese Einsparungen prämienwirksam an die Versicherten weiterzugeben.

Einfache Nachvollziehbarkeit und Umsetzung

Der risikobasierte Ansatz hat den Vorteil, dass der Kantonsanteil einfach zu berechnen ist (Pauschale pro Kopf). Dabei könnten für die Berechnung des Kantonsanteils die Risikogruppen aus dem Risikoausgleich herangezogen werden. Visana schlägt im des Weiteren vor, dass die Datenlieferung an die Gemeinsame Einrichtung erfolgen soll. Die Lieferung grosser Datenmengen an die Gemeinsame Einrichtung ist etabliert und durch Gesetz und Verordnung eng geführt. Der Aufbau eines weiteren Datenstroms direkt an die Kantone ist nicht notwendig.

Keine direkte Abrechnung zwischen Kantonen und Krankenversicherer

Eine direkte Abrechnung zwischen Kantonen und Krankenversicherer, die von einzelnen Krankenversicherern oder den Kantonen unter der Bezeichnung „dual-fix“ angestrebt wird, würde zu einem massiven Mehraufwand führen und die Verwaltungskosten bei Kantonen und Krankenversicherungen entsprechend erhöhen. Visana lehnt daher diesen Weg ab.

Rückmeldungen zur Fahne

Bis auf die folgenden, explizit erwähnten Punkte verweist Visana auf die Stellungnahme von santésuisse:

Art. 60 Abs. 3

Visana unterstützt den Revisionsvorschlag.

Art. 60 Abs. 4

Visana unterstützt den Antrag der SGK-N.

Art. 60 Abs. 6

Visana schlägt eine Datenlieferung an die Gemeinsame Einrichtung vor. (Begründung siehe oben).

Art. 60a

Wie erwähnt unterstützt Visana den risikobasierten Ansatz (Minderheitsantrag SGK-N) und gehört damit zu jenen Versicherern, die zusammen eine Mehrheit der Grundversicherten vertreten. Visana schlägt vor, Art. 60a allenfalls noch einfacher zu formulieren und dazu den Vorschlag von Curafutura zu berücksichtigen.

Wir danken für Ihre Kenntnisnahme und bitten Sie, unsere Stellungnahme zu berücksichtigen.
Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

Visana Services AG

A handwritten signature in blue ink, consisting of a stylized 'U' followed by a series of loops and a final 'r'.

Urs Roth
Vorsitzender der Direktion

A handwritten signature in blue ink, starting with a capital 'D' followed by a series of loops and a final 'r'.

David Müller
Leiter Unternehmenskommunikation



ÄRZTEGESELLSCHAFT
DES KANTONS BERN
SOCIÉTÉ DES MÉDECINS
DU CANTON DE BERNE

Postgasse 19, Postfach
CH-3000 Bern 8
T 031 330 90 00
F 031 330 90 03
bekag@hin.ch

Per E-Mail:
lex@fmh.ch
abteilung-leistungen@bag.admin.ch
christina.leutwyler@parl.admin.ch

Per A-Post:

Herr Thomas de Courten
Nationalrat
Präsident Kommission für soziale
Sicherheit und Gesundheit SGK-NR
3003 Bern

Herr Dr. med. Jürg Schlup
Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH)
Elfenstrasse 18
Postfach 300
3000 Bern 15

Bern, 5. September 2018

Vernehmlassung 09.528 Parlamentarische Initiative. Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus (Vernehmlassung) – Verknüpfung mit der Vorlage Zulassung von Leistungserbringern

Sehr geehrter Herr Nationalrat De Courten
Sehr geehrter Herr Dr. Schlup
Sehr geehrte Damen und Herren

Der Kantonalvorstand der Aerztegesellschaft des Kantons Bern (BEKAG) hat sich anlässlich seiner letzten Sitzung sehr intensiv mit den beiden oben erwähnten Vorlagen befasst.

Die Aerzteschaft hatte bereits kurz nach dem Inkrafttreten des KVG gestützt auf ein entsprechendes Gutachten von Prof. Robert Leu darauf hingewiesen, dass im KVG die Beseitigung des Fehlanreizes der unterschiedlichen Finanzierung des ambulanten und stationären Bereichs mit hoher Priorität zuerst angegangen werden sollte. Die Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK, damals noch Sanitätsdirektorenkonferenz SDK) hat sich stets gegen eine solche Gesetzesänderung gewehrt, bekanntlich ohne dass dies vernünftig begründet werden konnte.

Wir verstehen deshalb, wieso die Vorlage – sozusagen als Gegengeschäft – gleichzeitig mit der Nachfolgelösung der Zulassungssteuerung nach Art. 55a KVG in Kraft treten soll.

Die parlamentarische Initiative von CVP-Nationalrätin Ruth Humbel datiert aus dem Jahr 2009. Umso erfreulicher erscheint es aus unserer Sicht, dass die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-NR) hier die Initiative übernommen und am 19. April 2018 einen Vorentwurf für eine Gesetzesänderung verabschiedet hat.



Eine möglichst rasche Umsetzung von EFAS wird in unseren Reihen fast einhellig begrüsst. Dies ist umso dringender notwendig denn je. Es entspricht unseres Erachtens auch dem Grundsatz der Verhältnismässigkeit, einfachere Massnahmen mit grosser Auswirkung zuerst anzugehen, und stattdessen vorderhand auf grobe Systemeingriffe wie Globalbudgets o.ä. zu verzichten. Dementsprechend begrüssen wir die Idee, dass die Kantone inskünftig sowohl bei ambulanten als auch bei stationären Behandlungen nach Abzug von Franchise und Selbstbehalt der Versicherten einen einheitlichen Beitrag von mindestens 25,5% an die Kosten zahlen sollen.

Damit könnten nach über 20 Jahren endlich gleich lange Spiesse und die Voraussetzungen und finanziellen Anreize für vermehrt ambulante anstatt stationäre Behandlungen geschaffen werden. Selbstverständlich nur für gewisse chirurgische Eingriffe oder andere invasive Massnahmen, bezüglich derer dies aus medizinischer Sicht vertretbar erscheint. Das Wohl des Patienten steht für uns nach wie vor im Vordergrund, weshalb wir uns zu gegebener Zeit auch in die entsprechende Listendiskussion auf kantonaler Ebene einbringen werden.

Sorgen bereitet unseren Mitgliedern hingegen eine andere Perspektive, welche mit der Botschaft des Bundesrates zur **Änderung des KVG mit Bezug auf die Zulassung von Leistungserbringern** nun sehr deutlich offenbart wurde.

In unserer Stellungnahme zur Gesetzesvorlage im Herbst 2017 hatten wir dezidiert verschiedene Punkte wie beispielsweise die Einführung einer generellen Wartefrist für junge Ärztinnen und Ärzte beanstandet. Weiter z.B. auch, dass kein Arzt oder keine Ärztin im betreffenden Fachgebiet mehr zugelassen werden soll, wenn die jährlichen Kosten je versicherte Person in einem Fachgebiet in einem Kanton mehr als die jährlichen Kosten der anderen Fachgebiete im selben Kanton oder mehr als die jährlichen Kosten des gesamtschweizerischen Durchschnitts des betroffenen Fachgebiets ansteigen. Auch dies dürfte unter Umständen zu einem Marktverschluss für bestimmte Fachrichtungen führen, obwohl auf den erwähnten, auch durch exogene Faktoren beeinflussten Kostenanstieg vermutlich von keiner Seite rechtzeitig Einfluss genommen werden kann. Gleichzeitig sollen die kantonalen Ärztesgesellschaften die Kosten notwendiger Erhebungen selber tragen. Solche Kosten dürfen indessen nicht alleine und vollumfänglich den Verbänden der Leistungserbringer aufgebürdet werden. Der Gesetzgeber beabsichtigt sozusagen, dass die Ärzte selber unentgeltlich die Zahlengrundlagen für eine Planung auf kantonaler Ebene im ambulanten Bereich liefern sollen, welche inskünftig mit derjenigen im stationären Bereich vergleichbar sein könnte. Auch die Möglichkeit, dass die Bewilligung zur Zulassung der Tätigkeit zulasten KVG mit weiteren Auflagen verbunden werden kann, deren Tragweite nicht absehbar ist, weil die Details auf Verordnungsebene geregelt werden sollen, hat unsere Mitglieder sehr verunsichert.

Die BEKAG hatte sich im Herbst 2017 zusammenfassend wie folgt geäussert: *„Im Gegensatz zur Vorlage 2014 werden wir die vorgeschlagene Anpassung des KVG, mit welcher eine weitgehende Planwirtschaft im ambulanten Bereich eingeführt würde, und womit eine Abschaffung des freien ärztlichen Berufsstandes verbunden wäre, mit allen uns zur Verfügung stehenden politischen, finanziellen und rechtlichen Mitteln bekämpfen.“*

Wir sind uns dessen bewusst, dass die Kantone über ein legitimes Interesse an mehr Planungsmöglichkeiten im ambulanten Bereich verfügen, sofern EFAS wie geplant umgesetzt würde.

Trotzdem treten wir nach wie vor für eine Umsetzung eines solchen Vorhabens mit Augenmass ein. **Es braucht unseres Erachtens so viel Planung wie notwendig und so wenig wie möglich.**



Der im ambulanten Bereich ausgeübte Beruf der praktizierenden Ärztin und des praktizierenden Arztes ist heute immer noch ein freier Beruf. Unsere Mitglieder arbeiten im ambulanten Bereich kostengünstig und effizient. Der Bürger und als Gesetzgeber allen voran das Parlament müssen sich deshalb zumindest genau überlegen, was es bedeuten könnte, die Ärzteschaft im ambulanten Bereich schleichend zu verstaatlichen.

Die bereits heute aus dem Ruder laufenden Kosten im administrativen Bereich in der Arztpraxis (Bürokratie) bei gleichbleibendem Taxpunktwert, aber auch der Aufwand der BEKAG für die Mitglieder, würden sicher sofort drastisch weiter ansteigen. Dies sobald ein breiterer Planungsansatz umgesetzt wird und die Ärzteschaft selber die Daten hierzu liefern und laufend monitorisieren müsste. Heute sind ältere Mitglieder kurz vor der Pensionierung mit ungerechtfertigten Rückforderungsklagen der Krankenversicherer konfrontiert. Die Attraktivität des Berufs hat durch all dies erheblich gelitten und die Aufrechterhaltung der ärztlichen Grundversorgung im ambulanten Bereich ist (auch im Kanton Bern) stark gefährdet. Zunehmende Planungsunsicherheit und eine immer schlechtere Stimmung an unserer Basis würden sich früher oder später auch negativ auf die qualitativ hochstehende medizinische Versorgung auswirken.

Indem wir Sie darum ersuchen, diese Ausführungen zur Kenntnis zu nehmen, und sich dafür einzusetzen, dass der Planungseingriff im ambulanten Bereich trotz Einführung von EFAS auf ein vernünftiges Mass beschränkt wird, verbleiben wir mit bestem Dank für Ihre Bemühungen und

mit freundlichen Grüßen

AERZTEGESELLSCHAFT DES KANTONS BERN

Die Präsidentin

Dr. med. Esther Hilfiker

Der Sekretär

Dr. Th. Eichenberger, Fürsprecher

Kopie z.K.:

- KKA
- Kantonale Fachgesellschaften
- VSAO Bern

Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit des Nationalrats
CH-3003 Bern

per E-Mail an: abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Lenzburg, 14. September 2018

Betreff

Stellungnahme der Argomed Ärzte AG zur Vernehmlassung Pa.Iv. 09.528 «Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus»

Position der Argomed Ärzte AG

Argomed unterstützt die Einführung der einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS). Sie sieht darin eine wichtige Massnahme zur Förderung der koordinierten Versorgung in verbindlichen, alternativen Versicherungsmodellen wie dem echten Hausarztmodell und die Korrektur eines fundamentalen Fehlanreizes im Versorgungssystem.

Ambulant vor stationär

Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ wird durch die Hausärzteschaft bereits heute tagtäglich gelebt. Durch persönliche Patientenbeziehung und gezielte, auf Nachhaltigkeit und Langfristigkeit angelegte Behandlung können unnötige und kostenintensive stationäre Aufenthalte insbesondere auch von chronisch kranken Patienten vermieden werden. Die Kosteneinsparung im stationären Bereich entlastet im heutigen System zu einem Grossteil die Kantone, die aktuell 55% der stationären Kosten tragen. Einsparungen im ambulanten Bereich hingegen kommen zu 100% den Versicherern zugute, die ihren Versicherten dann eine entsprechende Prämienreduktion gewähren können. Festzuhalten ist, dass der Entscheid ambulant oder stationär aus der medizinisch zu beurteilenden Notwendigkeit der entsprechenden Behandlung gefällt werden soll und nicht durch monetär getriebene Anreize. Aus diesem Grund unterstützen wir die einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen, damit Fehlanreize eliminiert, und die erzielten Einsparungen vollumfänglich den Versicherten weitergegeben werden können.

Push für die koordinierte Versorgung

Versicherte, die alternative Versicherungs-Modelle basierend auf koordinierten Ärztenetzen wählen, können im Vergleich zu Standard-Versicherten von tieferen Prämien profitieren, weil dank der gut koordinierten Versorgung bedürfnisorientierter und gezielter behandelt werden kann. Die so in Ärztenetzwerken erzielten relevanten Einsparungen kommen den Versicherten mit der heutigen ungleichen Finanzierung aber nur teilweise zugute. Zusätzlich zeigen Untersuchungen, dass Versicherte in Standard-Modellen deutlich höhere stationäre Kosten verursachen. Das ist eine doppelte Ungleichheit. Versicherte, die sich aktiv steuern lassen und sich für ein koordiniertes Versorgungs-Modell entscheiden, sollten viel direkter von der Kosteneinsparung profitieren können als heute, das heisst die Prämienrabatte sollten die ganzen Einsparungen abbilden und für diese Versicherten grundsätzlich höher ausfallen. Hier kann EFAS aus unserer Sicht einen wichtigen Beitrag leisten: Beteiligen sich die Kantone gleichermassen an den ambulanten Kosten und wächst durch die Eliminierung monetärer Anreize für eine stationäre Versorgung auch die Einsparung gegenüber den Standard-Modellen, so werden die Versicherer die erzielte Einsparung direkt und als höheren Prämienrabatt den Versicherten in Modellen mit koordinierter Versorgung weitergeben können. Der Kreis schliesst sich: Die Modelle basierend auf koordinierter Versorgung können entsprechend ihrer nachweislich erbrachten Einsparung höher rabattiert werden und gewinnen damit weiter an Attraktivität. Als Resultat werden weitere Versicherte koordiniert und kostengünstiger versorgt, gleichzeitig die Behandlungsqualität gesteigert.

Risikobasierte Verteilung der Kantonsbeiträge

Um Effizienz und innovative Ansätze zu belohnen und die volle Wirkung von EFAS zu erreichen, befürworten wir eine risikobasierte Verteilung der Kantonsmittel. Die Kantonsbeiträge sollen, genauso wie die heutigen Versicherungsprämien, dem Risikoausgleich unterliegen. Eine Versicherung soll den Anreiz erhalten, ihre Versicherten möglichst optimal und effektiv zu versorgen: Sind die effektiven Kosten unter den erwarteten Kosten des Risikoausgleichs, so profitiert die Versicherung und durch die weitergegebene Einsparung wiederum der Versicherte. Gleiches gilt für Ineffizienz: Steigen die effektiven Kosten über die erwarteten Kosten, so bleibt der Kantonsanteil trotzdem proportional zu den erwarteten Kosten. Für eine Versicherung ist es damit also attraktiv, gerade behandlungsintensive (v.a. chronisch kranke und ältere) Patienten gut zu versorgen, und für diese geeignete Produkte zu lancieren. Dies kann den verbindlichen und koordinierten Hausarzt- und HMO-Modellen zu weiterem Aufschwung verhelfen.

Neue Verknüpfung von EFAS mit den Steuerungsmöglichkeiten der Kantone bei der Zulassung von Leistungserbringern gemäss Medienmitteilung der SGK-N vom 31.8.18

Die eingebundenen Fragen der Zulassungssteuerung (Vorlage KVG. Zulassung von Leistungserbringern (18.047 n) haben inhaltlich im weiteren Sinne mit EFAS zu tun, indem den Kantonen mehr Kompetenzen zugestanden wird.

Bei der Verknüpfung der Vorlage 18.047 n mit dem elektronischen Patientendossier sowie zusätzlich mit EFAS ist dies nicht der Fall. Hier gerät ein völlig sachfremdes Thema in die Vorlage hinein, welches die Kantone überhaupt nicht betrifft und auch nichts zur Umsetzung von EFAS beiträgt.

Für die Kenntnisnahme danken wir bestens.

Argomed Ärzte AG

Dr. Claudine Blaser
Geschäftsführerin

Marco Plüss
Leiter Managed Care

Über die Argomed Ärzte AG

Die Argomed Ärzte AG ist die grösste Managed Care Organisation der Schweiz und vereint 700 Hausärztinnen und Hausärzte in 17 Ärztenetzen. Die Argomed-Ärzte betreuen rund 370'000 Versicherte im echten Hausarztmodell, sowie gesamthaft weit über eine Million Versicherte, die unabhängig von ihrer Versicherungslösung eine qualitativ hochstehende, ärztliche Behandlung in Anspruch nehmen. Ausgehend vom Kanton Aargau erstreckt sich das Einzugsgebiet der Argomed Ärzte AG in die benachbarten Kantone Bern, Luzern, Solothurn und Zug. Eine effiziente und kostensparende Leistungserbringung, hohe Betreuungsqualität sowie innovative Lösungen bei der interdisziplinären und interprofessionellen Zusammenarbeit sind seit 1998 die zentralen Ziele der Argomed Ärzte AG.

Bern, 12. September 2018

Einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Behandlungen

Vernehmlassungsantwort von CURAVIVA Schweiz

Der nationale Branchenverband CURAVIVA Schweiz unterstützt in der vorliegenden Vernehmlassungsantwort die vorgeschlagene Einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Behandlungen (EFAS). Die Vorlage ist geeignet, die Verlagerung von bestimmten stationären Leistungen in den ambulanten Bereich zu fördern und die damit verbundenen Einsparungen zu realisieren. Zudem schafft sie die Voraussetzung für eine Stärkung der integrierten Versorgung, auf die speziell Menschen mit chronischen Krankheiten, Menschen mit lebensbegleitenden Behinderungen und pflegebedürftige Menschen im Alter angewiesen sind. Aus Sicht von CURAVIVA Schweiz braucht es einige flankierende Massnahmen, um dem Projekt EFAS zum Durchbruch zu verhelfen, namentlich geeignete Steuerungsmöglichkeiten der Kantone im ambulanten Bereich sowie die Schaffung einer paritätischen nationalen Tariforganisation für den ambulanten Bereich.

Die Forderung der GDK, dass eine einheitliche Finanzierung auch für die Langzeitpflege eingeführt werden soll, begrüsst CURAVIVA Schweiz ausdrücklich. Zentral ist dabei, dass für ein solches Vorhaben zuerst die richtigen Ziele festgelegt und die nötigen Voraussetzungen geschaffen werden, um diese Ziele erreichen zu können. Dies setzt aufwendige Grundlagenarbeit voraus, die noch nicht geleistet ist. Ein sorgfältiges Vorgehen ist aus diesem Grund wichtiger als die von der GDK geforderte direkte Verknüpfung mit dem EFAS-Projekt der SGK-N. CURAVIVA Schweiz bevorzugt deshalb, die Langzeitpflege nicht in die aktuelle Vorlage zu integrieren, sondern parallel dazu die fehlenden Grundlagen zu erarbeiten. Der Verband ist gerne bereit, sich an diesen Arbeiten engagiert zu beteiligen.

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit vorliegender Vernehmlassungsantwort möchte der nationale Branchenverband CURAVIVA Schweiz seinen Beitrag im Rahmen der laufenden Vernehmlassung über die Einführung einer Einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Behandlungen zu erbringen.

Als Branchen- und Institutionenverband mit arbeitgeberpolitischer Ausrichtung vertritt CURAVIVA Schweiz die Interessen seiner Mitgliederinstitutionen aus den Bereichen Menschen im Alter, Erwachsene Menschen mit Behinderung sowie Kinder und Jugendliche mit besonderen Bedürfnissen. Dem nationalen Branchenverband CURAVIVA Schweiz sind alle Schweizer Kantone sowie das Fürstentum Lichtenstein angeschlossen. Insgesamt vertritt CURAVIVA Schweiz über 2600 Institutionen mit über 120 000 Plätzen, in welchen rund 130 000 Mitarbeitende beschäftigt sind.

1. Ausgangslage

Heute werden Leistungen im ambulanten Bereich vollständig von den Versicherern, also über Prämien, finanziert. Leistungen im stationären Bereich werden zu mindestens 55 Prozent von den Kantonen und zu höchstens 45 Prozent von den Versicherern bezahlt. Es wird allgemein anerkannt, dass diese Regelung direkt und indirekt zu verschiedenen Fehlanreizen führen kann, die dem Ziel einer günstigen und guten Behandlung entgegenstehen.

Am 15. Mai 2018 eröffnete die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-N) eine Vernehmlassung über eine Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand (Monismus oder auch: «einheitliche Finanzierung ambulant und stationär» (EFAS); parl. Geschäftsnummer 09.528).

Mit ihrem Vorentwurf zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) will die SGK-N die Finanzierung der ambulant und der stationär erbrachten Leistungen vereinheitlichen. Neu sollen die Krankenkassen alle ambulanten und stationären Behandlungen – mit Ausnahme der Langzeitpflege – vergüten. An die Kosten, die ihnen nach Abzug von Franchise und Selbstbehalt der Versicherten verbleiben, sollen die Kantone einen Beitrag von mindestens 25,5 Prozent leisten. Dieser Prozentsatz, der im Durchschnitt der Jahre 2012 bis 2015 rund 7,5 Milliarden Franken entsprochen hätte, wird so festgelegt, dass die Umstellung auf die einheitliche Finanzierung für die Kantone und die Versicherer insgesamt kostenneutral ausfällt.

Am 25. Mai und am 28. Juni 2018 befand die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) das Vorhaben der SGK-N als ungenügend (vgl. Stellungnahme der GDK vom 28. Juni 2018). Unter anderem verlangt die GDK, dass die EFAS auf den Bereich der Langzeitpflege ausgedehnt wird (vgl. Punkt 7 der Stellungnahme der GDK vom 28. Juni 2018). Bisher hat sich die GDK aber nicht näher über ihre Vorstellung der Bedingungen eines solchen Einbezugs der Langzeitpflege in die EFAS-Vorlage geäussert.

Während die von CURAVIVA Schweiz vertretenen Institutionen von der Vernehmlassungsvorlage nur indirekt betroffen sind, hätte eine Ausweitung der Vorlage auf die Langzeitpflege direkte und weitführende Auswirkungen auf die Branche. CURAVIVA Schweiz nimmt deshalb in einem ersten Teil zur Vorlage der SGK-N selber („Projekt EFAS“) und in einem zweiten Teil zur Forderung der GDK bezüglich der Langzeitpflege Stellung.

2. Erwägungen von CURAVIVA Schweiz zum Projekt EFAS

a) Grundsätzliche Bemerkungen:

Das Projekt EFAS der SGK-N wird von CURAVIVA Schweiz als grundsätzlich sinnvoll erachtet und unterstützt. Die Vermeidung von Fehlanreizen ist eine wichtige Voraussetzung, um unnötige Kosten zu vermeiden. Die Vorlage ist geeignet, die Verlagerung von bestimmten stationären Leistungen in den ambulanten Bereich zu fördern und die damit verbundenen, beträchtlichen Einsparungen zu realisieren. Zudem setzt sie Anreize für die Finanzierungsträger, sich gemeinsam für eine sachgerechte Tarifierung im gesamten Versorgungsbereich, ambulant und stationär, einzusetzen. Dies schafft die Voraussetzung für eine stärkere integrierte Versorgung, auf die speziell Menschen mit chronischen Krankheiten, Menschen mit lebensbegleitenden Behinderungen und pflegebedürftige Menschen im Alter angewiesen sind.

Aus Sicht von CURAVIVA Schweiz braucht es auch einige zusätzliche Massnahmen, um dem Projekt EFAS zum Durchbruch zu verhelfen. Zentral ist, dass das Projekt durch geeignete Steuerungsmöglichkeiten der Kantone im ambulanten Bereich flankiert wird. Daraus darf aber

keine Überregulierung resultieren. In diesem Zusammenhang würde die Einsetzung einer paritätischen nationalen Tariforganisation eine gute Lösung darstellen.

b) Bemerkungen zu einzelnen Aspekten der Vorlage:

Neuregelung der Ärztezulassung im ambulanten Bereich:

Parallel zur Einführung einer einheitlichen Finanzierung des ambulanten und des stationären Bereichs sollen Instrumente zur Steuerung der im ambulanten Bereich tätigen Ärztinnen und Ärzten im Gesetz verankert werden. So sieht es etwa die Nachfolgeregelung für die Mitte 2019 auslaufende Regelung zur Zulassung von Ärztinnen und Ärzten (Art. 55a KVG) vor. CURAVIVA Schweiz hat sich zum Grundsatz des vom Bundesrat neu vorgeschlagenen Steuerungssystems nicht geäußert, begrüßt aber im vorliegenden Rahmen grundsätzlich, dass eine Steuerungsregelung durch die Kantone vorgesehen ist. Für die Kantone ist es wesentlich, den ambulanten Bereich nicht nur mitfinanzieren zu müssen, sondern auch Einfluss auf das Angebot nehmen zu können.

In diesem Sinne zeigt CURAVIVA Schweiz ein gewisses Verständnis für den Minderheitsantrag Carobbio, Feri, Gysi, Heim, Ruiz, Schenker, wonach die Vorlage zur einheitlichen Finanzierung der Leistungen im ambulanten und im stationären Bereich mit dem Inkrafttreten einer Nachfolgeregelung zu Artikel 55a KVG im Sinne einer Zulassungssteuerung im ambulanten Bereich verknüpft werden sollte.

Akut- und Übergangspflege (AÜP):

Die einheitliche Finanzierung soll gemäss Vorlage der SGK-N für alle stationären und ambulanten OKP-Leistungen mit Ausnahme der Pflegeleistungen gelten – und dadurch insbesondere auch die Akut- und Übergangspflege (AÜP) umfassen (vgl. Begleitbericht, S. 11). Gemäss Vorlage der SGK-N sollen die Kantone die AÜP über den Kantonsbeitrag künftig mitfinanzieren – im gleichen Ausmass wie alle Leistungen, welche von der einheitlichen Finanzierung erfasst werden (vgl. Artikel 60 eKVG sowie Begleitbericht, S. 21).

CURAVIVA Schweiz stellt nicht infrage, dass die EFAS auch die AÜP betreffen soll. Der nationale Branchenverband erinnert jedoch daran, dass er schon seit geraumer Zeit eine Anpassung der aktuellen Anspruchs- und Erteilungsvoraussetzungen der AÜP verlangt, damit diese wirkungsvoll umgesetzt werden kann: Die Leistungen der Akut- und Übergangspflege, welche sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und die ärztlich angeordnet werden, sollen längstens vier Wochen nach den Regeln der Vergütung der stationären Behandlung einschliesslich Aufenthalt und Pflegeleistungen in einem Spital (Art. 49 Abs. 1) und nach den Regeln der Spitalfinanzierung (Art. 49a: Abgeltung der stationären Leistungen) vergütet werden. Die Akut- und Übergangspflege soll bei Bedarf auf ärztliche Anordnung einmal um längstens vier Wochen verlängert werden. Versicherer und Leistungserbringer sollen diesbezügliche Pauschalen vereinbaren.

3. Erwägungen von CURAVIVA Schweiz zur Ausweitung auf die Langzeitpflege

CURAVIVA Schweiz begrüßt grundsätzlich den Vorschlag der GDK, wonach eine einheitliche Finanzierung auch für die Langzeitpflege gelten soll. Dieses Anliegen verdient eine hohe Priorität. Dies wurde von CURAVIVA Schweiz bereits im Rahmen seines Wohn- und Pflegemodells 2030 vorgebracht.

Zentral ist dabei, dass für ein solches Vorhaben zuerst die richtigen Ziele festgelegt und die Voraussetzungen geschaffen werden, um diese Ziele erreichen zu können. Dies setzt aufwendige

Grundlagenarbeit voraus, die noch nicht geleistet ist. Neben den Finanzierungs- stellen sich auch zahlreiche Tariff Fragen, die vertieft geklärt werden müssen. Ein sorgfältiges Vorgehen ist deshalb wichtiger als die von der GDK geforderte direkte Verknüpfung mit dem EFAS-Projekt der SGK-N. Die Verknüpfung würde zu Verzögerungen beim Projekt EFAS führen, zudem würde sie die Komplexität der Vorlage deutlich erhöhen. Deshalb ist es wohl klüger, die Langzeitpflege nicht in die aktuelle Vorlage zu integrieren, sondern parallel dazu die fehlenden Grundlagen zu erarbeiten. CURAVIVA Schweiz ist gerne bereit, sich an diesen Arbeiten zu beteiligen.

Die nachfolgenden Ausführungen dienen einer ersten Auslegeordnung, welche Herausforderungen im Rahmen eines solchen Vorhabens zu meistern sind.

Ziele

Aus Sicht von CURAVIVA Schweiz müsste eine einheitliche Vergütung und Finanzierung im Bereich der Langzeitpflege folgende Ziele verfolgen:

- Die Kostentransparenz und Kostenwahrheit wird sichergestellt: Dies soll dazu führen, dass die heute bestehenden Finanzlücken in der Restfinanzierung eliminiert werden.
- Eine integrierte Versorgung wird gefördert, um die Übergänge zwischen ambulant und stationär zu erleichtern (namentlich mit dem betreuten Wohnen).
- Die Anteile der verschiedenen Kostenträger an der Pflegefinanzierung werden stabilisiert, um schleichende Kostenverschiebungen zu vermeiden.

In diesem Zusammenhang begrüsst CURAVIVA Schweiz die Absicht der SGK-N, die einheitliche Finanzierung sowohl für die Versicherer als auch für die Kantone insgesamt kostenneutral zu gestalten (vgl. Begleitbericht, S. 12).

- Der administrative Aufwand der Leistungserbringung wird verringert.
- Die Finanzierung der Pflegeleistungen erfolgt patientenorientiert – nicht angebotsorientiert. Langfristig wird die Realisierung einer Subjektfinanzierung geprüft. Dies könnte unter anderem die Kostentransparenz erhöhen und den Wettbewerb unter den Leistungserbringern beleben.

Voraussetzungen

Um die oben erwähnten Ziele zu erreichen, müssen aus Sicht von CURAVIVA Schweiz folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

Harmonisierte Vergütungsregeln für die ambulante, die intermediäre und die stationäre Pflege:

Im Rahmen seines Wohn- und Pflegemodells 2030 hat CURAVIVA Schweiz neue Versorgungsstrukturen für die Langzeitpflege vorgeschlagen, die stärker auf die individuellen Bedürfnisse der pflegebedürftigen Menschen eingehen. Die Entwicklung des tatsächlichen Angebots geht in diese Richtung: Immer mehr Leistungserbringer bieten eine integrierte Versorgung an. Die Grenze zwischen ambulanten und stationären Angeboten löst sich angesichts von intermediären Angeboten (Tages-, Nachtstrukturen, betreutes Wohnen) immer mehr auf. Ohne harmonisierte Vergütungsregeln bestehen Fehlanreize, welche die heutigen Strukturen gegenüber neuen, integrierten Angeboten begünstigen und flexible, bedürfnisgerechte Angebote für die betroffenen Menschen behindern.

Berücksichtigung der Vollkosten der Leistungserbringer:

Die gesetzlichen Grundlagen, namentlich die Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) regeln die Pflegeleistungen nur grob. Im Pflegealltag ergeben sich daraus zahlreiche Abgrenzungsprobleme. Nur bei einer klaren und verbindlichen Definition und Abgrenzung der minimalen Leistungen lässt sich bei den Vergütungen Transparenz und Vergleichbarkeit herstellen.

Definition von einheitlichen Pflegestufen im ambulanten und im stationären Bereich:

Um die Pflegeleistungen und deren Kosten im ambulanten, intermediären und stationären Bereich vergleichen zu können, sollte der Pflegebedarf aufgrund der gleichen Grundlagen erhoben werden. Einheitliche Pflegestufen im ambulanten und im stationären Bereich sollen als Vergütungsbasis gelten.

Nur unter dieser Voraussetzung ist eine einheitliche Vergütung und Finanzierung der Leistungen möglich.

Schliessung der Deckungslücken im Übergang:

Die neue EFAS soll nicht auf Basis der aktuellen Defizite der Pflegefinanzierung aufgebaut werden, sondern einer sanierten und konsolidierten Ausgangslage. Neue Finanzierungsregeln müssen von den effektiven Kosten der Langzeitpflege ausgehen. Die bestehende Deckungslücke bei der Abgeltung der Pflegeleistungen, die gemäss SOMED-Statistik allein im stationären Bereich in den letzten Jahren CHF 300-400 Mio. betrug, sind zuvor zu schliessen.

Gewährleistung einer sachgerechten und datenbasierten Festlegung der Tarife und Beiträge:

Die Festlegung von Preisen ist im heutigen System bei der Restfinanzierung oft durch finanzpolitische Vorgaben bestimmt. Eine sachliche Diskussion der Kosten und Preise gestützt auf konsolidierte und von den Partnern akzeptierte Daten ist zwingend.

Schaffung einer nationalen Einrichtung für Tarifstrukturen:

Die Schaffung einer nationalen Einrichtung für Tarifstrukturen nach dem Muster der SwissDRG AG in den Kantonen – wo Versicherer sowie ambulante und stationäre Leistungserbringer gleichberechtigt vertreten sind – stellt eine unumgängliche Voraussetzung zur Einführung einer einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Behandlungen dar.

Die Gesetzgebung lässt für zahlreiche Umsetzungsfragen in der Pflegefinanzierung grossen Spielraum. Die verschiedenen Akteure tendieren dazu, diesen Spielraum zu eigenen Gunsten auszulegen. In der Folge kommt es immer wieder zu Beschwerden und Gerichtsurteilen, die zwar die Rechtslage klären, aber nicht zu sachlich überzeugenden Lösungen führen (aktuell z.B. zur Finanzierung der Mittel- und Gegenstände in der Pflege). Normkosten werden ihrerseits politisch festgelegt, Tarife beruhen hingegen in erster Linie auf Datenerhebungen und Verhandlungen unter Stakeholdern. Eine nationale Einrichtung würde es erleichtern, Fragen der Tarifstruktur unter den beteiligten Akteuren zu analysieren und verbindliche Regelungen zu treffen. Eine solche Einrichtung ist für die Einführung einer einheitlichen Vergütung und Finanzierung in der Langzeitpflege unerlässlich.

Aufhebung der Trennung zwischen Betreuung und Pflege:

CURAVIVA Schweiz ist zudem der Auffassung, dass im Rahmen dieser Diskussion auch vertieft geprüft werden sollte, wie die heutige Trennung zwischen Betreuung und Pflege im Rahmen der Leistungsvergütung aufgelöst werden kann.

Seit der Einführung der Pflegefinanzierung werden die Pflege- und Betreuungsleistungen separat erfasst und abgerechnet. Im Pflegealltag kann diese Unterscheidung nicht wirklich vollzogen werden, da Pflege- und Betreuungshandlungen sich je nach Situation in rascher Folge abwechseln. Ihre unterschiedliche Vergütung hat zahlreiche Abgrenzungsprobleme zur Folge. Speziellen Handlungsbedarf gibt es bei der Abgrenzung von Pflegeleistungen von weiteren Leistungen in gewissen Bereichen (bspw. Demenz, Palliative Care oder Gerontopsychiatrie (vgl. INFRAS-Bericht vom 4. Januar 2018 über die Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung, S. 105-106)).

Eine künstliche Trennung gefährdet die ganzheitliche Pflege und birgt die Gefahr einer einseitigen Leistungspriorisierung aufgrund finanzieller statt pflegefachlicher Überlegungen.

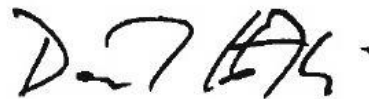
Es braucht deshalb neue Finanzierungsmodelle, damit keine zusätzliche Kostenüberwälzung auf die Krankenkassen entsteht und die Patientinnen und Patienten nicht zusätzlich finanziell belastet werden (siehe Postulat Gysi 17.3808).

Der nationale Branchenverband CURAVIVA Schweiz bedankt sich für die ernsthafte Prüfung und Berücksichtigung des oben aufgeführten Standpunktes.

Mit freundlichen Grüssen



Laurent Wehrli
Präsident CURAVIVA Schweiz



Dr. Daniel Höchli
Direktor CURAVIVA Schweiz

Bei Rückfragen zur vorliegenden Vernehmlassungsantwort wenden Sie sich bitte an:
Herrn Yann Golay Trechsel
Verantwortlicher Public Affairs von CURAVIVA Schweiz
E-Mail: y.golay@curaviva.ch
Tel: 031 385 33 36

Berne, le 12 septembre 2018

Financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires

Prise de position de CURAVIVA Suisse

Dans la présente prise de position, l'association de branche nationale CURAVIVA Suisse soutient la proposition de financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires (abrégé « EFAS » en allemand). Le projet permet d'encourager le transfert de certaines prestations stationnaires vers le domaine ambulatoire et de réaliser les économies qui en résultent. Il crée également les conditions nécessaires au renforcement de la prise en charge intégrée dont dépendent spécialement les personnes souffrant de maladies chroniques, les personnes handicapées à vie ou les personnes âgées ayant besoin de soins. Du point de vue de CURAVIVA Suisse, plusieurs mesures d'accompagnement sont requises afin de permettre au projet EFAS d'aboutir, notamment des possibilités de gestion adaptées pour les cantons dans le domaine ambulatoire ainsi que la création d'une organisation tarifaire nationale paritaire pour le domaine ambulatoire.

CURAVIVA Suisse salue expressément la demande de la CDS en faveur de l'introduction d'un financement uniforme également pour les soins de longue durée. Dans ce contexte, il est essentiel pour un tel projet de fixer dans un premier temps les bons objectifs et de créer les conditions nécessaires à leur réalisation. Cela implique un travail de fond intensif qui n'a pas encore été accompli. Pour cette raison, une démarche minutieuse a plus d'importance que le lien direct avec le projet EFAS de la CSSS-N demandé par la CDS. CURAVIVA Suisse préfère donc ne pas intégrer les soins de longue durée dans le projet actuel, mais plutôt élaborer en parallèle les bases inexistantes. L'association est disposée à participer de façon engagée à ces travaux.

Mesdames, Messieurs,

Par la présente prise de position, l'association de branche nationale CURAVIVA Suisse souhaite apporter sa contribution dans le cadre de la consultation en cours sur l'introduction d'un financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires.

Association au service des institutions et des employeurs de la branche, CURAVIVA Suisse défend les intérêts de ses institutions membres destinées aux personnes âgées, aux adultes avec handicap ainsi qu'aux enfants et adolescents ayant des besoins spécifiques. À l'association de branche nationale CURAVIVA Suisse sont rattachés l'ensemble des cantons suisses ainsi que la principauté du Liechtenstein. Dans l'ensemble, CURAVIVA Suisse représente plus de 2600 institutions avec quelque 120 000 places, et qui emploient environ 130 000 collaborateurs.

1. Etat des lieux

Aujourd'hui, les prestations dans le domaine ambulatoire sont intégralement financées par les assureurs, à savoir via les primes. Les prestations dans le domaine stationnaire sont payées à hauteur d'au moins 55 % par les cantons et au maximum 45 % par les assureurs. On s'accorde généralement à reconnaître que cette règle peut conduire directement et indirectement à différentes incitations inopportunes qui s'opposent à l'objectif d'un traitement de bonne qualité et avantageux.

Le 15 mai 2018, la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N) a ouvert une procédure de consultation sur un financement intégré des prestations de santé (monisme ou également: « financement ambulatoire et stationnaire uniforme » (abrégé « EFAS » en allemand); réf. Parlementaire 09.528).

Avec son avant-projet de révision de la loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal), la CSSS-N veut uniformiser le financement des prestations fournies en ambulatoire et en stationnaire. Désormais, les caisses-maladie devront indemniser toutes les prestations ambulatoires et stationnaires – à l'exception des soins de longue durée. Sur les coûts qui leur restent après la déduction de la franchise et de la quote-part des assurés, les cantons devront apporter une contribution minimale de 25,5 %. Ce pourcentage, qui aurait correspondu à environ 7,5 milliards de francs en moyenne sur les années 2012 à 2015, est défini de telle façon que le passage au financement uniforme n'ait au final pas d'incidence sur les coûts des cantons et des assureurs.

Le 25 mai et le 28 juin 2018, la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) a jugé insuffisant le projet de la CSSS-N (cf. prise de position de la CDS du 28 juin 2018). La CDS a notamment réclamé que l'EFAS soit étendu au domaine des soins de longue durée (cf. point 7 de la prise de position de la CDS du 28 juin 2018). Toutefois, la CDS ne s'est jusqu'ici pas exprimée plus en détails sur sa conception des conditions d'une telle intégration des soins de longue durée dans le projet EFAS.

Tandis que les institutions représentées par CURAVIVA Suisse ne sont concernées qu'indirectement par le projet mis en consultation, une extension du projet aux soins de longue durée aurait des conséquences directes et importantes sur la branche. Par conséquent, CURAVIVA Suisse prend position dans une première partie sur le projet de la CSSS-N lui-même (« projet EFAS ») et dans une seconde partie sur la demande de la CDS concernant les soins de longue durée.

2. Considérations de CURAVIVA Suisse sur le projet EFAS

a) Remarques générales :

CURAVIVA Suisse considère comme fondamentalement utile le projet EFAS de la CSSS-N et le soutient. La prévention des incitations inopportunes est une condition importante afin d'éviter les coûts inutiles. Le projet permet d'encourager le transfert de certaines prestations stationnaires vers le domaine ambulatoire et de réaliser les économies considérables qui en résultent. En outre, il incite les bailleurs de fonds à s'engager ensemble en faveur d'une tarification appropriée dans l'intégralité du domaine des soins, qu'ils soient ambulatoires ou stationnaires. Cela crée les conditions nécessaires à un renforcement de la prise en charge intégrée dont dépendent spécialement les personnes souffrant de maladies chroniques, les personnes handicapées à vie ou les personnes âgées ayant besoin de soins.

Du point de vue de CURAVIVA Suisse, plusieurs mesures supplémentaires sont également nécessaires pour contribuer à faire aboutir le projet EFAS. Il est essentiel que le projet soit accompagné de possibilités de gestion adaptées à la disposition des cantons dans le domaine ambulatoire. Néanmoins, cela ne doit pas entraîner de surrégulation. Dans ce contexte, le recours à une organisation tarifaire nationale paritaire représenterait une bonne solution.

b) Remarques relatives à des aspects particuliers du projet :

Nouvelle réglementation de l'admission des médecins dans le domaine ambulatoire :

Parallèlement à l'introduction d'un financement uniforme des domaines ambulatoire et stationnaire, des instruments de contrôle des médecins travaillant dans le domaine ambulatoire doivent être ancrés dans la loi. C'est ce que prévoit notamment la nouvelle réglementation visant à réguler l'admission des médecins qui remplacera celle arrivant à expiration à la mi-2019 (art. 55a LAMal). CURAVIVA Suisse ne s'est pas exprimée sur le principe du nouveau système de gestion proposé par le Conseil fédéral mais elle salue ici en principe le fait de prévoir une règle de gestion par les cantons. Il est essentiel pour ces derniers de devoir non seulement cofinancer le domaine ambulatoire mais également de pouvoir influencer l'offre.

En ce sens, CURAVIVA Suisse affiche une certaine compréhension pour la proposition minoritaire Carobbio, Feri, Gysi, Heim, Ruiz, Schenker, selon laquelle le projet de financement uniforme des prestations en ambulatoire et en stationnaire doit être associé à l'entrée en vigueur d'une nouvelle règle relative à l'article 55a LAMal au sens d'une gestion de l'admission dans le domaine ambulatoire.

Soins aigus et de transition (SAT) :

Selon le projet de la CSSS-N, le financement uniforme doit s'appliquer à toutes les prestations de l'AOS stationnaires et ambulatoires, à l'exception des soins – et donc en particulier également des soins aigus et de transition (cf. rapport explicatif, p. 11). En vertu du projet de la CSSS-N, les cantons devront à l'avenir cofinancer les soins aigus et de transition via la part cantonale – dans la même mesure que toutes les prestations qui sont concernées par le financement uniforme (cf. article 60e LAMal et rapport explicatif, p. 21).

CURAVIVA Suisse ne remet pas en question la nécessité que l'EFAS concerne également les soins aigus et de transition. L'association de branche nationale rappelle cependant qu'elle demande depuis déjà longtemps une modification des conditions actuelles de droit et d'accès aux soins aigus et de transition afin qu'ils puissent être efficacement mis en œuvre: les prestations des soins aigus et de transition qui s'avèrent nécessaires à la suite d'un séjour hospitalier et sont prescrites par un médecin doivent être remboursées au plus tard dans un délai de quatre semaines selon les règles de l'indemnisation de la prise en charge stationnaire, séjour et soins dans un hôpital inclus (art. 49 al. 1) et selon les règles du financement de l'hôpital (art. 49a: rémunération des prestations stationnaires). Au besoin, les soins aigus et de transition doivent être prolongés à une reprise de quatre semaines au plus sur prescription médicale. Les assureurs et les fournisseurs de prestations doivent convenir de forfaits à cet effet.

3. Considérations de CURAVIVA Suisse sur l'extension aux soins de longue durée

CURAVIVA Suisse salue en principe la proposition de la CDS selon laquelle un financement uniforme doit également s'appliquer aux soins de longue durée. Cette préoccupation mérite qu'on lui accorde une priorité élevée. Elle a déjà été présentée par CURAVIVA Suisse dans le cadre de son Modèle d'habitat et de soins 2030.

Dans ce contexte, il est essentiel pour un tel projet de fixer d'abord les bons objectifs et de créer les conditions nécessaires à leur réalisation. Cela implique un travail de fond intensif qui n'a pas encore été réalisé. Outre les questions de financement se posent également de nombreuses questions tarifaires qui requièrent une clarification approfondie. Pour cette raison, une démarche minutieuse revêt plus d'importance que le couplage direct demandé par la CDS avec le projet EFAS de la CSSS-N. En effet, celui-ci retarderait l'EFAS et augmenterait aussi significativement la complexité du projet. Il apparaît donc plus judicieux de ne pas intégrer les soins de longue durée dans le projet actuel mais plutôt d'élaborer en parallèle les bases manquantes à cet effet. CURAVIVA Suisse est disposée à participer de façon engagée à ces travaux.

Les explications suivantes permettent un premier état des lieux sur les défis à maîtriser dans le cadre d'un tel projet.

Objectifs

Du point de vue de CURAVIVA Suisse, une indemnisation et un financement uniformes dans le domaine des soins de longue durée devraient poursuivre les objectifs suivants:

- La transparence et la vérité des coûts sont assurées: cela doit permettre d'éliminer les lacunes financières existant actuellement dans le financement résiduel.
- Une prise en charge intégrée est encouragée afin de faciliter les transitions entre l'ambulatoire et le stationnaire (notamment avec l'habitat protégé).
- Les parts des différents payeurs au financement des soins sont stabilisées afin d'éviter les transferts de coûts insidieux.

Dans ce contexte, CURAVIVA Suisse salue l'intention de la CSSS-N de concevoir le financement uniforme de telle sorte qu'il n'ait aucune incidence au final à la fois pour les assureurs et pour les cantons (cf. rapport explicatif, p. 12).

- La charge administrative liée à la fourniture des prestations est réduite.
- Le financement des soins s'effectue de façon orientée vers le patient – et non vers l'offre. À long terme, on étudie la réalisation d'un financement à la personne. Cela pourrait notamment améliorer la transparence des coûts et dynamiser la concurrence entre les fournisseurs de prestations.

Conditions

Pour atteindre les objectifs mentionnés ci-dessus, CURAVIVA Suisse estime qu'il faut remplir les conditions suivantes:

Règles d'indemnisation harmonisées pour les soins ambulatoires, intermédiaires et stationnaires :

Dans le cadre de son Modèle d'habitat et de soins 2030, CURAVIVA Suisse a proposé de nouvelles structures de prise en charge pour les soins de longue durée qui abordent davantage les besoins individuels des personnes nécessitant des soins. L'évolution de l'offre réelle va dans cette direction: toujours plus de fournisseurs de prestations proposent une prise en charge intégrée. La frontière entre les offres ambulatoires et stationnaires s'estompe de plus en plus au regard des offres intermédiaires (structures de jour et de nuit, habitat protégé). Sans des règles

d'indemnisation harmonisées, il existe des incitations inopportunes qui favorisent les structures actuelles par rapport à de nouvelles offres intégrées et empêchent des offres flexibles adaptées aux besoins pour les personnes concernées.

Prise en considération des coûts totaux des fournisseurs de prestations :

Les bases légales, notamment l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) ne règlent les prestations de soins que de façon approximative. Dans les soins quotidiens, il en résulte de nombreux problèmes de délimitation. Seules une définition et une délimitation à la fois claires et contraignantes des prestations minimales permettent de créer transparence et comparabilité au niveau des indemnisations.

Définition de niveaux de soins uniformes dans les domaines ambulatoire et stationnaire :

Afin de pouvoir comparer les prestations de soins et leurs coûts dans les domaines ambulatoire, intermédiaire et stationnaire, il convient d'évaluer les besoins en soins à partir des mêmes bases. Des niveaux de soins uniformes en ambulatoire et en stationnaire doivent servir de base d'indemnisation.

C'est seulement sous cette condition qu'il sera possible d'atteindre une indemnisation et un financement uniformes des prestations.

Comblement des lacunes de couverture dans le cadre de la transition :

Le nouvel EFAS ne doit pas être développé sur la base des déficits actuels du financement des soins mais d'après une situation de départ assainie et consolidée. De nouvelles règles de financement doivent découler des coûts effectifs des soins de longue durée. Les lacunes de couverture existantes dans la compensation des soins, qui atteignaient ces dernières années entre CHF 300 et 400 millions rien que dans le domaine stationnaire selon la statistique SOMED, doivent être comblées auparavant.

Garantie d'une définition appropriée et basée sur des données des tarifs et des contributions :

Dans le système actuel, la fixation de prix est déterminée pour le financement résiduel souvent par des exigences de politique financière. Une discussion objective des coûts et des prix basée sur des données consolidées et acceptées par les partenaires est impérative.

Création d'une institution nationale pour les structures tarifaires :

La création d'une institution nationale pour les structures tarifaires selon le modèle de la SwissDRG SA – au sein de laquelle cantons, assureurs ainsi que fournisseurs de prestations ambulatoires et stationnaires sont représentés à titre égal – constitue une condition indispensable pour introduire un financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires.

La législation laisse une grande marge de manœuvre pour de nombreuses questions d'application dans le financement des soins. Les différents acteurs tendent à interpréter cette marge de manœuvre dans leur propre intérêt. Par la suite, cela engendre régulièrement des plaintes et des décisions judiciaires qui certes clarifient la situation juridique mais ne trouvent pas de solutions objectivement convaincantes (actuellement p. ex. concernant le financement des moyens et appareils dans les soins). Les coûts normatifs sont quant à eux déterminés politiquement, tandis que les tarifs reposent en premier lieu sur des collectes de données et des négociations entre parties prenantes. Une institution nationale faciliterait l'analyse des questions liées à la structure tarifaire entre les acteurs impliqués et l'adoption de réglementations contraignantes. Une telle

institution est indispensable pour l'introduction d'une indemnisation et d'un financement uniformes dans les soins de longue durée.

Suppression de la séparation entre l'assistance et les soins :

CURAVIVA Suisse considère en outre que dans le cadre de cette discussion, il convient aussi d'examiner en détails comment la séparation actuelle entre l'assistance (Betreuung) et les soins (Pflege) peut être supprimée dans le contexte de la rémunération des prestations.

Depuis l'introduction du financement des soins, les prestations de soins et d'assistance sont saisies et décomptées séparément. Dans le quotidien des soins, cette distinction ne peut pas être réellement effectuée car les prestations de soins et d'assistance alternent rapidement selon la situation. Leur indemnisation différente entraîne de nombreux problèmes de délimitation. Il existe un besoin spécifique d'intervention dans la délimitation entre les soins et d'autres prestations dans certains domaines (p. ex. démence, soins palliatifs ou psychiatrie gériatrique, cf. rapport INFRAS du 4 janvier 2018 sur la mise en œuvre du nouveau régime de financement des soins, p. 105-106). Une séparation artificielle menace les soins dans leur ensemble et comporte le risque d'une hiérarchisation unilatérale des prestations sur la base de réflexions financières plutôt que professionnelles.

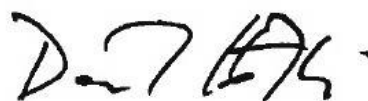
Il y a donc besoin de nouveaux modèles de financement afin que n'apparaisse pas de nouveau transfert de coûts sur les caisses-maladie et pour ne pas faire peser une charge financière supplémentaire sur les patientes et patients (cf. postulat Gysi 17.3808).

L'association de branche nationale CURAVIVA Suisse vous remercie d'avoir examiné et considéré avec sérieux le point de vue exprimé ci-dessus.

Veuillez trouver ici, Mesdames, Messieurs, l'expression de notre considération distinguée.



Laurent Wehrli
Président CURAVIVA Suisse



Daniel Höchli
Directeur CURAVIVA Suisse

En cas de questions relatives à la présente prise de position, veuillez vous adresser à:
Monsieur Yann Golay Trechsel
Responsable Public Affairs de CURAVIVA Suisse
E-mail: y.golay@curaviva.ch
Tél.: 031 385 33 36



Dufourstrasse 30
CH—3005 Bern

Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen
Schwarzenburgstrasse 157
CH—3003 Bern

abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Bern, den 14. September 2018

Vernehmlassung: 09.528 Parlamentarische Initiative. Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus.

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 15. Mai 2018 hat der Präsident der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-N) die Vernehmlassung in oben- genanntem Geschäft mit Frist bis 15. September 2018 eröffnet. Wir lassen Ihnen nach- stehend die Stellungnahme der FMCH fristgerecht zukommen.

1. Allgemeine Bemerkungen

Die FMCH befürwortet die Einführung der Finanzierung der OKP-Pflichtleistungen aus einer Hand, wie sie von der SGK-N vorgeschlagen wird.

Hingegen lehnt die FMCH die von einer Minderheit der SGK-N vertretene Auffassung, wonach auf die Vorlage nicht einzutreten sei, weil diese neue Fehlanreize schaffe und die Kantone zu einer Mitfinanzierung des ambulanten Bereichs verpflichte ohne ihnen entsprechende Steuerungsmöglichkeiten zu geben, dezidiert ab.

Die FMCH begrüsst die drei Zielsetzungen der Vorlage:

- Förderung einer Verlagerung von Leistungen aus dem stationären in den ambu- lanten Bereich, wo dies medizinisch sinnvoll ist;
- Stabilisierung der prämien- und steuerfinanzierten Anteile an den obligatorisch versicherten Krankheitskosten (ohne Langzeitpflege);
- Förderung einer sachgerechten Tarifierung.

Für die Erreichung dieser Ziele, die aus medizinischer und ökonomischer Sicht als prioritär einzustufen sind, schafft die Vorlage wichtige Voraussetzungen.

Im Gegenzug fordert die FMCH, dass die kantonalen und nationalen Listen „ambulant vor stationär“ ersatzlos gestrichen werden. Wenn die vorliegende Teilrevision die Fehlanreize zum Ort der Leistungserbringung weitgehend eliminiert, werden die medizinisch und ethisch problematischen, bürokratisch aufwändigen und damit kosten-treibenden Listen für ambulantes Operieren obsolet. Eine entsprechende Übergangsbestimmung zur Abschaffung der kantonalen und bundesweiten Operationslisten und ihrer Umsetzungsmassnahmen ist in die vorliegende Teilrevision aufzunehmen.

1.1. Aktuelle Situation

Die heute geltenden, unterschiedlichen Finanzierungsregimes des ambulanten und des stationären Bereichs führen zu Fehlanreizen, die eine effiziente und effektive medizinische Versorgung erschweren oder sogar verhindern.

So haben die Versicherer nur dann einen Anreiz, die Verlagerung von stationären zu ambulanten Leistungen zu fördern, wenn die ambulante Leistungserbringung mindestens 55 Prozent günstiger ist als die stationäre.

Umgekehrt haben die Kantone ein finanzpolitisches Interesse, das Volumen von ambulanten Leistungen zu steigern, weil dadurch der kantonale Anteil an stationären Leistungen sinkt, freilich unter dem Vorbehalt, dass die Bettenauslastung nicht mit zusätzlichen stationären Fällen kompensiert wird. Dass es sich hierbei nicht nur um theoretische Überlegungen handelt, haben die Kantone mit der Einführung von AVOS-Listen eindrücklich vor Augen geführt.

Die solchermassen entgegengesetzten Interessen von Kantonen und Versicherern widerspiegeln sich in den Verhandlungen der Tarifpartner und bei Tariffestsetzungen durch die Kantone. Bei der Tarifgestaltung versucht jede Partei, das ihr jeweils zufallende Kostenvolumen zulasten der anderen Partei zu minimieren.

Dadurch kann der Fehlanreiz entstehen, Leistungen nicht aufgrund der WZW-Kriterien und kostendeckend zu tarifieren, wie es das KVG vorschreibt, sondern aufgrund der gewünschten Wirkung, die der Tarif auf die Wahl des Behandlungsortes haben soll. Dieses „egoistische“ Verhalten kann den Versicherern und Kantonen jedoch nicht verübelt werden. Sie tragen keine Verantwortung für die volkswirtschaftliche Gesamtrechnung. Der Kanton ist gegenüber dem Steuerzahler, der Krankenversicherer gegenüber dem Prämienzahler Rechenschaft schuldig. Unter den gegebenen Spielregeln kann das Verhalten von Kantonen und Versicherern, ihr jeweiliges Kostenvolumen zu minimieren, als ökonomisch rational bezeichnet werden. Darunter leidet

aber das übergeordnete Interesse einer qualitativ hochstehenden und effizienten Versorgung der Bevölkerung. Dem finanziellen Gesamtinteresse des Bürgers, der bekanntlich Steuer- und Prämienzahler in sich vereint, wird mit diesem System ebenfalls nicht Rechnung getragen. Die aufgrund der unterschiedlichen Finanzierung von ambulantem und stationärem Sektor entstehenden tarifarischen Fehlanreize begünstigen eine aus medizinischer und ökonomischer Sicht suboptimale Wahl des Behandlungsortes. Die Indikationsstellung, ob ein Patient ambulant oder stationär behandelt wird, sollte aber – im Idealfall – ausschliesslich von seinem medizinischen und sozialen Zustand abhängen.

Dass die Schweiz relativ weit von diesem Idealzustand entfernt ist, zeigen internationale Vergleiche. So werden in der Schweiz nur gerade 17% der chirurgischen Eingriffe im spitalambulantem Bereich durchgeführt. Dieser Anteil beträgt in den Niederlanden 51%, in den USA 62%.

Für die vergleichsweise schwache Entwicklung des ambulanten Bereichs in der Schweiz sind die tarifarischen Fehlanreize sicher einer der wichtigsten Gründe. Daneben können kulturelle Faktoren ebenfalls eine gewisse Rolle spielen.

1.2. Vorteile einer einheitlichen Finanzierung

Mit einer einheitlichen Finanzierung des ambulanten und stationären Sektors werden die Interessen der beiden Kostenträger, d.h. Krankenversicherer und Kantone, gleichgeschaltet (französisch: «alignement des intérêts, englisch: «alignment of interests»). Beide werden ein Interesse daran haben, dass über alle Sektoren der Versorgung hinweg qualitativ hochstehende Leistungen zu einem kostendeckenden Tarif erbracht werden können. Anreize für sektorielle Über- und Untertarifierungen fallen weg, weil sie aus tarif-taktischer Sicht keinen Sinn mehr machen.

Als monistischer Finanzierer (mit dualer Mittelherkunft aus Steuern und Prämien) wird der Krankenversicherer eine Gesamtsicht auf die Behandlungspfade und deren Kosten erhalten. Er wird besser in der Lage sein, innovative Tarifsysteme zu entwickeln wie z.B. ambulante Leistungspauschalen, Komplexpauschalen und sogenannte *bundled payments*. Mit solchen Tarifsystemen können effiziente, sektorenübergreifende Behandlungsprozesse gefördert und honoriert werden. Eine Verknüpfung der Tarife mit Elementen der Qualitätssicherung, wie sie vom KVG verlangt wird und mit der laufenden KVG-Revision über die Qualitätssicherung¹ gefördert werden soll, wird ebenfalls einfacher werden. Die für den Patienten besonders bedeutsame Ergebnisqualität kann als Summe der an den verschiedenen

¹ KVG. Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit (15.083)

Etappen der Behandlungskette erbrachten Qualität definiert werden. Ein Krankenversicherer, der als monistischer Finanzierer die ganze Behandlungskette von A bis Z finanziert, wird die Ergebnisqualität und deren Zustandekommen besser analysieren und in die Tarifverhandlungen einfließen lassen können. Dadurch entsteht ein Anreiz für die Leistungserbringer, die Komponenten der Behandlungskette besser zu koordinieren oder sogar vertikal zu integrieren.

Zu den medizinischen und ökonomischen Aspekten einer Verlagerung von Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Sektor hat sich die FMCH in der Stakeholder-Konsultation vom 4. Oktober bis 3. November 2017 über die Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) betreffend «Ambulant vor Stationär» bereits geäußert. Sie ist weiterhin der Auffassung, dass die AVOS-Listen ein ungeeignetes Instrument zur Förderung der Ambulantisierung darstellen. Daran ändert auch die Tatsache nichts, dass das BAG einen vergleichsweise massvollen Erlass verfügt hat. Deshalb fordert die FMCH, dass eine entsprechende Übergangsbestimmung zur Abschaffung der kantonalen und bundesweiten Operationslisten und ihrer Umsetzungsmassnahmen in die vorliegende Teilrevision aufzunehmen sei.

1.3. Kritiken der Gegner einer einheitlichen Finanzierung

1.3.1. Einwände und Forderungen der GDK

Die GDK behauptet, dass die Einführung einer einheitlichen Finanzierung mit Überweisung von Steuermitteln an die Versicherer das Prinzip der fiskalischen Äquivalenz, welche eine Kongruenz zwischen Nutzniessern, Kosten- und Entscheidungsträgern von öffentlichen Leistungen verlangt, verletzen würde. Die fiskalische Äquivalenz müsse aber unter allen Umständen gewahrt bleiben. Dies sei nur dann gewährleistet, wenn mit der Einführung einer einheitlichen Finanzierung die Steuerungskompetenz der Kantone auf den ambulanten Bereich ausgedehnt werde.

Dieser Forderung der GDK sind folgende grundsätzliche Überlegungen und Erkenntnisse aus der Praxis entgegenzuhalten:

- Aufgrund von Art. 117 Abs. 1 BV verfügt der Bund über die ausschliessliche Rechtskompetenz auf dem Gebiet der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Der Bund kann die Finanzierung der Versicherung nach eigenem Ermessen regeln. Er kann festlegen, welcher Anteil der Finanzierung aus öffentlicher Hand zu entrichten ist und welche öffentliche Körperschaft diesen Anteil zu entrichten hat.
- Die in Art. 43a Abs. 2 und 3 BV verankerten Grundsätze über die fiskalische Äquivalenz haben den Charakter von staatspolitischen Maximen und sind nicht justizabel, das heisst, sie haben rechtlich nur eine beschränkte Tragweite; vgl. Gutachten des Bundesamtes für Justiz vom 15. Januar 2018 „Monistische Finanzierung von Gesundheitsleistungen – Verfassungsmässigkeit“.

- Die Tragweite von Art. 117 BV wird durch Art. 43a BV nicht eingeschränkt². Die Zuweisung einer Finanzierungsverpflichtung an die Kantone verpflichtet den Bund in keiner Weise, diesen eine Gegenleistung in Sinn von finanziellen Mitteln (Art. 46 Abs. 1 BV) oder von zusätzlichen Entscheidungs- oder Steuerungsbefugnissen zu gewähren.
- Eine Mitfinanzierung der ambulanten Leistungen durch die Kantone steht nicht im Widerspruch zum haushälterischen Umgang mit den Ressourcen, dem eigentlichen Zweck der fiskalischen Äquivalenz. Bis zu einem gewissen Grad ist sogar das Gegenteil zu erwarten: Aufgrund der Mitfinanzierung dürften die Kantone ein grösseres Interesse an einer Kostenkontrolle im ambulanten Bereich aufbringen.
- Über die Nachfrage nach ambulanten OKP-Leistungen übt die Kantonsbevölkerung einen steuernden Einfluss auf das Angebot im ambulanten Bereich aus. Mit der dadurch entstehenden, weitgehenden Übereinstimmung zwischen dem Personenkreis, der den Nutzen aus den Leistungen zieht, die finanziellen Konsequenzen trägt und die Leistungserbringung mitsteuert, ist das Prinzip der fiskalischen Äquivalenz bereits in hohem Masse erfüllt.
- Über die Genehmigung oder Festsetzung von Tarifen haben die Kantone heute schon einen grossen Einfluss auf den ambulanten Bereich.
- Mit einer Ausdehnung der kantonalen Steuerungsmöglichkeiten auf den ambulanten Bereich würde sich der ohnehin schon gravierende Governance-Konflikt der Kantone noch weiter verschärfen. Ein prioritäres Ziel des Bundesrates besteht aber gerade darin, diesen Konflikt zu reduzieren. Davon verspricht er sich einen kostendämpfenden Effekt (Massnahme M36). Bei der Güterabwägung zwischen einer puristischen Durchsetzung der fiskalischen Äquivalenz und der Dringlichkeit kostendämpfender Massnahmen sollte auch den Kantonen ein Entscheid zugunsten der zweiten Option nicht schweben, zumal sie an der Kostenentwicklung eine erhebliche Verantwortung mitzutragen haben.
- In der Praxis erweist sich die Anwendung der fiskalischen Äquivalenz als schwierig³. Gründe dafür sind der fehlende Rechtscharakter sowie das Fehlen von Kriterien und eines Prüfprogramms, welches die Anwendung der Prinzipien auf konkrete Sachvorlagen erlauben würde.
- Wie folgende Beispiele zeigen, wird die fiskalische Äquivalenz auch von den Kantonen nicht konsequent und zum Teil einseitig angewendet:
 - Zu Prämienverbilligungen richtet der Bund aus Steuermitteln jährlich rund CHF 2 Milliarden an die Kantone aus. Auf die Verwendung dieser Mittel kann er keinen Einfluss nehmen. Die Kantone waren bis jetzt nicht bestrebt, dem Bund eine Mitsprache über die Verwendung dieser Steuermittel einzuräumen.

² Der Verfassungsgeber hätte mit der Einführung von Art. 43a BV (im Rahmen der NFA) die Tragweite von Art. 117 BV einschränken können und auch müssen, falls er dies so gewollt hätte. Er hat aber Art. 117 BV unverändert belassen. Damit bleibt dessen Tragweite uneingeschränkt bestehen.

³ Vgl. BUNDESRAT, Bericht Postulat Stadler, Seite 17.

- Analog zur Argumentation der GDK müssten die Kantone die Krankenversicherer als Zahler aktiv in die kantonale Spital- und Versorgungsplanung einbinden. Dies verweigern die Kantone aber konsequent.

Im Ergebnis der vorausgehenden Überlegungen und Beispiele kann festgehalten werden, dass eine absolutistische Auslegung der fiskalischen Äquivalenz, wie sie von der GDK vorgetragen wird, weder der Absicht des Verfassungsgebers noch der gängigen Praxis entspricht. Fiskalische Äquivalenz bedeutet nicht, dass das Gemeinwesen zu allen Verwendungen von Steuermitteln Steuerungsinstrumente etablieren darf oder muss. Der Forderung der Kantone stehen Zielsetzungen gegenüber, die höher zu gewichten sind. So kann mit der Einführung einer einheitlichen Finanzierung eine längst fällige Systemkorrektur vollzogen werden. Damit kann auch ein rascher und wirkungsvoller Beitrag zur Kostendämpfung geleistet werden.

1.3.2. Kritiken und Einwände des Schweizerischen Gewerkschaftsbundes (SGB)

Der SGB lehnt die Vorlage aus folgenden Gründen ab:

- Der Kern der Vorlage sei nicht die einheitliche Finanzierung, sondern eine massive Verschiebung der Steuerungskompetenz in der Grundversicherung weg von der öffentlichen Hand hin zu den privaten Versicherern («Privatisierung der Grundversicherung»).
- Die vom Bund und einigen Kantonen erlassenen Eingriffslisten («ambulant vor stationär») seien effizienter, um die Verlagerung von Eingriffen aus dem stationären in den ambulanten Bereich zu fördern.
- Die Vorlage würde trotz postulierter Finanzierungsneutralität die Kostenbeteiligung der Versicherten zusätzlich erhöhen.
- Die Vorlage würde keine entscheidende Korrektur existierender Fehlanreize bewirken.
- Mit der Vorlage würden Vertragsspitäler und Zusatzversicherungen gestärkt werden. Dies sei aber nicht wünschenswert.
- Mit EFAS würde der Druck auf das Gesundheitspersonal steigen.
- Der vorgesehene einheitliche Finanzierungsschlüssel würde neue Fehlanreize schaffen.
- Die einheitliche Finanzierung würde die Einführung von Globalbudgets, wie sie bereits in den Kantonen Tessin, Genf und Waadt existieren, verhindern.

Diesen Einwänden des SGB können folgende Überlegungen entgegengehalten werden:

- Es ist keine Besonderheit der einheitlichen Finanzierung, dass sie den Druck auf das Gesundheitspersonal erhöhen wird. Dieser Effekt ist allen kostendämpfenden Massnahmen gemeinsam. Entscheidend ist vielmehr die Frage, welche

Massnahmen den Kostendruck einigermaßen gerecht verteilen werden ohne Einbussen bei der Qualität der medizinischen und pflegerischen Versorgung zu verursachen. In dieser Hinsicht ist der einheitlichen Finanzierung gegenüber Rasenmäher- oder Deckelungsmethoden, wie sie etwa bei Globalbudgets zur Anwendung kommen, klar der Vorzug zu geben.

- Mit der Verlagerung von Leistungen in den ambulanten Bereich werden neuartige, höchst effiziente Versorgungsbereiche entstehen, die nur dank hochqualifiziertem Personal funktionieren werden. Für dieses Personal wird Geld zur Verfügung stehen, welches aufgrund sinkender Investitionen in ineffiziente stationäre Infrastrukturen frei wird. Insgesamt wird die einheitliche Finanzierung eine wirtschaftliche Dynamik auslösen, von welcher sowohl Patienten, Personal als auch Prämien- und Steuerzahler profitieren werden.
- Eine solche Dynamik wird ungleich viel mehr Wirkung zeitigen als kantonale und nationale Listen, deren Umsetzung sich als wahres Kopfzerbrechen erweist und an Schwerfälligkeit kaum zu überbieten ist.
- Der SGB irrt vollständig, wenn er die einheitliche Finanzierung als Privatisierung der Grundversicherung bezeichnet. Die Vorlage schwächt weder die strengen Vorgaben, welche das KVG an die Krankenversicherer stellt, noch die Aufsichtsbehörde, deren Kompetenzen mit dem Krankenversicherungsaufsichtsgesetz ausgeweitet wurden. Auch werden die Planungskompetenzen der Kantone nicht eingeschränkt. Vielmehr wird deren Ausdehnung erwartet. Von einer Privatisierung der Grundversicherung kann demnach keine Rede sein. Vielmehr ist davon auszugehen, dass Kantone und Krankenversicherer aufgrund gleichgeschalteter Interessen die von der OKP garantierte qualitativ hochstehende Versorgung der Bevölkerung gemeinsam stärken werden. Dass im Gegenzug auch einige wenige Vertragsspitäler profitieren werden, kann von denjenigen, die das stören sollte, getrost vernachlässigt werden.
- In einem Punkt ist dem SGB jedoch recht zu geben: Die Vorlage könnte trotz postulierter Finanzierungsneutralität die Kostenbeteiligung der Versicherten zusätzlich erhöhen. Deshalb fordert die FMCH, die Kostenbeteiligung (Franchise und Selbstbehalt) weiterhin auf den mit Prämien finanzierten Anteil der Leistungskosten auszurichten und den jeweiligen Kantonsanteil wie bisher in der Spitalfinanzierung auszuklammern.
- Es ist zwar richtig, dass die einheitliche Finanzierung an sich noch keine Fehl-anreize beseitigt. Aber sie ist die notwendige Voraussetzung dafür, dass sich die ambulanten und stationären Tarife angleichen. Damit würde aber der wichtigste Hemmschuh für die „Ambulantisierung“ der Medizin wegfallen.

2. Technische Aspekte

a) Berechnung des Kantonsbeitrags

Das jeweilige Verhältnis der stationären und ambulanten Kosten ist von Kanton zu Kanton bzw. je nach Versichertenkollektiv auch von Krankenversicherer zu Krankenversicherer unterschiedlich. Deshalb empfiehlt es sich, den Anteil des Kantonsbeitrags innerhalb einer Übergangsfrist auf ähnliche Weise anzupassen, wie dies im Rahmen der Neuen Spitalfinanzierung erfolgte.

b) Kostenbeteiligung Versicherte

Die FMCH empfiehlt, die Kostenbeteiligung (Franchise und Selbstbehalt) weiterhin auf den mit Prämien finanzierten Anteil der Leistungskosten auszurichten und den jeweiligen Kantonsanteil wie bisher in der Spitalfinanzierung auszuklammern.

c) Aufteilung des Kantonsanteils auf die Versicherer

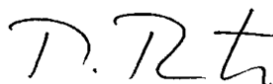
Die FMCH bezieht zu dieser versicherungstechnischen Frage keine Stellung.

Mit bestem Dank für Ihre Kenntnisnahme und freundlichen Grüssen

FOEDERATIO MEDICORUM CHIRURGICORUM HELVETICA



Dr. med. Josef E. Brandenburg
Präsident der FMCH
josef.brandenberg@hin.ch
Tel.: 079 304 71 18



Dr. med. Markus Trutmann
Generalsekretär der FMCH
markus.trutmann@fmch.ch
Tel.: 078 836 09 10

Kopie: Mitglieder SGK-N

Die FMCH ist der Dachverband von 21 chirurgisch und invasiv tätigen Fachgesellschaften und 3 Berufsorganisationen mit rund 10'000 Ärztinnen und Ärzten.
Die FMCH vertritt die Interessen ihrer Mitglieder gegenüber Politik, Behörden, Versicherungen, Verbänden und anderen Organisationen des Gesundheitswesens.
Internet: www.fmch.ch

Thomas de Courten
Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit
Nationalrat
3003 Bern

abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Bern, 28. August 2018

**Vernehmlassung zu 09.528 Parlamentarische Initiative. Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus – Eröffnung des Vernehmlassungsverfahrens
Stellungnahme der FMH**

Sehr geehrter Herr Nationalrat de Courten
Sehr geehrte Damen und Herren Nationalräte

Wir danken Ihnen für die Einladung zur Stellungnahme zu oben genannter Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung. Gerne nehmen wir nachfolgend Stellung dazu.

A. Einleitende Bemerkungen

Die FMH unterstützt die Einführung einer einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen. EFAS ist ein wichtiges und taugliches Mittel, um Fehlanreize zu vermeiden, die Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich sowie die integrierte Versorgung zu fördern.

Die Verlagerung in den ambulanten Bereich in indizierten Fällen kann dank und mittels EFAS vollzogen werden, ohne dadurch eine übermässige und aus sozialpolitischer Sicht problematische Mehrbelastung der Prämienzahler zu verursachen. Die Entscheidung, ob eine Behandlung ambulant oder stationär durchgeführt werden soll, muss immer bei dem/der für die Behandlung verantwortlichen Arzt/Ärztin liegen.

EFAS wird dazu beitragen, sowohl die Effizienz als auch die Qualität im Gesundheitswesen zu steigern; beides sind erwünschte Effekte.

Die heutigen Bemühungen der Kantone, eine Verlagerung in den ambulanten Bereich zu erreichen, gehen bei der heutigen Finanzierung zu Lasten der Prämienzahler und Krankenversicherer, beide haben aufgrund der negativen Auswirkung auf die Prämienentwicklung kaum Interesse an einer Verlagerung in den ambulanten Bereich. Eine aus medizinischer Sicht gerechtfertigte Verlagerung in den ambulanten Bereich wird sich erst dann konsequent durchsetzen lassen, wenn alle Parteien davon profitieren.

Zahlstelle und Datentransfer

Die gemeinsame Einrichtung der Krankenversicherer eignet sich als alleinige Zahlstelle. Die Versicherer haben ein grosses Interesse an einer professionellen Rechnungskontrolle, da sie dadurch einen Anstieg der Kosten, aber auch der Prämien verhindern können. Inwiefern eine zusätzliche Kontrolle durch die Kantone diesen einen Mehrwert bringen könnte, zeigen die Kantone nicht auf. Sie dürften selbst ein grosses Interesse daran haben, keine kostspieligen parallelen Organisationen aufbauen oder unterhalten zu müssen. Die Rechnungskontrolle liegt im Interesse beider Kostenträger, entgegenstehende Interessen in dieser Sache sind nicht auszumachen, weshalb das Risiko einer mangelhaften Rechnungsprüfung durch die gemeinsame Einrichtung für die Kantone wohl äusserst gering sein dürfte.

Die Krankenversicherer verfügen heute bereits über eine gemeinsame Einrichtung. Diese wird als Zahlstelle tätig sein, und sie wird die von den Kantonen und dem Bund entrichteten Beiträge empfangen und diese auf die Versicherer aufteilen. Es bietet sich aufgrund dieser Funktion der gemeinsamen Einrichtung deshalb an, ihr weitere Aufgaben im Zusammenhang mit EFAS zu übertragen. Dazu gehört nach Einschätzung der FMH auch die Entgegennahme der von Bund, Kantonen und Versicherern gelieferten Daten, welche für die Berechnung der Kantons- und Bundesbeiträge notwendig sind. Auch in diesem Zusammenhang soll aus Gründen der Effizienz vermieden werden, dass mehrere Stellen als Datenempfänger tätig sind, und dafür entsprechende Organisationen aufbauen oder unterhalten.

Risikoausgleich

Der Risikoausgleich muss auch für den Kantonsanteil übernommen werden. Selbst wenn der Kantonsanteil nur einen Viertel der Gesamtkosten ausmacht, ist dessen Berücksichtigung beim Risikoausgleich wichtig. Immerhin würde der heute bereits vorgesehene Anteil für den Risikoausgleich um ein Drittel erhöht. Die FMH unterstützt deshalb den diesbezüglichen Minderheitsantrag zu Art 60a. Dieser ist aufgrund seiner komplizierten Formulierung aber schwer verständlich, weshalb eine einfachere Formulierung gefunden werden sollte.

Steuerung durch die Kantone

Ein Zulassungsstopp zur Steuerung der ambulanten Versorgung durch die Kantone ist mit Art. 55a KVG bereits in Kraft. Im Zusammenhang mit EFAS wird kein zusätzlicher Steuerungsbedarf aufgezeigt, aber ein solcher behauptet. Da EFAS lediglich zu einer Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich führen wird, wodurch der Bedarf im ambulanten Bereich steigen wird, kann sich die FMH nicht vorstellen, was eine zusätzliche Steuerung im Sinne einer Beschränkung ambulant tätiger Leistungserbringer für Vorteile bringen würde. Im Gegenteil müsste dieser Bereich zulasten der stationären Versorgung ausgebaut werden. Falls es darum gehen sollte, den spitalinternen ambulanten Bereich gegenüber dem spitalexternen zu bevorzugen, müsste geprüft werden, ob dies ein kosteneffizientes und zu unterstützendes Ziel wäre.

B. Bemerkungen zu den einzelnen Artikeln

An dieser Stelle verweisen wir auch auf die beiliegende Synopsis. Nachfolgend kommentieren wir die Gesetzesentwürfe nur, falls wir von der Mehrheit SGK-N abweichende oder ergänzende Vorstellungen haben.

Art. 60 Abs. 6

Die gemeinsame Einrichtung der Krankenversicherer soll die Funktion als alleinige Zahlstelle übernehmen. Eine doppelte Rechnungsprüfungs- und Zahlstelle würde unnötige organisatorische und finanzielle Aufwände mit sich bringen. Einerseits müssten die Kantone entsprechende Organisationen aufbauen oder weiter betreiben, andererseits wären die Leistungserbringer mit doppelter Rechnungsstellung mehrbelastet. Das würde den erwünschten Effizienzgewinn durch die Einführung von EFAS in Frage stellen. Der erhöhte Aufwand in der Rechnungsstellung würde im System des Tiers garant auch den Patienten treffen.

Da bereits eine gemeinsame Einrichtung besteht, welche sich um die Rechnungsstellung kümmert und weitere Vollzugsaufgaben übernehmen kann, bietet es sich aus Sicht der FMH an, dass die für die Berechnung der Kantons- und Bundesbeiträge notwendigen Daten an diese Einrichtung geliefert werden.

Art. 60a

Die FMH unterstützt den Minderheitsantrag, weil der Risikoausgleich über die gesamten Behandlungskosten abgewickelt werden muss. Allerdings erscheint uns die von der Minderheit vorgeschlagene gesetzliche Regelung zu komplex, was ihre Chancen im politischen Prozess verringert. Die Kommission soll einen einfachen und verständlichen Gesetzestext entwickeln, welcher den Risikoausgleich auch auf den Kantonsbeitrag ausdehnt.

Schlusstitel

II Abs. 2

Eine Steuerung der Zulassung ist bereits heute möglich. Sie muss im Zusammenhang mit einer Verlagerung von Leistungen nicht ausgebaut werden. EFAS provoziert keine Mengenausweitung, aber einen erhöhten Bedarf von ambulanten verbunden mit einer ebensolchen Verringerung von stationären Kapazitäten. Dieser ambulante Mehrbedarf muss abgedeckt werden, weshalb eine kantonale Steuerung im Sinne einer Verringerung von ambulanten Kapazitäten unerwünscht ist.

Dem Minderheitsantrag betreffend die Koordination des Inkrafttretens mit dem Inkrafttreten einer Nachfolgeregelung von Art. 55a KVG ist deshalb nicht zu folgen.

Freundliche Grüsse



Dr. med. Jürg Schlup
Präsident FMH



Dr. iur. Ursina Pally Hofmann
Stv. Generalsekretärin FMH



Fédération der Schweizer Psychologinnen und Psychologen
Fédération Suisse des Psychologues
Federazione Svizzera delle Psicologhe e degli Psicologi

Ansprechpartner: Muriel Brinkrolf
Direktnummer: +41 31 388 88 41
muriel.brinkrolf@fsp.psychologie.ch

Bern, 14. September 2018

Versand per E-Mail
Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen
abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Stellungnahme zum Vorentwurf der SGK_NR vom 19. April 2018 zur Änderung des KVG «Einheitliche Finanzierung der Leistungen im ambulanten und stationären Bereich»

Sehr geehrte Damen und Herren

Die FSP bedankt sich für die Möglichkeit der Stellungnahme zum Vorentwurf der SGK-NR zur Änderung des KVG unter dem Titel «Einheitliche Finanzierung der Leistungen im ambulanten und stationären Bereich». Die FSP nimmt wie folgt Stellung:

Die FSP steht für eine medizinische Grundversorgung ein, die auch zukünftig qualitativ gut und finanzierbar ist. Psychologinnen und Psychologen erbringen im heutigen System sowohl Leistungen im stationären Bereich (als Angestellte in psychiatrischen Kliniken und Institutionen) als auch im ambulanten Bereich (über die delegierte Psychotherapie). **Wir befürworten eine einheitliche Finanzierung im ambulanten und stationären Sektor** um bestehende Fehlanreize in der geltenden Regelung zu reduzieren.

Die Verlagerung von den teureren stationären Leistungen hin zu den günstigeren ambulanten Behandlungen anhand des **Grundsatzes «ambulant vor stationär»** ist von der FSP erwünscht und sinnvoll. Eine einheitliche Finanzierung schafft echte Anreize bei den Kostenträgern in die effizienteste Versorgung zu investieren und dadurch bei gleichbleibender Qualität Kosten einzusparen. Gerade im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung zeigt sich, dass die **ambulante Psychotherapie massiv kostengünstiger ist gegenüber stationärer Behandlung**. Ein Tag Akutklinik, welcher normalerweise in TARPSY Pauschale mit 700.- Fr. vergütet wird, reicht aktuell für mindestens einen Monat ambulante Psychotherapie aus (mit mind. 4 intensiven Sitzungsstunden, Vor- und Nachbereitung, Aufgaben, Behandlungscoordination). Ein besserer Zugang zu ambulanten Leistungen spart nicht nur Geld in der Gesundheitsversorgung, sondern ermöglicht den Betroffenen, weiterhin produktiv in ihrem Beruf zu bleiben.

Die koordinierte Versorgung kann einen Beitrag leisten, unnötige Hospitalisationen zu vermeiden. Durch die einheitliche Finanzierung können die **Kosteneinsparungen der integrierten Versorgungsmodelle** ausgewiesen werden. Dieses Potential der Kostenreduktion integrierter Versorgung gilt es aber zum Wohl der Patientinnen und Patienten zu nutzen, indem nicht nur die Kosteneffizienz, sondern auch die Qualitätssteigerung über den gesamten Behandlungsprozess im Vordergrund stehen.

Die FSP hat Verständnis für das legitime Anliegen der Kantone nach **Steuerungsmöglichkeiten des ambulanten Angebots** sowohl im Bezug auf Leistung, Menge und Qualität. Gerade mit dem von der FSP angestrebten Wechsel vom Delegationsmodell zum **Anordnungsmodell für psychologische Psychotherapie** bietet die FSP Hand eine effiziente psychotherapeutische Grundversorgung von hoher Qualität sicherzustellen.

Die FSP als Vertreterin von Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer im Bereich der psychischen Versorgung unterstützt die Vorlage der Gesundheitskommission des Nationalrats in ihren Grundzügen. Sie ist bereit, in Anbetracht des angestrebten Systemwechsels vom Delegations- zum Anordnungsmodell für psychologische Psychotherapie, die Umsetzung dieser grundlegenden Reform konstruktiv mitzugestalten.

Freundliche Grüsse



Stephan Wenger
Co-Präsident FSP



Sabine Schläppi
Geschäftsleiterin FSP

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG):
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Gesellschaft der Ärztinnen und Ärzte des kantons Solothurn

Abkürzung der Firma / Organisation : GAeSO

Adresse : Ferchtweg 1, 4612 Egerkingen

Kontaktperson : Lukas Meier

Telefon : 079 202 75 38

E-Mail : lukasmeier@bluewin.ch

Datum : 28.7.2018

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **15. September 2018** an folgende E-Mail Adresse:
abteilung-leistungen@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG):
Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
GAeSO	Grundsätzliches zu EFAS: die Liste der Eingriffe soll staatlich erfolgen. Verschiedene Listen in einzelnen Kantonen sollen unterbleiben. die Finanzierung der (Listen-)Eingriffe soll wirtschaftlich errechnet werden und als Pauschalbeitrag ausgewiesen werden (unter Berücksichtigung von geltenden Tarifverträgen).
GAeSO	
GAeSO	
GAeSO	
GAeSO	
GAeSO	
GAeSO	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG):
Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
GAeSO	41	1	bis	der Begriff Wohnkanton erübrigt sich ein echter Wettbewerb wird somit ermöglicht	Der versicherte Patient kann für die stationäre Behandlung unter allen Spitälern wählen, die von den Kantonen als Listenspital aufgeführt sind
GAeSO	41	2	quater		entfällt
GAeSO	41	4			Die gesetzlichen Pflichtleistungen sind in jedem Fall versichert. Der Versicherer muss nur die Kosten der Leistungen übernehmen, die von Leistungserbringern ausgeführt oder veranlasst werden, auf welche die versicherte Person ihr Wahlrecht beschränkt hat; den Rest streichen
GAeSO	42	3			"Im System des Tiers garant" muss der leistungserbringer dem Schuldner.....im System des Tiers paynat erhält die versicherte Person... IN JEDEM FALL.....eine Kopie
GAeSO	49a	2		keine Gleichberechtigung zwischen Listen-- und Vertragsspitälern = keine Bevorzugung)	...vorgesehene Vergütung darf nicht höher sein als 30 Prozent (
GAeSO	60	4		die Erhöhung auf 30% ist im Sinne einer Reservebildung zu verstehen und kann im Verlauf der folgenden Jahre, je nach	mindestens 30%

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG):
Vernehmlassungsverfahren**

				Verlauf, wieder reduziert werden	
GAeSO	49	a	Abs 3		nur eine Möglichkeit der Vergütung: "der Kanton leistet seinen Anteil an den Versicherer und dieser überweist dem Spital beide Anteile"
GAeSO	16	3	bis	ein pauschaler Beitrag pro versicherte Person ist nicht zu empfehlen	
GAeSO	49a			die EFAS soll nur in Kombination mit Art 55a KVG erfolgen (Unterstützung des Minderheitsantrages)	
GAeSO					
GAeSO					
GAeSO					
GAeSO					
GAeSO					
GAeSO					
GAeSO					
GAeSO					
GAeSO					
GAeSO					
GAeSO					



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit

Thomas de Courten
Kommissionspräsident
CH-3003 Bern

E-Mail: abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Ort, Datum Bern, 28. August 2018
Ansprechpartner Martin Bienlein

Direktwahl 031 335 11 13
E-Mail Martin.bienlein@hplus.ch

09.528 Parlamentarische Initiative. Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus: H+ Vernehmlassungsantwort

Sehr geehrter Herr Präsident
Sehr geehrte Damen und Herren

In Ihrem Schreiben vom 15. Mai 2018 haben Sie uns Gelegenheit zur Stellungnahme zur oben erwähnten Vernehmlassung gegeben.

H+ Die Spitäler der Schweiz ist der nationale Verband der öffentlichen und privaten schweizerischen Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen. Uns sind 236 Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen als Aktivmitglieder an 369 Standorten sowie über 170 Verbände, Behörden, Institutionen, Firmen und Einzelpersonen als Partnerschaftsmitglieder angeschlossen.

Vorbemerkung: Ausgewogenheit der Verantwortungen

Im heutigen KVG tragen die Kantone mit der Spitalliste die Verantwortung und fünfzig Prozent der Kosten. Dies scheint adäquat, auch wenn die Aufgabenkumulation zu überprüfen ist. In Zukunft haben sie zwar noch die volle Versorgungsverantwortung zahlen aber nur noch ein Viertel der Kosten. Dies kann zu Spannungen führen. Trotzdem ist es wichtig, dass die Verantwortung für die medizinische Versorgungssicherheit der Bevölkerung in der Hand von demokratisch legitimierten Organen bleibt. Die Versicherer haben dazu weder das nötige Wissen noch die Legitimation. Ihr eigener Fokus liegt auf der Stabilisierung der Prämien.

Prinzipielle Zustimmung zu EFAS

Nach Konsultation unserer Mitglieder teilen wir Ihnen mit,

- dass Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen die einheitliche Finanzierung unterstützen.
- die Kantone und sozialen Krankenversicherer unter Berücksichtigung der Kostenbeteiligung der Patientinnen und Patienten als Finanzierer beibehalten werden sollen.
- dass der gleiche Kostenteiler in der ganzen Schweiz gelten soll. Ein kostenneutraler schweizweiter Teiler, wie vorgeschlagen mit 74,5 zu 25,5%, ist sinnvoll.

- dass die Schuldner der Rechnung neu nur noch die Versicherer sein sollen und zwar für ambulante und stationäre Leistungen gleichermassen. Auch sollen nur sie die Rechnungen kontrollieren. Dafür müssen sie einer strengeren Kontrolle unterliegen (siehe unten).
- dass die Kantonsbeiträge über die gemeinsame Einrichtung KVG fliessen sollen.

Notwendige Revision der ausserkantonalen Behandlung

Die Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen fordern Änderungen in der Abgeltung von Leistungen ausserkantionaler Spitäler und Kliniken. Die Tarife müssen die standortakzeptierten Preise des Spitals oder der Klinik sein und nicht wie bisher eine fiktive vom Wohnkanton der Patientinnen und Patienten festgelegte Vergütung, die heute immer wieder missbräuchlich ist.

H+ Hauptanliegen: Revision und Pflege der Tarifstrukturen

Aber wichtiger als die einheitliche Finanzierung aller Leistungen ist die Revision des Tarifrechts und die Umsetzung durch die Tarifpartner, namentlich die Revision und Pflege sämtlicher ambulanter Tarifstrukturen. Die einseitigen Eingriffe des Bundesrates haben die Tarifblockade aus Sicht von H+ verschärft statt aufgehoben.

Revision der Übergangspflege

Ebenso ist es notwendig die Übergangspflege vollständig in die Akutsomatik aufzunehmen, wo sie medizinisch hingehört (Streichen Art. 25a Abs. 2 KVG). Ihre Dauer, kann über Anhang 1 KLV begrenzt werden, was medizinisch sinnvoll ist.

Langzeitpflege später

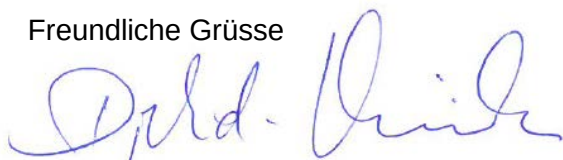
Die Finanzierung der Langzeitpflege gehört in die einheitliche Finanzierung. Zu einem späteren Zeitpunkt muss die Langzeitpflege deshalb (wieder) in die Gesamtfinanzierung zurückgeführt werden, damit auch hier Fehlanreize durch Finanzierungsbrüche aufgehoben und optimale Behandlungsketten durchgeführt werden.

Einheitliche Rechnungsprüfung prüfen

Heute hat jede Versicherung ihr eigenes Prüf- und Rückweisungsverfahren. Das führt bei den Leistungserbringern zu Mehraufwand und Mehrkosten. Deshalb sollte überprüft werden, ob die Rechnungsprüfung und das Rückweisungsverfahren nicht vereinheitlicht werden und wie dies umgesetzt werden kann (Rechnungsprüfungsbüro, siehe 38 Massnahmen der Expertengruppe, Oktober 2017). Die Rechnungsprüfung muss zudem transparenter werden. Erstens sollen die Versicherungen ihrer Erfolgs- und Misserfolgsquote angeben, einzeln und als Branche (Qualitätsnachweis). Zweitens sollen die Versicherungen ihre Prüfmechanismen offenlegen.

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit zur Stellungnahme und stehen Ihnen bei Fragen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse



Dorit Djelid
Direktorin a.i.

Nationalrat
Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit
3003 Bern

abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Basel, 11. September 2018

Vernehmlassungsverfahren

09.528 Parlamentarische Initiative. Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus.

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir nehmen Stellung zum Vernehmlassungs-Verfahren zur Parlamentarischen Initiative 09.528 Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus.

Unterstützung der einheitlichen Finanzierung

Interpharma stellt sich auf den Standpunkt, dass der Problem- und Handlungsdruck im Schweizer Gesundheitswesen weniger aus dem Kostenwachstum per se entsteht als vielmehr durch die ungleiche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen und den damit verbundenen Fehlanreizen mit negativen Kostenfolgen einerseits und der daraus folgenden ungleichen Lastverteilung zwischen einkommensabhängigen Steuern und einkommensunabhängigen Prämien. Interpharma begrüsst deshalb, dass die Gesundheitskommission des Nationalrats die Vernehmlassung zur Einführung einer einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen eröffnet. Interpharma unterstützt die Vorlage der SGK-N 09.528 Parlamentarische Initiative für die Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus. Diese Reform ist notwendig zur Beseitigung von Fehlanreizen und Verzerrungen bei der Wahl der adäquaten Behandlung in stationären oder ambulanten Settings. Die SGK-N schlägt zwei mögliche Modelle für die Verteilung der Kantonsmittel auf die Krankenversicherer vor. Die genaue Abwicklung ist eine Umsetzungsfrage, welche die Einführung einer einheitlichen Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen nicht gefährden darf. Beide Abwicklungs-Modelle der SGK-N entsprechen dem Anliegen von Interpharma, Fehlanreize der heutigen Finanzierungslösung zu eliminieren.

Trend in Richtung ambulanter Versorgung

Der medizinische Fortschritt macht es möglich, therapeutische Versorgung, welche früher den stationären Spitalaufenthalt des Patienten erforderte, zunehmend im ambulanten Bereich zu erbringen. Ambulante Versorgung ist kostengünstiger und entspricht in der Regel auch dem Bedürfnis des Patienten nach rascher Rückkehr in die gewohnte häusliche Umgebung. Die zunehmende Verlagerung von teuren stationären Leistungen in den kosteneffizienten ambulanten Bereich erfolgt aber einseitig zu Lasten der Prämienzahlenden, da die ambulante Versorgung vollumfänglich über Prämien finanziert wird.

Unerwünschte Fehlanreize des jetzigen Systems

- Die beteiligten Akteure (Kantone, Leistungserbringer, Versicherer) haben teils entgegengesetzte Anreize, die zu Verzerrungen bei der Wahl der gesamtwirtschaftlich effizienten Therapieform führen können. Von Einsparungen im stationären Bereich können die Versicherten nicht in vollem Umfang profitieren, während sie zusätzliche Kosten im ambulanten Bereich voll und ganz über ihre Prämienbeiträge finanzieren. Solange eine ambulant durchgeführte Operation und Behandlung mehr kostet als 45 Prozent der Kosten einer medizinisch gleichwertigen stationären Durchführung, können gesamtwirtschaftliche Einsparungen durch konsequentes «ambulant vor stationär» Prämien erhöhungen zur Folge haben.
- Kantone, welche gleichzeitig als Betreiber, Finanzierer und Regulator agieren, können Tarife in ihrem Sinne im Hinblick auf die Wahl zwischen stationärer und ambulanter Behandlung beeinflussen.
- Die zunehmende Verlagerung von mehrheitlich steuerfinanzierten stationären hin zu vollständig prämienfinanzierten ambulanten Leistungen muss allein von den Prämienzahlenden geschultert werden. Davon sind insbesondere Prämienzahlende betroffen, welche sich knapp nicht für eine Prämienverbilligung qualifizieren.

Sozialverträglichere Finanzierungslast

Die einheitliche Finanzierung kann die Grundlage zur Erzielung grundlegender Fortschritte im Schweizer Gesundheitswesen schaffen:

- Die Ausgangslage zur Wahl der effizientesten Versorgung wird verbessert. Kantone und Krankenversicherer haben die gleichen Anreize, was insgesamt zu geringeren Gesamtkosten führen sollte.
- Die zunehmend medizinisch mögliche, gesamtwirtschaftlich sinnvolle und politisch gewollte Verlagerung von stationär zu ambulant wird mit einer Mitbeteiligung der Kantone an der Finanzierung der ambulanten Versorgung sozialverträglicher gemacht.
- Bei gleicher Finanzierung versprechen sich die Krankenversicherer grössere Einsparungen mittels integrierter Versorgungsmodelle. Damit verbunden wäre die Gewährung höherer Rabatte. Die Betreuungsform der integrierten Versorgung ist in einer alternden Gesellschaft mit steigender Anzahl chronisch kranker Menschen wirkungsvoll.

Die Einführung einer einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen käme einer grundlegenden Reform unseres Gesundheitswesens auf nationaler Ebene gleich. Die Kantone würden neu die ambulante Versorgung mitfinanzieren. Dass die Kantone die Forderung vieler Akteure im Gesundheitswesen nach Mitfinanzierung mit der Forderung nach Mitsteuerungsmöglichkeiten im ambulanten Bereich verbinden, ist nachvollziehbar. Die Zulassungsbeschränkung im ambulanten Bereich als Steuerungsinstrument der Kantone bedingt jedoch, dass diese auch im ambulanten Bereich finanzielle Mitverantwortung übernehmen. Weiter ist zu begrüßen, dass der Kantonsbeitrag gemäss Vernehmlassungsvorlage so festgelegt wird, dass die Umstellung auf die einheitliche Finanzierung für die Kantone und die Versicherer insgesamt kostenneutral ausfällt.

Wir danken Ihnen für die Gelegenheit zur Stellungnahme und ersuchen Sie um Berücksichtigung unserer Erwägungen. Für Rückfragen oder ergänzende Erläuterungen, sehr geehrte Damen und Herren, stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse



Dr. René Buholzer
Geschäftsführer



Bruno Henggi
Head Governmental Affairs

Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit
3003 Bern



Zürich, 28. September 2018

Vernehmlassungsverfahren Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand – Einführung Monismus

Sehr geehrter Herr Kommissionspräsident
Sehr geehrte Damen und Herren

Besten Dank für die Einladung zur Anhörung in oben erwähnter Angelegenheit. Sehr gerne nehmen wir dazu Stellung. Obwohl die kantonalen Krankenhausverbände sich grundsätzlich für eine monistische Finanzierung aussprechen, lehnen wir die Vorlage in ihrer heutigen Form ab. Nachfolgend gehen wir auf die wichtigsten Kritikpunkte und Positivpunkte ein.

Das Hauptproblem der heutigen Finanzierung des Gesundheitswesens liegt nicht in der zweiteiligen Finanzierung. Für die Leistungserbringer sind die nicht sachgerechten Tarifstrukturen und die bei weitem nicht kostendeckenden Tarife in der OKP das grosse Problem. Obwohl wir auch bei der Finanzierung eine Vereinfachung begrüssen, so wird der Monismus in der vorgeschlagenen Form nicht zu einer entscheidenden Verbesserung und einer Abnahme der Kostensteigerung im Gesundheitswesen führen.

► K3 setzt sich für sachgerechte Tarifstrukturen ein.

Die heutige Regelung der unterschiedlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen nach KVG setzt falsche Anreize. Beispielsweise müssen Bund und Kantone die Regel „ambulant vor stationär“ aufwändig dekretieren und kontrollieren. Besser wäre es, einerseits die ambulanten und stationären Leistungen gleich zu finanzieren (wie im Monismus beabsichtigt) und andererseits die Tarifhöhen bzw. den Grad der Kostendeckung der beiden Bereiche anzugleichen. So würden diese falschen ökonomischen Anreize entfallen und die Behandlungsart wäre eine rein medizinische Entscheidung.

► K3 setzt sich dafür ein, dass ambulante und stationäre Leistungen sachgerecht und kostendeckend entschädigt werden, damit die Behandlungsart rein medizinisch entschieden wird. Bei einem Wechsel zum Monismus sollte dieser Grundsatz berücksichtigt werden.

Vielerorts sind kantonale Tarifgenehmigungen oder Tariffestsetzungen inzwischen ein wichtiges Instrument der kantonalen Finanzpolitik. Dies führt in den allermeisten Fällen zu unnötigen und falschen Anreizen. K3 befürwortet deshalb einen Monismus mit möglichst klaren und fixen Spielregeln.

Bei der Zuweisung von neuen Kompetenzen an die Krankenversicherer ist zu beachten, dass auch für die Krankenversicherer eigene Interessen im Spiel sind. Gerade wenn es um die Aufrechterhaltung der Gesundheitsversorgung geht, müssen sie aber keine Verantwortung für ihr Handeln übernehmen.

► **K3 setzt sich dafür ein, dass die Spielregeln für Finanzierer und Leistungserbringer klar sind. Jahrelange Ausmarchungen und Gerichtsentscheide, die Gesetzeslücken füllen, müssen vermieden werden.**

Dass die Kantone weiterhin für eine bedürfnisgerechte und qualitativ gute Gesundheitsversorgung sorgen sollen, ist für uns richtig. Dazu gehören auch Massnahmen zur Qualitätssicherung im ambulanten Bereich, wie beispielsweise Voraussetzungen für eine Zulassung als Leistungserbringer. Allerdings kann das nicht heissen, dass nur aufgrund der Minderheitsbeteiligung an der Finanzierung, die Kantone aufwändige Steuerungen, Planungen und administrative Verpflichtungen aufbauen. Die ambulante Versorgung muss so schlank und kostengünstig bleiben können, wie sie heute ist. Deshalb muss die heute praktizierte freie und wettbewerbliche Ausgestaltung des ambulanten Bereichs unbedingt beibehalten werden.

► **K3 setzt sich dafür ein, dass die Kantone lediglich Anforderungen für die Zulassung von ambulanten Leistungserbringern erlassen, ohne das Gesundheitswesen mit zusätzlichen, unnötigen Planungen, Steuerungen, Kontrollen und administrativen Pflichten zu verteuern.**

Das Vertragsspital und die eingeschränkte Wahl der Leistungserbringer sind Fremdkörper im wettbewerblich orientierten KVG und müssen demnach aus dem KVG entfernt werden.

Ein Vertragsspital muss nicht die gleichen Anforderungen erfüllen wie ein Listenspital, da es nicht Teil der Spitalplanung ist. Dies führt zu einer Ungleichbehandlung und stellt die Qualität in Frage. Konsequenterweise müssen die Vertragsspitäler ganz aus der obligatorischen Krankenpflege nach KVG ausgeschlossen werden. Ein weiterer Widerspruch zum Wettbewerbsgedanken im KVG sind Kantone, die ihre Referenztarife für ausserkantonale Behandlungen dazu missbrauchen, ihre eigenen Spitäler zu schützen.

► **K3 setzt sich für ein wettbewerbliches Gesundheitswesen mit freier Listenspitalwahl und gleich langen Spiessen ein.**

Im Zuge des Strukturwandels in der Gesundheitsversorgung werden künftig noch mehr Leistungen ambulant statt stationär erbracht. Es ist also höchste Zeit, dass sich der Kanton auch an ambulanten Leistungen finanziell beteiligt. Sonst würde der Anteil der Finanzierung durch den Kanton mit der Zeit stetig zurückgehen.

Als Folge der monistischen Finanzierung durch die Krankenversicherer erwarten wir eine vereinfachte Administration, weniger Interessenkonflikte und Verteilungskämpfe, aber auch eine Senkung der Verwaltungskosten.

Schlussbetrachtung

Abschliessend möchten wir nochmals darauf hinweisen, dass ebenso wichtig wie der Monismus ein fixer Teiler zwischen Versicherern und Kantonen wie auch einheitliche Tarife für die gleiche Leistung sind, unabhängig von der Behandlungsart ambulant oder stationär.

Wir danken Ihnen für die Gelegenheit Stellung nehmen zu können und hoffen, dass wir Ihnen zur Umsetzung einige nützliche Hinweise und Vorschläge mitgeben konnten. Für Fragen stehen wir gerne zur Verfügung. Gerne verweisen wir auch auf die Stellungnahme von H+ Die Spitäler der Schweiz.

Freundliche Grüsse

Konferenz Kantonale Krankenhausverbände K3
c/o Verband Zürcher Krankenhäuser



Daniel Kalberer, lic. rer. publ. HSG

Die Konferenz Kantonale Krankenhausverbände K3 ist der Zusammenschluss der Spitalverbände und -organisationen der Kantone Aargau, beider Basel, Bern, Graubünden, Solothurn, Zentralschweiz (GL, LU, NW, OW, SZ, UR, ZG) und Zürich und vertritt deren gemeinsame Anliegen.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG):
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Kantonsspital Baselland

Abkürzung der Firma / Organisation : KSBL

Adresse : Mühlemattstrasse 26, 4410 Liestal

Kontaktperson : Werner Widmer, Präsident des Verwaltungsrates / Michel König, Leiter Tarife & Verträge

Telefon : 061 553 71 60

E-Mail : michel.koenig@ksbl.ch

Datum : 11.09.2018

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **15. September 2018** an folgende E-Mail Adresse:
abteilung-leistungen@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG): Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
KSBL	Als Kantonsspital Baselland (KSBL), eines der grösseren öffentlichen Spitäler der Schweiz, stecken wir inmitten des Fusionsprozesses mit dem Universitätsspital Basel (USB) zum Universitätsspital Nordwest (USNW), welches per 01.01.2020 seinen Betrieb aufnehmen soll. Voraussetzung dafür sind die Zustimmungen beider Kantonsparlamente und beider Kantonsbevölkerungen. In Planung befindet sich für den Fall der Realisierung des USNW auch ein ambulanter Gesundheitscampus mit einer Tagesklinik für operative und interventionelle Eingriffe (TOP) am Standort Bruderholz. Dieses innovative Zentrum wird die Trennung der ambulanten von den stationären Spitalbehandlungen konsequent umsetzen, was zu effizienteren Prozessen und damit kostengünstigeren Eingriffen führen wird.
KSBL	Damit ein derartiges Zentrum wirtschaftlich erfolgreich betrieben werden kann, ist eine adäquate Tarifierung und Abgeltung der erbrachten Leistungen zwingend notwendig. Bis wir über kostendeckende ambulante Tarife verfügen, an welchen wir aufgrund obiger Ausführungen ein grosses Interesse haben, sind mehrere Entwicklungsschritte notwendig. Die einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen ist der erste davon. Wie in den Vernehmlassungsunterlagen mehrfach angedeutet, sind danach aber auch die Versicherer, die Kantone und der Bund gefordert, wenn es darum geht, ambulante Behandlungen kostendeckend abzugelten. Die ambulanten Tarife decken heute nur gerade 60-85% der in den Spitälern anfallenden Kosten für ambulante Behandlungen. Nur durch die kostendeckende Abgeltung ambulanter Leistungen wird gewährleistet, dass die erhoffte Verschiebung vom stationären in den ambulanten Bereich tatsächlich stattfinden wird und sich das System nicht andere Hintertüren sucht.
KSBL	> Wir unterstützen daher den längst fälligen Schritt der einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Behandlungen. Gleichzeitig fordern wir in einem zweiten Schritt konstruktive und ernstgemeinte Neuverhandlungen für kostendeckende ambulante Tarife.
KSBL	Weiter erlauben wir uns einige Bemerkungen zu Einzelheiten der Vorlage: - Grundsätzlich stellen wir fest, dass in den Vernehmlassungsunterlagen der Blick ausschliesslich auf mögliche Konsequenzen für die Patientinnen und Patienten, die Kantone und Versicherer gerichtet wird. Mögliche Folgen – insbesondere wirtschaftliche Ertragseinbussen - dieser Vorlage für die betroffenen Leistungserbringer fehlen gänzlich. Mit der angestrebten Verschiebung möglichst vieler Behandlungen in den ambulanten Bereich erleiden vor allem die Leistungserbringer wirtschaftliche Einbussen, weshalb die Erfüllung der obigen Forderung nach adäquaten Tarifen im ambulanten Bereich entscheidend ist. Mittel dafür werden auf Seiten der Kantone und Versicherer durch die Verschiebung in den ambulanten Bereich zur Genüge frei.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG):
Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
KSBL	42	3		- Als Leistungserbringer begrüssen wir die angedachte administrative Erleichterung, künftig nur noch eine Rechnung an die Versicherer stellen zu müssen und den Kantonsanteil via gemeinsamer Einrichtung einfließen zu lassen. Allerdings machen die Spitäler zunehmend die Erfahrung, dass die Krankenversicherer bei nur teilweise bestrittenen Abrechnungen den ganzen vom Versicherer geschuldeten Rechnungsbetrag zurückbehalten, um Druck auf die Leistungserbringer auszuüben. Mit der neuen Regelung würden	Der Versicherer darf im Rahmen von Rechnungskontrollen nur den bestrittenen Teil des Rechnungsbetrages zurückbehalten; den unbestrittenen Teil muss er innert vereinbarter Zahlungsfrist begleichen.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG):
Vernehmlassungsverfahren**

				die Versicherer deutlich mehr Macht erhalten, da sie im Rahmen von Rechnungsbeanstandungen den kompletten Rechnungsbetrag inklusive des bislang vom Kanton erstatteten Anteils zurückhalten können. Dadurch können sie auf die Leistungserbringer einen noch höheren Druck ausüben als bisher, was schnell zu Liquiditätsproblemen bei den Leistungserbringern führen kann. > Wir fordern deshalb eine Regelung, welche die Krankenversicherer verpflichtet, bei Rechnungsbeanstandungen den unbestrittenen Teil der Rechnung auszusahlen.	
KSBL	42	3		Der generelle Versand von Rechnungskopien verfehlt das Ziel der möglichen Kontrolle nicht erbrachter Leistungen. Aus DRG-	Im System des Tiers payant erhält die versicherte Person auf Verlangen eine Kopie der Rechnung...

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG):
Vernehmlassungsverfahren**

				Rechnungen sind keinerlei einzelne Behandlungen oder Behandlungsschritte ersichtlich, die von den Patientinnen oder Patienten kontrolliert werden könnten. Damit der Inhalt von ambulanten TARMED-Rechnungen verstanden werden kann, ist ein medizinisches und tarifarisches Grundwissen erforderlich. Ansonsten führt diese Regelung nur zu erheblichem Mehraufwand seitens der Leistungserbringer und zu Doppelzahlungen, wenn ahnungslose Patienten die Rechnung selber begleichen.	
KSBL	49a	1		Dass Vertragsspitäler künftig 74,5% ihrer Leistungen über das KVG abgegolten erhalten sollen, schmälert die Bedeutung der	

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG): Vernehmlassungsverfahren

				Spitallisten, welche die Erfüllung hoher Anforderungen bedingt. Dies kann dazu führen, dass der Status Vertragsspital gegenüber demjenigen des Listenspitals an Bedeutung zunimmt. Damit würde sich aber auch der faktische Einfluss auf die Versorgungsplanung von den Kantonen hin zu den Versicherern verschieben. Erst diese Entwicklung hätte dann zur Folge, dass die doch eher unwahrscheinliche Prognose einer Reduktion der Prämien der Zusatzversicherungen auch spürbar eintreffen würde.	
KSBL					
KSBL					

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Vernehmlassung KKA EFAS

Per E-Mail: abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

Zürich, 14. September 2018

Vernehmlassung: 09.528 Parlamentarische Initiative. Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 15. Mai 2018 hat der Präsident der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates die Vernehmlassung in obengenanntem Geschäft mit Frist bis 15. September 2018 eröffnet. Gerne lassen wir Ihnen nachstehend fristgerecht unsere Stellungnahme zukommen.

Grundlegende Einschätzungen der KKA

Abhängigkeit von kantonalen Budgets

Die Finanzierung der Gesundheitsleistungen durch die OKP im ambulanten Bereich erfolgt heute monistisch. Das hat den Vorteil, dass den Leistungserbringern ein einziger Zahler gegenübersteht.

Die von der Kommission vorgeschlagene Lösung sieht vor, die im stationären Bereich geltende dual-fixe Finanzierung auf die ambulanten Leistungen auszudehnen. Es ist zwar ein monistischer Zahlungsfluss zwischen Versicherer und Leistungserbringer vorgesehen, de facto aber soll die Finanzierung dual-fix erfolgen. Das ist insofern von grundlegender Bedeutung, als die ambulanten Leistungen neu auch von kantonalen Budgets finanziert werden sollen. Während der Vorteil der Grundversicherung darin besteht, dass sie aufgrund ihres Mechanismus immer ausfinanziert ist, wird nun der von den innerkantonalen politischen Haltung abhängende kantonale Finanzhaushalt in die Pflicht genommen.

Aus politischen Gründen ist es unseres Erachtens unmöglich, dass die Kantone finanziell fix in die Pflicht genommen werden, ihnen aber keine weiteren Möglichkeiten zur Hand gegeben werden, direkt

steuernd in die ambulante Gesundheitsversorgung einzugreifen. Konkret befürchten wir, dass die Kantone nicht nur auf KVG-rechtlicher Basis sondern auch auf Basis neu geschaffener kantonalgesetzlicher Grundlagen in das Versorgungsgeschehen eingreifen werden. Und dies allenfalls auf kantonal sehr unterschiedlicher Weise.

Die Vorkommnisse rund um die kantonalen Prämienverbilligungsgelder zeigen, welche regulatorischen Reaktionen die Abhängigkeit von kantonalen Budgets auslösen kann. Faktisch vervielfältigt die Vorlage also die seit Jahren kritisierte Mehrfachrolle der Kantone.

Die KKA steht diesem Aspekt der Vorlage grundsätzlich äusserst kritisch gegenüber.

Tarifierung versus Finanzierung: Änderung der Anreizsysteme

Die Vorlage verfolgt unter anderem das Ziel, ambulante Behandlungen zu fördern und damit Kosten zu sparen. Einerseits ist es richtig, dass die heutigen Anreizunterschiede zwischen Versicherer und Kantonen wegfallen würden. Andererseits beruhen die Einsparungshoffnungen durch Verlagerung von stationär zu ambulant auf Tarifvergleichen ambulant und stationär und nicht auf Vergleichen der betriebswirtschaftlichen Kosten. Bekanntermassen erfolgt eine Vielzahl von ambulanten Behandlungen im Spital nicht kostendeckend. Seitens der Leistungserbringer, welche gemeinsam mit den Patienten über die Behandlungsform entscheiden, ändert sich allein mit der Finanzierung nichts an den Anreizen, solange die Tarifsituation nicht verbessert wird. Ändert sich daran nichts, dann kann höchstens eine Ausbreitung von ambulanten Listen eine Einsparung auf den Finanzierungsleistungen bringen. Einerseits mit der grossen Gefahr, dass dadurch per regulatorischen Eingriffen Defizite bei den Leistungserbringern erzeugt werden. Andererseits mit der Auswirkung, dass die Kantone und Versicherer den Patienten, Ärzten und anderen Leistungserbringern vorgeben werden, wie sie medizinisch zu entscheiden haben. Für die KKA wäre das inakzeptabel.

Es steht zwar die Behauptung im Raum, die Vorlage solle Anreize für eine sachgerechtere Tarifierung schaffen. Der KKA ist es allerdings schleierhaft, weshalb das so sein soll. Ganz abgesehen davon, dass Sachgerechtigkeit eigentlich bereits heute durch das KVG vorgegeben ist.

Die KKA ist überzeugt, dass mit höchster Priorität zuerst die Tarifbasis verbessert werden muss. Betriebswirtschaftlich sauber hergeleitete Tarife würden nämlich dazu führen, dass die Leistungserbringer eine neutrale Haltung zu ambulant vs stationär erhielten, weil beide Tarife dann nämlich die gleiche Kostendeckung erzielen. Das wichtigste Anreizproblem wäre damit gelöst.

Aus diesen Gründen schätzt die KKA, dass die Kommission mit der Vorlage die falsche Priorität setzt. Mit höchster Dringlichkeit sind zuerst die Tarifprobleme zu lösen.

Einzelne Aspekte der Vorlage

Kantonale Kostenneutralität

Die Vorlage sieht vor, dass die Umstellung auf den fixen Kostenteiler für Versicherer und Kantone kostenneutral erfolgen soll. Mit einem schweizweit identischen Kostenteiler ist das zwar für die Gesamtschweiz möglich, kantonal wirkt sich der schweizweite Kostenteiler je nach Versorgungsstruktur jedoch sehr unterschiedlich aus. Deshalb wird es in der kommenden politischen Debatte unvermeidlich sein, die Kostenteilerlösung differenzierter anzugehen.

Geldfluss

Schliesslich beschäftigt sich die Vorlage auch mit den neu zu gestaltenden Geldflüssen. Gerne geben wir der Kommission den Hinweis, dass die Umleitung der kantonalen Gelder über die gemeinsame Einrichtung für das Funktionieren des Systems nicht notwendig ist.

Aus Sicht der KKA wäre es einfacher, wenn die Versicherer den Kantonen einfach den Kantonsanteil der Bruttoversicherungsleistungen in Rechnung stellen und den Versicherten auf dem verbleibenden Teil die Kostenbeteiligung in Rechnung stellt, bis diese aufgebraucht ist.

Letztlich muss aus Sicht der KKA dann nur noch festgelegt werden, ob die Berechnung des Risikoausgleichs inklusive oder exklusive des kantonalen Anteils erfolgen soll.

Festlegung des Kostenteilers

Die Kommission hat bei der Berechnung des Kostenteilers den Betrag der Kostenbeteiligung herausgerechnet. Dieses Vorgehen ist uns nicht ganz verständlich. Einfach liesse sich der Kostenteiler auf Basis der Bruttoversicherungsleistungen gemäss der sasis-Versichertenstatistik berechnen. Die Kostenbeteiligung liesse sich dann in der Umsetzung dann beschränkt auf den Versicherungsanteil erheben und die Kantonsgelder unabhängig von der KOBE in Rechnung stellen.

Integrierte Versorgung

Die KKA steht einer Erleichterung der Ausbreitung der integrierten Versorgung nicht entgegen. Allerdings steht in den Sternen, ob das mit dieser Vorlage gelingen würde. Denn je mehr Versicherte sich in alternative Modelle begeben, desto weniger wird ein einsparungsbedingter Prämienrabatt in Zukunft noch berechenbar sein, sodass die Prämienrabattierungsregeln zukünftig ohnehin neu ausgestaltet werden müssen.

Fazit

Die KKA hat zwei zentrale Einwände gegen die Vorlage der SGK.

1. Die verstärkte Abhängigkeit der Finanzierung unserer Gesundheitsversorgung von kantonalen Budgets ist im Vergleich zur stets ausfinanzierten OKP ein struktureller Nachteil mit potenziell negativen Auswirkung auf das Versorgungssystem und die ärztliche Tätigkeit. Anstatt die Mehrfachrollen der Kantone einzudämmen werden sie mit der Vorlage weiter ausgebreitet.
2. Die KKA sieht eine viel höhere Priorität in der Verbesserung der Tarifsituation. Die Lösung dieser Problematik dürfte die bestehenden Anreizprobleme weitgehend beheben.

Die KKA anerkennt zwar die Bemühungen für eine Systemverbesserung, bittet allerdings die Kommission, aufgrund der genannten Argumente, die Vorlage grundlegend zu überarbeiten.

Herzlichen Dank für die Berücksichtigung unserer Anliegen und freundliche Grüsse



Dr. med. Josef Widler, Präsident KKA a.i.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG):
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : medswiss.net

Abkürzung der Firma / Organisation : msn

Adresse : Moosstrasse 2

Kontaktperson : Christoph Lüssi

Telefon : 031 951 07 87

E-Mail : info@medswiss.net

Datum : 27.08.2018

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **15. September 2018** an folgende E-Mail Adresse:
abteilung-leistungen@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG): Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
msn	"Erstens will sie, wo medizinisch sinnvoll, die Verlagerung von stationär zu ambulant fördern." medswiss.net unterstützt diese Zielsetzung und unterstreicht die Wichtigkeit der ambulanten und insbesondere der praxisambulanten Medizin im Rahmen der medizinischen Grundversorgung.
msn	"Attraktiver wird auch eine koordinierte Versorgung, die Spitalaufenthalte durch rechtzeitige ambulante Behandlungen vermeidet." Die Koordination der medizinischen Leistungserbringung ist wesentlich für eine effizientere Nutzung bestehender und beschränkter Ressourcen. Alternative Versicherungsmodelle gem. KVV Art. 99 sind zu fördern, damit die Zielsetzung der Umlagerung von stationären Behandlungen in ambulante Leistungen erfolgreich sein kann.
msn	"Drittens soll eine sachgerechte Tarifierung gefördert werden." Auch dieses Ziel wird von medswiss.net unterstützt.
msn	"Eine Minderheit will auf die Vorlage nicht eintreten, da diese neue Fehlanreize schaffe und die Kantone zur Mitfinanzierung von ambulant erbrachten Leistungen verpflichte, ohne dass sie den ambulanten Bereich steuern und die Rechnungen kontrollieren könnten." Die Minderheitsmeinung wird von medswiss.net nicht geteilt. Die Kantone sollen im Rahmen Ihres Auftrages gemäss KVG tätig und für die Umsetzung des KVGs zuständig sein. Im Rahmen der Zulassungsbeschränkung haben die Kantone bereits heute die Möglichkeit den Bereich der ambulanten Medizin zu steuern. Die Rechnungskontrolle ist der Versicherung und den Patienten zu überlassen und die Administration nicht durch eine weitere Kontrollinstanz zu ergänzen.
msn	"Fehlanreize im heutigen System" Im Bericht wird ausgeführt, dass Versicherungen bei kleineren chirurgischen Eingriffen aufgrund unterschiedlicher Tarif- und Finanzierungssysteme die stationäre Behandlung vorziehen, da diesfalls der Kantonsanteil von 55% die Rechnung der Versicherung entlastet, obwohl die Gesamtkosten höher sind. medswiss.net vertritt die Auffassung, dass es primär ein ärztlicher Entscheid sein muss, eine Behandlung ambulant oder stationär durchzuführen. Dies in Absprache mit den Patienten. Ein Fall einer abgewiesenen Kostengutsprache einer ambulanten Behandlung mit der Begründung, der Eingriff müsse stationär erfolgen, ist medswiss.net in keinem Einzelfall bekannt. Der Fehlanreiz ist bei der Vergütung der medizinischen Leistung auf Seiten der Leistungserbringer zu suchen. Bei Bagatellfällen löst die stationäre Behandlung eine DRG-Pauschale für das Spital aus, welche in der Höhe nicht mit der Vergütung der einzelnen Leistungen in ambulanten Tarifen entspricht, sondern wesentlich höher ausfällt. Somit sind Ärzte und Spitäler in diesen Fällen eher versucht, stationäre Behandlungen statt ambulanter Leistungen zu erbringen.
msn	"Ein weiterer Aspekt ist die koordinierte Versorgung. Diese kann einen massgeblichen Beitrag dazu leisten, unnötige Hospitalisationen zu vermeiden und den Gesundheitszustand von Versicherten zu verbessern, beispielsweise durch rechtzeitige ambulante Behandlungen. Die

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG): Vernehmlassungsverfahren

	koordinierte Versorgung birgt somit ein Potential zu Kostenreduktionen und gleichzeitigen Qualitätssteigerungen. Allerdings können dadurch die ambulanten Kosten in geringerem Ausmass ansteigen." medswiss.net unterstützt diese These, weshalb die koordinierte Versorgung in echten Modellen nach KVV 99 zu fördern ist.
msn	"Die Kantone entrichten ihren Anteil an die gemeinsame Einrichtung nach Artikel 18 KVG. Diese überträgt den kantonalen Beitrag den Versicherern, basierend auf den Kosten pro Versicherten, welche den einzelnen Versicherern entstanden sind." Die Neuregelung ist aus Sicht von medswiss.net sinnvoll und zu begrüßen.
msn	Wir teilen das Argument der Minderheitsanträge, dass die Tarifgestaltung für die Verlagerung von stationär zu ambulant entscheidender sei als die einheitliche Finanzierung, sehen aber in der Vorlage den ersten Schritt dieser Problematik effektiv gegenüberzutreten.
msn	Generell ist aus Sicht von medswiss.net festzuhalten, dass die Vorlage leider keine Massnahmen zur Förderung der integrierten und koordinierten Versorgung und den damit verbundenen alternativen Versicherungsmodellen gem. KVV 99 enthält. Diese wären jedoch wünschenswert, damit das Verlagerungsziel erreicht werden kann.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.



ORDINE DEI MEDICI
DEL CANTONE TICINO

09.528 Iniziativa parlamentare. Finanziamento monista delle prestazioni sanitarie

Breve presa di posizione dell'Ordine dei Medici del Canton Ticino sull'Avamprogetto di modifica della LAMal della CSSS-N

Il 15 maggio 2018 la CSSS-N ha messo in consultazione un Avamprogetto di modifica della LAMal intitolato "*Finanziamento uniforme delle prestazioni ambulatoriali e delle prestazioni stazionarie*", il quale prevede il rimborso uniforme di tutti i trattamenti ambulatoriali e stazionari da parte degli assicuratori malattia. I Cantoni dovranno partecipare ad almeno il 25.5% della spesa che resterà a carico degli assicuratori dopo deduzione delle franchigie e delle quote-parte assunte dagli assicurati.

Oggi il finanziamento delle cure è diverso a dipendenza dell'ambito: se ambulatoriale i trattamenti sono rimborsati dalle casse malati, se stazionario il finanziamento è ripartito tra assicurazioni malattia e Cantoni secondo un sistema chiamato "duale fisso". Il Cantone di domicilio fissa annualmente la sua parte di cofinanziamento, che deve essere di almeno il 55%.

Il sistema di finanziamento in vigore produce direttamente e indirettamente effetti perversi che non giovano al sistema sanitario.

L'OMCT è pertanto persuaso che occorra correggere il sistema di finanziamento trovando nuove soluzioni, ma è perplesso sulle proposte della CSSS-N che darebbero troppo peso e importanza agli assicuratori malattia.

L'OMCT sta studiando soluzioni alternative che tengano maggiormente conto del grave peso sulle economie domestiche dei premi di cassa malati e che diano maggior potere ai singoli Cantoni sul controllo della spesa sanitaria.

ORDINE DEI MEDICI DEL CANTONE TICINO
Dr. med. Franco Denti

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG):
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Schweizerischer Apothekerverband

Abkürzung der Firma / Organisation : pharmaSuisse

Adresse : Stationsstrasse 12, 3097 Liebefeld

Kontaktperson : Marcel Mesnil

Telefon : 031 978 58 58

E-Mail : marcel.mesnil@pharmasuisse.org

Datum : 14. September 2018

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **15. September 2018** an folgende E-Mail Adresse:
abteilung-leistungen@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG): Vernehmlassungsverfahren

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht2

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen4

Weitere Vorschläge7

8

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
	Wir begrüßen die beabsichtigte einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen sehr. Die unterschiedliche Finanzierung ist für etliche Fehlanreize im Gesundheitswesen verantwortlich. Dies darf jedoch nicht dazu führen, dass die Leistungserbringer je Träger (Versicherer, Kanton, Patient) eine separate Rechnung ausstellen müssen. Das wäre für die Leistungserbringer mit zu grossen Kosten verbunden.
	Wir erachten es als taktisch unklug, schon jetzt bestimmte Kostenverteiler festzulegen. Vielmehr ist das Prinzip der insgesamt kostenneutralen Umsetzung für Versicherer und Kantone in den Vordergrund zu stellen. Wir empfehlen insbesondere ein Korrekturbudget vorzusehen, welches zur Korrektur von Abweichungen bei der Kostenneutralität verwendet werden kann sowie eine angemessene Übergangszeit, um alle Umsetzungsprobleme zu lösen..
	Es wäre sicherlich hilfreich, wenn den Kantonen die Einsicht in die Abrechnungsdaten sichergestellt wird, damit sie ihren Aufgaben bei der kantonalen Versorgungsplanung nachkommen können. Damit wäre der Vorwurf der Verletzung der fiskalischen Aequivalenz entschärft. Eine Rechnungskontrolle durch die Kantone lehnen wir jedoch ab. Es macht keinen Sinn, ein weiteres Rechnungskontrollsystem aufzubauen, wenn die Versicherer bereits über, von den Prämienzahlern finanzierte, professionelle Kontrollsysteme verfügen. Die Kostensteuerung im ambulanten Bereich erfolgt schon heute grundsätzlich durch die Versicherer und im Rahmen der Versicherungsaufsicht durch das BAG. Im ambulanten Bereich wird zudem ein grosser Teil der Leistungen durch private Leistungserbringer erbracht. Der Markt steuert hier die Versorgung weitgehend und ein staatlicher Eingriff durch die Kantone ist nur selten notwendig. Für die Problematik der Zulassung von Ärzten im ambulanten Bereich ist so oder so eine Lösung zu finden, unabhängig davon, wer die Kosten finanziert. Es ist somit nicht auf eine Lösung bei der Zulassung zu warten. Aus diesem Grund lehnen wir auch den diesbezüglichen Minderheitsantrag (Carobbio Guscetti, Feri Yvonne,

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG): Vernehmlassungsverfahren

	Gysi, Heim, Ruiz Rebecca, Schenker Silvia) entschieden ab, welcher sicherstellen soll, dass die Vorlage zur einheitlichen Finanzierung nur in Kraft tritt, wenn auch eine Nachfolgeregelung zu Artikel 55a KVG im Sinne einer Zulassungssteuerung im ambulanten Bereich in Kraft tritt.
	Wir begrüssen, dass die Rechnungsstellung einheitlich durch die Versicherer erfolgen soll und der Kanton lediglich einen Pauschalbeitrag Kopf als Kostenbeitrag an denjenigen Teil, den der Versicherer nach Abzug von Franchise und Selbstbehalt bezahlt hat, leistet. Der unterschiedlichen Versichertenstruktur wird dann in einem zweiten Schritt der Risikoausgleich gerecht. Wir unterstützen somit die Minderheit zu Art. 16 Abs. 3bis und Art. 60a

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG):
Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
	16	3bis		Wir unterstützen die Minderheit (Humbel, Aeschi Thomas, de Courten, Herzog, Hess Lorenz, Sauter, Schmid-Federer, Weibel). Der Kantonsbeitrag ist als pauschaler Betrag pro versicherte Person einzuspeisen, was in Verbindung mit dem Risikoausgleich zu einer risikogerechten Zuteilung an die Versicherer führt. Ein Abzug des Kostenbeitrags der Kantone vor dem Risikoausgleich würde den Risikoausgleich verfälschen.	Art. 16 Abs. 3bis Streichen
	18	2octies		Es macht aus unserer Sicht keinen Sinn, eine zusätzliche Rechnungskontrolle durch die Stiftung einzuführen. Dies soll Aufgabe der Versicherer bleiben.	Wir unterstützen die Mehrheit und somit den bisherigen Text von Abs. 2 sexies.
	18	5		Wir begrüßen die einheitliche Finanzierung der Stiftung über die Versicherer. Damit besteht der Anreiz, die entsprechenden Kosten gering zu halten.	Wir unterstützen den vorgeschlagenen Abs. 5.
	41	1bis	zweiter Satz	Die Formulierung ist widersprüchlich: "Bei stationärer Behandlung in einem Listenspital, das auf der Spitalliste des Wohnkantons nicht aufgeführt ist, übernimmt der Versicherer die Vergütung wie folgt:" Im ersten Satz dieses Absatzes wird das Listenspital als Spital auf der Spitalliste des Wohnkantons definiert. Somit kann im zweiten Satz der Begriff Listenspital nicht für ein	Die Formulierung ist anzupassen: Bei stationärer Behandlung in einem Spital, das auf der Spitalliste des Wohnkantons nicht aufgeführt ist, übernimmt der Versicherer die Vergütung wie folgt:

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG):
Vernehmlassungsverfahren**

				Spital verwendet werden, das auf der Spitalliste des Wohnkantons nicht aufgeführt ist.	
	41	2bis		Aus unserer Sicht müsste der bisherige Abs. 2 gestrichen werden, da sonst ein Widerspruch zwischen Wahlfreiheit bei Listenspitälern und dem neuen Abs. 2bis entsteht. Da Abs.1bis nicht nur die Behandlung in Listenspitälern regelt, ist hier der Begriff Listenspital aus unserer Sicht falsch gewählt.	bisheriger Abs. 2 streichen, Listenspital durch Spital ersetzen.
	41	4		Diese Ergänzung ist aus unserer Sicht mit dem Verweis auf Art. 62 überflüssig. Falls Regelungsbedarf besteht, so wäre dieser in Art. 62 anzubringen.	Ergänzung streichen.
	49a			Wir unterstützen die Mehrheit und lehnen den aus unserer Sicht systemfremden Vorschlag der Minderheit (Gysi, Carobbio Guscetti, Feri Yvonne, Häsler, Heim, Ruiz Rebecca, Schenker Silvia) ab.	Der Vorschlag der Mehrheit wird unterstützt.
	60a			Wir unterstützen den Vorschlag der Minderheit (Humbel, Aeschi Thomas, de Courten, Herzog, Hess Lorenz, Sauter, Schmid-Federer, Weibel)	Wir unterstützen den Vorschlag der Minderheit (Humbel, Aeschi Thomas, de Courten, Herzog, Hess Lorenz, Sauter, Schmid-Federer, Weibel)

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG):
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Schweizer Physiotherapie Verband

Abkürzung der Firma / Organisation : physioswiss

Adresse : Centralstrasse 8b

Kontaktperson : Pia Fankhauser

Telefon : 041 926 69 99

E-Mail : info@physioswiss.ch

Datum : 12.9.18

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **15. September 2018** an folgende E-Mail Adresse:
abteilung-leistungen@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG): Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
physioswiss	Übersicht: Die genannten Ziele sehen wir kritisch. Koordinierte Versorgung und sachgerechte Tarifierung sind zwar schöne Worte. Unsere Erfahrung zeigt aber, dass wenig Interesse an der Finanzierung der Koordination (Leistungen in Abwesenheit des Patienten) und an einer sachgerechten Tarifierung auf Seite Versicherer besteht. Zuerst müssten die entsprechenden Tarifstrukturen interprofessionell abgeglichen sein und dann die Finanzierung geregelt werden. Im Bericht wird die Mehrfachrolle der Kantone erwähnt. Bei dem vorgeschlagenen Finanzierungsmechanismus besteht die Gefahr, dass die Versicherer Prämien und Steuergelder erhalten, Tarifverhandlungen führen und auch noch die Rechnungen kontrollieren und sanktionieren. Dies gäbe den Versicherern eine hohe Macht. Die Rolle der Kantone, die eigentlich für die Versorgungssicherheit der Bevölkerung verantwortlich sind, wird damit marginalisiert. Die Rolle der Physiotherapie und anderer Gesundheitsberufe droht damit völlig vergessen zu werden.
physioswiss	3.1.1 Geltungsbereich Die Physiotherapie im stationären Bereich umfasst andere Leistungen als im ambulanten Bereich. In den stationären Fallkostenpauschalen inkludiert sind beispielsweise die Leistungen die von Studierenden am Patienten erbrachten Leistungen und die Ausbildungsleistungen durch Lehrpersonen im Betrieb. Die Finanzierung der Ausbildung der Fachhochschulberufe des Gesundheitswesens sind nur im stationären Bereich geregelt. Was ist die Vorstellung der Kommission betreffend ambulanten Bereich? Sind mit "alle Leistungen" dann auch wirklich alle Leistungen gemeint?
physioswiss	3.1.2 Die Versicherer sollten vor allem ein Interesse an der qualitativ guten Versorgung ihrer Kunden und Kundinnen haben. Die Rechnungsprüfung sollte nicht nur der Vermeidung von Ausgaben dienen, sondern spezifische Faktoren berücksichtigen. Tiefere Prämien anbieten zu können hat wohl sehr viel mehr mit der Struktur der Kasse als mit der Rechnungsprüfung zu tun,
physioswiss	3.1.3

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG): Vernehmlassungsverfahren

	Falls die monistische Finanzierung wie vorgesehen umgesetzt würde, müssten die Versicherungen ihre Zusatzversicherungsmodelle aufgeben oder würden neue schaffen. Wenn von Fehlanreizen gesprochen wird, ist nicht einsehbar, weshalb diese nicht auch auf Versichererseite eliminiert werden sollten. Es fehlt eine Aussage dazu.
physioswiss	5.1 Finanzielle Auswirkungen Betreffend Kinder gilt es zu beachten, dass Kinder, die längere stationäre Aufenthalte haben, meist über die IV abgerechnet werden. Sie fallen damit nicht unter die stationären Leistungen gemäss OKP. Trotzdem benötigen die Kinderspitäler und der entsprechende ambulante Bereich eine adäquate Finanzierung.
physioswiss	
physioswiss	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG):
Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
physioswiss	18	2		Die Argumentation, weshalb die Kantonsbeiträge an die gemeinsame Einrichtung gehen müssen, ist nicht stichhaltig. Jede Praxis muss mit zahlreichen Versicherern abrechnen.	
physioswiss	18	8		Die Kantone brauchen ein Einsichtsrecht	
physioswiss	49	2		Damit werden die kantonalen Steuerungsmöglichkeiten zugunsten eines Geschäftsmodelles für Zusatzversicherungen aufgehoben. Wir schliessen uns der Minderheit der Kommission an.	
physioswiss					
physioswiss					
physioswiss					
physioswiss					
physioswiss					
physioswiss					
physioswiss					
physioswiss					

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG):
Vernehmlassungsverfahren**

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
physioswiss		Leider fehlt ein Kapitel "Auswirkungen" auf die Leistungserbringer völlig. Die Sicht "wer" Leistungen bezahlt, blendet völlig aus, dass die Sicht "was" damit bezahlt wird (Ausbildungen auf FH-Stufe, Hausbesuche, interprofessioneller Austausch) mit dem Fokus integrierte Versorgung viel wichtiger wäre.	
physioswiss			
physioswiss			
physioswiss			
physioswiss			
physioswiss			
physioswiss			
physioswiss			

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG):
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Regionalverband beider Basel physioswiss

Abkürzung der Firma / Organisation : RVBB physioswiss

Adresse : c/o Torge-Nils Eistrup, Präsident RVBB, Postfach, 4010 Liestal

Kontaktperson : Evelyn Deeke

Telefon : 078 696 50 59

E-Mail : evelyn.deeke@bb.physioswiss.ch

Datum : 13.09.2018

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **15. September 2018** an folgende E-Mail Adresse:
abteilung-leistungen@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG): Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
RVBB physioswiss	Grundsätzlich ist der RVBB mit der Einführung einer monistischen Finanzierung der Gesundheitsleistungen (Finanzierung aus einer Hand). einverstanden, hat aber einige offene Fragen dazu. Der Einfluss resp. die Steuerung der Kantone ist zu gering (Kontrolle über die Leistungsabrechnungen/Rechnungskontrolle), die Macht der Versicherer wird mit vorliegendem Vorschlag gestärkt.
RVBB physioswiss	Die Argumentation, dass eine koordinierte Versorgung mit der Einführung des vorliegenden "unechten" Monismus gestärkt wird, kann der RVBB nicht nachvollziehen. Der Monismus ist eine Sache, die Förderung von koordinierter Versorgung eine andere (Analogie zum ehemaligen Managed Care Modell). Es wäre ehrlicher eine separate, neue Revision des KVG für die Einführung von integrierten Versorgungsmodellen durchzuführen.
RVBB physioswiss	Es soll gemäss erläuterndem Bericht eine sachgerechte Tarifierung gefördert werden. So lange die Tarifpartner (im vorliegenden Fall tarifsuisse/curafutura/MTK und physioswiss) so unterschiedliche ökonomische und politische Möglichkeiten haben, wird eine sachgerechte Tarifierung schwierig, da die Versicherer unendlich mehr ökonomische und politische Macht besitzen als physioswiss. Daher besteht ein Ungleichgewicht, das durch die Einführung des vorliegenden Vorschlags nicht aus der Welt geschaffen wird.
RVBB physioswiss	Fehlanreize zum Bezug von Gesundheitsleistungen von Versicherten, die Prämienverbilligungen erhalten, werden durch die Einführung des vorliegenden "unechten" Monismus nicht aufgehoben, sie sind davon nicht betroffen. Kantone wie Basel-Stadt haben sehr viele Bezüger von Prämienverbilligungen, eine Kostenreduktion wird durch die Einführung des Monismus hier kaum erreicht werden..
RVBB physioswiss	Der RVBB findet es ungünstig, dass die Analyse der Wirkung der Einführung der DRGs erst im 2019 bekannt sein wird und heute schon die Vernehmlassungsantworten für die Einführung der Finanzierung aus einer Hand bekannt gegeben werden müssen. Was geschieht nach Einführung des vorliegenden Vorschlages mit den DRGs?
RVBB physioswiss	Der vorliegende Vorschlag darf aus Sicht des RVBB nicht als ein grünes Licht für die Einführung eines Globalbudgets in der Ambulanz angesehen und verwendet werden..
RVBB physioswiss	Der RVBB ist der Meinung, dass Versicherer, die nach dem vorliegenden Vorschlag arbeiten werden, keine Angebote mehr in der Zusatzversicherung anbieten dürften, d.h. klare Trennung von KVG und VVG Leistungen.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG):
Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
RVBB physioswiss	16	3 bis		Risikoausgleichsberechnung basierend auf Nettoleistung der Versicherer ist zwingend.	
RVBB physioswiss	18	2 sexties		Zuwendung Kantonsbeiträge an gemeinsame Einrichtung Versicherer(in casu santésuisse / curafutura). Dies erachtet der RVBB als schlechte Lösung, da die Kantone keine Kontrolle darüber haben, was genau mit den Kantonsbeiträgen finanziert werden kann.	Einführung einer "neutralen", von den Versicherern unabhängigen, ev. paritätisch bestückten (Vertreter GDK / Vertreter Versicherer) Organisation für die Verwaltung / Verteilung der Kantonsbeiträge. Hier geht es um Steuergelder!
RVBB physioswiss	18	5		Streichen	
RVBB physioswiss	25 a	2		Neu formulieren, anpassen an Gründung neue Organisation f. Verteilung Kantonsbeiträge	
RVBB physioswiss	60	3		s. Bemerkung b. Art. 16 Abs. 3 bis	
RVBB physioswiss	60	6		Hier wird der tiers payant als alleinige Abrechnungsform formuliert	Tiers garant ebenfalls einbauen als Alternative wie aktuell im KVG vorgesehen.
RVBB physioswiss					
RVBB physioswiss					
RVBB physioswiss					

Per E-Mail an:

Abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Bern, 17. August 2018

PKS-Vernehmlassungsantwort zur Parlamentarischen Initiative 09.528 Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus

Sehr geehrter Herr Kommissionspräsident

Im Namen der Privatkliniken Schweiz (PKS) danken wir Ihnen für die Gelegenheit, in rubrizierter Angelegenheit Stellung nehmen zu können.

Als Vertreterin der 130 Schweizerischen Privatkliniken lehnen wir die unterbreitete Gesetzesänderung ab.

Die Umsetzung der im Prinzip richtigen parlamentarischen Initiative durch die vorgeschlagene KVG-Revision gerät durch ihre politische Verknüpfung mit der kantonalen Machtausweitung im ambulanten Bereich zum Rohrkrepierer mit verheerenden Nebenwirkungen: Die mit der EFAS-Vorlage politisch verknüpfte Zulassungssteuerung der Kantone im ambulanten Bereich verschärft die bereits heute inakzeptable Vielfachrolle zugunsten der Kantone zusätzlich derart, dass die vorliegende KVG-Revision abgelehnt werden muss.

Die parlamentarische Initiative will gemäss dem, erläuternden Bericht der SGK-N die Verlagerung von stationär zu ambulant fördern, die prämiens- und steuerfinanzierten Anteile an den OKP-Kosten stabilisieren und eine sachgerechte Tarifierung fördern.

PKS begrüsst grundsätzlich eine OKP-Finanzierung, die konsequent an der therapeutischen Leistungserbringung anknüpft und nicht mehr am zunehmend künstlich werdenden Kriterium, ob eine Gesundheitsleistung ambulant oder stationär erbracht wird. Damit könnten bestehende Fehlanreize für die Therapiewahl behoben, bürokratischer Leerlauf vermindert und klarere Verantwortlichkeiten in der Finanzierung zugewiesen werden.

Für PKS muss jede gesetzgeberische Intervention in der Gesundheitspolitik, also auch die vorliegende Teilrevision des KVG, jedoch drei Anforderungen genügen:

- Sie muss geeignet sein, die therapeutische Leistungsqualität der Gesundheitsdienstleister zu fördern.
- Sie muss faire Wettbewerbsbedingungen für die Leistungserbringer und die Versicherer schaffen oder mindestens fördern.
- Sie muss die inakzeptable Governance im Bereich der Vielfachrolle der Kantone verbessern.

Die gesetzliche Umsetzung der parlamentarischen Initiative 09.528 kann diese Mussanforderungen von PKS dann und nur dann unterstützen, wenn:

- die ambulante Leistungserbringung trotz der KVG-Revision wettbewerblich ausgestaltet bleibt. Die de facto-Verknüpfung der hier beurteilten Revision mit der Vorlage 18.047 Revision KVG. Zulassung von Leistungserbringern durch Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats (SGK-N) öffnet der kantonalen Planwirtschaft im ambulanten Bereich Tür und Tor. Der Vorstand der kantonalen Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) hat in seiner Stellungnahme vom 28. Juni 2018 zur vorliegenden Teilrevision den Tarif bereits erklärt: Aus reinen Bedarfsgründen sollen selbst bestehende Zulassungen zur Leistungserbringung auch im ambulanten Bereich aufgehoben werden können. Im Klartext: Jeder Kanton könnte aufgrund von verwaltungsinternen Einschätzungen beliebigen Ärztinnen und Ärzten die Zulassung entziehen, und damit de facto individuelle territoriale Berufsverbote aussprechen und die Arztwahlfreiheit der Bevölkerung aushebeln. Zudem könnten, unter Berufung auf einen letztlich willkürlich festgelegten «Bedarf», einzelnen Spitälern und Kliniken das notwendige Fachpersonal nicht bewilligt oder sogar aktiv entzogen werden. Die Kantone erhielten, ohne einen höheren Finanzierungsanteil am Gesundheitssystem zu leisten, auch im ambulanten Bereich eine weitere Rolle, die sie in noch mehr Interessenkonflikte drängt. Nebst der Regulierungs-, der Eigentümer-, der Finanzierungs-, der Aufsichts-, der Gesundheitspolizei- und der Schiedsrichterrolle käme neu noch die umfassende Planerrolle im ambulanten Bereich dazu. Die rechtliche und die politische Verknüpfung der beiden Vorlagen ist zwingend aufzuheben.

- die Entflechtung der systematischen Interessenkonflikte der Kantone in der gleichen Vorlage sichergestellt wird. Das Gegenteil der Ausweitung der kantonalen Kompetenzen ist nötig: In der vorliegenden Revision sind Massnahmen zwingend, welche die kantonalen Interessenkonflikte entflechten. So ist es unverständlich, dass noch immer kein Bericht vorliegt zum längst vom Nationalrat überwiesenen Postulat 15.3464 Postulat Krankenversicherungsgesetz . Roadmap zur Entflechtung der Mehrfachrolle der Kantone. Beispielsweise ist ein unabhängiges nationales Aufsichtsgremium zu schaffen, welches bei diskriminierenden und/oder wettbewerbswidrigen Vorkommnissen im Gesundheitssektor durch einfache Anzeige angerufen werden kann und das Sanktionen aussprechen kann. Mit der vorliegenden Teilrevision ist mindestens der verbindliche Auftrag zur strukturellen Trennung der Funktionen und damit zur Entflechtung der kantonalen Vielfachrollen zu verknüpfen.

- die Gleichbehandlung für alle OKP-Versicherten (unabhängig davon, ob sie zusatzversichert sind oder nicht) der Listenspitäler und der Vertragsspitäler betreffend der einheitlichen Finanzierung sichergestellt ist. Nur mit der analogen Finanzierungsbeteiligung der Krankenkassen in der Höhe von voraussichtlich 74.5 Prozent (Prozentsatz gemäss der Vorlage, Mehrheitsposition zu Art. 49a) diskriminiert die Vertragsspitäler nicht zusätzlich.

- gleichzeitig die bundesweite und alle kantonalen Umsetzungsmassnahmen zur Umsetzung des Prinzips «Verschiebung zu ambulant» ersatzlos gestrichen werden. Wenn die vorliegende Teilrevision dank der einheitlichen Finanzierung die Fehlanreize zum Ort der Leistungserbringung weitgehend eliminiert, sind die bürokratisch aufwändigen und damit kostentreibenden Listen für ambulantes Operieren obsolet. Eine entsprechend Übergangsbestimmung zur Abschaffung der kantonalen und bundesweiten Operationslisten und ihrer Umsetzungsmassnahmen ist zwingend in die vorliegende Teilrevision aufzunehmen.

Wir danken Ihnen für Ihre Kenntnisnahme sowie für die Berücksichtigung unserer Stellungnahme, und grüssen Sie freundlich.

Mit freundlichen Grüssen

Privatkliniken Schweiz



Beat Walz
Präsident



Guido Schommer
Generalsekretär

sages, Geschäftsstelle, 3010 Bern

Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des
Nationalrates (SGK-NR)
CH-3003 Bern

Per E-Mail an:
Bundesamt für Gesundheit, Abteilung Leistungen
abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Bern, 12. September 2018

**Vernehmlassung zu 09.528 Parlamentarische Initiative.
Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus
Stellungnahme von *sages***

Sehr geehrter Herr Kommissionspräsident,
sehr geehrte Damen und Herren Nationalräte

Der Schweizerische Fachverband Soziale Arbeit im Gesundheitswesen *sages* vereint Personen und Institutionen der Schweiz, welche professionelle Soziale Arbeit in den Aufgabenfeldern der gesundheitlichen Versorgung und im Kontext von Public Health leisten. Die Mitglieder unseres Fachverbandes kommen aus den Fachbereichen Spital, Rehabilitation, Psychiatrie, Sucht, Gesundheitsligen, Bildung und Forschung sowie Integrierte Versorgung.

Mehr Informationen zu unserem Fachverband finden Sie auf unserer Website unter: www.fv-sages.ch

Gerne unterstützen wir die Stellungnahme der Geliko zum Vorentwurf und zu den Erläuterungen der SGK-N zur vorstehend erwähnten Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung.

Grundsätzlich begrüssen wir die einheitliche Finanzierung der Leistungen im ambulanten und im stationären Bereich (EFAS), soweit diese Änderung der bisherigen Finanzierungsmechanismen Fehlanreize beseitigt und dazu beiträgt, eine medizinisch sinnvolle Verlagerung von stationären zu ambulanten Leistungen zu fördern und das Kostenwachstum in der Gesundheitsversorgung zu bremsen. Die konkrete Ausgestaltung und Umsetzung der EFAS darf aber für die Patientinnen und Patienten nicht zu Einbussen in der Behandlungsqualität führen!

Die Finanzierung der Leistungen im föderal geprägten Gesundheitsversorgungssystem der Schweiz erfolgt aus einem komplexen Zusammenwirken verschiedener Akteure mit teilweise unterschiedlichen Interessen. Die Fehlanreize im aktuellen System scheinen dabei nur teilweise in der uneinheitlichen Finanzierung der ambulanten bzw. stationären Gesundheitsversorgung durch die Kostenträger (Krankenversicherer, Kantone) begründet zu sein, sondern mindestens so sehr in den Differenzen zwischen den unterschiedlichen Tarifsystemen.

Aus Sicht der Patientinnen und Patienten ist entscheidend, dass die zweckmässigste Behandlungsform grundsätzlich gestützt auf medizinisch-fachliche Erwägungen gewählt wird und nicht auf ökonomische

Interessen oder anderer Anreize einzelner Akteure im Gesundheitssystem beruht. Die Qualität der Gesundheitsversorgung darf durch den angestrebten Systemwechsel nicht schlechter werden. Angesichts der im internationalen Vergleich bereits sehr hohen privaten Kostenbeteiligung der Bevölkerung in der Schweiz soll die Kostenbeteiligung der Patientinnen und Patienten nicht zusätzlich erhöht werden. Bisher wurde die private Kostenbeteiligung nur auf dem von den Krankenkassen finanzierten Anteil der Leistungen erhoben; neu würden die Krankenkassen 100% der Leistungen vergüten und die private Kostenbeteiligung auf dem vollen Betrag der Leistungen einfordern. Dies würde eine Zusatzbelastung der Patientinnen und Patienten bewirken, die entschieden abgelehnt wird. Mit der anzustrebenden Lösung soll zudem die Transparenz im Gesundheitsversorgungssystem verbessert werden. Die Transparenz soll sich auch auf vertragliche Vereinbarungen zwischen den Tarifpartnern erstrecken, wobei vertragliche Verknüpfungen zwischen Grund- und Zusatzversicherungsbereich zu verhindern sind (vgl. Stellungnahme der GDK zur Vernehmlassungsvorlage vom 28.06.2018).

Die Kantone, die gemäss verfassungsrechtlicher Kompetenzordnung die Hauptverantwortung tragen für die Gesundheitsversorgung in der Schweiz, haben sich zur vorliegenden Vernehmlassung sehr kritisch geäussert; die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) lehnt die Vorlage aus verschiedenen Gründen ab und verlangt eine vollständige Überarbeitung. Verschiedene Argumente und Vorbehalte der GDK sind durchaus verständlich und sollen bei der weiteren Entwicklung der Vernehmlassungsvorlage angemessen berücksichtigt werden; dazu gehören insbesondere die Steuerungskompetenzen der Kantone bezüglich des Versorgungsangebots und deren Mitwirkung bei der Regelung der Tarife.

Für die Berücksichtigung unserer Anliegen danken wir Ihnen herzlich.

Freundliche Grüsse

Lisa Aeberhard
Co-Präsidentin

Tom Friedli
Co-Präsident

Sandro Bertschinger
Geschäftsführer

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG):
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Schweizerischer Berufsverband für Angewandte Psychologie

Abkürzung der Firma / Organisation : SBAP

Adresse : Konradstrasse 6, 8005 Zürich

Kontaktperson : Michèle Andermatt

Telefon : 0432680405

E-Mail : michele.andermatt@sbap.ch

Datum : 14.09.2018

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **15. September 2018** an folgende E-Mail Adresse:
abteilung-leistungen@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG): Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
SBAP	Der Schweizer Berufsverband der Angewandten Psychologie (SBAP) begrüsst grundsätzlich die Absicht, eine einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Behandlungen (EFAS) einzuführen. Den dazu von der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-NR) unterbreiteten Vorentwurf lehnt er jedoch ab. Wir stützen uns dabei auf die Einschätzung und Stellungnahme des Schweizerischer Verband der Berufsorganisation im Gesundheitswesen (svbg).
SBAP	Eine Dämpfung des Prämienwachstums kann nicht erwartet werden Zwar ist es richtig, eine einheitliche Finanzierung als Massnahme mit Potenzial zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen zu betrachten, da sie zur Beseitigung von Fehlanreizen beitragen kann. Die Kommission konzentriert sich bei der Ausgestaltung aber einseitig auf eine rechnerische Umverteilung von Mitteln von den Kantonen zu den Versicherern. Andere zentrale Faktoren insbesondere medizinischer und politischer Natur werden ausser Acht gelassen. Zwei grosse Kostentreiber im schweizerischen Gesundheitssystem, nämlich die Fehlanreize im Zusammenhang mit Tarifstruktur und Tarifhöhe (TARMED ambulant und DRG stationär) werden in der vorgeschlagenen Reform nicht angetastet. Die blosse Umleitung eines fixen Betrags an Steuergeldern würde hingegen kaum Fehlanreize korrigieren und deshalb auch die Leistungsverlagerung von stationär zu ambulant nicht wesentlich beeinflussen.
SBAP	Kostenbeteiligung der Patienten im stationären Bereich steigt Versicherte müssen neben den Prämien zusätzlich über Franchise, Selbstbehalt und Spitalkosten (CHF 15.- pro Tag) direkt an die Kosten ihrer Behandlung beitragen. Heute wird diese Kostenbeteiligung nur auf dem, von den Krankenkassen finanzierten, Teil erhoben. Neu würden die Kassen sämtliche Leistungen zu 100% vergüten und deshalb auch die Kostenbeteiligung auf den vollen Betrag der Leistung einfordern. Der erläuternde Bericht zur Vorlage geht nicht auf diese Thematik ein.
SBAP	Zusätzliche Belastung der Prämienzahler durch Besserstellung der Nicht-Listenspitäler Die Kantone definieren heute mit den Spitallisten jene Spitäler und Kliniken, für die sie bei stationären Eingriffen 55% der Kosten übernehmen. Die Krankenkassen haben ihrerseits die Freiheit, Verträge mit Nicht-Listenspitälern abzuschliessen, dafür dürfen aber aus der Grundversicherung, wie bei Listenspitälern, nur 45% der medizinischen Kosten übernommen werden. Der Rest wird über Zusatzversicherungen oder durch Selbstzahlungen der Patienten übernommen.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG): Vernehmlassungsverfahren

	Die Vorlage der SGK-NR sieht eine Erhöhung des Beitrags aus der Grundversicherung auf 74.5% vor. Diese 30%ige Erhöhung würde die Attraktivität der Vertragsspitäler (die nicht auf der kantonalen Spitalliste stehen) ungemein erhöhen. Die Grundversicherer müssten diese Zusatzkosten übernehmen. Zusatzversicherungen könnten dadurch wieder attraktiver werden.
SBAP	Die Rolle der Kantone als Steuerungsorgan der Gesundheitsversorgung wird massiv geschwächt Da die Krankenversicherer als Monist festgelegt werden sollen, und zudem Mehrheitsfinanzierer sind, steigt ihre Macht in sämtlichen Tarifverhandlungen. Gegen eine Vereinfachung der Vergütung ist im Grundsatz nichts einzuwenden. Der Entwurf der SGK-NR ist jedoch so ausgestaltet, dass die Steuerungskompetenz von den Kantonen in Richtung Krankenkassen verlagert wird. Die Kantone müssten Steuergelder in der Höhe von rund 8 Milliarden Franken (25.5%) den Versicherern überweisen, ohne das Leistungsangebot und die Qualität noch massgeblich beeinflussen zu können.
SBAP	Der postulierte positive Effekt zur Förderung integrierter Versorgungsmodelle wird kaum eintreten Die Tarifsysteme TARMED für den ambulanten Bereich und DRG (und weitere Pauschalsysteme wie TARPSY) für den stationären Bereich bleiben unverändert. Die Kantone müssten laut Entwurf die Steuerung und Koordination an die Kassen abgeben und hätten kaum noch die Möglichkeit selbst Modelle der integrierten Versorgung zu entwickeln und zu steuern. Qualität und Effizienz von Modellen der integrierten Versorgung hängen stark davon ab, wer für die Koordination zuständig ist. Aus Sicht des SBAP müssen Patientensicherheit und Versorgungsqualität das primäre Ziel jedes Modells im Gesundheitswesen sein. Falls Krankenkassen allein für die Entwicklung und Steuerung solcher Modelle zuständig sein sollten, wäre zu erwarten, dass Kosten- und Effizienz-themen im Vordergrund stehen würden. In der vorliegenden Vorlage wird auch die Spitalplanung durch die Kantone empfindlich geschwächt, weil die Kassen für die Abgeltung der Leistungen zuständig wären und zudem leicht zusätzliche Leistungserbringer definieren könnten (Nicht-Listenspitäler).
SBAP	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.



Bern, 22. August 2018

Choisystrasse 1
Postfach
CH-3001 Bern
PC 30-1480-9
Tel. 031 388 36 36
Fax 031 388 36 35

E-Mail: info@sbk-asi.ch
Internet: www.sbk-asi.ch

Stellungnahme des SBK zum Vorentwurf der SGK-NR vom 19. April 2018 zur Änderung des KVG (einheitliche Finanzierung Pa. Iv. 09.528)

Der Vernehmlassungsentwurf

Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-NR) verfolgt mit dieser Vorlage drei Ziele:

- Förderung der Verlagerung von medizinischen Leistungen von stationär zu ambulant, da wo medizinisch sinnvoll
- Stabilisieren der prämien- und steuerfinanzierten Anteile an die OKP versicherten Krankheitskosten – ohne Langzeitpflege
- Förderung einer sachgerechten Tarifierung

Die vorgeschlagene Neuregelung soll für alle stationären und ambulanten OKP-Leistungen gelten. Das heisst auch für die Psychiatrie, die Rehabilitation sowie für die Akut- und Übergangspflege. Hingegen sollen die Pflegeleistungen von der einheitlichen Finanzierung ausgenommen werden. Begründet wird dies mit der seit 1. Januar 2011 eingeführten Neuordnung der Pflegefinanzierung, wo besondere Finanzierungsregeln gelten.

Neu sollen die Krankenkassen alle ambulanten und stationären Behandlungen vergüten (Monismus). An die Kosten, die nach Abzug von Selbstbehalt und Franchise verbleiben, sollen die Kantone einen Beitrag von mindestens 25,5% (CHF 7,5 Milliarden) leisten¹. Die Umstellung auf die einheitliche Finanzierung soll so festgelegt werden, dass sie für die Kantone und die Versicherer insgesamt kostenneutral ausfällt.

Die Kantone sollen ihren Anteil (25,5%) an die gemeinsame Einrichtung KVG überweisen. Diese überweist den kantonalen Beitrag den Versicherern, und zwar basierend auf den Kosten pro Versicherte, welche den einzelnen Versicherern entstanden sind. Die Rechnungsstellung im stationären Bereich erfolgt demnach nicht, wie heute an den Kanton, sondern ausschliesslich an die Krankenkasse (bzw. im System garant an die versicherte Person).

¹ Quelle: Vorentwurf und erläuternder Bericht der Kommission für Soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates vom 19. April 2018

Der vorliegende Entwurf wurde in der Kommission nicht einstimmig angenommen. Es gibt einen Antrag auf Nichteintreten sowie verschiedene Minderheitsanträge zu einzelnen Artikeln.

Einschätzung der Vorlage durch den SBK und Schlüsselpunkte für die Pflege

Diese Einschätzung wurde erarbeitet auf der Basis einer internen Vernehmlassung bei den SBK Gliedverbänden und von Expertengutachten.

1. Die Rolle der Kantone als Steuerungsorgan der Gesundheitsversorgung wird massiv geschwächt

Da die Krankenversicherer als Monist festgelegt werden sollen, und zudem Mehrheitsfinanzierer sind, steigt ihre Macht in sämtlichen Tarifverhandlungen. Gegen eine Vereinfachung der Vergütung ist im Grundsatz nichts einzuwenden. Der Entwurf der SGK-NR ist jedoch so ausgestaltet, dass die Steuerungskompetenz von den Kantonen in Richtung Krankenkassen verlagert wird. Die Kantone müssten Steuergelder in der Höhe von rund 8 Milliarden Franken (25.5%) den Versicherern überweisen, ohne das Leistungsangebot und die Qualität noch massgeblich beeinflussen zu können.

2. Eine Dämpfung des Prämienwachstums kann nicht erwartet werden

Zwei grosse Kostentreiber im schweizerischen Gesundheitssystem, nämlich die Fehlanreize im Zusammenhang mit Tarifstruktur und Tarifhöhe (TARMED ambulant und DRG stationär) werden in der vorgeschlagenen Reform nicht angetastet. Die blosser Umleitung eines fixen Betrags an Steuergeldern würde hingegen kaum Fehlanreize korrigieren und deshalb auch die Leistungsverlagerung von stationär zu ambulant nicht wesentlich beeinflussen.

Eine PWC-Studie² zeigt, dass in der Schweiz mehr Eingriffe stationär gemacht werden als im Ausland. Zur Abschätzung des Verlagerungspotentials und der Kostenfolge hat das BAG das Schweizerische Gesundheitsobservatorium OBSAN beauftragt, einen aktuellen Bericht zu erstellen. Dieser zeigt für das Jahr 2016 ein Verlagerungspotential von 33'000 stationären Fällen, die hätten ambulant operiert werden können. Damit verbunden ergeben sich Einsparungen von über 90 Mio. Franken, in erster Linie für die Kantone. Die Berechnungen zeigen keine Auswirkungen auf die Prämien.

Kantone und Bund haben konkrete Schritte bezüglich Eingriffslisten unternommen. Auf Bundesebene wurde die Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) per 1. Januar 2019 geändert. Sechs Gruppen³ von operativen Eingriffen nur noch bei ambulanter Durchführung von der OKP bezahlt. Eine über drei Jahre laufende Evaluation soll die Auswirkungen der Massnahmen auf Patientinnen und Patienten, sowie auf die Leistungserbringer und Versicherer hinsichtlich Qualität und Kosten aufzeigen.

² PWC (2016). Ambulant vor stationär. Oder wie sich eine Milliarde Franken jährlich einsparen lassen

³ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN

3. **Zusätzliche Belastung der Prämienzahler durch Besserstellung der Nicht-Listenspitäler**

Die Kantone definieren heute mit den Spitallisten jene Spitäler und Kliniken, für die sie bei stationären Eingriffen 55% der Kosten übernehmen. Die Krankenkassen haben ihrerseits die Freiheit, Verträge mit Nicht-Listenspitälern abzuschliessen, dafür dürfen aber aus der Grundversicherung, wie bei Listenspitälern, nur 45% der medizinischen Kosten übernommen werden. Der Rest wird über Zusatzversicherungen oder durch Selbstzahlungen der Patienten übernommen. Die Vorlage der SGK-NR sieht eine Erhöhung des Beitrags aus der Grundversicherung auf 74.5% vor. Diese 30%ige Erhöhung würde die Attraktivität der Vertragsspitäler (die nicht auf der kantonalen Spitalliste stehen) ungemein erhöhen. Die Grundversicherer müssten diese Zusatzkosten übernehmen. Zusatzversicherungen könnten dadurch wieder attraktiver werden.

4. **Der postulierte positive Effekt zur Förderung integrierter Versorgungsmodelle wird insbesondere für die Pflege kaum eintreten**

Die Tarifsysteme TARMED für den ambulanten Bereich und DRG (und weitere Pauschalsysteme wie TARPSY) für den stationären Bereich bleiben unverändert. Weil die Vorlage die Pflegefinanzierung ausschliesst, kann demzufolge kein positiver Effekt auf die bessere Zusammenarbeit mit den verschiedenen Pflege-settings (Ambulante Pflege, Pflegeheim, Spital, Klinik, Reha) erwartet werden.

Die Kantone müssten laut Entwurf die Steuerung und Koordination an die Kassen abgeben und hätten kaum noch die Möglichkeit selbst Modelle der integrierten Versorgung zu entwickeln und zu steuern. Qualität und Effizienz von Modellen der integrierten Versorgung hängen stark davon ab, wer für die Koordination zuständig ist. Aus Sicht des SBK müssen Patientensicherheit und Versorgungsqualität das primäre Ziel jedes Modells im Gesundheitswesen sein. Falls Krankenkassen allein für die Entwicklung und Steuerung solcher Modelle zuständig sein sollten, wäre zu erwarten, dass Kosten- und Effizienzthemen im Vordergrund stehen würden. In der vorliegenden Vorlage wird auch die Spitalplanung durch die Kantone empfindlich geschwächt, weil die Kassen für die Abgeltung der Leistungen zuständig wären und zudem leicht zusätzliche Leistungserbringer definieren könnten (Nicht-Listenspitäler).

Insbesondere innovative Kantone wie der Kanton Waadt würden ausgebremst werden, da sie einerseits die Steuerung des Systems den Kassen mehrheitlich überlassen müssten. Andererseits würden durch den vorgeschlagenen nationalen, einheitlichen Finanzierungsschlüssel genau jene Kantone bestraft, die schon einen Teil der Leistungen in den ambulanten Bereich verlagert, und integrierte Modelle eingeführt haben. Laut Stellungnahme der GDK müssten sie mit Mehrkosten in Millionenhöhe rechnen⁴.

⁴ https://www.gdk-cds.ch/index.php?id=766&no_cache=1&tx_news_pi1%5Bnews%5D=488&tx_news_pi1%5Bcontroller%5D=News&tx_news_pi1%5Baction%5D=detail&cHash=cde43d7fcfad9c9c8efe1fc21004dd67

5. Kostenbeteiligung der Patienten im stationären Bereich steigt

Versicherte müssen neben den Prämien zusätzlich über Franchise, Selbstbehalt und Spitalkosten (CHF 15.- pro Tag) direkt an die Kosten ihrer Behandlung beitragen. Heute wird diese Kostenbeteiligung nur auf dem, von den Krankenkassen finanzierten, Teil erhoben. Neu würden die Kassen sämtliche Leistungen zu 100% vergüten und deshalb auch die Kostenbeteiligung auf den vollen Betrag der Leistung einfordern. Der erläuternde Bericht zur Vorlage geht nicht auf diese Thematik ein.

6. Position des SBK

Der Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK würde im Grundsatz eine Vereinheitlichung der Finanzierung begrüßen, lehnt jedoch die aktuelle Vorlage der SGK-NR für eine einheitliche Finanzierung ab.

Damit die Vorlage die deklarierten Ziele erreichen, und der SBK einer solchen Veränderung des KVG zustimmen könnte, braucht es die folgenden Verbesserungen:

1. Auch die Tarifsyste (somatisch stationär DRG und ambulant TARMED, TARPSY, etc.) werden einbezogen. Gerade mit TARPSY hätte man aktuell die Möglichkeit ein setting-übergreifendes Tarifierungssystem einzuführen und dessen Effekte zu evaluieren.
2. Eine patientenzentrierte und qualitätsbasierte Steuerung des gesamten Finanzierungssystems ist sichergestellt. Die relevanten Stakeholder, inklusive Leistungserbringer und Patienten, werden in die Steuerung involviert.
3. Die Steuerung des Systems- und der Finanzströme- ist demokratisch legitimiert, denn es geht um die Verwendung von Steuergeldern und obligatorischen Abgaben in Milliardenhöhe. Die Steuerung kann nicht den Kassen überlassen werden.
4. Zur Förderung der integrierten Versorgung wird die Integration / Zusammenarbeit zwischen Spitälern, Kliniken, Arztpraxen und stationären und ambulanten pflegerischen Organisationen verbessert und der jeweilige Koordinationsaufwand sichtbar gemacht und abgegolten.
5. Auf die massive finanzielle Besserstellung von Nicht-Listen Spitälern wird verzichtet.

15.08.2018, SBK Zentralvorstand



Berne, le 3. September 2018

Choisystrasse 1
Postfach
CH-3001 Bern
PC 30-1480-9
Tel. 031 388 36 36
Fax 031 388 36 35

E-Mail: info@sbk-asi.ch
Internet: www.sbk-asi.ch

Prise de position de l'ASI sur l'avant-projet de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique (CSSN-CN) du 19 avril 2018 concernant la modification de la LAMal (financement moniste iv. Pa. 09.528n)

Le projet mis en consultation

Avec cet avant-projet, la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSN-CN) vise trois objectifs :

- Encourager le transfert de prestations médicales du stationnaire à l'ambulatoire, quand cela fait sens du point de vue médical.
- Stabiliser les parts financées par les primes et les impôts concernant les frais de maladie relevant de l'assurance obligatoire des soins (OAS) – sans les soins de longue durée.
- Favoriser une tarification adéquate.

La nouvelle réglementation proposée devrait valoir pour toutes les prestations stationnaires et ambulatoires concernées par l'OAS, ce qui inclut la psychiatrie, la réhabilitation ainsi que les soins aigus et de transition. En revanche, les soins devraient être exclus du financement moniste. Cette revendication se réfère au nouveau régime de financement des soins, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2011, qui applique des réglementations de financement particulières.

Selon le modèle proposé, les caisses-maladie devront rembourser tous les traitements ambulatoires et stationnaires (monisme). Après déduction de la franchise et de la quote-part, les cantons devront contribuer à hauteur d'au moins 25,5% (CHF 7,5 milliards) des coûts résiduels¹. Le passage au financement moniste doit être effectué de telle manière que cantons et assureurs n'aient pas à en supporter les coûts.

Les cantons devront verser leur part (25,5%) à l'institution commune de la LAMal. Celle-ci transférera la contribution du canton à l'assureur, sur la base des coûts par assuré occasionnés aux assureurs. Contrairement à l'heure actuelle, la facturation des traitements stationnaires ne sera pas adressée aux cantons mais

¹ Source : Avant-projet et rapport explicatif de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national, 19 avril 2018.

uniquement à la caisse-maladie (ou, dans le système du tiers garant, à la personne assurée)

Le présent projet n'a pas été accepté à l'unanimité par la CSSN-CN. Il y a une requête de non-entrée en matière et des propositions de minorités relatives à des articles particuliers.

Evaluation de l'avant-projet par l'ASI et points-clés pour les soins infirmiers

Cette évaluation a été élaborée sur la base d'une consultation interne au sein des associations membres de l'ASI et d'expertises de spécialistes.

1. Le rôle des cantons en tant qu'organe de contrôle du système de santé sera fortement affaibli

Le pouvoir des assureurs sera accru dans les négociations tarifaires, étant donné que, dans un système moniste, ils feront partie des financeurs majoritaires. En principe, l'ASI ne voit pas d'objection à une simplification des remboursements. Cependant, le projet de la CSSN-CN est conçu de manière à transférer la compétence en matière de contrôle des cantons aux caisses-maladie. Les cantons devraient transférer l'argent du contribuable aux assureurs à hauteur d'environ 8 milliards de francs (25,5%) sans pouvoir influencer de manière significative les services proposés et la qualité.

2. On ne peut pas s'attendre à un ralentissement de la croissance des primes

La réforme proposée n'aura pas d'incidence sur deux des principaux facteurs de coûts du système de santé suisse: les incitations inopportunes en lien avec la structure tarifaire et le niveau des tarifs (TARMED pour le secteur ambulatoire et DRG pour le stationnaire). La simple réorientation d'un montant fixe de l'argent du contribuable ne corrigerait pas les incitations inopportunes, et n'aurait donc pas d'impact significatif sur le transfert du stationnaire à l'ambulatoire.

Une étude de PWC² montre qu'il y a davantage d'interventions stationnaires en Suisse qu'à l'étranger. L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a chargé l'Observatoire suisse de la santé (OBSAN) d'évaluer le nombre d'opérations stationnaires qu'il serait possible de réaliser en ambulatoire et les répercussions financières que cela générerait. Le rapport de l'OBSAN indique qu'en 2016, 33'000 opérations stationnaires auraient pu être effectuées en ambulatoire, ce qui correspond à une économie de 90 millions de francs, principalement pour les cantons. Les calculs ne révèlent pas d'incidence sur les primes.

Les cantons et la Confédération ont entrepris des mesures concrètes concernant les listes d'interventions. Au niveau fédéral, l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) sera modifiée à partir du 1^{er} janvier 2019. Six catégories³ d'opérations seront remboursées par l'assurance-maladie obligatoire uniquement si elles sont effectuées en ambulatoire. Une évaluation, qui se fera sur plus de trois ans, devra démontrer l'impact de ces mesures sur les patients, les prestataires de services et les assurances en termes de qualité et des coûts.

² PWC (2016). «Ambulatoire avant stationnaire. Ou comment économiser un milliard de francs chaque année.»

³ Observatoire suisse de la santé OBSAN.

3. Charge supplémentaire pour les payeurs de prime par un traitement plus favorable des hôpitaux non répertoriés

Les cantons utilisent actuellement des listes afin de définir les hôpitaux et cliniques pour lesquels ils supportent 55% des coûts des interventions. De leur côté, les caisses-maladie ont la liberté de conclure des contrats avec les hôpitaux non répertoriés, mais seuls 45% des frais médicaux peuvent être couverts par l'assurance de base, comme c'est le cas pour les hôpitaux répertoriés. Le reste sera assumé par les assurances complémentaires ou par les patients eux-mêmes. L'avant-projet de la CSSN-CN prévoit une hausse de la contribution de l'assurance de base à hauteur de 74.5%. Cette augmentation de 30% a pour but d'accroître considérablement l'attractivité des hôpitaux sous contrats (ceux qui ne se trouvent pas sur les listes cantonales des hôpitaux). L'assurance de base devra assumer ces coûts supplémentaires. Les assurances complémentaires deviendront ainsi à nouveau plus attractives.

4. L'effet positif postulé sur la promotion des modèles de soins intégrés n'aura pratiquement pas lieu, en particulier pour les soins

Les systèmes tarifaires, TARMED pour le domaine ambulatoire et DRG (et d'autres systèmes forfaitaires comme TARPSY) pour le secteur stationnaire, resteront inchangés. Etant donné que l'avant-projet exclut le financement des soins, on ne peut pas s'attendre à des effets positifs sur l'amélioration de la collaboration avec les différents contextes de soins (soins ambulatoires, en maison de retraites, à l'hôpital, en clinique, en réhabilitation).

Dans la présente proposition, les cantons devraient céder le contrôle et la coordination aux caisses-maladie et n'auraient pratiquement plus de possibilité de développer et contrôler eux-mêmes des modèles de soins intégrés. La qualité et l'efficacité de ces modèles dépendent en grande partie de l'autorité responsable de leur coordination. L'ASI estime que la sécurité des patients et la qualité des soins doivent être l'objectif premier de tout modèle de soins. Or, si les caisses-maladie étaient seules responsables de leur développement et de leur contrôle, il est à prévoir que les coûts et l'efficacité deviennent des thèmes de premier plan. La planification hospitalière par les cantons est également fortement affaiblie dans l'avant-projet, car les caisses seraient chargées d'indemniser les prestations et pourraient aisément définir d'autres fournisseurs de prestations (tels que des hôpitaux non répertoriés).

Les cantons particulièrement novateurs comme le canton de Vaud seraient ralentis: d'une part, parce qu'ils devraient céder la majeure partie du contrôle du système, d'autre part, parce que le financement uniforme proposé pénaliserait les cantons qui ont déjà transféré une partie de leurs services dans le domaine ambulatoire et introduit des modèles de soins intégrés. D'après la prise de position de la Conférence suisse des directeurs et directrices cantonaux de la santé (CDS), il faudrait prévoir des coûts supplémentaires à hauteur de plusieurs millions⁴.

⁴ www.gdk-

cds.ch/index.php?id=402&no_cache=1&L=1&tx_news_pi1%5Bnews%5D=488&tx_news_pi1%5Bcontroller%5D=News&tx_news_pi1%5Baction%5D=detail&cHash=cde43d7fcad9c9c8efe1fc21004dd67

5. La participation du patient aux coûts augmente dans le domaine stationnaire

En plus des primes, les assurés doivent directement contribuer aux coûts de leur traitement à travers la franchise, la quote-part et les frais hospitaliers (15 CHF par jour). Aujourd'hui, cette participation aux coûts n'est perçue que sur la part financée par les caisses-maladie. Les caisses devraient à l'avenir rembourser les prestations à hauteur de 100% et exigeraient aussi de ce fait une participation du patient au montant total de la prestation. Le rapport explicatif de l'avant-projet n'aborde pas ce sujet.

6. Position de l'ASI

L'Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI) est favorable à une uniformisation du financement, mais rejette l'avant-projet actuel de la CSSN-CN.

Pour atteindre les objectifs fixés et pour que l'ASI accepte une telle modification de la LAMal, les améliorations suivantes sont nécessaires:

1. Les systèmes tarifaires (DRG pour le domaine stationnaire et somatique, TARMED pour l'ambulatoire, TARPSY, etc.) sont inclus. Il y aurait justement la possibilité avec TARPSY d'introduire un système tarifaire valable pour tous les contextes de soins et d'en évaluer les effets.
2. Un pilotage de l'ensemble du système de financement centré sur le patient et basé sur la qualité est assurée. Les acteurs concernés, y compris les fournisseurs de prestations et les patients, sont impliqués dans le pilotage.
3. Le pilotage du système et des flux financiers est démocratiquement légitimé, car cela concerne l'argent du contribuable et des prélèvements obligatoires à hauteur de plusieurs milliards. Ce pilotage ne peut pas être cédé aux caisses.
4. Afin de favoriser des soins intégrés, l'intégration/collaboration entre les hôpitaux, cliniques, cabinets médicaux et les organisations de soins stationnaires et ambulatoires sera améliorée et les efforts de coordination respectifs rendus visibles et rémunérés.
5. L'amélioration massive sur le plan financier du traitement des hôpitaux non répertoriés est supprimée.

15.08.2018, Comité central de l'ASI

Nationalrat
Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit
3003 Bern

abteilung-leistungen@bag.admin.ch

scienceindustries
Wirtschaftsverband Chemie Pharma Biotech

Nordstrasse 15 · Postfach · 8021 Zürich
info@scienceindustries.ch
T +41 44 368 17 11
F +41 44 368 17 70

Zürich, 13. September 2018

09.528 Parlamentarische Initiative. Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus: Stellungnahme von scienceindustries

Sehr geehrte Damen und Herren

Am 15. Mai 2018 wurde die Vernehmlassung zu eingangs genannter Thematik eröffnet. scienceindustries, der Schweizer Wirtschaftsverband Chemie Pharma Biotech, nimmt mit Blick auf die indirekte Betroffenheit zahlreicher Mitgliederfirmen gerne zur Vorlage Stellung.

Trend zu mehr ambulanter Versorgung

Der medizinische Fortschritt macht es möglich, therapeutische Versorgung, welche früher den stationären Spitalaufenthalt des Patienten erforderte, zunehmend im ambulanten Bereich zu erbringen. In allen Fällen, in welchen die ambulante Versorgung eine äquivalente Therapie gewährt, ist eine solche einer stationären Versorgung nur schon deshalb vorzuziehen, weil sie in der Regel auch dem Bedürfnis der Patientinnen und Patienten nach rascher Rückkehr in die gewohnte häusliche Umgebung entspricht. Kommt hinzu, dass die ambulante Behandlung im Vergleich zur stationären Versorgung erfahrungsgemäss kostengünstiger ist. Unter dieser Prämisse ist die zunehmende Verlagerung von teuren stationären Leistungen in den kosteneffizienten ambulanten Bereich deshalb im Grundsatz zu begrüssen.

Unerwünschte Auswirkungen

Aufgrund des heute gültigen Finanzierungssystems führt indes eine eben durchaus gewollte Verlagerung der Behandlungen vom stationären in den ambulanten Bereich zu Verzerrungen. Denn die zu erwartenden Einsparungen bei den Gesundheitskosten kämen in weit grösserem Ausmass den Kantonen zugute, die den grösseren Kostenanteil bei stationären Behandlungen tragen, währenddem sie sich an den ambulanten Kosten nicht beteiligen. Es träte resp. tritt möglicherweise bereits der vielmehr paradoxe Effekt einer gesteigerten Prämienbelastung der einzelnen Bürgerinnen und Bürger ein, auch wenn die Verlagerung effektiv zu Einsparungen führt. Denn die zunehmende Verlagerung von mehrheitlich steuerfinanzierten stationären hin zu vollständig prämienfinanzierten ambulanten Leistungen muss alleine von den Prämienzahlenden

geschultert werden. Davon empfindlich betroffen sind insbesondere Prämienzahlende, die knapp nicht in den Genuss einer Prämienvverbilligung kommen. Ein solcher Effekt erscheint aus sozialpolitischen Überlegungen als unerwünscht und es gilt eine ausgleichende Lösung in diesem Dilemma zu finden, wobei die Interessen der Prämienzahlenden sowie der Kantone gleichsam zu berücksichtigen sind.

Die einheitliche Finanzierung kann dem gegenüber die Grundlage zur Erzielung wesentlicher Fortschritte im Schweizer Gesundheitswesen schaffen. So wird die Ausgangslage zur Wahl der effizientesten Versorgung verbessert, weil die Kantone sowie die Krankenversicherer dieselben Anreize haben, was sich insgesamt in geringeren Gesamtkosten äussern müsste. Zudem wird die medizinisch zunehmend möglich werdende, gesamtwirtschaftlich sinnvolle und politisch gewollte Verlagerung von stationärer zu ambulanter Behandlung mit einer Mitbeteiligung der Kantone an der Finanzierung der ambulanten Versorgung sozialverträglicher gemacht. Schliesslich erleichtert eine einheitliche Finanzierung unseres Erachtens die Förderung integrierter Versorgungsmodelle und damit einhergehend die Aussicht auf Kosteneinsparungen aufgrund von Effizienzgewinnen. Gerade in einer alternden Gesellschaft mit steigender Anzahl chronisch kranker Menschen erscheinen solche Modelle mehr und mehr als unabdingbar und die Anreize müssen so gesetzt werden, dass solche auch greifen können.

Unterstützung einer einheitlichen Finanzierung

Die anhaltenden Diskussionen um den Zustand des Schweizer Gesundheitswesens befassen sich zwischenzeitlich fast ausschliesslich mit der steigenden Kostenentwicklung und dem diesbezüglichen Handlungsbedarf. Unseres Erachtens geht in dieser Debatte der gleichzeitig laufend gesteigerte Nutzen zahlreicher neuer wie auch optimierter bewährter Therapien leider unter. Die Reduktion der gesundheitspolitischen Debatte auf eine reine Kostendiskussion ist aber nicht zielführend und es muss deshalb Raum für einen offeneren Diskurs geschaffen werden. Mit einer verbesserten Finanzierung von ambulant und stationär erbrachten Leistungen bietet sich eine Möglichkeit zur Reduktion von divergierenden Systemanreizen, zur Effizienzsteigerung und zu einer sozialverträglicheren Lastenverteilung der Gesundheitskosten. In der Annahme, dass eine entsprechende Verlagerung von Leistungserbringungen zu Kosteneinsparungen führen wird, begrüsst scienceindustries eine einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen.

Es ist uns bewusst, dass die Einführung einer entsprechenden, einheitlichen Finanzierung einer grundlegenden Reform unseres Gesundheitswesens auf nationaler Ebene gleichkommt. Da die Kantone neu die ambulante Versorgung mitfinanzieren würden, erscheint die Forderung vieler Kantone nach Mitsteuerungsmöglichkeiten im ambulanten Bereich als begründet und nachvollziehbar. Dem Begehren der Kantone ist deshalb mit der Schaffung entsprechender Steuerungsinstrumente für den ambulanten Bereich zu entsprechen. Dabei ist den finanzpolitischen Interessen der Kantone genügend Rechnung zu tragen und ein Lösungsansatz zu erarbeiten, der eben Einsparmöglichkeiten realisiert und diese dann sozialverträglich allen Beteiligten zugutekommen lässt. scienceindustries lehnt eine zusätzliche Belastung der kantonalen Budgets genauso ab, wie eine sozialpolitisch kritische Mehrbelastung der Prämienzahler. Die Lösung muss in einer kostenneutralen Beseitigung von Fehlanreizen, einer Steigerung der Behandlungseffizienz und einer gerechten Verteilung der Kostentragung liegen.

Für die Berücksichtigung unserer Anliegen danken wir Ihnen.

Freundliche Grüsse

Dr. Stephan Mumenthaler
Direktor

Jürg Granwehr
Leiter Pharma Schweiz

Kopie an:

- ASSGP
- Intergenerika
- Interpharma
- vips

**Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG):
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : senesuisse, Verband wirtschaftlich unabhängiger Alters- und Pflegeeinrichtungen Schweiz

Abkürzung der Firma / Organisation : senesuisse

Adresse : Kapellenstrasse 14, 3011 Bern

Kontaktperson : Christian Streit, Geschäftsführer

Telefon : 058 796 99 19

E-Mail : info@senesuisse.ch

Datum : 14.09.2018

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **15. September 2018** an folgende E-Mail Adresse:
abteilung-leistungen@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG): Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
senesuisse	Weil die Finanzierung für senesuisse als Verband der wirtschaftlich unabhängigen Alters- und Pflegeinstitutionen eine Grundvoraussetzung für das Funktionieren des Gesundheitssystems darstellt, erhalten Sie in der angesetzten Frist diese Stellungnahme. Nachdem die GDK als Voraussetzungen zur Einführung von EFAS ausdrücklich auch die einheitliche Finanzierung der Langzeitpflege (Spitex/Pflegeheime) gefordert hat, sind wir auch ganz direkt betroffen.
senesuisse	Im Jahr 1996 wurde der Verband senesuisse gegründet. Seither vertritt er die Interessen und Anliegen von Leistungserbringern im Bereich der Langzeitpflege. Mehr als 400 Institutionen mit rund 25'000 Pflegeplätzen sind Mitglied.
senesuisse	Als Verband der nicht subventionierten Alters- und Pflegeinstitutionen setzt sich senesuisse seit jeher für wirtschaftliche und deregulierende Lösungen in allen Bereichen ein und wehrt sich gegen ständig steigende Bürokratie und zusätzlichen Administrativaufwand, die niemandem nützen. Entsprechend den Prämissen von Wirtschaftlichkeit, Selbstverantwortung, Freiheit und angemessener Finanzierungsregelungen begrüssen wir die einheitliche Finanzierung von gleichen Leistungen. Damit werden Fehlanreize beseitigt und der Fokus wird auf die echten Patientenbedürfnisse gelegt. So haben die am besten geeigneten Leistungen und Leistungserbringer mit optimalem Qualitäts-/Preisverhältnis die beste Ausgangslage.
senesuisse	Als Verband der wirtschaftlich denkenden Alterspflegeinstitutionen ist senesuisse immer wieder mit Situationen konfrontiert, in welchen nicht der Mensch mit seinen Bedürfnissen und Möglichkeiten im Zentrum steht, sondern die Finanzierung. Es bestehen sowohl in der Spital- als auch Langzeitpflege grosse Unterschiede zwischen der Finanzierung von ambulanten und stationären Angeboten. Dies kann nicht im Interesse der Patienten, aber auch nicht in jenem der Prämien- und Steuerzahler sein. Entsprechend macht eine einheitliche Finanzierung Sinn, welche Fehl- und Überversorgung einschränkt und die integrierte Versorgung mit effizienten Patientenpfaden stärkt. Das System sollte in jedem Fall von einer nationalen Tariforganisation getragen und gesteuert werden, damit Blockierungen und Gerichtsverfahren in komplexen Tariffragen möglichst verhindert und die Ausfinanzierung wirtschaftlicher Leistungen garantiert werden können.
senesuisse	Den besten Mehrwert bringt die reine Subjektivfinanzierung, in welcher eine Person nach ihren konkreten Bedürfnissen nach klarer Kosten-transparenz finanziert wird – unabhängig vom Leistungserbringer, welchen sie im besten Fall komplett selbstbestimmt wählen kann. Dies wäre nicht nur die patientenfreundlichste Lösung, sondern würde auch sinnvollen Wettbewerb ermöglichen. Für den Bereich der Langzeitpflege, in welcher eine vom Leistungserbringer unabhängige Finanzierung je nach Unterstützung und Infrastruktur noch viel wichtiger ist, hat denn das Gottlieb Duttweiler Institut im Auftrag von senesuisse auch eine Studie erarbeitet, wie ein optimales Finanzierungsmodell aussehen müsste: http://www.gdi.ch/Media/GDI_Senesuisse_Pflege.pdf .

Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG): Vernehmlassungsverfahren

senesuisse	Der Verband senesuisse äussert sich bewusst nicht zu den Details der vorgeschlagenen Gesetzesregelungen, zumal diese den Bereich der Spitäler betreffen. In Anlehnung an die allgemein geführte Diskussion halten wir aber folgende Eckpunkte fest, welche bei einer einheitlichen Finanzierung zu gewährleisten sind - besonders dann, wenn der Bereich der Langzeitpflege (Spitex/Heime) hinzu kommen sollte: - Die Finanzierung der Pflegeleistungen muss patientenorientiert erfolgen – nicht angebotsorientiert; es müssen also vom Leistungserbringer (ambulant, stationär, teilstationär) komplett unabhängige, auf den Patienten und seine Bedürfnisse harmonisierte Finanzierungsregeln gelten. - Die Kostentransparenz und Kostenwahrheit wird sichergestellt, indem die Finanzierung der wirtschaftlichen Vollkosten berücksichtigt wird (verbindliche Definition von Mindestleistungen, woraus die entsprechende datenbasierte Vollkostenfinanzierung errechnet und bezahlt wird), damit nicht auf Kosten der Patienten aus rein finanziellen Gründen über Mass gespart wird. - Die integrierte Versorgung muss gefördert werden, um die Übergänge zwischen ambulant und stationär zu erleichtern (im Bereich der Langzeitpflege namentlich die sinnvollen Angebote von Betreutem Wohnen). - Die Anteile der verschiedenen Kostenträger an der Pflegefinanzierung bleiben stabil, um schleichende Kostenverschiebungen zu vermeiden. - Indem nur noch ein Zahler (vorzugsweise nicht allein die Versicherer, sondern ein gemeinsames Gefäss mit den Kantonen, welches paritätisch zusammengesetzt ist) für die Rechnungen aufkommt, kann der administrative Aufwand für Leistungserbringer und Zahler verringert werden. - Die Schaffung einer nationalen Einrichtung für Tarifstrukturen (analog SwissDRG) mit gleichmässiger Beteiligung von Bund, Kantonen, Versicherern und Leistungserbringern ermöglicht, Streitigkeiten in der Regel ohne Blockaden oder Gerichtsverfahren zu beseitigen. - Längerfristig ist die Realisierung einer reinen Subjektfinanzierung anzustreben (bezahlung einer Pauschale an die Patienten gemäss dem festgestelltem Bedarf), welche Transparenz schafft und unnötige Reibungen zwischen den unterschiedlichen Leistungserbringern beseitigt.
------------	--

**Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG):
Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
senesuisse	25a	2		Entgegen dem Prinzip, dass wir uns zur EFAS im Bereich der Spitäler nicht äussern wollen, müssten wir es betreffend die Regelung zur Übergangspflege wegen dieser praxisfremden Gesetzesbestimmung tun. Hauptzweck der AÜP ist, nach einem Spitalaufenthalt einen Übergang anzubieten, der den medizinischen oder psychiatrischen Bedürfnissen und der Rekonvaleszenz entspricht, damit Patienten ihre Selbständigkeit im Alltag wieder erlangen. Die Erfahrung zeigt, dass dies in vielen Fällen mit 14 Tagen Maximaldauer nicht realistisch ist. Die heutige Finanzierung der AÜP bietet zudem keinen Anreiz, das Angebot in Heimen zu nutzen (obwohl die Infrastruktur gerade für ein solches Angebot ideal wäre), weil dort der ganze Aufenthalt selber zu bezahlen ist.	Die Übergangspflege muss mindestens 4 Wochen (bedarfsweise zusätzlich einmal verlängerbar) statt nur 14 Tage möglich sein. Zudem ist sie wie vorgelagerte Behandlungen einer akuten Krankheit zu finanzieren: Inklusive anfallender Hotellerie- und Betreuungskosten.



Per Mail übermittelt

BAG

Abteilung Leistungen

abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Bern, 14. September 2018

Stellungnahme zur Parlamentarischen Initiative 09.528: Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus

Sehr geehrter Herr de Courten
Sehr geehrte Damen und Herren

Der Vorstand der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM) bedankt sich bestens für die freundlicherweise eingeräumte Möglichkeit zur Stellungnahme. Die SGAIM hat sich intensiv mit den Revisionsvorschlägen zur parlamentarischen Initiative auseinandergesetzt und nimmt dazu innert der gesetzten Frist Stellung.

Die SGAIM begrüsst grundsätzlich die Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand und damit die Einführung des Monismus. Ob eine medizinische Leistung stationär oder ambulant erbracht wird, darf sich einzig an medizinischen Indikatoren orientieren und nicht auf Basis finanzieller Überlegungen folgen. Dass in der Schweiz nach wie vor viele Eingriffe stationär vorgenommen werden, obwohl sie aus medizinischer Sicht auch ambulant durchgeführt werden könnten, erachtet die SGAIM nicht nur aus Kostengründen, sondern insbesondere auch unter dem Aspekt der medizinischen Qualitätsansprüche als störend. Die SGAIM stellt sich gegen jegliche Verschwendung im Gesundheitswesen, da die beschränkten finanziellen Mittel immer für die beste Behandlung aller Patient/-innen eingesetzt werden sollen und nicht in administrative Abläufe und unnötige Behandlungen investiert werden dürfen. Diesbezüglich muss bei der Umsetzung der Parlamentarischen Initiative besonders darauf geachtet werden, dass der administrative Aufwand durch die Einführung der einheitlichen Finanzierung effektiv abnimmt und nicht weiter zunehmen wird. Nach Einführung des SwissDRG Systems (Fallpauschale) musste leider festgestellt werden, dass die administrativen Arbeiten im stationären Bereich enorm zugenommen haben. Da die Rechnungsstellung mit der Einführung der monistischen Finanzierung nur noch an die Versicherung erfolgen soll, lässt zumindest zu hoffen, dass der administrative Aufwand für Spitäler dadurch abnehmen dürfte, was sehr erstrebenswert ist.

Die beabsichtigte Verlagerung von stationär zu ambulant darf insbesondere auch im Hinblick auf die medizinische Versorgung von älteren und multimorbid erkrankten Patient/-innen nicht einseitig unter dem finanziellen Aspekt beurteilt werden. Hierbei ist der zum Teil komplexen medizinischen und sozialen Situation dieser Patient/-innen Rechnung zu tragen, ohne dass dadurch ein enormer administrativer Aufwand betrieben werden muss. Die SGAIM ist ebenso der Ansicht, dass allein die Einführung der einheitlichen Finanzierung noch nicht zwingend zu einer Verbesserung der integrierten Versorgung führt. Hierzu werden weitere Massnahmen notwendig sein. Die Favorisierung der ambulanten

Behandlung darf insbesondere nicht dazu führen, dass der stationäre Bereich der Allgemeinen Inneren Medizin weiter geschwächt wird. Die SGAİM erachtet es im Gegenteil als zwingend notwendig, dass dem Generalismus in den Spitälern gerade auch im Hinblick auf die Verschiebung der interventionellen Eingriffe vom stationären in den ambulanten Bereich eine noch zentralere Bedeutung zukommt.

Die Einführung der monistischen Finanzierung darf ebenso nicht dazu führen, dass im Bereich der ärztlichen Weiterbildung wie auch der medizinischen Forschung sowie bei den gemeinwirtschaftlichen Leistungen von Seiten der Kantone gespart wird. Bei einer Verlagerung von stationär zu ambulant ist ein besonderes Augenmerk auch auf die Weiterbildung im ambulanten Bereich zu richten. Da zu erwarten ist, dass die finanzielle Belastung der Kantone unter dem Aspekt, dass sie die Langzeitpflege mitfinanzieren (Restfinanzierung), zukünftig zunehmen wird, ist die Befürchtungen nicht von der Hand zu weisen, dass die Kantone in den für die Qualität eminent wichtigen Bereichen sparen werden. Gerade im Hinblick auf die Weiterbildung von Allgemeininternist/-innen und darunter auch Hausärzt/-innen besteht nach wie vor ein erheblicher Nachholbedarf. Diesem Aspekt muss allgemein aber auch unter dem Eindruck eines neuen Finanzierungsmodells besondere Beachtung geschenkt werden.

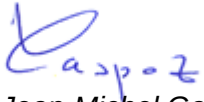
Kritisch stellt sich die SGAİM zum Vorschlag, dass bei den Vertragsspitalen neu im Bereich der OKP maximal 74.5 Prozent der Kosten (statt wie bisher 45 Prozent) übernommen werden sollen. Es ist nicht ersichtlich, wieso in diesem Bereich eine Verschiebung zwischen dem OKP Bereich und den Zusatzversicherungen erfolgen soll. Diesbezüglich kann die SGAİM die Forderung der Kantone nach grösstmöglicher Transparenz nur unterstützen. Es stellt sich die Frage, ob mit dieser neuen Regelung nicht einer Überkapazität im stationären Bereich Vorschub geleistet wird, da die Relevanz kantonaler Spitalplanung im Vergleich zu heute abnehmen würde. Den Kantonen sollten allgemein Kontroll- und Steuerungsmöglichkeiten – allenfalls auch auf überregionale Ebene – eingeräumt werden, um allfälligen Überkapazitäten zu reduzieren oder zu verhindern.

Fraglich erscheinen der SGAİM mit der geänderten Finanzierung auch die Auswirkungen auf den spitalambulanten Bereich. Es bleibt abzuwarten, ob aufgrund dieser Entwicklung weitere Infrastrukturmassnahmen im Bereich der Spitalambulanz notwendig sein werden, und wie diese Investitionen finanziert werden sollen.

Auf eine detaillierte Kommentierung der einzelnen Artikel verzichtet die SGAİM. Wir danken Ihnen für die freundliche Kenntnisnahme und Berücksichtigung dieser Überlegungen.

Freundliche Grüsse

Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM)



Jean-Michel Gaspoz
Prof. Dr. med.
Co-Präsident



Bernadette Häfliger Berger
Rechtsanwältin
Generalsekretärin



François Héritier
Dr. med.
Co-Präsident

Kopie geht an:

- FMH
- mfe
- ICKS

Thomas de Courten
Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit
Nationalrat
CH-3003 Bern

abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Bern, 14. September 2018

**Vernehmlassung zu 09.528 Parlamentarische Initiative.
Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand.
Einführung des Monismus – Eröffnung des Vernehmlassungsverfahrens.**

Stellungnahme der Schweizerischen Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie (SGDV)

Sehr geehrter Herr Nationalrat de Courten
Sehr geehrte Damen und Herren Nationalräte

Wir danken Ihnen für die Einladung zur Stellungnahme zu oben genannter Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung. Gerne nehmen wir nachfolgend Stellung dazu.

A. Einleitende Bemerkungen

Die SGDV unterstützt die Einführung einer einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen. EFAS ist ein wichtiges und taugliches Mittel, um Fehlanreize zu vermeiden, die Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich sowie die integrierte Versorgung zu fördern.

Die Verlagerung in den ambulanten Bereich in indizierten Fällen kann dank und mittels EFAS vollzogen werden, ohne dadurch eine übermässige und aus sozialpolitischer Sicht problematische Mehrbelastung der Prämienzahler zu verursachen. Die Entscheidung, ob eine Behandlung ambulant oder stationär durchgeführt werden soll, muss immer bei dem/der für die Behandlung verantwortlichen Arzt/Ärztin liegen.

EFAS wird dazu beitragen, sowohl die Effizienz als auch die Qualität im Gesundheitswesen zu steigern; beides sind erwünschte Effekte.

Die heutigen Bemühungen der Kantone, eine Verlagerung in den ambulanten Bereich zu erreichen, gehen bei der heutigen Finanzierung zu Lasten der Prämienzahler und Krankenversicherer, beide haben aufgrund der negativen Auswirkung auf die Prämienentwicklung kaum Interesse an einer Verlagerung in den ambulanten Bereich. Eine aus medizinischer Sicht gerechtfertigte Verlagerung in den ambulanten Bereich wird sich erst dann konsequent durchsetzen lassen, wenn alle Parteien davon profitieren.

Zahlstelle und Datentransfer

Die gemeinsame Einrichtung der Krankenversicherer eignet sich als alleinige Zahlstelle. Die Versicherer haben ein grosses Interesse an einer professionellen Rechnungskontrolle, da sie dadurch einen Anstieg der Kosten, aber auch der Prämien verhindern können. Inwiefern eine zusätzliche Kontrolle durch die Kantone diesen einen Mehrwert bringen könnte, zeigen die Kantone nicht auf. Sie dürften selbst ein grosses Interesse daran haben, keine kostspieligen parallelen Organisationen aufbauen oder unterhalten zu müssen. Die Rechnungskontrolle liegt im Interesse beider Kostenträger, entgegenstehende Interessen in dieser Sache sind nicht auszumachen, weshalb das Risiko einer mangelhaften Rechnungsprüfung durch die gemeinsame Einrichtung für die Kantone wohl äusserst gering sein dürfte.

Die Krankenversicherer verfügen heute bereits über eine gemeinsame Einrichtung. Diese wird als Zahlstelle tätig sein, und sie wird die von den Kantonen und dem Bund entrichteten Beiträge empfangen und diese auf die Versicherer aufteilen. Es bietet sich aufgrund dieser Funktion der gemeinsamen Einrichtung deshalb an, ihr weitere Aufgaben im Zusammenhang mit EFAS zu übertragen. Dazu gehört nach Einschätzung der SGDVG auch die Entgegennahme der von Bund, Kantonen und Versicherern gelieferten Daten, welche für die Berechnung der Kantons- und Bundesbeiträge notwendig sind. Auch in diesem Zusammenhang soll aus Gründen der Effizienz vermieden werden, dass mehrere Stellen als Datenempfänger tätig sind, und dafür entsprechende Organisationen aufbauen oder unterhalten.

Risikoausgleich

Der Risikoausgleich muss auch für den Kantonsanteil übernommen werden. Selbst wenn der Kantonsanteil nur einen Viertel der Gesamtkosten ausmacht, ist dessen Berücksichtigung beim Risikoausgleich wichtig. Immerhin würde der heute bereits vorgesehene Anteil für den Risikoausgleich um ein Drittel erhöht. Die SGDVG unterstützt deshalb den diesbezüglichen Minderheitsantrag zu Art 60a. Dieser ist aufgrund seiner komplizierten Formulierung aber schwer verständlich, weshalb eine einfachere Formulierung gefunden werden sollte.

Steuerung durch die Kantone

Ein Zulassungsstopp zur Steuerung der ambulanten Versorgung durch die Kantone ist mit Art. 55a KVG bereits in Kraft. Im Zusammenhang mit EFAS wird kein zusätzlicher Steuerungsbedarf aufgezeigt, aber ein solcher behauptet. Da EFAS lediglich zu einer Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich führen wird, wodurch der Bedarf im ambulanten Bereich steigen wird, kann sich die SGDVG nicht vorstellen, was eine zusätzliche Steuerung im Sinne einer Beschränkung ambulant tätiger Leistungserbringer für Vorteile bringen würde. Im Gegenteil müsste dieser Bereich zu Lasten der stationären Versorgung ausgebaut werden. Falls es darum gehen sollte, den spitalinternen ambulanten Bereich gegenüber dem spitalexternen zu bevorzugen, müsste geprüft werden, ob dies ein kosteneffizientes und zu unterstützendes Ziel wäre.

B. Bemerkungen zu den einzelnen Artikeln

Nachfolgend kommentieren wir die Gesetzesentwürfe nur, falls wir von der Mehrheit SGK-N abweichende oder ergänzende Vorstellungen haben.

Art. 60 Abs. 6

Die gemeinsame Einrichtung der Krankenversicherer soll die Funktion als alleinige Zahlstelle übernehmen. Eine doppelte Rechnungsprüfungs- und Zahlstelle würde unnötige organisatorische und finanzielle Aufwände mit sich bringen. Einerseits müssten die Kantone entsprechende Organisationen aufbauen oder weiter betreiben, andererseits wären die Leistungserbringer mit doppelter Rechnungstellung mehrbelastet. Das würde den erwünschten Effizienzgewinn durch die Einführung

von EFAS in Frage stellen. Der erhöhte Aufwand in der Rechnungsstellung würde im System des Tiersgarant auch den Patienten treffen.

Da bereits eine gemeinsame Einrichtung besteht, welche sich um die Rechnungsstellung kümmert und weitere Vollzugsaufgaben übernehmen kann, bietet es sich aus Sicht der SGDV an, dass die für die Berechnung der Kantons- und Bundesbeiträge notwendigen Daten an diese Einrichtung geliefert werden.

Art. 60a

Die SGDV unterstützt den Minderheitsantrag, weil der Risikoausgleich über die gesamten Behandlungskosten abgewickelt werden muss. Allerdings erscheint uns die von der Minderheit vorgeschlagene gesetzliche Regelung zu komplex, was ihre Chancen im politischen Prozess verringert. Die Kommission soll einen einfachen und verständlichen Gesetzestext entwickeln, welcher den Risikoausgleich auch auf den Kantonsbeitrag ausdehnt.

Schlusstitel

II Abs. 2

Eine Steuerung der Zulassung ist bereits heute möglich. Sie muss im Zusammenhang mit einer Verlagerung von Leistungen nicht ausgebaut werden. EFAS provoziert keine Mengenausweitung, aber einen erhöhten Bedarf von ambulanten verbunden mit einer eben solchen Verringerung von stationären Kapazitäten. Dieser ambulante Mehrbedarf muss abgedeckt werden, weshalb eine kantonale Steuerung im Sinne einer Verringerung von ambulanten Kapazitäten unerwünscht ist.

Dem Minderheitsantrag betreffend die Koordination des Inkrafttretens mit dem Inkrafttreten einer Nachfolgeregelung von Art. 55a KVG ist deshalb nicht zu folgen.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. med. Carlo Mainetti
Präsident SGDV

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG):
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie

Abkürzung der Firma / Organisation : SGP

Adresse : Rue de l'Hôpital 15, Postfach 1380, 1701 Freiburg

Kontaktperson : Claudia Baeriswyl, Generalsekretärin

Telefon : 026 350 33 44

E-Mail : secretariat@swiss-paediatrics.org

Datum : 30.07.2018

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **15. September 2018** an folgende E-Mail Adresse:
abteilung-leistungen@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG): Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung (DER BEGRIFF «KINDER» BETRIFFT KINDER UND JUGENLICHE BIS ZUM ALTER VON 18 JAHREN)
SGP	Die SGP verfolgt bezüglich der Finanzierung der Gesundheitsleistungen für Kinder folgende kurz- und mittelfristigen Ziele: (1) UNTERSTÜTZUNG des Dachverbands mfe bezüglich der Hausarztmedizin für Kinder (Praxispädiatrie, ambulante Grundversorgung). Die SGP schliesst sich bezüglich ambulanter Grundversorgung in Kinder- und Jugendmedizin der Stellungnahme des Berufsverbands Haus- und Kinderärzte Schweiz mfe an. (2) VERBESSERUNG der Finanzierung der ambulanten pädiatrischen Sekundär- und Tertiärversorgung (spezialärztliche Leistungen, die in der Schweiz praktisch ausschliesslich in den Spitalambulatorien der öffentlichen Kinderspitäler/Kinderkliniken erbracht werden). (3) VERBESSERUNG der Finanzierung der ambulanten Interventionen an Kindern (Untersuchungen in Sedation/Narkose, ambulante Eingriffe). (4) HALTEN der Finanzierung der stationären Grund- bis Tertiärversorgung (Katalog SwissDRG und Fallpauschalen) mit Verbesserung der sachgerechten Abbildung der Leistungen.
SGP	Die SGP unterstützt die Revision (Monismus, EFAS), falls (1) sie dazu beiträgt, das strukturelle Defizit der ambulanten Spitalpädiatrie zu beheben. (2) die Vergütung von ambulanten Interventionen an Kindern nachhaltig verbessert wird (Sedation, Narkose, chirurgischer Eingriff). (3) die Krankenkassen die Kosten- und Vergütungsstruktur für Kinder und Jugendliche separat ausweisen (Art. 60a, Minderheit). (4) einer unilateralen Selbstoptimierung der Krankenkassen wirksam vorgebeugt wird. (5) sie zu einer Abflachung der Prämienentwicklung für Familien mit kleinen und mittleren Einkommen führt.
SGP	Die SGP befürchtet, dass (1) die Revision weiterhin nicht zu einer sachgerechten Vergütung der Leistungen für Kinder führt. (2) Kantone ungenügende Steuerungswerkzeuge erhalten, um die bedarfsgerechte Vergütung für unterfinanzierte Gruppen zu kompensieren und dass kantonale Unterschiede Verzerrungen beibehalten, die bereits jetzt die Vergleichbarkeit stören. Die ab 2019 kantonal geregelte Zulassungssteuerung für Ärzte ist aus Sicht der SGP ungenügend. In der Kindermedizin droht nicht eine kostentreibende Überversorgung wie in verschiedenen Spezialgebieten der Erwachsenenmedizin (Daten Gesundheitsobservatorium Obsan, Publikation August 2018). Vielmehr ist

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG): Vernehmlassungsverfahren

	sicherzustellen, dass die Kantone steuern können, dass die spezialärztliche Versorgung von Kindern künftig sachgerecht vergütet wird. Deshalb unterstützt die SGP den Standpunkt der Minderheit zu Art. 60a. (3) Krankenkassen als primäre Kostenträger ungenügend durch die Kantone und Bund kontrolliert werden.
SGP	Die VERLAGERUNG von stationären Leistungen in den ambulanten Bereich ist in der Pädiatrie anders zu gewichten als in der Erwachsenenmedizin. Sie ist in der Praxis bereits weitgehend vollzogen, aber ungenügend finanziert. Bereits jetzt bieten die Spitäler die stationär-ambulante Versorgung für die Sekundär- und Tertiärversorgung von Kindern aus einer Hand oder in enger Kooperation mit den pädiatrischen Grundversorgern und der Kinder-Spitex an. Hier muss die Revision die Kostenträger dazu zwingen, ambulante Leistungen zu vergüten, wenn dadurch die Summe der stationären+ambulanten Fallkosten gesenkt wird.
SGP	Die SGP fordert, dass bei der Anwendung eines Gesamtkostendachs (Globalbudget) die Kindermedizin zu Ungunsten der Erwachsenenmedizin gefördert werden kann. Neben gesellschaftlichen und ethischen Werten, für die ein allgemeiner Konsens zur Respektierung der Bedürfnisse von Kindern besteht, ist die Gesunderhaltung in diesem Alterssegment auch volkswirtschaftlich pro Kopf die nachhaltigste Investition (z.B. QALY von präventiven und therapeutischen Massnahmen). Zudem sind absolute Kostenveränderungen zugunsten von Kindern im Gesamtrahmen von geringer Bedeutung. Deshalb müssen Hebel so wirksam sein, dass die Finanzierung bei vorgegebenem Globalbudget asymmetrisch zugunsten der Kinderpopulation reguliert werden kann. Dafür ist der Kantonsanteil geeignet.
SGP	Die SGP fordert, dass der gesamte MTK Bereich (IV) ohne Einschränkungen in das neue System integriert wird. Ca. 30% der Deckung der stationären Kosten der Kinderspitäler/Kinderkliniken erfolgt über die IV. Ohne Integration der IV bewirkt die Revision für die Kindermedizin nicht den Zweck der Finanzierung aus einer Hand. Diese Dualität belastet die Leistungserbringer mit einem unnötigen administrativen Mehraufwand.
SGP	Die Kinderspitäler und Kinderkliniken sind vorwiegend ÜBERKANTONALE Leistungserbringer. Wie verändert die Revision die in der sekundären und tertiären Kindermedizin fragwürdige Praxis, dass Kantone Einfluss nehmen, damit Patienten aus einzig monetären und nicht qualitätsorientierten Gründen in eigenen Institutionen betreut werden? Wie verändert die Revision die Abgrenzung und Abgeltung für Patienten, die ausserkantonale behandelt werden? Die Revision muss eine Systemvereinfachung bewirken, weil die Qualitätssicherung der Sekundär- und Tertiärpädiatrie keine kantonalen Grenzen respektieren kann (Stichwort «minimale Fallzahlen»). Wie wird künftig sichergestellt, dass sich Kantone, die über keine Kinderspitäler oder keine tertiären Kinderspitäler verfügen, an den gemeinwirtschaftlichen Leistungen der im Behandlungsprozess nachgeschalteten Institutionen beteiligen?

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG):
Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
SGP	18	2		Die SGP unterstützt die Minderheit.	
SGP	18	5		Die SGP unterstützt die Minderheit.	
SGP	60	a	2	Die SGP unterstützt die Minderheit. Versicherer sollen Kosten für die genannten Gruppen ermitteln. Kantone sollen die Möglichkeit haben, innerhalb des gesprochenen Globalbudgets Beiträge spezifisch Gruppen wie Kindern zuzusprechen. Versicherer sollen verpflichtet sein, solche Beiträge gruppenspezifisch einzusetzen, um so kurzfristig eine sachgerechte Vergütung der Leistungserbringer zu ermöglichen.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen
Schwarzenburgstrasse 157
CH—3003 Bern

abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Dübendorf, den 11. September 2018

Vernehmlassung: 09.528 Parlamentarische Initiative. Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus.

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 15. Mai 2018 hat der Präsident der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-N) die Vernehmlassung in obengenanntem Geschäft mit Frist bis 15. September 2018 eröffnet. Wir lassen Ihnen nachstehend die Stellungnahme der SGS fristgerecht zukommen.

1. Allgemeine Bemerkungen

Die SGS befürwortet die Einführung der Finanzierung der OKP-Pflichtleistungen aus einer Hand, wie sie von der SGK-N vorgeschlagen wird.

Hingegen lehnt die SGS die von einer Minderheit der SGK-N vertretene Auffassung, wonach auf die Vorlage nicht einzutreten sei, weil diese neue Fehlanreize schaffe und die Kantone zu einer Mitfinanzierung des ambulanten Bereichs verpflichte ohne ihnen entsprechende Steuerungsmöglichkeiten zu geben, dezidiert ab.

Die SGS begrüsst die drei Zielsetzungen der Vorlage:

- Förderung einer Verlagerung von Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich, wo dies medizinisch sinnvoll ist;
 - Stabilisierung der prämien- und steuerfinanzierten Anteile an den obligatorisch versicherten Krankheitskosten (ohne Langzeitpflege);
 - Förderung einer sachgerechten Tarifierung.
-

Für die Erreichung dieser Ziele, die aus medizinischer und ökonomischer Sicht als prioritär einzustufen sind, schafft die Vorlage wichtige Voraussetzungen.

Im Gegenzug fordert die SGS, dass die kantonalen und nationalen Listen „ambulant vor stationär“ ersatzlos gestrichen werden. Wenn die vorliegende Teilrevision die Fehlanreize zum Ort der Leistungserbringung weitgehend eliminiert, werden die medizinisch und ethisch problematischen, bürokratisch aufwändigen und damit kostentreibenden Listen für ambulantes Operieren obsolet. Eine entsprechende Übergangsbestimmung zur Abschaffung der kantonalen und bundesweiten Operationslisten und ihrer Umsetzungsmassnahmen ist in die vorliegende Teilrevision aufzunehmen.

1.1. Aktuelle Situation

Die heute geltenden, unterschiedlichen Finanzierungsregimes des ambulanten und des stationären Bereichs führen zu Fehlanreizen, die eine effiziente und effektive medizinische Versorgung erschweren oder sogar verhindern.

So haben die Versicherer nur dann einen Anreiz, die Verlagerung von stationären zu ambulanten Leistungen zu fördern, wenn die ambulante Leistungserbringung mindestens 55 Prozent günstiger ist als die stationäre.

Umgekehrt haben die Kantone ein finanzpolitisches Interesse, das Volumen von ambulanten Leistungen zu steigern, weil dadurch der kantonale Anteil an stationären Leistungen sinkt, freilich unter dem Vorbehalt, dass die Bettenauslastung nicht mit zusätzlichen stationären Fällen kompensiert wird. Dass es sich hierbei nicht nur um theoretische Überlegungen handelt, haben die Kantone mit der Einführung von AVOS-Listen eindrücklich vor Augen geführt.

Die solchermassen entgegengesetzten Interessen von Kantonen und Versicherern widerspiegeln sich in den Verhandlungen der Tarifpartner und bei Tariffestsetzungen durch die Kantone. Bei der Tarifgestaltung versucht jede Partei, das ihr jeweils zufallende Kostenvolumen zulasten der anderen Partei zu minimieren. Dadurch kann der Fehlanreiz entstehen, Leistungen nicht aufgrund der WZW-Kriterien und kostendeckend zu tarifieren, wie es das KVG vorschreibt, sondern aufgrund der gewünschten Wirkung, die der Tarif auf die Wahl des Behandlungsortes haben soll. Dieses „egoistische“ Verhalten kann den Versicherern und Kantonen jedoch nicht verübelt werden. Sie tragen keine Verantwortung für die volkswirtschaftliche Gesamtrechnung. Der Kanton ist gegenüber dem Steuerzahler, der Krankenversicherer gegenüber dem Prämienzahler Rechenschaft schuldig. Unter den gegebenen Spielregeln kann das Verhalten von Kantonen und Versicherern, ihr jeweiliges Kostenvolumen zu minimieren, als ökonomisch rational bezeichnet werden. Darunter leidet aber das übergeordnete Interesse einer medizinisch

effizienten Versorgung der Bevölkerung. Dem finanziellen Gesamtinteresse des Bürgers, der bekanntlich Steuer- und Prämienzahler in sich vereint, wird mit diesem System ebenfalls nicht Rechnung getragen. Die aufgrund der unterschiedlichen Finanzierung von ambulantem und stationärem Sektor entstehenden tarifarischen Fehlanreize begünstigen eine aus medizinischer und ökonomischer Sicht suboptimale Wahl des Behandlungsortes. Die Indikationsstellung, ob ein Patient ambulant oder stationär behandelt wird, sollte aber -- im Idealfall -- ausschliesslich von seinem medizinisch und sozialen Zustand abhängen.

Dass die Schweiz relativ weit von diesem Idealzustand entfernt ist, zeigen internationale Vergleiche. So werden in der Schweiz nur gerade 17% der chirurgischen Eingriffe im spitalambulantem Bereich durchgeführt. Dieser Anteil beträgt in den Niederlanden 51%, in den USA 62%.

Für die vergleichsweise schwache Entwicklung des ambulanten Bereichs in der Schweiz sind die tarifarischen Fehlanreize sicher einer der wichtigsten Gründe. Daneben können kulturelle Faktoren ebenfalls eine gewisse Rolle spielen.

1.2. Vorteile einer einheitlichen Finanzierung

Mit einer einheitlichen Finanzierung des ambulanten und stationären Sektors werden die Interessen der beiden Kostenträger Krankenversicherer und Kantone gleichgeschaltet («alignment of interests»). Beide werden ein Interesse daran haben, dass über alle Sektoren der Versorgung hinweg qualitativ hochstehende Leistungen zu einem kostendeckenden Tarif erbracht werden können. Anreize für sektorielle Über- und Untertarifierungen fallen weg, weil sie aus tarif-taktischer Sicht keinen Sinn mehr machen.

Als monistischer Finanzierer (mit dualer Mittelherkunft aus Steuern und Prämien) wird der Krankenversicherer eine Gesamtsicht auf die Behandlungspfade und deren Kosten erhalten. Er wird besser in der Lage sein, innovative Tarifsysteme zu entwickeln wie z.B. ambulante Leistungspauschalen, Komplexpauschalen und sogenannte *bundled payments*. Mit solchen Tarifsystemen können effiziente, sektorenübergreifende Behandlungsprozesse gefördert und honoriert werden. Eine Verknüpfung der Tarife mit Elementen der Qualitätssicherung, wie sie vom KVG verlangt wird und mit der laufenden KVG-Revision 15.083¹ gefördert werden soll, wird ebenfalls einfacher werden. Die für den Patienten besonders bedeutsame Ergebnisqualität kann als Summe der an den verschiedenen Etappen der Behandlungskette erbrachten Qualität definiert werden. Ein Krankenversicherer, der als monistischer Finanzierer die ganze Behandlungskette von A bis Z finanziert, wird

¹ KVG. Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit (15.083)

die Ergebnisqualität und deren Zustandekommen besser analysieren und in die Tarifverhandlungen einfließen lassen können. Dadurch entsteht ein Anreiz für die Leistungserbringer, die Komponenten der Behandlungskette besser zu koordinieren oder sogar vertikal zu integrieren.

Zu den medizinischen und ökonomischen Aspekten einer Verlagerung von Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Sektor hat sich die SGS in der Stakeholder-Konsultation vom 4. Oktober bis 3. November 2017 über die Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) betreffend «Ambulant vor Stationär» bereits geäußert. Sie ist weiterhin der Auffassung, dass die AVOS-Listen ein ungeeignetes Instrument zur Förderung der Ambulantisierung darstellen. Daran ändert auch die Tatsache nichts, dass das BAG einen vergleichsweise massvollen Erlass verfügt hat. Deshalb fordert die SGS, dass eine entsprechend Übergangsbestimmung zur Abschaffung der kantonalen und bundesweiten Operationslisten und ihrer Umsetzungsmassnahmen in die vorliegende Teilrevision aufzunehmen sei.

1.3. Kritiken der Gegner einer einheitlichen Finanzierung

1.3.1. Einwände und Forderungen der GDK

Die GDK behauptet, dass die Einführung einer einheitlichen Finanzierung mit Überweisung von Steuermitteln an die Versicherer das Prinzip der fiskalischen Äquivalenz, welche eine Kongruenz zwischen Nutzniessern, Kosten- und Entscheidungsträgern von öffentlichen Leistungen verlangt, verletzt würde. Die fiskalische Äquivalenz müsse aber unter allen Umständen gewahrt bleiben. Dies sei nur dann gewährleistet, wenn mit der Einführung einer einheitlichen Finanzierung die Steuerungskompetenz der Kantone auf den ambulanten Bereich ausgedehnt werde.

Dieser Forderung der GDK sind folgende grundsätzliche Überlegungen und Erkenntnisse aus der Praxis entgegenzuhalten:

- Aufgrund von Art. 117 Abs. 1 BV verfügt der Bund über die ausschliessliche Rechtskompetenz auf dem Gebiet der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Der Bund kann die Finanzierung der Versicherung nach eigenem Ermessen regeln. Er kann festlegen, welchen Anteil der Finanzierung aus öffentlicher Hand zu entrichten ist und welche öffentliche Körperschaft diesen Anteil zu entrichten hat.
 - Die in Art. 43a Abs. 2 und 3 BV verankerten Grundsätze über die fiskalische Äquivalenz haben den Charakter von staatspolitischen Maximen und sind nicht justiziabel, das heisst, sie haben rechtlich nur eine beschränkte Tragweite; vgl. Gutachten des Bundesamtes für Justiz vom 15. Januar 2018 „Monistische Finanzierung von Gesundheitsleistungen – Verfassungsmässigkeit“.
 - Die Tragweite von Art. 117 BV wird durch Art. 43a BV nicht eingeschränkt. Die Zuweisung einer Finanzierungsverpflichtung an die Kantone verpflichtet den Bund
-

in keiner Weise, diesen eine Gegenleistung in Sinn von finanziellen Mitteln (Art. 46 BV) oder von zusätzlichen Entscheidungs- oder Steuerungsbefugnissen zu gewähren.

- Eine Mitfinanzierung der ambulanten Leistungen durch die Kantone steht nicht im Widerspruch zum haushälterischen Umgang mit den Ressourcen, dem eigentlichen Zweck der fiskalischen Äquivalenz. Bis zu einem gewissen Grad ist sogar das Gegenteil zu erwarten: Aufgrund der Mitfinanzierung dürften die Kantone ein grösseres Interesse an einer Kostenkontrolle im ambulanten Bereich aufbringen.
- Über die Nachfrage nach ambulanten OKP-Leistungen übt die Kantonsbevölkerung einen steuernden Einfluss auf das Angebot im ambulanten Bereich aus. Mit der dadurch entstehenden, weitgehenden Übereinstimmung zwischen dem Personenkreis, der den Nutzen aus den Leistungen zieht, die finanziellen Konsequenzen trägt und die Leistungserbringung mitsteuert, ist das Prinzip der fiskalischen Äquivalenz bereits in hohem Masse erfüllt.
- Über die Genehmigung oder Festsetzung von Tarifen haben die Kantone heute schon einen grossen Einfluss auf den ambulanten Bereich.
- Mit einer Ausdehnung der kantonalen Steuerungsmöglichkeiten auf den ambulanten Bereich würde sich der ohnehin schon gravierende Governance-Konflikt der Kantone noch weiter verschärfen. Ein prioritäres Ziel des Bundesrates besteht aber gerade darin, diesen Konflikt zu reduzieren. Davon verspricht er sich einen kostendämpfenden Effekt (Massnahme 36). Bei der Güterabwägung zwischen einer puristischen Durchsetzung der fiskalischen Äquivalenz und der Dringlichkeit kostendämpfender Massnahmen sollte auch den Kantonen ein Entscheid nicht schwerfallen, zumal sie an der Kostenentwicklung eine erhebliche Verantwortung mitzutragen haben.
- In der Praxis erweist sich die Anwendung der fiskalischen Äquivalenz als schwierig². Gründe dafür sind der fehlende Rechtscharakter sowie das Fehlen von Kriterien und eines Prüfprogramms, welches die Anwendung der Prinzipien auf konkrete Sachvorlagen erlauben würde.
- Wie folgende Beispiele zeigen, wird die fiskalische Äquivalenz auch von den Kantonen nicht konsequent und zum Teil einseitig angewendet:
 - Zu Prämienvorbilligungen richtet der Bund aus Steuermitteln jährlich rund CHF 2 Milliarden an die Kantone aus. Auf die Verwendung dieser Mittel kann er keinen Einfluss nehmen. Die Kantone waren bis jetzt nicht bestrebt, dem Bund eine Mitsprache über die Verwendung dieser Steuermittel einzuräumen.
 - Analog zur Argumentation der GDK müssten die Kantone die Krankenversicherer als Zahler aktiv in die kantonale Spital- und Versorgungsplanung einbinden. Dies verweigern die Kantone aber konsequent.

² Vgl. BUNDESRAT, Bericht Postulat Stadler, Seite 17.

Im Ergebnis der vorausgehenden Überlegungen und Beispiele kann festgehalten werden, dass eine absolutistische Auslegung der fiskalischen Äquivalenz, wie sie von der GDK vorgetragen wird, weder der Absicht des Verfassungsgebers noch der gängigen Praxis entspricht. Fiskalische Äquivalenz bedeutet nicht, dass das Gemeinwesen zu allen Verwendungen von Steuermitteln Steuerungsinstrumente etablieren darf oder muss. Der Forderung der Kantone stehen Zielsetzungen gegenüber, die höher zu gewichten sind. So kann mit der Einführung einer einheitlichen Finanzierung eine längst fällige Systemkorrektur vollzogen werden. Damit kann auch ein rascher und wirkungsvoller Beitrag zur Kostendämpfung geleistet werden.

1.3.2. Kritiken und Einwände des Schweizerischen Gewerkschaftsbundes (SGB)

Der SGB lehnt die Vorlage aus folgenden Gründen ab:

- Der Kern der Vorlage sei nicht die einheitliche Finanzierung, sondern eine massive Verschiebung der Steuerungskompetenz in der Grundversicherung weg von der öffentlichen Hand hin zu den privaten Versicherern («Privatisierung der Grundversicherung»).
- Die vom Bund und einigen Kantonen erlassenen Eingriffslisten («ambulant vor stationär») seien effizienter, um die Verlagerung von Eingriffen aus dem stationären in den ambulanten Bereich zu fördern.
- Die Vorlage würde trotz postulierter Finanzierungsneutralität die Kostenbeteiligung der Versicherten zusätzlich erhöhen.
- Die Vorlage würde keine entscheidende Korrektur existierender Fehlanreize bewirken.
- Mit der Vorlage würden Vertragsspitäler und Zusatzversicherungen gestärkt werden. Dies sei aber nicht wünschenswert.
- Mit EFAS würde der Druck auf das Gesundheitspersonal steigen.
- Der vorgesehene einheitliche Finanzierungsschlüssel würde neue Fehlanreize schaffen.
- Die einheitliche Finanzierung würde die Einführung von Globalbudgets, wie sie bereits in den Kantonen Tessin, Genf und Waadt existieren, verhindern.

Diesen Einwänden des SGB können folgende Überlegungen entgegengehalten werden:

- Es ist keine Besonderheit der einheitlichen Finanzierung, dass sie den Druck auf das Gesundheitspersonal erhöhen wird. Dieser Effekt ist allen kostendämpfenden Massnahmen gemeinsam. Entscheidend ist vielmehr die Frage, welche Massnahmen den Kostendruck einigermaßen gerecht verteilen werden ohne Einbussen bei der Qualität der medizinischen und pflegerischen Versorgung zu
-

verursachen. In dieser Hinsicht ist der einheitlichen Finanzierung gegenüber Rasenmäher- oder Deckelungsmethoden, wie sie etwa bei Globalbudgets zur Anwendung kommen, klar der Vorzug zu geben.

- Mit der Verlagerung von Leistungen in den ambulanten Bereich werden neuartige, höchst effiziente Versorgungsbereiche entstehen, die nur dank hochqualifiziertem Personal funktionieren werden. Für dieses Personal wird Geld zur Verfügung stehen, welches aufgrund sinkender Investitionen in ineffiziente stationäre Infrastrukturen frei wird. Insgesamt wird die einheitliche Finanzierung eine wirtschaftliche Dynamik auslösen, von welcher sowohl Patienten, Personal als auch Prämien- und Steuerzahler profitieren werden.
- Eine solche Dynamik wird ungleich viel mehr Wirkung zeitigen als kantonale und nationale Listen, deren Umsetzung sich als wahres Kopfzerbrechen erweist und an Schwerfälligkeit kaum zu überbieten ist.
- Der SGB irrt vollständig, wenn er die einheitliche Finanzierung als Privatisierung der Grundversicherung bezeichnet. Die Vorlage schwächt weder die strengen Vorgaben, welche das KVG an die Krankenversicherer stellt, noch die Aufsichtsbehörde, deren Kompetenzen mit dem Krankenversicherungsaufsichtsgesetz ausgeweitet wurden. Auch werden die Planungskompetenzen der Kantone nicht eingeschränkt. Vielmehr wird deren Ausdehnung befürchtet. Von einer Privatisierung der Grundversicherung kann demnach keine Rede sein. Vielmehr ist davon auszugehen, dass Kantone und Krankenversicherer aufgrund gleichgeschalteter Interessen die von der OKP garantierte qualitativ hochstehende Versorgung der Bevölkerung gemeinsam stärken werden. Dass im Gegenzug auch einige wenige Vertragsspitäler profitieren werden, kann in dieser Hinsicht getrost vernachlässigt werden.
- In einem Punkt ist dem SGB jedoch recht zu geben: Die Vorlage könnte trotz postulierter Finanzierungsneutralität die Kostenbeteiligung der Versicherten zusätzlich erhöhen. Deshalb fordert die SGS, die Kostenbeteiligung (Franchise und Selbstbehalt) weiterhin auf den mit Prämien finanzierten Anteil der Leistungskosten auszurichten und den jeweiligen Kantonsanteil wie bisher in der Spitalfinanzierung auszuklammern.
- Es ist zwar richtig, dass die einheitliche Finanzierung an sich noch keine Fehlanreize beseitigt. Aber sie ist die notwendige Voraussetzung dafür, dass sich die ambulanten und stationären Tarife angleichen. Damit würde aber der wichtigste Hemmschuh für die „Ambulantisierung“ der Medizin wegfallen.

2. Technische Aspekte

a) Berechnung des Kantonsbeitrags

Das jeweilige Verhältnis der stationären und ambulanten Kosten ist von Kanton zu Kanton bzw. je nach Versichertenkollektiv auch von Krankenversicherer zu Krankenversicherer unterschiedlich. Deshalb empfiehlt es sich, den Anteil des

Kantonsbeitrags innerhalb einer Übergangsfrist auf ähnliche Weise anzupassen, wie dies im Rahmen der Neuen Spitalfinanzierung erfolgte.

b) Kostenbeteiligung Versicherte

Die SGS empfiehlt, die Kostenbeteiligung (Franchise und Selbstbehalt) weiterhin auf den mit Prämien finanzierten Anteil der Leistungskosten auszurichten und den jeweiligen Kantonsanteil wie bisher in der Spitalfinanzierung auszuklammern.

c) Aufteilung des Kantonsanteils auf die Versicherer

Die SGS bezieht zu dieser versicherungstechnischen Frage keine Stellung.

•

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG):
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Schweizerischer Hebammenverband

Abkürzung der Firma / Organisation : SHV

Adresse : Rosenweg 25c, 3007 Bern

Kontaktperson : Andrea Weber

Telefon : 031 332 63 40

E-Mail : a.weber@hebamme.ch

Datum : 12.9.2018

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **15. September 2018** an folgende E-Mail Adresse:
abteilung-leistungen@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG): Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
SHV	Der Schweizerische Hebammenverband (SHV) begrüsst grundsätzlich die Absicht, eine einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Behandlungen (EFAS) einzuführen. Den dazu von der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-NR) unterbreiteten Vorentwurf lehnt er jedoch ab. Wir stützen uns dabei auf die Einschätzungen und Stellungnahmen des Schweizerischen Berufsverbandes der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) und des Schweizerischen Verbandes der Berufsorganisationen im Gesundheitswesen (SVBG):
SHV	Eine Dämpfung des Prämienwachstums kann nicht erwartet werden Zwar ist es richtig, eine einheitliche Finanzierung als Massnahme mit Potenzial zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen zu betrachten, da sie zur Beseitigung von Fehlanreizen beitragen kann. Die Kommission konzentriert sich bei der Ausgestaltung aber einseitig auf eine rechnerische Umverteilung von Mitteln von den Kantonen zu den Versicherern. Andere zentrale Faktoren insbesondere medizinischer und politischer Natur werden ausser Acht gelassen. Zwei grosse Kostentreiber im schweizerischen Gesundheitssystem, nämlich die Fehlanreize im Zusammenhang mit Tarifstruktur und Tarifhöhe (TARMED ambulant und DRG stationär) werden in der vorgeschlagenen Reform nicht angetastet. Die blosser Umleitung eines fixen Betrags an Steuergeldern würde hingegen kaum Fehlanreize korrigieren und deshalb auch die Leistungsverlagerung von stationär zu ambulant nicht wesentlich beeinflussen.
SHV	Kostenbeteiligung der Patienten im stationären Bereich steigt Versicherte müssen neben den Prämien zusätzlich über Franchise, Selbstbehalt und Spitalkosten (CHF 15.- pro Tag) direkt an die Kosten ihrer Behandlung beitragen. Heute wird diese Kostenbeteiligung nur auf dem, von den Krankenkassen finanzierten, Teil erhoben. Neu würden die Kassen sämtliche Leistungen zu 100% vergüten und deshalb auch die Kostenbeteiligung auf den vollen Betrag der Leistung einfordern. Der erläuternde Bericht zur Vorlage geht nicht auf diese Thematik ein.
SHV	Zusätzliche Belastung der Prämienzahler durch Besserstellung der Nicht-Listenspitäler Die Kantone definieren heute mit den Spitallisten jene Spitäler und Kliniken, für die sie bei stationären Eingriffen 55% der Kosten übernehmen. Die Krankenkassen haben ihrerseits die Freiheit, Verträge mit Nicht-Listenspitälern abzuschliessen, dafür dürfen aber aus der Grundversicherung, wie bei Listenspitälern, nur 45% der medizinischen Kosten übernommen werden. Der Rest wird über Zusatzversicherungen oder durch Selbstzahlungen der Patienten übernommen.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG): Vernehmlassungsverfahren

	Die Vorlage der SGK-NR sieht eine Erhöhung des Beitrags aus der Grundversicherung auf 74.5% vor. Diese 30%ige Erhöhung würde die Attraktivität der Vertragsspitäler (die nicht auf der kantonalen Spitalliste stehen) ungemein erhöhen. Die Grundversicherer müssten diese Zusatzkosten übernehmen. Zusatzversicherungen könnten dadurch wieder attraktiver werden.
SHV	Die Rolle der Kantone als Steuerungsorgan der Gesundheitsversorgung wird massiv geschwächt Da die Krankenversicherer als Monist festgelegt werden sollen, und zudem Mehrheitsfinanzierer sind, steigt ihre Macht in sämtlichen Tarifverhandlungen. Der Schweizerische Hebammenverband führt seit über 3 Jahren Verhandlungen auf der Tarifstruktur Ebene. Während dieser Zeit hat es viele Phasen der Stagnation gegeben, da die Kassenverbände ihre Machtposition ausnutzen um den Verhandlungspartner durch taktische Zeitverzögerungen unter Druck zu setzten. Tarifverhandlungen sind personal- und kostenintensiv und kleine Berufsverbände im Gesundheitswesen mit einem beschränkten Budget können sich bereits jetzt schon fast nicht mehr gegen diese Übermacht der Krankenkassenverbände zur Wehr setzten.
SHV	Gegen eine Vereinfachung der Vergütung ist im Grundsatz nichts einzuwenden. Der Entwurf der SGK-NR ist jedoch so ausgestaltet, dass die Steuerungskompetenz von den Kantonen in Richtung Krankenkassen verlagert wird. Die Kantone müssten Steuergelder in der Höhe von rund 8 Milliarden Franken (25.5%) den Versicherern überweisen, ohne das Leistungsangebot und die Qualität noch massgeblich beeinflussen zu können. Dem SHV ist die Qualitätssicherung sehr wichtig. Er sieht die Kantone als Verantwortliche für die Steuerung der Grundversorgung in der Pflicht, sich zusammen mit den jeweiligen Berufsverbänden für die Qualitätssicherung einzusetzen. Dazu braucht es dementsprechende Kontrollinstanzen. Durch die Überweisung von Steuergeldern in der Höhe von rund 8 Milliarden Franken an die Versicherer kann der Kanton seine Aufgabe als Kontrollinstanz des Leistungsangebotes und der geforderten Qualität nicht wahrnehmen. Der SHV hat während den Tarifverhandlungen mit den Krankenkassen die Erfahrung gemacht, dass die Versicherer die Qualitätskontrolle nicht wahrnehmen können, dazu fehlen die entsprechenden Kontrollinstanzen, resp. der Wille bei den einzelnen Versicherern nur schon bei der Grundkontrolle der Rechnungen z.Bsp. das obligatorisch zugehörige Vertragswerk, welches zu jeder ZSR-Nummer hinterlegt werden muss, zu kontrollieren. Ist ein Leistungserbringer nicht Mitglied des entsprechenden Berufsverbandes und tritt, um Leistungen (im Falle des SHV) zulasten der OKP abrechnen zu können, dem Krankenkassenverband bei, der dies zulässt, fällt jegliche Qualitätskontrolle weg, da solche Leistungserbringer ausserhalb der Qualitätskontrolle der Berufsverbände agieren und der Krankenkassenverband keine Kontrollmechanismen (bis jetzt) vorsieht.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG): Vernehmlassungsverfahren

	Der postulierte positive Effekt zur Förderung integrierter Versorgungsmodelle wird insbesondere für die Pflege kaum eintreten Die Tarfsysteme TARMED für den ambulanten Bereich und DRG (und weitere Pauschalsysteme wie TARPSY) für den stationären Bereich bleiben unverändert. Weil die Vorlage die Pflegefinanzierung ausschliesst, kann demzufolge kein positiver Effekt auf die bessere Zusammenarbeit mit den verschiedenen Pflegesettings (Ambulante Pflege, Pflegeheim, Spital, Klinik, Reha) erwartet werden. Die Kantone müssten laut Entwurf die Steuerung und Koordination an die Kassen abgeben und hätten kaum noch die Möglichkeit selbst Modelle der integrierten Versorgung zu entwickeln und zu steuern. Qualität und Effizienz von Modellen der integrierten Versorgung hängen stark davon ab, wer für die Koordination zuständig ist. Aus Sicht des SHV müssen Patientensicherheit und Versorgungsqualität das primäre Ziel jedes Modells im Gesundheitswesen sein. Falls Krankenkassen allein für die Entwicklung und Steuerung solcher Modelle zuständig sein sollten, wäre zu erwarten, dass Kosten- und Effizienz-themen im Vordergrund stehen würden. In der vorliegenden Vorlage wird auch die Spitalplanung durch die Kantone empfindlich geschwächt, weil die Kassen für die Abgeltung der Leistungen zuständig wären und zudem leicht zusätzliche Leistungserbringer definieren könnten (Nicht-Listenspitäler).
SHV	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG):
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Ärztegesellschaft des Kantons Freiburg

Abkürzung der Firma / Organisation : SMCF

Adresse : Rue de l'Hôpital 15, 1700 Fribourg

Kontaktperson : Isabelle Rausis, secrétaire générale a.i.

Telefon : 026 350 33 00

E-Mail : secretariat@smcf.ch

Datum : 06.09.2018

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **15. September 2018** an folgende E-Mail Adresse:
abteilung-leistungen@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG): Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
SMCF	Abhängigkeit von kantonalen Budgets Die Finanzierung der Gesundheitsleistungen durch die OKP im ambulanten Bereich erfolgt heute monistisch. Das hat den Vorteil, dass den Leistungserbringern ein einziger Zahler gegenübersteht. Die von der Kommission vorgeschlagene Lösung sieht vor, die im stationären Bereich geltende dual-fixe Finanzierung auf die ambulanten Leistungen auszudehnen. Es ist zwar ein monistischer Zahlungsfluss zwischen Versicherer und Leistungserbringer vorgesehen, de facto aber soll die Finanzierung dual-fix erfolgen. Das ist insofern von grundlegender Bedeutung, als die ambulanten Leistungen neu auch von kantonalen Budgets finanziert werden sollen. Während der Vorteil der Grundversicherung darin besteht, dass sie aufgrund ihres Mechanismus immer ausfinanziert ist, wird nun der von den innerkantonalen politischen Haltung abhängende kantonale Finanzhaushalt in die Pflicht genommen. Aus politischen Gründen ist es unseres Erachtens unmöglich, dass die Kantone finanziell fix in die Pflicht genommen werden, ihnen aber keine weiteren Möglichkeiten zur Hand gegeben werden, direkt steuernd in die ambulante Gesundheitsversorgung einzugreifen. Konkret befürchten wir, dass die Kantone nicht nur auf KVG-rechtlicher Basis sondern auch auf Basis neu geschaffener kantonalgesetzlicher Grundlagen in das Versorgungsgeschehen eingreifen werden. Und dies allenfalls auf kantonal sehr unterschiedlicher Weise. Die Vorkommnisse rund um die kantonalen Prämienverbilligungsgelder zeigen, welche regulatorischen Reaktionen die Abhängigkeit von kantonalen Budgets auslösen kann. Faktisch vervielfältigt die Vorlage also die seit Jahren kritisierte Mehrfachrolle der Kantone. Die SMCF steht diesem Aspekt der Vorlage grundsätzlich äusserst kritisch gegenüber.
SMCF	Tarifierung versus Finanzierung: Änderung der Anreizsysteme

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG): Vernehmlassungsverfahren

	Die Vorlage verfolgt unter anderem das Ziel, ambulante Behandlungen zu fördern und damit Kosten zu sparen. Einerseits ist es richtig, dass die heutigen Anreizunterschiede zwischen Versicherer und Kantone wegfallen würden. Andererseits beruhen die Einsparungshoffnungen durch Verlagerung von stationär zu ambulant auf Tarifvergleichen ambulant und stationär und nicht auf Vergleichen der betriebswirtschaftlichen Kosten. Bekanntermassen erfolgt eine Vielzahl von ambulanten Behandlungen im Spital nicht kostendeckend. Seitens der Leistungserbringer, welche gemeinsam mit den Patienten über die Behandlungsform entscheiden ändert sich alleine mit der Finanzierung nichts an den Anreizen, solange die Tarifsituation nicht verbessert wird. Ändert sich daran nichts, dann kann höchstens eine Ausbreitung von ambulanten Listen eine Einsparung auf den Finanzierungsleistungen bringen. Einerseits mit der grossen Gefahr, dass dadurch per regulatorischen Eingriffe Defizite bei den Leistungserbringern erzeugt werden. Andererseits mit der Auswirkung, dass die Kantone und Versicherer den Patienten, Ärzten und anderen Leistungserbringern vorgeben werden, wie sie medizinisch zu entscheiden haben. Für die SMCF wäre das inakzeptabel. Es steht zwar die Behauptung im Raum, die Vorlage solle Anreize für eine sachgerechtere Tarifierung schaffen. Der SMCF ist es allerdings schleierhaft, weshalb das so sein soll. Ganz abgesehen davon, dass Sachgerechtigkeit eigentlich bereits heute durch das KVG vorgegeben ist. Die SMCF ist überzeugt, dass mit höchster Priorität zuerst die Tarfbasis verbessert werden muss. Betriebswirtschaftlich sauber hergeleitete Tarife würden nämlich dazu führen, dass die Leistungserbringer eine neutrale Haltung zu ambulant vs stationär erhielten, weil beide Tarife dann nämlich die gleiche Kostendeckung erzielen. Das wichtigste Anreizproblem wäre damit gelöst. Aus diesen Gründen schätzt die SMCF, dass die Kommission mit der Vorlage die falsche Priorität setzt. Mit höchster Dringlichkeit sind zuerst die Tarifprobleme zu lösen.
SMCF	Kantonale Kostenneutralität Die Vorlage sieht vor, dass die Umstellung auf den fixen Kostenteiler für Versicherer und Kantone kostenneutral erfolgen soll. Mit einem schweizweit identischen Kostenteiler ist das zwar für die Gesamtschweiz möglich, kantonal wirkt sich der schweizweite Kostenteiler je nach Versorgungsstruktur jedoch sehr unterschiedlich aus.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG): Vernehmlassungsverfahren

	So dürfte die Vorlage etwa in den Kantonen GE, NE und VD zu einer Erhöhung der heutigen kantonalen Finanzierungsgelder von rund 15% führen, währenddessen in SG, TG und UR Entlastungen von 10% der heutigen Spitalfinanzierungsgelder anfallen würden. Auf Prämienseite würden die Prämien in SG, UR, Appenzell Prämien erhöhungen von 3-5% erzeugt. In Genf und VD würden die Prämien rund 4% entlastet. Unter diesen Umständen wird es in der kommenden politischen Debatte unvermeidlich sein, die Kostenteilerlösung differenzierter anzugehen.
SMCF	Geldfluss Schliesslich beschäftigt sich die Vorlage auch mit den neu zu gestaltenden Geldflüssen. Gerne geben wir der Kommission den Hinweis, dass die Umleitung der kantonalen Gelder über die gemeinsame Einrichtung für das Funktionieren des Systems nicht notwendig ist. Aus Sicht der SMCF wäre es einfacher, wenn die Versicherer den Kantonen einfach den Kantonsanteil der Bruttoversicherungsleistungen in Rechnung stellen und den Versicherten auf dem verbleibenden Teil die Kostenbeteiligung in Rechnung stellt, bis diese aufgebraucht ist. Letztlich muss aus Sicht der SMCF dann nur noch festgelegt werden, ob die Berechnung des Risikoausgleichs inklusive oder exklusive des kantonalen Anteils erfolgen soll.
SMCF	Festlegung des Kostenteilers Die Kommission hat bei der Berechnung des Kostenteilers den Betrag der Kostenbeteiligung herausgerechnet. Dieses Vorgehen ist uns nicht ganz verständlich. Einfach liesse sich der Kostenteiler auf Basis der Bruttoversicherungsleistungen gemäss der sasis-Versichertenstatistik berechnen. Die Kostenbeteiligung liesse sich dann in der Umsetzung dann beschränkt auf den Versicherungsanteil erheben und die Kantonsfelder unabhängig von der KOBE in Rechnung stellen.
SMCF	Integrierte Versorgung

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG): Vernehmlassungsverfahren

	Die SMCF steht einer Erleichterung der Ausbreitung der integrierten Versorgung nicht entgegen. Allerdings steht in den Sternen, ob das mit dieser Vorlage gelingen würde. Denn je mehr Versicherte sich in alternative Modelle begeben, desto weniger wird ein einsparungs-bedingter Prämienrabatt in Zukunft noch berechenbar sein, sodass die Prämienrabattierungsregeln zukünftig ohnehin neu ausgestaltet werden müssen.
SMCF	Die SMCF hat zwei zentrale Einwände gegen die Vorlage der SGK. 1. Die verstärkte Abhängigkeit der Finanzierung unserer Gesundheitsversorgung von kantonalen Budgets ist im Vergleich zur stets ausfinanzierten OKP ein struktureller Nachteil mit potenziell negativen Auswirkung auf das Versorgungssystem und die ärztliche Tätigkeit. Anstatt die Mehrfachrollen der Kantone einzudämmen werden sie mit der Vorlage weiter ausgebreitet. 2. Die SMCF sieht eine viel höhere Priorität in der Verbesserung der Tarifsituation. Die Lösung dieser Problematik dürfte die bestehenden Anreizprobleme weitgehend beheben. Die SMCF anerkennt zwar die Bemühungen der SMCF für eine Systemverbesserung, bittet allerdings die Kommission, aufgrund der genannten Argumente, die Vorlage grundlegend zu überarbeiten.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.



SMVS / VSÄG
Société Médicale du Valais
Walliser Ärztesgesellschaft

Monsieur Thomas de Courten
Président de la Commission
fédérale de la sécurité sociale et
de la santé publique
sgk.csss@parl.admin.ch

abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Sion, le 13.9.2018

Prise de position de la Société Médicale du Valais sur la consultation :

**09.528 Initiative parlementaire. Financement moniste des prestations de soins –
Ouverture de la procédure de consultation sur l'avant-projet de modification de la
LAMal par la CSSS-N**

Monsieur le Président,

Mesdames et Messieurs les responsables de l'Office fédéral de la santé publique,

Nous vous remercions de nous donner la possibilité de donner notre avis sur cette initiative parlementaire.

Relevons tout d'abord, que celle-ci risque d'empirer la situation de la médecine libérale en Suisse, sans amener **aucun bénéfice pour les assurés, puisque la répartition du financement « moniste » n'engendrera aucun impact financier ni pour les cantons ni pour les assureurs**. Nous nous permettons d'insister sur le fait qu'une partie des médecins suisses ont adhéré, dans un premier temps, à l'idée d'un financement « moniste » puisque cette mesure devait réduire de manière conséquente les primes pour l'assurance maladie obligatoire, dont le poids financier est indiscutable pour de nombreux assurés. A l'évidence, le projet actuel ne satisfera donc pas cette attente importante.

La transparence des coûts quant à elle risquerait de se péjorer à l'instar de ce qui passe dans le financement hospitalier actuel (voir : Dossier politique 2/17 Economie suisse 3.2017 : « Pour un financement hospitalier efficace »).

Nous tenons à faire remarquer que de nombreuses décisions politiques de ces dernières années ont participé, de façon impressionnante, à un déplacement des frais mis à charge de l'assurance de base, tout en déchargeant les assurances complémentaires ; de ce fait, ces dernières ont pu dégager des bénéfices impressionnants. Nous ne citons que deux exemples : élargissement du catalogue des prestations (prise en charge des médecines dites « douces ») et entrée en vigueur du nouveau financement hospitalier en 2012. Ce dernier a induit un déplacement de plus d'un milliard de francs/an sur le compte des cantons et des assurés, au bénéfice d'une assurance de base obligatoire. Ce transfert n'a pas engendré de véritable plus-value médicale fondamentale, hormis le libre-choix étendu au-delà des frontières cantonales. Cette mesure devait soi-disant uniformiser et diminuer les coûts hospitaliers en favorisant la concurrence voulue par le Parlement suisse, dans l'espoir

d'impacter de façon positive les coûts de la santé. Force est, toutefois, de relever que 6 ans après, c'est bien le contraire qu'il faut constater, les cantons luttant avec énergie pour éviter les hospitalisations hors-canton !

Au lieu de remettre en question les décisions politiques de 2012 et d'analyser correctement leurs conséquences pour en tirer les rectifications qui s'imposent, on surenchérit avec une nouvelle proposition ! C'est paradoxal, alors que la planification cantonale n'a pas su maîtriser les coûts mais a, bien au contraire, contribué énormément à l'évolution de l'ambulatoire hospitalier. Celui-ci atteint, à l'heure actuelle, quasiment le même volume que l'ambulatoire extrahospitalier dans certains cantons, comme le Valais, alors qu'une différence importante de la valeur de point tarifaire TARMED a été maintenue pendant toutes ces années, ayant atteint actuellement 82ct pour l'ambulatoire extrahospitalier et 87 ct pour l'ambulatoire hospitalier. Malgré ces faits, on veut poursuivre dans cette voie et mettre sous la tutelle d'une planification cantonale tout ce qui reste encore de médecine libérale dans le domaine ambulatoire, avec les conséquences néfastes qu'on peut imaginer ! Par exemple, comment peut-on croire à un traitement équitable par les pouvoirs publics de l'ambulatoire libéral, qui a fait preuve d'une flexibilité et d'une force d'innovation remarquable malgré de nombreuses embûches tarifaires et de protectionnisme hospitalier durant ces dernières années/décennies ?

Cette initiative parlementaire met en danger le système dual « médecine publique-privée » qui a fait ses preuves pour la prise en charge médicale efficiente de la population suisse. Elle n'apporte aucune plus-value médicale ou qualitative pour les patients. Par contre, elle risque de diminuer le « libre-choix » du médecin suite à des réglementations plus ou moins arbitraires au niveau cantonal.

Il nous semble difficile de comprendre ce revirement de concept qui va clairement **défavoriser les prestataires ambulatoires extrahospitaliers suite aux conflits d'intérêt des cantons, majoritairement propriétaires des hôpitaux publics.** Il ne fera aucun doute que l'autorité cantonale favorisera naturellement le secteur hospitalier, afin de mieux équilibrer son financement. Cela ne pourra se faire qu'en défaveur du milieu ambulatoire extrahospitalier qui se trouve déjà défavorisé à l'heure actuelle !

Il suffit pour cela d'analyser la situation des valeurs de points tarifaires dans les différents cantons. **Dans la majorité des cantons, la valeur du point TARMED ambulatoire extrahospitalier est inférieure, voire égale à celle des hôpitaux pour les mêmes prestations,** alors que les hôpitaux publics bénéficient de subventions et d'économies d'échelles qui ne peuvent être atteintes dans les cabinets des médecins indépendants. Suivant les règles de l'économie de marché, c'est bien le contraire qui devrait être le cas : la valeur du point hospitalier devrait être inférieure à celle appliquée à la médecine libérale !

Nous constatons, depuis des années, qu'il n'est nullement tenu compte des règles d'économie d'entreprise lors de la fixation de la valeur du point tarifaire TARMED extrahospitalier ambulatoire, ni dans les négociations avec les assureurs, ni dans les procédures de fixations tarifaires par les cantons. Ceci est une réalité, malgré plusieurs décisions claires du Tribunal fédéral à cet égard et malgré le fait que, maintenant, l'analyse des coûts par les centres de confiance (trust centers) ou par l'Office fédéral de statistique (OFS), via le projet MAS, soient disponibles (cf « Les cabinets médicaux et centres ambulatoires en 2015 » OFS, Actualité OFS santé, 14 avril 2018) ! Au contraire, on s'acharne à culpabiliser et à punir les médecins extrahospitaliers, soi-disant responsables de l'augmentation des coûts de la santé de façon collective par l'augmentation du volume des prestations, sans aucune analyse cohérente de l'impact du vieillissement de la population, des évolutions technologiques, du prix de l'innovation et du progrès, des déplacements de frais liés à une médecine de moins en moins hospitalo-centrée etc.

Cette appréciation arbitraire de l'augmentation des coûts de santé par les assureurs et l'Etat est utilisée pour exercer une pression sur les valeurs du point tarifaire ambulatoire TARMED extrahospitalier.

En Valais, nous pouvons illustrer de façon parfaite cette pénalisation injuste et injustifiable du domaine ambulatoire extrahospitalier avec le point ambulatoire TARMED le plus bas de Suisse et de 5 ct inférieur à celui des hôpitaux pourtant subventionnés. Nous peinons à faire rectifier cette situation intenable à l'heure où la relève médicale de qualité est de plus en plus incertaine dans ce canton alors qu'elle serait la seule mesure permettant à moyen et à long terme de maintenir une médecine de premier recours économique et adaptée au Valais. Pour pallier cette situation défavorable, il conviendrait de fixer un tarif juste et équitable permettant de gérer correctement un cabinet selon les règles de l'économie du marché, comme le prévoit la LAMal !

Nous pourrions soutenir l'idée d'un financement « moniste » uniquement dans le sens que celui-ci impliquerait la garantie d'un prix égal pour une prestation égale entre le domaine extrahospitalier et l'ambulatoire hospitalier et si on supprimait (ou du moins on prenait en compte) les distorsions liées aux subventionnements cantonaux de l'ambulatoire hospitalier !

Tous les autres mécanismes de « co-financement », en maintenant une « neutralité des coûts » pour les cantons et les assureurs, ne rajouteront que du travail administratif et des frais supplémentaires de facturation et de contrôles inutiles. La transparence ne pourra qu'empirer et le résultat escompté ne pourra certainement pas être atteint par cette initiative. C'est le contraire qu'il faut craindre, suite aux frais supplémentaires liés aux procédures supplémentaires y relatives !

Par rapport aux bénéfices attendus des stratégies « ambulant vor stationär », il ne faut pas se leurrer. Si des économies sont possibles, ce ne sera qu'en lien avec des distorsions tarifaires qui n'ont pas été adaptées malgré l'entrée en vigueur du nouveau financement hospitalier concernant des prestations antérieurement couvertes uniquement par les assurances privées et semi-privées.

Il est choquant de constater que le monde politique a jugé plus simple d'exiger des réorganisations majeures des hôpitaux ou d'autres structures médicales, afin qu'ils s'adaptent à ces nouvelles règles « ambulant vor stationär », au lieu de régler le problème là où il se situe vraiment, soit au niveau de certaines distorsions tarifaires qui touchent au domaine des assurances complémentaires, utilisées, paradoxalement aussi, pour leurs effets de « subventionnement » accessoire.

Il nous semble donc indispensable d'examiner l'initiative 09.528 à la lumière de ces faits et réalités importants, avant de décider de mesures qui mettent en péril, sans aucune justification réelle, la pérennisation d'une médecine libérale en Suisse, qui plus est sans aucune perspective de plus-value médicale ni stratégique ni qualitative !

Nous partageons tout à fait la préoccupation du Parlement par rapport aux coûts de la santé et de l'importance de proposer des mesures adaptées pour économiser des frais, là où cela est possible, sans impact sur la qualité de la prise en charge médicale. La SMVS se penche depuis de nombreuses années sur cette même problématique, mais arrive à des conclusions et propositions différentes de celles contenues dans l'initiative « moniste ».

La SMVS est convaincue que, seule l'amélioration d'une collaboration partenariale et respectueuse avec et entre les partenaires du système sanitaire, permettra de palier les problèmes financiers et la pénurie actuelle de la relève médicale et du domaine des soins. Ceci implique le passage à une gestion et une évaluation pro-active et non plus rétroactive d'une prise en charge médicale interprofessionnelle.

Pour ce faire, un travail constructif et partenarial entre au moins les sociétés médicales cantonales, les assureurs et les départements cantonaux serait indispensable, en vue du lancement d'actions concertées du type « less is more together » / « smarter medecine ». Ces mesures viseraient à une prise de conscience collective et progressive, ainsi qu'à l'amélioration de l'utilisation des différentes ressources locales. **Ce qu'il nous faut, c'est amorcer un changement de culture !**

Un tel changement ne peut se faire de force, mais nécessite un engagement partagé pour une vision commune. Il nécessite aussi une « mise à plat » transparente de tous les financements occultes de l'Etat pour pouvoir enfin apprécier aussi les coûts hospitaliers à leur juste mesure.

Ces principes fondamentaux pour réussir des réformes consistantes et efficaces de notre système sanitaire, découlent, d'ailleurs, des résultats de différentes recherches et études effectuées. Ces principes sont considérés comme des « Gold standards » et sont enseignées actuellement dans les domaines du « leadership », du « change management » et de la gestion d'organisations, y compris, voire même plus particulièrement dans le domaine médical et hospitalier. Il serait grand temps d'appliquer ces connaissances avérées et scientifiquement prouvées dans le domaine de la politique de la santé !

Au lieu des changements proposés dans l'initiative parlementaire 09.528, telle qu'elle est présentée et qui ne servent qu'à une cosmétique et à une prise de pouvoir/mise sous tutelle du système ambulatoire extrahospitalier, qui nous semble peu utile dans le contexte d'aujourd'hui, **nous sommes convaincus qu'il est impératif de corriger la problématique de la tarification inadéquate actuelle par une correction des tarifs applicables en fixant de façon claire, consistante et cohérente les points suivants :**

- Arrêter les principes de base servant à fixer des tarifs économiquement corrects respectant les contraintes de l'économie d'entreprise de façon équitable pour tous les cantons, en cessant de défavoriser systématiquement le domaine ambulatoire extrahospitalier ;
- Définir de façon correcte et scientifique l'impact respectif des différents facteurs qui influent sur les coûts **globaux** de la santé (progrès scientifique, épidémiologie, évolutions sociétales et démographiques etc.) ;
- Déterminer via une instance neutre et compétente la façon la plus appropriée permettant un monitoring transparent des coûts globaux, des déplacements de coûts et des facteurs d'impact en intégrant le savoir des différents acteurs (prestataires de soins, assureurs, cantons) ;
- Garantir l'utilisation correcte et adéquate des différentes analyses statistiques.

Avec l'expérience que la SMVS a acquise au fil des dernières années concernant la tarification et les négociations tarifaires opaques tant dans l'ambulatoire hospitalier qu'extrahospitalier, la SMVS s'oppose vivement à cette initiative pour les raisons développées ci-dessus. Nous nous permettons de relever qu'apparemment le gouvernement solochois arrive à des conclusions similaires, sans aucune concertation avec notre société (cf Solothurner Zeitung du 12.9.2018 : « Der Vorschlag hinkt gewaltig », Urs Moser).

En lieu et place de cette initiative, nous proposons de favoriser un **financement « moniste » dans le sens d'un prix équitable, sans distorsion injustifiée de concurrence, appliquant le même prix compréhensible et cohérent pour une même prestation, basé sur les réalités économiques connues**, Ceci serait déjà un premier pas pour permettre la mise en place d'un partenariat respectueux, favorisant l'utilisation des ressources communes, afin d'implémenter des stratégies telles que « less is more » / « smarter medicine », de façon pérenne. Pour que cette implémentation puisse se faire, il

convient de passer à une tarification correcte, afin d'éviter la surconsommation en lien avec des tarifs inadéquats.

Nous nous tenons volontiers à disposition de la Commission de la santé pour toute information complémentaire en rapport avec cette problématique que nous avons étudiée à fond pour le canton du Valais, dans le cadre d'un projet d'étude eMBA en 2016, avec différentes stratégies qui répondraient aux critères listés ci-dessus.

En vous remerciant de votre attention, nous vous adressons, Monsieur le Président, Mesdames et Messieurs, nos salutations les meilleures,



Dr. med. Monique Lehky Hagen
Présidente de la Société Médicale du Valais
Executive MBA focus healthcare



Me Dominique Sierro
Secrétaire Général SMVS
Master en économie de santé

Copies :

Mme Esther Waeber -Kalbermatten, Cheffe du Département de la santé publique du Valais

Dr. med. Jürg Schlup, Président de la FMH;

Drs. med. Josef Widler et Remy Boscacci, Président et vice-président a.i. de la CCM

Spitex Schweiz · Sulgenauweg 38 · 3007 Bern

Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit
CH-3003 Bern

Per E-Mail an: abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Bern, 10. September 2018

Pa.Iv. 09.528 «Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus»; Stellungnahme von Spitex Schweiz

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Einladung zu obgenannter Vernehmlassung. Gerne nimmt Spitex Schweiz dazu Stellung.

Als nationaler Dachverband der Schweizer Nonprofit-Spitex vertreten wir die Interessen der Spitex-Verbände aller Kantone und der nahezu 600 lokalen gemeinnützigen Spitex-Organisationen. Diese beschäftigen über 36'500 Mitarbeitende. Über 280'000 Personen werden von der gemeinnützigen Spitex zu Hause gepflegt und rund 110'000 Personen bei der Alltagsbewältigung unterstützt.

Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit verfolgt mit der Vorlage drei Ziele: 1. ambulant vor stationär 2. Stabilisierung der steuer- und prämienfinanzierten Finanzierungsanteile 3. Veranlassung der Finanzierer, stärker auf eine sachgerechte Tarifierung der Leistungen hinzuwirken. Spitex Schweiz teilt diese Ziele.

Aus unserer Sicht können mit EFAS durch eine Vereinfachung der Finanzierungsregelungen administrative Hürden reduziert werden. Spitex Schweiz anerkennt auch, dass mit einer einheitlichen Finanzierung, Anreize für die Kantone und die Krankenversicherer schwinden, Patientinnen und Patienten ambulant statt stationär (Kantone) resp. stationär statt ambulant (Versicherer) zu behandeln und in Planung und Prozessen dahingehend zu wirken.

Spitex Schweiz hat gleichzeitig auch Vorbehalte gegenüber der aktuellen Ausgestaltung von EFAS.

Die Kantone monieren, dass sie künftig die Leistungen wesentlich finanzieren sollen, ohne genügend Steuerungsmöglichkeiten zu haben. Diese Anliegen sind aus unserer Sicht ernst zu nehmen.

Unseres Erachtens muss auch die Besserstellung der Vertragsspitäler überdacht werden. Es ist davon auszugehen, dass eine damit verbundene Mengen- und Kapazitätsausweitung die OKP zusätzlich belasten und damit auch Auswirkungen auf das Gesamtsystem haben wird.

Aus unserer Sicht geraten die Mechanismen der Tarifierung im Bericht zu kurz. Die Tarifierung hat einen wesentlichen Einfluss auf den Entscheid, ob jemand ambulant oder stationär behandelt wird – dies zeigt sich insbesondere auch, wenn man den VVG-Bereich einbezieht (zusatzversicherte Patienten und Patientinnen werden häufiger und länger stationär behandelt). Für den Entscheid des Arztes, der Ärztin oder des Patienten, der Patientin ist weniger entscheidend, ob die Finanzierung durch die Versicherung alleine oder auch noch durch den Kanton erfolgt.

Auf Basis der dargelegten Informationen können wir uns zu den Berechnungen nicht äussern.

Die GDK hat bereits mehrfach Stellung zu EFAS bezogen, letztmals mit ihrer Medienmitteilung vom 6. Juli 2018. Dabei lehnt sie den Vernehmlassungsentwurf ab und stellt Anforderungen an eine steuerbare, effiziente und integrierte Gesundheitsversorgung.

Unter anderem fordert sie den Einbezug der Langzeitpflege. Spitex Schweiz betrachtet diesen Vorschlag zum jetzigen Zeitpunkt kritisch. Damit eine solche Forderung realistisch werden kann, sind verschiedene Voraussetzungen notwendig:

- Eine klare Regelung der Restfinanzierung und der Mechanismen zur Festlegung der Tarife.
- Die bessere Durchlässigkeit der Betreuungsformen, insbesondere auch in Bezug auf das betreute Wohnen.
- Die Verringerung des administrativen Aufwands.
- Das Angehen der weiteren Defizite der aktuellen Pflegefinanzierung (vgl. https://www.spitex.ch/Verband/News/Forderungen-der-IG-Pflegefinanzierung/ol2izQSN/P7sQ3/?m=0&open_c=).

Bei Fragen steht Ihnen Patrick Imhof, Leiter Politik und Grundlagen zur Verfügung (imhof@spitex.ch).

Wir danken Ihnen für die Kenntnisnahme und die Berücksichtigung unserer Stellungnahme.

Freundliche Grüsse

Spit ex Verband Schweiz



Walter Suter
Präsident



Marianne Pfister
Geschäftsführerin

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG):
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Schweizerischer Verband der Berufsorganisationen im Gesundheitswesen

Abkürzung der Firma / Organisation : svbg

Adresse : Altenbergstr. 29, 3000 Bern 8

Kontaktperson : Claudia Galli

Telefon : 078 746 76 50

E-Mail : cl.galli@svbg-fsas.ch

Datum : 06.09.2018

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **15. September 2018** an folgende E-Mail Adresse:
abteilung-leistungen@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG): Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
svbg	Der Schweizer Verband der Berufsorganisationen im Gesundheitswesen svbg begrüsst grundsätzlich die Absicht, eine einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Behandlungen (EFAS) einzuführen. Den dazu von der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-NR) unterbreiteten Vorentwurf lehnt er jedoch ab. Wir stützen uns dabei auf eine verbandsinterne Vernehmlassung und unterstützen explizit die Einschätzung und Stellungnahme des Schweizerischen Berufsverbandes der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK:
svbg	Eine Dämpfung des Prämienwachstums kann nicht erwartet werden Zwar ist es richtig, eine einheitliche Finanzierung als Massnahme mit Potenzial zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen zu betrachten, da sie zur Beseitigung von Fehlanreizen beitragen kann. Die Kommission konzentriert sich bei der Ausgestaltung aber einseitig auf eine rechnerische Umverteilung von Mitteln von den Kantonen zu den Versicherern. Andere zentrale Faktoren insbesondere medizinischer und politischer Natur werden ausser Acht gelassen. Zwei grosse Kostentreiber im schweizerischen Gesundheitssystem, nämlich die Fehlanreize im Zusammenhang mit Tarifstruktur und Tarifhöhe (TARMED ambulant und DRG stationär) werden in der vorgeschlagenen Reform nicht angetastet. Die blosser Umleitung eines fixen Betrags an Steuergeldern würde hingegen kaum Fehlanreize korrigieren und deshalb auch die Leistungsverlagerung von stationär zu ambulant nicht wesentlich beeinflussen.
svbg	Kostenbeteiligung der Patienten im stationären Bereich steigt Versicherte müssen neben den Prämien zusätzlich über Franchise, Selbstbehalt und Spitalkosten (CHF 15.- pro Tag) direkt an die Kosten ihrer Behandlung beitragen. Heute wird diese Kostenbeteiligung nur auf dem, von den Krankenkassen finanzierten, Teil erhoben. Neu würden die Kassen sämtliche Leistungen zu 100% vergüten und deshalb auch die Kostenbeteiligung auf den vollen Betrag der Leistung einfordern. Der erläuternde Bericht zur Vorlage geht nicht auf diese Thematik ein.
svbg	Zusätzliche Belastung der Prämienzahler durch Besserstellung der Nicht-Listenspitäler Die Kantone definieren heute mit den Spitallisten jene Spitäler und Kliniken, für die sie bei stationären Eingriffen 55% der Kosten übernehmen. Die Krankenkassen haben ihrerseits die Freiheit, Verträge mit Nicht-Listenspitälern abzuschliessen, dafür dürfen aber aus der Grundversicherung, wie bei Listenspitälern, nur 45% der medizinischen Kosten übernommen werden. Der Rest wird über Zusatzversicherungen oder durch Selbstzahlungen der Patienten übernommen.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG): Vernehmlassungsverfahren

	Die Vorlage der SGK-NR sieht eine Erhöhung des Beitrags aus der Grundversicherung auf 74.5% vor. Diese 30%ige Erhöhung würde die Attraktivität der Vertragsspitäler (die nicht auf der kantonalen Spitalliste stehen) ungemein erhöhen. Die Grundversicherer müssten diese Zusatzkosten übernehmen. Zusatzversicherungen könnten dadurch wieder attraktiver werden.
svbg	Die Rolle der Kantone als Steuerungsorgan der Gesundheitsversorgung wird massiv geschwächt Da die Krankenversicherer als Monist festgelegt werden sollen, und zudem Mehrheitsfinanzierer sind, steigt ihre Macht in sämtlichen Tarifverhandlungen. Gegen eine Vereinfachung der Vergütung ist im Grundsatz nichts einzuwenden. Der Entwurf der SGK-NR ist jedoch so ausgestaltet, dass die Steuerungskompetenz von den Kantonen in Richtung Krankenkassen verlagert wird. Die Kantone müssten Steuergelder in der Höhe von rund 8 Milliarden Franken (25.5%) den Versicherern überweisen, ohne das Leistungsangebot und die Qualität noch massgeblich beeinflussen zu können.
svbg	Der postulierte positive Effekt zur Förderung integrierter Versorgungsmodelle wird insbesondere für die Pflege kaum eintreten Die Tarifsysteme TARMED für den ambulanten Bereich und DRG (und weitere Pauschalsysteme wie TARPSY) für den stationären Bereich bleiben unverändert. Weil die Vorlage die Pflegefinanzierung ausschliesst, kann demzufolge kein positiver Effekt auf die bessere Zusammenarbeit mit den verschiedenen Pflegesettings (Ambulante Pflege, Pflegeheim, Spital, Klinik, Reha) erwartet werden. Die Kantone müssten laut Entwurf die Steuerung und Koordination an die Kassen abgeben und hätten kaum noch die Möglichkeit selbst Modelle der integrierten Versorgung zu entwickeln und zu steuern. Qualität und Effizienz von Modellen der integrierten Versorgung hängen stark davon ab, wer für die Koordination zuständig ist. Aus Sicht des svbg müssen Patientensicherheit und Versorgungsqualität das primäre Ziel jedes Modells im Gesundheitswesen sein. Falls Krankenkassen allein für die Entwicklung und Steuerung solcher Modelle zuständig sein sollten, wäre zu erwarten, dass Kosten- und Effizienz-themen im Vordergrund stehen würden. In der vorliegenden Vorlage wird auch die Spitalplanung durch die Kantone empfindlich geschwächt, weil die Kassen für die Abgeltung der Leistungen zuständig wären und zudem leicht zusätzliche Leistungserbringer definieren könnten (Nicht-Listenspitäler).
svbg	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Commission de la sécurité sociale et de la
santé publique
Monsieur le Président de la CSSS-N
Thomas de Courten
CH-3003 Berne

Lausanne, le 7 septembre 2018/aro

Initiative parlementaire. Financement moniste des prestations de soins – Avant-projet de modification de la LAMal

Monsieur le Président,

La Société Vaudoise de Médecine (SVM) a pris connaissance de la procédure de consultation de l'avant-projet de modification de la LAMal sur le financement moniste des prestations de soins.

Cet avant-projet, objet d'une initiative parlementaire, est la conséquence logique des critiques longtemps émises à l'encontre du système actuel d'assurance obligatoire des soins visant une prise en charge conjointe, par les cantons et les assureurs maladie, de l'ensemble des prestations hospitalières et ambulatoires. Les critiques se sont renforcées suite à l'introduction du nouveau régime de financement hospitalier en 2012.

Situation initiale

Les travers du système actuel se sont concrétisés, dans le canton de Vaud à tout le moins, par un transfert massif de l'hospitalier vers l'ambulatoire pratiqué dans les murs des hôpitaux et par une augmentation importante des prestations liées aux soins à domicile. Cette tendance a provoqué une augmentation importante des coûts de l'ambulatoire qui a lourdement impacté les montants des primes d'assurances et donc des assurés. A l'inverse, la facturation de prestations en stationnaire diminue continuellement au point que certains hôpitaux sont rentrés dans des chiffres rouges pour leurs activités somatiques (Référence : Dr P. Eggimann. Coûts de la santé : ce que l'on vous cache.... Rev Med Suisse. 2018 Feb 21;14(595):437-440).

Les autorités cantonales tirent à leur manière les conclusions de cette situation dans la mesure où elles planifient le besoin en établissements de soins, pilotent le volume de prestations facturées par les établissements hospitaliers, approuvent les conventions tarifaires entre assureurs et hôpitaux et cherchent à façonner des conventions tarifaires entre assureurs et médecins selon une vision publique en imposant des mécanismes de correction de la valeur du point tarifaire en fonction d'un volume de prestations.

Il est ainsi constaté que le système actuel de l'assurance obligatoire des soins laisse la part belle aux cantons qui, sur le plan politique, prétendent avoir maîtrisé les coûts à charge dans le secteur des hôpitaux reconnus d'intérêt public et qui pointent du doigt l'ambulatoire de ville comme étant le secteur responsable de l'augmentation continue des primes d'assurance maladie.

Le projet de financement moniste

C'est dans ce contexte que le financement moniste fait l'objet de discussions politiques depuis de plusieurs années. Il est constaté que sur le principe, un tel financement suscite l'adhésion tant des médecins que des pharmaciens, des caisses-maladie et des compagnies d'assurances privées.

La solution qui se dessine aujourd'hui par la CSSS-N est que les cantons participent à hauteur de 25,5% au moins des coûts qui resteront à charge des assureurs après déduction des franchises et des quotes-parts assumées par les assurés. Selon l'avant-projet soumis en consultation, c'est la solution pour que le financement uniforme demeure sans incidence sur le budget des cantons et des assureurs. Ce ratio est basé sur la moyenne annuelle assumée dans les prestations prises en charge par les cantons durant les années 2012-2015, soit les trois exercices ayant suivi l'introduction du nouveau système de financement hospitalier.

La nouveauté proposée consiste également dans le fait que les assureurs devront rembourser l'ensemble des traitements et que les cantons versent quant à eux l'ensemble des montants qu'ils doivent prendre en charge à l'Institution commune LAMal.

Les cantons veulent dans ces conditions pouvoir beaucoup mieux contrôler le secteur ambulatoire sur leur territoire dans la mesure où ils participent au financement des prestations ambulatoires. Il est observé que cette volonté se concrétise déjà à travers la modification de l'art. 55a LAMal qui, une fois en vigueur (2019), offrira aux cantons plus de latitude dans la gestion de l'offre ambulatoire¹. Dans ces conditions, la tendance de certains cantons sera ainsi non pas uniquement de vouloir piloter, mais de contrôler et administrer, la médecine de ville.

La conséquence probable est que, dans un canton disposant d'un centre hospitalier universitaire, les médecins cliniciens formés se verront restreints dans leurs projets professionnels d'installation dans les environs du centre hospitalier, non pas parce qu'ils ne répondraient à la demande de patients, mais parce que cela ferait concurrence à celui-ci. Il en va de même pour les hôpitaux privés reconnus d'intérêt public qui ne peuvent développer des services pourtant porteurs en raison de la volonté de l'hôpital cantonal universitaire de disposer de tout l'effectif nécessaire à ses services. On constate dès lors que l'administration cantonale dispose d'un outil extrêmement fort pour favoriser les établissements publics au détriment de la médecine et des besoins avérés de la population. Dans ce contexte, il manque une autorité autre que le canton pour arbitrer le contrôle unilatéral du canton.

Au souhait de la SVM, une telle autorité devrait être paritairement composée par le privé et par le public aux fins de réguler le système avec la garantie de disposer d'un équilibre en la matière.

Plusieurs conseillers d'Etat en charge de la Santé ont publiquement émis des réserves quant au principe de financement moniste proposé par le texte mis en consultation. Ils redoutent, probablement, à bon escient, de perdre une partie de leur capacité à organiser la planification hospitalière au profit des assureurs.

Dans ce contexte, la SVM propose que la participation cantonale au financement ambulatoire ne concerne que les prestations découlant du transfert de l'hospitalier vers l'ambulatoire et de celles permettant le maintien à domicile.

¹ C'est le lieu de préciser que les cantons devraient également être contraints de limiter l'offre hospitalière dans la mesure où il est constaté que les hôpitaux cantonaux vaudois se sont beaucoup développés ces dernières années. Cela est la conséquence de la participation des cantons au financement des infrastructures hospitalières publiques, à leur fonctionnement via les prestations d'intérêt général ainsi qu'au subventionnement des primes d'assurance de la population la moins aisée.

C'est ainsi que les six groupes d'interventions et d'examens électifs qui seront prioritairement être pris en charge en ambulatoire à compter du 01.01.2019, soit les

- **opérations unilatérales des veines variqueuses des jambes**
- **interventions pour hémorroïdes**
- **opérations unilatérales de hernies inguinales**
- **examens / interventions au niveau du col utérin ou de l'utérus**
- **arthroscopies du genou, y c. opérations du ménisque**
- **opérations sur des amygdales et des végétations adénoïdes**

devraient obligatoirement faire l'objet d'une participation des cantons dans la mesure où ces derniers bénéficieront directement des effets de ce transfert de charge à la seule assurance obligatoire des soins.

Nous veillerons avec intérêt aux développements qui suivront cette consultation d'avant-projet.

En vous remerciant pour l'attention que vous porterez aux présentes déterminations, nous vous prions de croire, Monsieur le Président, à l'expression de nos meilleures salutations.

SOCIÉTÉ VAUDOISE DE MÉDECINE

Philippe Eggimann
Président


Pierre-André Repond
Secrétaire général

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG):
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : SWISS REHA

Abkürzung der Firma / Organisation :

Adresse : reflecta ag, Zieglerstrasse 29, 3007 Bern

Kontaktperson : Guido Schommer, Geschäftsführer

Telefon : 031 387 37 15, mobil 079 300 51 45

E-Mail : schommer@reflecta.ch

Datum : 11.09.2018

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **15. September 2018** an folgende E-Mail Adresse:
abteilung-leistungen@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG): Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
	Finanzierungsregelungen sind nicht einfach gut oder schlecht, sondern sie können unter unterschiedlichen Rahmenbedingungen unterschiedliche Wirkungen auslösen.
	Bzgl. der einheitlichen Finanzierung sind insbesondere die Klärung der Rollenkonflikte zu thematisieren, welche bei den Kantonen weiterhin existieren und bei den Krankenversicherern zunehmen dürften.
	Bzgl. der Rehabilitation ist insbesondere auch die klare Definition der Rehabilitation von besonderer Bedeutung, da dies bis heute im KVG nicht sichergestellt ist. So erteilen beispielsweise bestimmte Kantone Leistungsaufträge für geriatrische Rehabilitation, andere nicht. Ebenso unterschiedlich interpretiert werden beispielsweise die Begriffe Akut- und Übergangspflege und CTRs (nach der Deutschschweizer Terminologie sollten CTRs grossmehrheitlich keine Leistungsaufträge für Rehabilitation erhalten). Solange solche Begriffs-Unterschiede existieren, besteht die Gefahr, dass die Kantone ihre eigenen CTR-Institutionen weiterhin vor der Konkurrenz schützen bzw. mit der geplanten Änderung der Vertragsspital-Finanzierung Krankenversicherer nicht fachgerechte Angebote aus der Grundversicherung zusammen mit den Kantonen zu Lasten der qualifizierten Rehabilitation finanzieren und damit die Versorgungs-Landschaft gefährden.
	Im Rahmen einer einheitlichen Finanzierung ist darüber hinaus auch der Begriff "Gemeinwirtschaftliche Leistungen" zu klären und dafür zu sorgen, dass die entsprechenden Leistungsaufträge regelmässig ausgeschrieben werden. Andererseits besteht die Gefahr, dass dieser Passus dazu missbraucht werden kann, die einheitliche Finanzierung durch über GWL gewährte Subventionen zu torpedieren.
	Im Sinne der ganzheitlichen Finanzierung sollte aus Rehabilitations-Sicht auch die Langzeitpflege nach den gleichen Prinzipien finanziert werden. Dies dürfte die Gefahr reduzieren, dass Kantone Langzeitpflege-Institutionen Rehabilitations-Leistungsaufträge gewähren, um die Krankenversicherer anteilmässig stärker mitfinanzieren zu lassen.
	Im Rahmen der Gesetzesrevision sollte auch der Begriff "teilstationär" wieder eingeführt werden, damit sichergestellt ist, dass auch für teilstationäre Angebote die einheitliche Finanzierung gilt. Denn der Begriff "teilstationär" ist gerade im Bereich der Psychiatrie und auch der Rehabilitation (vgl. beispielsweise die Qualitäts-Kriterien von SW!SS REHA) klar definiert.
	Wenn die Kantone gesamthaft über die ganze Behandlungskette einen geringeren Finanzierungsanteil als die Krankenversicherer übernehmen, kann es keinen Sinn machen, dass die Kantone noch zusätzliche Steuerungskompetenzen im Bereich der ambulanten Zulassungssteuerung

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG): Vernehmlassungsverfahren

	bekommen. Vor allem aber ist eine ambulante Zulassungssteuerung auch unter dem Aspekt der Zusammenlegung von Entscheidungs- und Finanzierungsverantwortung sowie den dadurch noch weiter zunehmenden Rollenkonflikten der Kantone abzulehnen.
--	---

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG):
Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
	49a	1			belassen
	49a	2		Solange der Rehabilitations-Begriff gesamtschweizerisch nicht klar definiert wird, führt das Vertragsspital-Konzept mit erweiterter Grundversicherungsfinanzierung zu einer weiteren Subventionierung von nicht rehabilitationsspezifischen Anbietern, welche aus Standortförderungsgründen zusammen mit der Zusatzversicherungs-Entlastung für die Krankenversicherer zu schlechterer Qualität und höheren Kosten führt.	Textvorschlag gemäss Minderheit übernehmen
	60a	1		Spitäler haben sich an einer leistungsorientierten Finanzierung zu orientieren. Daher sind auch die Beiträge leistungsorientiert aufzuteilen und nicht über Pauschalbeiträge.	Textvorschlag gemäss Mehrheit
	60a	2		Spitäler haben sich an einer leistungsorientierten Finanzierung zu orientieren. Daher sind auch die Beiträge leistungsorientiert aufzuteilen und nicht über Pauschalbeiträge.	
	60a	3		Spitäler haben sich an einer leistungsorientierten Finanzierung zu orientieren. Daher sind auch die Beiträge leistungsorientiert aufzuteilen und nicht über Pauschalbeiträge.	
	60a	4		Spitäler haben sich an einer leistungsorientierten Finanzierung zu orientieren. Daher sind auch die Beiträge leistungsorientiert aufzuteilen und nicht über Pauschalbeiträge.	

Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit (SKG-NR)

Thomas de Courten
Kommissionspräsident
3003 Bern

per E-Mail: abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Ihre Kontaktperson: Regula Lüthi, Präsidentin
regula.luethi@upkbs.ch

24. August 2018

Vernehmlassung: 09.528 Pa Iv Finanzierung der Gesundheitsleitungen aus einer Hand – Einführung des Monismus

Sehr geehrter Herr de Curten
Sehr geehrte Damen und Herren

Swiss Nurse Leaders bedanken sich für die Gelegenheit, an der obgenannten Vernehmlassung teilzunehmen.

Ganz grundsätzlich können wir festhalten, dass wir den (erneuten) Versuch einer Einführung einer einheitlichen Finanzierung sehr befürworten. Wir sind überzeugt, dass damit ein grosses und wichtiges Puzzleteil einer sinnvollen, integrierten Gesundheitsversorgung entsteht. Wir befürworten auch die Weitfassung mit der Inkludierung der Psychiatrie, der Rehabilitation sowie der Akut- und Übergangspflege.

Wie man im Vernehmlassungstext liest, werden damit drei Ziele verfolgt:

- Die Förderung der Verlagerung von stationär zu ambulant.
- Stabilisierung der prämierten- und steuerfinanzierten Anteile an der OKP.
- Förderung einer sachgerechten Tarifierung.

Swiss Nurse Leaders sind überzeugt, dass mit einer einheitlichen Finanzierung alleine diese Ziele nicht erreicht werden können. Es bräuchte dazu noch ganz andere Steuerungshebel – als Beispiele können die zu hohe Anzahl Spitalbetten pro Kanton genannt werden, oder Neubauten in einem Sektor, wo es schon zu viele Betten gibt, zu tiefe Abgeltung der sogenannten „Nichtärzte“ bei den Tarmedtaxpunkten, fehlende Regionalisierungsbestrebungen, sehr unterschiedliche kantonale

Gestaltung einer integrierten Versorgung etc. Unserer Ansicht nach wären qualitative Diskussionen um Wertschöpfungsketten aus Sicht der Patientinnen und Patienten und Auseinandersetzungen um „best practice models“ oder „choosing wisely“ mindestens so wichtig wie eine neue Aufteilung des schon Bestehenden.

Warum die kantonal so unterschiedlich gehandhabte Pflegefinanzierung nicht integraler Bestandteil dieser neuen Finanzierung sein soll ist uns unverständlich, bzw. sie ist rein fachlich eigentlich nicht begründbar, sondern kann nur politisch/taktische Gründe haben. Wir nehmen mit Bedauern zur Kenntnis, dass von gewissen Kreisen behauptet wird, die Pflegefinanzierung stehe im Gegensatz zum Monismus. Dies stimmt aus Sicht der Pflegefachpersonen sicher nicht. Wir wissen, dass viele Patientinnen und Patienten eben nicht in der stationären Versorgung oder in den ambulanten Eingriffen die grösste Herausforderung bedeuten, sondern in den vor- und nachgelagerten Heimen sowie in der Spitex. Und wir wissen ebenfalls, dass pflegende Angehörige sowie viele Sozialdienste von Gemeinden hier unschätzbare und unbezahlte Unterstützung bieten.

Dass Nicht-Listenspitäler besser gestellt werden sollen, als im heutigen Setting, ist für uns nicht nachvollziehbar und würde unserer Ansicht nach die angestrebte Stabilisierung der Kosten zunichte machen. Vielmehr sehen wir darin eine Bevorzugung dieser Spitäler was zu einer weiteren Erhöhung der Kosten für die einzelnen Bürgerinnen und Bürger führen wird. Überhaupt weisen wiederholte Bemerkungen im Vernehmlassungstext darauf hin, dass eine höhere Kostenbeteiligung der Versicherten nicht ausgeschlossen werden kann. Es wird zwar argumentiert, dass im Gegenzug eine leichte Senkung der Prämien zu erwarten wäre, unserer Ansicht nach ist dies jedoch noch zu beweisen.

Solange die Tarifstrukturen mit DRG, Tarpsy und Tarmed so bleiben wie sie sind, sind Fehlanreize weiterhin systembedingt voraussehbar. Wir plädieren daher nicht nur für ein einheitliches Finanzierungsmodell, sondern ebenso für integrierte Vergütungssysteme. Falls dies nicht berücksichtigt würde, wäre es aus unserer Sicht dann im Grunde nicht relevant, wer die Oberhoheit über die Finanzierung der Gesundheitsleistungen hätte.

Aus dem Text nicht klar ersichtlich wird die zukünftige Rolle der Kantone, wenn alle stationären und ambulanten Leistungen gemäss KVG von den Krankenversicherern getragen würden. Wir verstehen daher die Mitglieder der Minderheit in der Kommission, die den Kantonen schlagkräftige Instrumente zur Steuerung des ambulanten Bereichs zur Verfügung stellen möchten, bevor die Finanzierung alleinige Sache der Krankenversicherer wird. Wir befürworten auch die Kompetenz der Kantone, Mindest- und Höchstzahlungen an Leistungserbringern festlegen zu können sowie die Zulassung der Ärztinnen und Ärzte zu steuern.

Diese von der GDK und von den NR sehr unterschiedlich gewerteten Steuerungsmechanismen bis hin zu einer möglichen Schaffung eines gemeinsamen Organs oder einer stichprobenartigen Überprüfung durch das BAG zeigen auf, wieviel Klärungsbedarf ganz generell noch besteht. Für die Bevölkerung nicht zu verstehen und auch nicht zuzumuten wäre eine Verlagerung von noch mehr Kosten in die privaten Haushalte. Gar nicht eingegangen wird auf Übergangsfristen, die für einen Wechsel des Vergütungsmodells samt der neuen Aufteilung der genannten 25% für die Kantone notwendig wäre.

Fazit:

Die Übertragung der Finanzierung auf die Krankenversicherer alleine, ohne die genaue Darlegung der ausführenden Begleitorgane sowie die genauen Kompetenzen der Kantone können unserer Ansicht nach nicht zu den von der Kommission beschriebenen Ziele führen. Sie löst auch die generelle Problematik der Fehlanreize nicht. Wir plädieren für eine gleichzeitige Implementierung qualitativer Steuerungsmechanismen. Dafür sind die sicher notwendigen Übergangsfristen festzulegen.

So lange nicht andere Steuerungsmechanismen und andere Planungsvorgaben installiert sind und so lange Pflegeheime und Spitex nicht in das Finanzierungsmodell mit eingebunden werden, bleibt die einheitliche Finanzierung ein Stückwerk einer an und für sich sinnvollen Strategie.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Stellungnahme.

Freundliche Grüsse



Regula Lüthi
Präsidentin Swiss Nurse Leaders

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG):
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : swiss orthopaedics

Abkürzung der Firma / Organisation : so

Adresse : Chemin de la Bovarde 19

Kontaktperson : Rita Zahnd

Telefon : 021 799 24 44

E-Mail : welcome@swissorthopaedics.ch

Datum : 17.7.2018

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **15. September 2018** an folgende E-Mail Adresse:
abteilung-leistungen@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG):
Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
SO	swiss orthopaedics begrüsst und unterstützt den Entwurf sowie den erläuterten Bericht. Für Details verweisen wir auf die Stellungnahme der FMCH.
SO	
SO	
SO	
SO	
SO	
SO	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit
Thomas de Courten
Kommissionspräsident
CH-3003 Bern

E-Mail: abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Ort, Datum:	Bern, 15. September 2018	Direktwahl:	031 306 93 85
Ansprechpartnerin:	Agnes Nienhaus	E-Mail:	agnes.nienhaus@unimedsuisse.ch

Vernehmlassung der SGK-N zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG): «Einheitliche Finanzierung der Leistungen im ambulanten und Stationären Bereich» (EFAS-Initiative)

Sehr geehrter Herr Präsident
Sehr geehrte Damen und Herren

In Ihrem Schreiben vom 15. Mai 2018 haben Sie uns Gelegenheit zur Stellungnahme zur obenerwähnten Vernehmlassung gegeben. Der Verband Universitäre Medizin Schweiz (unimedsuisse) unterstützt im Allgemeinen die Vorlage von H+, möchte sich aber in mehreren Punkten noch besonders äussern.

1. Grundsätzlich befürwortet unimedsuisse eine einheitliche Finanzierung der ambulanten und stationären Leistungen. Man darf damit jedoch nicht die Vorstellung verbinden, dass damit falsche Anreize und Probleme in der Finanzierung von stationären und ambulanten Leistungen gelöst werden.
2. Für die Universitätsspitäler ist in erster Linie wichtig, dass die Tarife die Kosten finanzieren und keine Fehlanreize beinhalten. Wichtig ist für die Spitäler also das Tarifsystem bzw. die angemessene Ausfinanzierung der Leistungen und erst in zweiter Linie die Frage, wer die Leistungen zu welchen Teilen bezahlt. Im heutigen System sind die universitären Leistungen sowohl im ambulanten Bereich wie in der stationären Versorgung unterfinanziert. Dafür sind die Leistungen in Spitälern und Kliniken überfinanziert, welche sich auf wenig komplexe Patienten spezialisieren, was deren Überversorgung fördert. Gerne legen wir Ihnen dazu aktuelle Grundlagen vor, welche die Unterfinanzierung belegen. Die Vorlage packt diese grundsätzliche Problematik nicht an.
3. Qualität soll relevant sein für die Finanzierung von Leistungen. Die Vorlage stellt keinerlei Verbindung zur Frage her, dass die Qualität der Leistungen gewährleistet werden muss. Wir vertreten die Ansicht, dass die Finanzierung von Spitalleistungen auch mit der Qualität verbunden werden muss.
4. unimedsuisse lehnt es ausdrücklich ab, dass bei Vertragsspitalern der gleiche Verteilschlüssel in der Finanzierung angewandt wird wie bei Spitälern, die einen öffentlichen Leistungsauftrag auf der Spitalliste erhalten haben. Dies ist unseres Erachtens nicht zulässig, denn es würde die Unterscheidung zwischen Listenspitalern und Vertragsspitalern aufheben. Die Vertragsspitäler erhielten die gleiche öffentliche Finanzierung, obwohl sie sich nicht den Anforderungen der Kantone in der Spitalplanung und den damit verbundenen Steuerungsmechanismen unterziehen müssen. Dies schafft ungleiche Spiesse zuungunsten der Spitäler mit öffentlichem Leistungsauftrag.

unimedsuisse fordert entsprechend, dass Vertragsspitäler nicht über öffentliche Gelder mitfinanziert werden.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen in der Vorlage und stehen Ihnen bei Fragen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse



Agnes Nienhaus
Geschäftsführerin Universitäre Medizin Schweiz

Beilage

- Stellungnahme von H+ vom 28.08.2018



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit

Thomas de Courten
Kommissionspräsident
CH-3003 Bern

E-Mail: abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Ort, Datum Bern, 28. August 2018
Ansprechpartner Martin Bienlein

Direktwahl 031 335 11 13
E-Mail Martin.bienlein@hplus.ch

Vernehmlassung der SGK-N zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG)

Sehr geehrter Herr Präsident
Sehr geehrte Damen und Herren

In Ihrem Schreiben vom 15. Mai 2018 haben Sie uns Gelegenheit zur Stellungnahme zur oben erwähnten Vernehmlassung gegeben.

H+ Die Spitäler der Schweiz ist der nationale Verband der öffentlichen und privaten schweizerischen Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen. Uns sind 236 Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen als Aktivmitglieder an 369 Standorten sowie über 170 Verbände, Behörden, Institutionen, Firmen und Einzelpersonen als Partnerschaftsmitglieder angeschlossen.

Vorbemerkung: Ausgewogenheit der Verantwortungen

Im heutigen KVG tragen die Kantone mit der Spitalliste die Verantwortung und fünfzig Prozent der Kosten. Dies scheint adäquat, auch wenn die Aufgabenkumulation zu überprüfen ist. In Zukunft haben sie zwar noch die volle Versorgungsverantwortung zahlen aber nur noch ein Viertel der Kosten. Dies kann zu Spannungen führen. Trotzdem ist es wichtig, dass die Verantwortung für die medizinische Versorgungssicherheit der Bevölkerung in der Hand von demokratisch legitimierten Organen bleibt. Die Versicherer haben dazu weder das nötige Wissen noch die Legitimation. Ihr eigener Fokus liegt auf der Stabilisierung der Prämien.

Prinzipielle Zustimmung zu EFAS

Nach Konsultation unserer Mitglieder teilen wir Ihnen mit,

- dass Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen die einheitliche Finanzierung unterstützen.
- die Kantone und sozialen Krankenversicherer unter Berücksichtigung der Kostenbeteiligung der Patientinnen und Patienten als Finanzierer beibehalten werden sollen.
- dass der gleiche Kostenteiler in der ganzen Schweiz gelten soll. Ein kostenneutraler schweizweiter Teiler, wie vorgeschlagen mit 74,5 zu 25,5%, ist sinnvoll.

- dass die Schuldner der Rechnung neu nur noch die Versicherer sein sollen und zwar für ambulante und stationäre Leistungen gleichermassen. Auch sollen nur sie die Rechnungen kontrollieren. Dafür müssen sie einer strengeren Kontrolle unterliegen (siehe unten).
- dass die Kantonsbeiträge über die gemeinsame Einrichtung KVG fliessen sollen.

Notwendige Revision der ausserkantonalen Behandlung

Die Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen fordern Änderungen in der Abgeltung von Leistungen ausserkantionaler Spitäler und Kliniken. Die Tarife müssen die standortakzeptierten Preise des Spitals oder der Klinik sein und nicht wie bisher eine fiktive vom Wohnkanton der Patientinnen und Patienten festgelegte Vergütung, die heute immer wieder missbräuchlich ist.

H+ Hauptanliegen: Revision und Pflege der Tarifstrukturen

Aber wichtiger als die einheitliche Finanzierung aller Leistungen ist die Revision des Tarifrechts und die Umsetzung durch die Tarifpartner, namentlich die Revision und Pflege sämtlicher ambulanter Tarifstrukturen. Die einseitigen Eingriffe des Bundesrates haben die Tarifblockade aus Sicht von H+ verschärft statt aufgehoben.

Revision der Übergangspflege

Ebenso ist es notwendig die Übergangspflege vollständig in die Akutsomatik aufzunehmen, wo sie medizinisch hingehört (Streichen Art. 25a Abs. 2 KVG). Ihre Dauer, kann über Anhang 1 KLV begrenzt werden, was medizinisch sinnvoll ist.

Langzeitpflege später

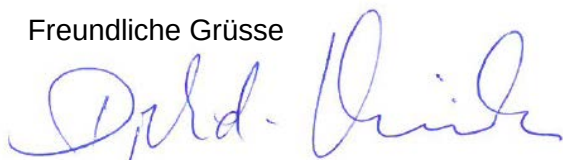
Die Finanzierung der Langzeitpflege gehört in die einheitliche Finanzierung. Zu einem späteren Zeitpunkt muss die Langzeitpflege deshalb (wieder) in die Gesamtfinanzierung zurückgeführt werden, damit auch hier Fehlanreize durch Finanzierungsbrüche aufgehoben und optimale Behandlungsketten durchgeführt werden.

Einheitliche Rechnungsprüfung prüfen

Heute hat jede Versicherung ihr eigenes Prüf- und Rückweisungsverfahren. Das führt bei den Leistungserbringern zu Mehraufwand und Mehrkosten. Deshalb sollte überprüft werden, ob die Rechnungsprüfung und das Rückweisungsverfahren nicht vereinheitlicht werden und wie dies umgesetzt werden kann (Rechnungsprüfungsbüro, siehe 38 Massnahmen der Expertengruppe, Oktober 2017). Die Rechnungsprüfung muss zudem transparenter werden. Erstens sollen die Versicherungen ihrer Erfolgs- und Misserfolgsquote angeben, einzeln und als Branche (Qualitätsnachweis). Zweitens sollen die Versicherungen ihre Prüfmechanismen offenlegen.

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit zur Stellungnahme und stehen Ihnen bei Fragen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse



Dorit Djelid
Direktorin a.i.

Stellungnahme zur Änderung des KVG «Einheitliche Finanzierung der Leistungen im ambulanten und stationären Bereich» (EFAS-Initiative)

1. Grundsätzliche Haltung des Universitätsspitals Basel

Das Universitätsspital Basel unterstützt die EFAS-Initiative grundsätzlich und sieht raschen Handlungsbedarf, die bestehenden Fehlanreize aus dem System zu eliminieren. Die Initiative liefert dazu einen begrüssenswerten Ansatz.

Eine Beteiligung der Kantone an der Finanzierung der ambulanten Leistungen ist aus Sicht des Universitätsspitals Basel dabei zwingend notwendig. Zusätzlich sind das Fokussieren auf medizinische Anreize, um die Verlagerung hin zu ambulanten Behandlungen zu fördern, und die Anpassung des Tarifrechts Voraussetzungen für eine erfolgreiche und medizinisch sinnvolle Umsetzung der einheitlichen Finanzierung.

2. Fokus auf medizinische Anreize und medizinische Qualität

Das Universitätsspital Basel geht mit dem Spitälerverband H+ einig, dass der Fokus auf medizinische Sinnhaftigkeit zu legen ist, nicht auf rein finanzielle Anreize. Das heisst, dass einheitlich finanzierte Pauschalen für Eingriffe an den Schnittstellen von stationär zu ambulant eingeführt werden sollen und medizinisch nicht sinnvolle Zeitbeschränkungen im TARMED z. B. für Notfallbehandlungen bei Kinder und Behandlungen von Krebspatienten wieder abschafft werden.

Ebenso zentral ist die medizinische Qualität der erbrachten Leistungen, die im Universitätsspital über ein neues patientenzentriertes Qualitätsmesssystem mit Hilfe von ICHOM über mehrere Jahre erhoben wird, um medizinische Eingriffe und deren Outcome für die Patienten wissenschaftlich zu überprüfen.

3. Verfahren Tarifsysteem

Die Situation im Bereich der ambulanten Tarife, insbesondere des TARMED, ist weiterhin blockiert, da die Tarifpartner keine Einigung hinsichtlich der Revision des TARMED gefunden haben. In der Folge hat der Bundesrat schon zweimal zu Lasten der Leistungserbringer in die Tarifierung des TARMED eingegriffen. Eine Tatsache, die eine partnerschaftliche Lösung mit den Versicherern nicht fördert, da sie von den Eingriffen des Bundesrats nicht betroffen sind. Gleichermassen werden so betriebswirtschaftliche Tarifberechnungen verhindert.

Als Grundlage für die einheitliche Finanzierung von stationären und ambulanten Leistungen muss eine Lösung für die ambulanten Tarife gefunden werden. Das Universitätsspital Basel geht auch hier einig mit dem Spitälerverband H+ und unterstützt die Forderung einer Totalrevision des KVG-Tarifrechts inkl. der Abschaffung der bestehenden Veto-Möglichkeiten der Tarifpartner.

4. Weitere Punkte aus Sicht des Universitätsspitals Basel

Aus der Sicht des Universitätsspitals Basel tangieren folgende Punkte der EFAS-Initiative die medizinische Leistungserbringung nicht unmittelbar:

- Die Kontrolle der Leistungsabrechnung durch die Kantone ist deren verständliches Anliegen, aber aufgrund der bestehenden Audits im Auftrag der Kassen nicht zwingend.
 - Aus Sicht der Kantone sind hingegen die Mitsprache bei der Festlegung des Ärztetarifs sowie die Steuerung der Anzahl frei praktizierender Ärzte dringend aufzunehmende Regelungen.
-

- Der durch die Kantone geforderte Miteinbezug der Langzeit- und Alterspflege sowie Spitex ist sinnvoll, sollte aber zu einem späteren Zeitpunkt umgesetzt werden, um eine «Überlastung» der Initiative zu verhindern.
- Die Frage, ob die Versicherer durch die OKP zusätzlich die Privatversicherten finanzieren, ist abzuklären und ggf. zu verhindern.
- Es ist bei der Umsetzung der Initiative sicherzustellen, dass die Prämien nicht steigen.

Von: Campos Denise PARL INT <Denise.Campos@parl.admin.ch>

Gesendet: Montag, 17. September 2018 09:03

An: _BAG-Abteilung Leistungen <Abteilung-Leistungen@bag.admin.ch>

Betreff: WG: EFAS - Vernehmlassung der SGK-N - Stellungnahme USB ans BAG, Ergänzung

Zu Ihrer Information.

Freundliche Grüsse

Denise Campos

Administrative Sekretärin
Sekretariate der Kommissionen für soziale Sicherheit
und Gesundheit
Parlamentsdienste, CH-3003 Bern

Tel: +41 58 322 97 40

denise.campos@parl.admin.ch <http://www.parlament.ch>

Von: Kuebler Werner, Dr. <Werner.Kuebler@usb.ch>

Gesendet: Montag, 17. September 2018 07:00

An: Campos Denise PARL INT <Denise.Campos@parl.admin.ch>

Cc: Frey Burkhard <Burkhard.Frey@usb.ch>; USB Direktion Stellungnahmen <stellungnahmen@usb.ch>

Betreff: EFAS - Vernehmlassung der SGK-N - Stellungnahme USB ans BAG, Ergänzung

Sehr geehrte Frau Campos,

In Ergänzung zu unserer Stellungnahme vom 10.08.2018 gestatten wir uns, noch auf folgende Punkte hinzuweisen:

Es ist darauf zu achten, dass die erwünschten Wirkungen der Vorlage nicht mit erheblichen Nachteilen erkauft werden, die aufgrund von ungewollten Verschiebungseffekten als Nebenwirkungen entstehen können.

Erstens ist bei der Lösung für die Vertragsspitäler der Minderheitsantrag zu bevorzugen (Vergütung darf nicht höher sein als 45% der Vergütung nach Art. 49 Abs. 1 KVG).

Wenn Vertragsspitäler mehr Grundversicherungs-Gelder bekommen, wird das System qualitativ schlechter und ineffizienter. Ausserdem werden die Zusatzversicherungen damit zulasten der Grundversicherung entlastet, was weder volkswirtschaftlich noch sozialpolitisch sinnvoll ist. Der Mehrheitsantrag dient eigentlich nur den Krankenversicherern zur Entlastung der Zusatzversicherung, weshalb er aus unserer Sicht abzulehnen ist.

Zweitens besteht wie bei der jeder Umlagerung mit pauschalisierenden Methoden eine Regressionswirkung in Richtung Durchschnitt. Deshalb ist davon auszugehen, dass je nach Ausgestaltung städtische Kantone mit bereits höherer Prämienbelastung weiter belastet werden, ländliche eher entlastet. Entsprechend ist bei den Zahlungsflüssen der Kantone über die gemeinsame Einrichtung nach Art. 18 an

die Versicherer darauf zu achten, dass diese nach den effektiven Leistungskosten für jeden einzelnen Versicherten berechnet werden, und nicht nach einem Durchschnittswert pro Versicherung. Der dadurch entstehende administrative Aufwand bleibt mit einer solchen Lösung im heutigen Rahmen, und hilft, unerwünschte Pauschalisierungseffekte zu vermeiden.

Abschliessend halten wir fest, dass wir die Stellungnahmen unseres Spitzenverbandes H+ die Spitäler der Schweiz vom 28.08.2018, sowie die Stellungnahme des Verbands Universitäre Medizin Schweiz (UMS) vom 15.09.2018 vollumfänglich unterstützen.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung dieser Ergänzung.

Freundliche Grüsse
Werner Kübler

Dr. med. Werner Kübler, MBA
Spitaldirektor

Universitätsspital Basel
Hebelstrasse 32
CH- 4031 Basel
Telefon +41 61 265 21 25
Fax +41 61 265 21 77
E-Mail werner.kuebler@usb.ch
www.usb.ch

Direktionssekretariat:
Telefon +41 61 265 21 25
E-Mail: direktionssekretariat@usb.ch

From: Vogler Patricia **On Behalf Of** USB Direktion Stellungnahmen
Sent: Friday, August 10, 2018 2:07 PM
To: denise.campos@parl.admin.ch
Cc: Kuebler Werner, Dr.; Frey Burkhard; USB Direktionssekretariat
Subject: EFAS - Vernehmlassung der SGK-N - Stellungnahme USB ans BAG

Sehr geehrte Frau Campos

Im Auftrag von Dr. Werner Kübler, Spitaldirektor, und Burkhard Frey, Generalsekretär, sende ich Ihnen unsere Stellungnahme zur Vernehmlassung der SGK-N zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) (EFAS-Initiative).
Unimedsuisse, H+ und die VNS haben diese ebenfalls erhalten.

Beste Grüsse,
Patricia Vogler

Lic. phil.
Patricia Vogler
Wissenschaftliche Mitarbeiterin

Direktion
Generalsekretariat

Universitätsspital Basel
Hebelstrasse 32
CH-4031 Basel

Telefon +41 61 556 57 53

Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit
3003 Bern

E-Mailadressen:
abteilung-leistungen@bag.admin.ch
sgk.csss@parl.admin.ch

12. September 2018

Vernehmlassungsverfahren

09.528 Parlamentarische Initiative. Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus.

Sehr geehrter Herr Kommissionspräsident, Nationalrat de Courten
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir nehmen Stellung zum Vernehmlassungs-Verfahren zur Parlamentarischen Initiative 09.528 Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus.

Unterstützung der einheitlichen Finanzierung

Die vips Vereinigung Pharmafirmen in der Schweiz stellt sich auf den Standpunkt, dass der Problem- und Handlungsdruck im Schweizer Gesundheitswesen nicht primär aus dem Kostenwachstum entsteht. Vielmehr sind die ungleiche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen und die damit verbundenen Fehlanreize eine wichtige Teilursache für die fehlende Transparenz und Steuerbarkeit der Gesundheitsausgaben in der Schweiz. Die vips begrüsst es deshalb, dass die Gesundheitskommission des Nationalrats die Vernehmlassung zur Einführung einer einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen eröffnet. Die vips unterstützt die Vorlage der SGK-N *09.528 Parlamentarische Initiative für eine einheitliche Finanzierung der Gesundheitsleistungen*. Diese Reform ist notwendig zur Beseitigung von Fehlanreizen und Verzerrungen bei der Wahl der adäquaten Behandlung in stationären oder ambulanten Settings.

Trend in Richtung ambulanter Versorgung

Der medizinische Fortschritt macht es möglich, therapeutische Versorgung, welche früher den stationären Spitalaufenthalt des Patienten erforderte, zunehmend im ambulanten Bereich zu erbringen. Ambulante Versorgung ist kostengünstiger und entspricht in der Regel auch dem Bedürfnis des Patienten nach rascher Rückkehr in die gewohnte häusliche Umgebung. Die zunehmende Verlagerung von teuren stationären Leistungen in den kosteneffizienten ambulanten Bereich erfolgt aber einseitig zu Lasten der Prämienzahlenden, da die ambulante Versorgung vollumfänglich über Prämien finanziert wird.

Unerwünschte Fehlanreize:

- Die beteiligten Akteure (Kantone, Leistungserbringer, Versicherer) setzen teils entgegengesetzte Anreize, die zu Verzerrungen bei der Wahl der gesamtwirtschaftlich effizientesten Therapieform führen können. Von Einsparungen im stationären Bereich können die Versicherten nicht profitieren. Die zusätzlichen Kosten im ambulanten Bereich werden aber vollständig über ihre auch deshalb steigenden Prämien finanziert.
- Kantone können die Tarife heute im Hinblick auf die Wahl zwischen stationärer und ambulanter Behandlung beeinflussen.
- Die zunehmende Verlagerung von mehrheitlich steuerfinanzierten stationären zu vollständig prämierten ambulanten Leistungen wird heute allein von den Prämienzahlenden getragen. Davon sind insbesondere Prämienzahlende betroffen, welche knapp nicht in den Genuss einer Prämienverbilligung kommen. Sämtliche Anpassungen sind aber zumindest kostenneutral auszugestalten.

Sozialverträglichere Finanzierungslast

Die einheitliche Finanzierung kann die Grundlage zur Erzielung grundlegender Fortschritte im Schweizer Gesundheitswesen schaffen:

- Die Ausgangslage zur Wahl der effizientesten Versorgung wird verbessert. Kantone und Krankenversicherer haben die gleichen Anreize, was insgesamt zu geringeren Gesamtkosten führen sollte.
- Die zunehmend medizinisch möglich werdende, gesamtwirtschaftlich sinnvolle und politisch gewollte Verlagerung von stationär zu ambulant wird mit einer Mitbeteiligung der Kantone an der Finanzierung der ambulanten Versorgung sozialverträglicher ausgestaltet.
- Bei gleicher Finanzierung versprechen sich die Krankenversicherer grössere Einsparungen mittels integrierter Versorgungsmodelle. Damit verbunden wäre die Gewährung höherer Rabatte. Die Betreuungsfom der integrierten Versorgung ist in einer alternden Gesellschaft mit steigender Anzahl chronisch kranker Menschen wirkungsvoll.

Die Einführung einer einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen käme einer grundlegenden Reform unseres Gesundheitswesens auf nationaler Ebene gleich. Die Kantone würden neu die ambulante Versorgung mitfinanzieren. Dass die Kantone die Forderung nach Mitfinanzierung im Gegenzug mit der Bedingung von Mitsteuerungsmöglichkeiten im ambulanten Bereich verbinden, ist verständlich und begründet. Dem Begehren der Kantone ist deshalb mit der Schaffung passender Steuerungsinstrumente für den ambulanten Bereich zu entsprechen.

Wir danken Ihnen für die Gelegenheit zur Stellungnahme und ersuchen Sie um Berücksichtigung unserer Erwägungen.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

**vips Vereinigung Pharmafirmen
in der Schweiz**



Marcel Plattner
Präsident



Ernst Niemack
Geschäftsführer

vips – Vereinigung Pharmafirmen in der Schweiz

Baarerstrasse 2, 6300 Zug, Telefon +41 41 727 67 80, info@vips.ch, www.vips.ch



Chefärzte und Leitende Spitalärzte Schweiz
Médecins cadres des hôpitaux suisses
Quadri medici degli ospedali svizzeri

Per E-Mail:
lex@fmh.ch
abteilung-leistungen@bag.admin.ch
christina.leutwyler@parl.admin.ch

Per A-Post:
Herr Thomas de Courten
Nationalrat
Präsident Kommission für soziale
Sicherheit und Gesundheit SGK-NR
3003 Bern

Herr Dr. med. Jürg Schlup
Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
(FMH)
Elfenstrasse 18
Postfach 300
3000 Bern 15

Bern, 21. August 2018

Vernehmlassung 09.528 Parlamentarische Initiative. Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus (Vernehmlassung) – Verknüpfung mit der Vorlage Zulassung von Leistungserbringern

Sehr geehrter Herr Nationalrat De Courten
Sehr geehrter Herr Dr. Schlup
Sehr geehrte Damen und Herren

Der Verein der Leitenden Spitalärzte der Schweiz (VLSS) hat sich anlässlich seiner letzten Sitzung sehr intensiv mit den beiden oben erwähnten Vorlagen befasst.

Der VLSS hatte bereits kurz nach dem Inkrafttreten des KVG ein entsprechendes Gutachten von Prof. Robert Leu eingeholt, welches darauf hinwies, dass im KVG die Beseitigung des Fehlanreizes der unterschiedlichen Finanzierung des ambulanten und stationären Bereichs mit hoher Priorität zuerst angegangen werden sollte. Die Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK, damals noch Sanitätsdirektorenkonferenz SDK) hat sich stets gegen eine solche Gesetzesänderung gewehrt, bekanntlich ohne dass dies vernünftig begründet werden konnte.

Wir verstehen deshalb, wieso die Vorlage – sozusagen als Gegengeschäft – gleichzeitig mit der Nachfolgelösung der Zulassungssteuerung nach Art. 55a KVG in Kraft treten soll.

Die parlamentarische Initiative von CVP-Nationalrätin Ruth Humbel datiert aus dem Jahr 2009. Umso erfreulicher erscheint es aus unserer Sicht, dass die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-NR) hier die Initiative übernommen und am 19. April 2018 einen Vorentwurf für eine Gesetzesänderung verabschiedet hat.

Eine möglichst rasche Umsetzung von EFAS wird in unseren Reihen fast einhellig begrüsst. Dies ist umso dringender notwendig denn je. Es entspricht unseres Erachtens auch dem Grundsatz der

Sekretariat
Verein der Leitenden Spitalärzte der Schweiz VLSS
Postgasse 19, Postfach, 3000 Bern 8
T +41 (0)31 330 90 01
F +41 (0)31 330 90 03
info@vlss.ch
www.vlss.ch

Verhältnismässigkeit, einfachere Massnahmen mit grosser Auswirkung zuerst anzugehen, und stattdessen vorderhand auf grobe Systemeingriffe wie Globalbudgets o.ä. zu verzichten. Dementsprechend begrüssen wir die Idee, dass die Kantone inskünftig sowohl bei ambulanten als auch bei stationären Behandlungen nach Abzug von Franchise und Selbstbehalt der Versicherten einen einheitlichen Beitrag von mindestens 25,5% an die Kosten zahlen sollen.

Damit könnten nach über 20 Jahren endlich gleich lange Spiesse und die Voraussetzungen und finanziellen Anreize für vermehrt ambulante anstatt stationäre Behandlungen geschaffen werden. Selbstverständlich nur für gewisse chirurgische Eingriffe oder andere invasive Massnahmen, wo dies aus medizinischer Sicht vertretbar erscheint. Das Wohl des Patienten steht für uns nach wie vor im Vordergrund, weshalb wir uns auch stets in die entsprechende Listendiskussion auf eidgenössischer und kantonaler Ebene einbringen werden.

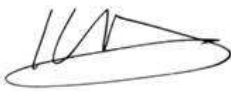
Sorgen bereitet unseren Mitgliedern hingegen eine andere Perspektive, welche mit der Botschaft des Bundesrates zur Änderung des KVG mit Bezug auf die Zulassung von Leistungserbringern nun sehr deutlich offenbart wurde.

Wir sind uns dessen bewusst, dass die Kantone über ein legitimes Interesse an mehr Planungsmöglichkeiten im ambulanten Bereich verfügen, sofern EFAS wie geplant umgesetzt würde. Trotzdem treten wir nach wie vor für eine Umsetzung eines solchen Vorhabens mit Augenmass ein. Es braucht unseres Erachtens so viel Planung wie notwendig und so wenig wie möglich. Der im ambulanten Bereich ausgeübte Beruf der praktizierenden Ärztin und des praktizierenden Arztes ist heute immer noch ein freier Beruf. Die meisten Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich arbeiten heute kostengünstig und effizient. Der Bürger und als Gesetzgeber allen voran das Parlament müssen sich deshalb zumindest genau überlegen, was es bedeuten könnte, die Ärzteschaft im ambulanten Bereich schleichend zu verstaatlichen.

Indem wir Sie darum ersuchen, diese Ausführungen zur Kenntnis zu nehmen, und sich dafür einzusetzen, dass der Planungseingriff im ambulanten Bereich trotz Einführung von EFAS auf ein vernünftiges Mass beschränkt wird, verbleiben wir mit bestem Dank für Ihre Bemühungen und

mit freundlichen Grüssen

Der Präsident



Prof. Dr. med. Karl-Olof Lövblad

Der Geschäftsleiter



Dr. iur. Th. Eichenberger, Rechtsanwalt

Kopie z.K.:

- FMH
- KKA
- VSAO Schweiz
- GDK
- H+

Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit
3003 Bern

Basel, 6. September 2018

Vernehmlassungsverfahren Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand – Einführung Monismus

Sehr geehrter Herr Kommissionspräsident,
Sehr geehrte Damen und Herren

Besten Dank für die Einladung zur Anhörung in oben erwähnter Angelegenheit. Sehr gerne nehmen wir dazu Stellung.

Das Hauptproblem der heutigen Finanzierung des Gesundheitswesens liegt nicht allein in der zweiteiligen Finanzierung. Für die Leistungserbringer sind die nicht sachgerechten Tarifstrukturen und die bei weitem nicht kostendeckenden Tarife in der OKP das grössere Problem.

Die VNS unterstützt die EFAS-Stossrichtung grundsätzlich und sieht raschen Handlungsbedarf, die bestehenden Fehlanreize aus dem System zu eliminieren. Die EFAS liefert dazu einen begrüssenswerten Ansatz. Eine Beteiligung der Kantone an der Finanzierung der ambulanten Leistungen ist dabei zwingend notwendig.

Die VNS geht mit dem Spitälerverband H+ einig, dass der Fokus auf medizinische Sinnhaftigkeit zu legen ist, nicht auf rein finanzielle Anreize. Das heisst, dass einheitlich finanzierte Pauschalen für Eingriffe an den Schnittstellen von stationär zu ambulant eingeführt werden sollen und medizinisch nicht sinnvolle Zeitbeschränkungen im TARMED.

Die Situation im Bereich der ambulanten Tarife, insbesondere des TARMED, ist weiterhin blockiert, da die Tarifpartner keine Einigung hinsichtlich der Revision des TARMED gefunden haben. In der Folge hat der Bundesrat schon zweimal zu Lasten der Leistungserbringer in die Tarifierung des TARMED eingegriffen. Eine Tatsache, die eine partnerschaftliche Lösung mit den Versicherern nicht fördert, da sie von den Eingriffen des Bundesrats nicht betroffen sind. Gleichermassen werden so betriebswirtschaftliche Tariffberechnungen verhindert. Hervorzuheben ist das ambulante Eingriffe im Spital in der Regel viel komplexer und aufwendiger sind und aus diesem Grund der Taxpunktwert für die Spitäler entsprechend rasch möglichst angehoben wird.

Als Grundlage für die einheitliche Finanzierung von stationären und ambulanten Leistungen muss zwingend eine Lösung für die ambulanten Tarife gefunden werden. Die VNS geht auch hier einig mit dem Spitälerverband H+ und unterstützt die Forderung einer Totalrevision des KVG-Tarifrechts inkl. der Abschaffung der bestehenden Veto-Möglichkeiten der Tarifpartner.

Vereinigung Nordwestschweizer Spitäler



Hans Zeltner
Geschäftsführer VNS

■ **Geschäftsstelle** • Postfach 4540 • 4002 Basel • Tel. 079 191 19 76 • info@vns-nw.ch • www.vns-nw.ch

■ Adullam-Spital • Bethesda Spital AG • Ergolz-Klinik • Felix Platter-Spital • Gesundheitszentrum Fricktal • Hirslanden Klinik Birshof • Hôpital du Jura • Hospiz im Park • Kantonsspital Baselland • Klinik Arlesheim • Merian Iselin Klinik • Palliativzentrum Hildegard • Psychiatrische Klinik Sonnenhalde AG • Praxisklinik Rennbahn AG • Psychiatrie Baselland • REHAB Basel • Reha Chrischona • Schmerzklinik Basel • Spital Dornach • St. Claraspital AG • Universitätsspital Basel • Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel • Universitäts-Kinderspital beider Basel • Vista Klinik

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG):
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte

Abkürzung der Firma / Organisation : VSAO

Adresse : Bollwerk 10, 3001 Bern

Kontaktperson : Marcel Marti, Leiter Politik und Kommunikation/stv. Geschäftsführer

Telefon : 031 350 44 82

E-Mail : marti@vsao.ch

Datum : 13. August 2018

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **15. September 2018** an folgende E-Mail Adresse:
abteilung-leistungen@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG): Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
VSAO	Grundsätzlich begrüsst der VSAO die einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Behandlungen (EFAS). Den dazu von der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-NR) unterbreiteten Vorentwurf lehnt er jedoch ab. Nachfolgend sind die Gründe erläutert.
VSAO	Aus Sicht des VSAO gehört die gesundheitliche Grundversorgung der Bevölkerung zum Service public. Unter diesem Gesichtspunkt weist der Vorschlag der SGK-NR gravierende Mängel auf. Zwar ist es richtig, eine einheitliche Finanzierung als Massnahme mit Potenzial zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen zu betrachten, da sie zur Beseitigung von Fehlanreizen beitragen kann. Die Kommission konzentriert sich bei der Ausgestaltung aber einseitig auf eine rechnerische Umverteilung von Mitteln von den Kantonen zu den Versicherern. Andere zentrale Faktoren insbesondere medizinischer und politischer Natur werden ausser Acht gelassen.
VSAO	So erachtet es der VSAO als wichtig, dass sich die Ärztinnen und Ärzte beim Entscheid über eine ambulante oder stationäre Behandlung einbringen können und im Zweifelsfall ihre fachliche Beurteilung den Ausschlag für den Entscheid gibt. Es darf nicht sein, dass EFAS zu Einbussen bei der Behandlungsqualität führt. Deshalb muss die Änderung des Systems - in welcher Form auch immer sie erfolgt - von einer Evaluation begleitet sein. Denn für die Patientinnen und Patienten sollte letztlich ein Mehrwert in der Versorgung resultieren.
VSAO	Der Vorentwurf der SGK-NR negiert den Aspekt der Steuerungskompetenzen. Jeder Kanton wäre verpflichtet, jährlich einen Prozentsatz - im Minimum 25,5 Prozent - für seinen Beitrag zuhanden der Krankenversicherer festzulegen. Wie mit einer solchen Einweg-Pauschalüberweisung die künftigen Mitsprache- und Mitwirkungsrechte der Kantone bei der Gestaltung der Gesundheitsversorgung sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich geregelt sein sollen, bleibt offen. Hingegen wäre klar, dass die Macht der Krankenversicherer (weiter) gestärkt würde. Damit kann sich der VSAO unter Verweis auf den eingangs erwähnten Service-public-Gedanken sowie die demokratischen Kontrollmöglichkeiten bei der Verwendung von Steuergeldern nicht einverstanden erklären. Ebenso ablehnend steht er der derzeit im Parlament kursierenden Idee gegenüber, die Kantone für EFAS zu gewinnen, indem das Geschäft mit der Neuregelung der Zulassung zum Arztberuf verknüpft und bei Letzterer die kantonalen Kompetenzen quasi als Kompensation erweitert werden. Eine Mitfinanzierung auch der ambulanten Leistungen durch die Kantone muss mit einem angemessenen Instrumentarium zur direkten Mitsteuerung einhergehen. Und Mitfinanzierung bedeutet eine duale Finanzierungslösung und keinen Monismus der Krankenkassen.
VSAO	Zur ungelösten Problematik der Verteilung bzw. Verschiebung der Finanzen und deren effektiver Kontrolle ohne ausufernde Administration kommt ein weiterer Punkt. Zwar argumentiert die SGK-NR, dass sie die Verlagerung von stationär zu ambulant fördern möchte und ambulante

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG):
Vernehmlassungsverfahren**

	Behandlungen in der Regel günstiger seien, was das Kostenwachstum bremse. Sie liefert jedoch keine näheren oder gar mit Berechnungen unterlegten Angaben zum kostendämpfenden Potenzial ihres Modells. Dessen Auswirkungen auf die Krankenkassenprämien, die zu begleichen für immer mehr Menschen zur Herausforderung wird, und die Konsequenzen für die Kantone sind also mit einem grossen Fragezeichen zu versehen.
VSAO	
VSAO	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Modifica della legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal):
procedura di consultazione**

Parere di

Cognome / Ditta / Organizzazione : Associazione consumatrici e consumatori della Svizzera italiana

Sigla della ditta / dell'organizzazione : ACSI

Indirizzo : Strada di Pregassona 33 - 6963 Pregassona

Persona di contatto : Laura Regazzoni Meli

N° di telefono : 091 922 97 55

E-mail : l.regazzoni@acsi.ch

Data : 14 settembre 2018

Osservazioni importanti:

1. Non modificare la formattazione del formulario, ma compilare soltanto gli appositi campi in grigio.
2. Per eliminare singole tabelle nel formulario o aggiungere nuove righe, togliere la protezione attivando i comandi: «Revisione/Proteggi documento/Rimuovi protezione». Vedere le istruzioni allegate.
3. Utilizzare una sola riga per ogni articolo, capoverso, lettera o capitolo del rapporto esplicativo.
4. I pareri devono essere inviati in forma elettronica, **come documento Word**, al più tardi entro il **15 settembre 2018** al seguente indirizzo:
abteilung-leistungen@bag.admin.ch
5. La colonna «Cognome / Ditta» non deve essere compilata.

Grazie per la cortese collaborazione!

**Modifica della legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal):
procedura di consultazione**

Osservazioni generali relative al progetto di revisione e al rapporto esplicativo

Cognome/ditta	Commento/suggerimento
ACSI	Favoriser un transfert des prestations stationnaires à l'ambulatoire lorsque cela se justifie médicalement est un élément positif pour les consommateurs/assurés/patients. C'est particulièrement le cas lorsque les progrès médicaux permettent de traiter dans les services ambulatoires d'un hôpital des cas qui nécessitaient jusque là une hospitalisation. Il est donc souhaitable que ce transfert soit facilité plutôt qu'empêché par des mécanismes pervers de nature financière ou organisationnelle. Le principe d'un mécanisme uniforme de financement peut être favorable de ce point de vue, mais ce n'est pas certain que cela réussisse à atteindre le but en question. Il y a en effet d'autres moyens pour favoriser le transfert du traitement stationnaire à un traitement ambulatoire peut-être plus efficaces que le financement uniforme (modification OPAS : règle ambulatoire vs. stationnaire pour certaines intervention), et surtout des mécanismes de coordination des soins sur le plan médical (managed care / soins coordonnés) qui ne font pas partie du projet CSSS-N. Le projet évoque une efficacité accrue des modèles particuliers d'assurance avec coordination des soins, qui ont pour effet de freiner la croissance des coûts, mais c'est seulement un vœu qu'aucun article de loi ne viendrait concrétiser.
ACSI	Contribuer à la maîtrise de la hausse des dépenses de santé, et donc à la hausse des primes d'assurance maladie est aussi un élément positif pour les consommateurs/assurés. Il est souhaitable que les mécanismes visant cet objectif soient efficaces. L'élimination de mécanismes pervers est souhaitable. Cependant, ces mécanismes pervers sont nombreux et la différence de financement de l'hôpital entre stationnaire et ambulatoire n'est qu'un aspect partiel, voire mineur parmi d'autres. La réforme des tarifs médicaux (Tarmed surtout) est beaucoup plus essentielle, de même que la limitation des prestations inutiles (« smarter medicine ») et la limitation du prix des médicaments. La planification hospitalière cantonale ou multi-cantonale est aussi un mécanisme de maîtrise des coûts important. Certains cantons ont fait des efforts importants de pilotage du secteur hospitalier et ont réussi à diminuer l'offre et par conséquent la hausse des dépenses. La limitation d'une offre excessive de médecins dans certaines spécialités médicales et certaines régions est aussi un élément très important. Malheureusement, la plupart des mécanismes de maîtrise de la hausse des dépenses de santé sont bloqués par des oppositions d'intérêts ou des oppositions politiques.
ACSI	Le contrôle des factures par les assureurs maladie est une pratique importante pour les consommateurs/assurés, même s'il est parfois

**Modifica della legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal):
procedura di consultazione**

	contestable ; le contrôle des factures d'hôpital par les cantons est un moyen supplémentaire de maîtrise des coûts. Il n'est pas certain que la situation soit meilleure si le contrôle par les cantons devait disparaître.
ACSI	La répartition du financement des dépenses de santé entre la part payée par l'impôt (progressif selon le revenu), la part payée par les primes maladie (non liées au revenu) et la part payée de la poche des consommateurs est un enjeu important de politique sociale. Le projet de la CSSS-N estime ne rien changer à cette répartition, si on considère l'ensemble des cantons, mais les projections sont contestées. Cela peut aussi changer entre les différents cantons, notamment ceux qui ont déjà bien réussi à piloter le secteur hospitalier en limitant l'offre excédentaire.
ACSI	L'aspect suivant est le plus important, du point de vue de l'ACSI. Le fait que le modèle CSSS-N s'applique à toutes les prestations de santé stationnaires et ambulatoires (sauf les soins de longue durée) signifie que les cantons devraient payer 25,5% de toutes les factures de soins (après déduction des franchises et participations des assurés), également pour toute la médecine ambulatoire et les autres fournisseurs de prestations (laboratoire, physiothérapie, soins infirmiers, médicaments, etc.). Les cantons s'y opposent car ils n'ont dans le domaine non-hospitalier quasiment aucune compétence de planification ni de contrôle de l'offre et de l'activité de ces secteurs. Ils exigent de disposer de compétences de planification, de limitation et de contrôle avant de devoir payer pour ces prestations. L'ACSI partage tout à fait cet avis exprimé par la Conférence des directeurs cantonaux de la santé, car pour les consommateurs/assurés, la hausse des dépenses de santé dans le très vaste secteur ambulatoire (hors hospitalier) est très importante avec un effet direct sur les primes. L'ACSI n'accepte pas que l'argent public cantonal soit ainsi versé pour des prestations pour lesquelles les cantons n'ont aucun moyen de pilotage ni de contrôle.
ACSI	La participation de 10% des assurés aux factures des traitements hospitaliers devrait augmenter vu que la part à charge de l'assurance maladie passerait de 45% à 74% et que la participation est proportionnelle au paiement par l'assurance maladie – jusqu'à concurrence de Fr 700.-. Cela pourrait donc augmenter les dépenses des assurés, mais pourrait peut-être être compensé par une baisse des primes. C'est un aspect difficile à quantifier. De même que l'effet de la participation des cantons pour 25,5% aux factures du domaine ambulatoire qui pourrait aussi avoir pour conséquence de faire un peu moins augmenter les primes. De plus, le projet CSSS-N semble avoir des conséquences avantageuses pour les personnes au bénéfice d'assurances complémentaires, car les assureurs peuvent favoriser par des conventions l'hospitalisation plutôt que le traitement ambulatoire. En effet, en cas d'hospitalisation dans un hôpital hors liste cantonale, la part à prendre en charge par une assurance complémentaire ou par le patient ne sera plus que de 25,5% au lieu de 55% actuellement, ce qui devrait permettre d'abaisser les primes des assurances complémentaires. Ce genre d'avantage n'est pas dans l'intérêt de la majorité des consommateurs (sans assurance complémentaire).

**Modifica della legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal):
procedura di consultazione**

ACSI	Le projet évoque une efficacité accrue des modèles particuliers d'assurance avec coordination des soins, qui ont pour effet de freiner la croissance des coûts, mais c'est seulement un vœu qu'aucun article de loi ne viendrait concrétiser. L'ACSI a demandé que les modèles particuliers d'assurance soient mieux contrôlés par la Confédération.
ACSI	

Per eliminare singole tabelle nel formulario o aggiungere nuove righe, togliere la protezione attivando i comandi: «Revisione/Proteggi documento/Rimuovi protezione». Vedere le istruzioni allegate.

**Modifica della legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal):
procedura di consultazione**

Osservazioni sui singoli articoli dalla revisione e spiegazioni relativi ad essi					
Cognome/ditta	art.	cpv.	lett.	Commento/suggerimento	Proposta di modifica (testo proposto)
ACSI	60	1,2,4		L'ACSI approuve un modèle de financement dans lequel les cantons contribuent au financement des prestations stationnaires et ambulatoires des hôpitaux (inscrits sur les listes de planification hospitalière cantonales) dans les mêmes proportions par les cantons et par les assureurs maladie. En revanche, elle s'oppose fondamentalement à généraliser cette contribution des cantons au financement des prestations pour l'ensemble du secteur ambulatoire non-hospitalier (médecine de cabinet, laboratoire, physiothérapie, médicaments, soins infirmiers, etc.) - un secteur pour lequel il n'y a quasiment aucune compétence de planification et où l'augmentation de l'offre de prestation est beaucoup plus forte. Un tel changement ne serait pas tout dans l'intérêt des consommateurs. Deux raisons à cela: Introduire un financement par les cantons (par l'impôt) pour un secteur sans aucune capacité de pilotage, de limitation, de guidance de qualité, etc. est un abus vis-à-vis d'une utilisation saine de l'argent public. Et d'autre part, trop de réformes indispensables dans ce domaine (limitation de l'ouverture de nouveaux cabinets médicaux, révision du Tarmed, développement du managed care, introduction du dossier électronique des patients, smarter medicine...) sont clairement prioritaires. L'introduction d'un financement uniforme pour l'ensemble de l'ambulatoire et du stationnaire pourrait encore retarder les autres réformes	Limiter le mécanisme de financement harmonisé par les cantons et par les assureurs aux secteurs stationnaire et ambulatoire des hôpitaux, exclusivement, avec une clé de répartition entre assureurs et cantons qui soit calculée uniquement sur le montants des dépenses de ces deux secteur

**Modifica della legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal):
procedura di consultazione**

				indispensables.	
ACSI	60	3		Le mécanisme proposé devrait alourdir la part payée par les assurés au titre de la participation aux coûts (10% de 74,5% des coûts hospitaliers stationnaires, au lieu de 10% de 45% actuellement), alors que l'effet global de la réforme sur une diminution de la hausse des primes est tout à fait incertain.	En limitant la réforme au seul secteur hospitalier (stationnaire et ambulatoire), avec un financement uniforme par les cantons et les assureurs de ces deux domaines, l'impact sur la participation des assurés serait en revanche acceptable.
ACSI					
ACSI					
ACSI					
ACSI					
ACSI					
ACSI					
ACSI					
ACSI					
ACSI					
ACSI					
ACSI					
ACSI					
ACSI					
ACSI					

T +41 (0)31 390 39 39
E ursula.schaffner@agile.ch

abteilung-leistungen@bag.admin.ch
Thomas de Courten
Präsident SGK-N
3003 Bern

23. August 2018

09.528 Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus - Stellungnahme zum Entwurf

Sehr geehrter Herr Kommissionspräsident
Sehr geehrte Damen und Herren

Am 15. Mai 2018 hat die SGK-N die Vernehmlassung zur oben genannten parlamentarischen Initiative eröffnet. Gerne lassen wir Ihnen fristgerecht unsere Stellungnahme zukommen.

AGILE.CH vertritt als Dachverband von 40 Behindertenselbsthilfe- und Behindertenselbstvertretungsorganisationen Personen mit Behinderungen und chronischen Krankheiten. Viele Mitglieder unserer Mitgliedorganisationen haben aufgrund ihres Gesundheitszustandes einen höheren Bedarf an medizinischen Leistungen als Personen ohne Behinderungen. Sie haben deshalb ein besonders hohes Interesse daran, sich zu Gesundheitsvorlagen zu äussern und auch weiterhin äussern zu können.

Endlich das Ei des Kolumbus gefunden?

Die Mehrheit der SGK-N vermittelt den Eindruck, dass die steigenden Gesundheitskosten auf einen Streich mit einer einfachen Massnahme gebremst werden könnten. Man fragt sich allerdings, weshalb dieses Ei nicht bereits vor bald 10 Jahren ausgebrütet wurde, als die entsprechende parlamentarische Initiative eingereicht wurde.

AGILE.CH ist der Meinung, dass das Gesundheitswesen viel zu komplex ist und dass zu viele Parteien zu gut daran verdienen, als dass eine einfache Umleitung von Finanzflüssen hin zu den Krankenversicherern diese Tendenz umkehren könnte. Unserer Meinung nach fehlen im Übrigen zwei sehr wichtige und kostenintensive Bereiche in der Vorlage: die Spitex und die Langzeitpflege.

Dass in Zukunft der Grundsatz «ambulant vor stationär» weiter gestärkt werden soll, begrüsst AGILE.CH durchaus. Allerdings darf das Vorhaben nicht zu einem unüberwindbaren Spardogma werden. Je nach Situation müssen stationäre Behandlungen weiterhin unbürokratisch möglich sein.

Die in der Vorlage dargestellte einfache Sicht auf das Gesundheitswesen teilt AGILE.CH in keiner Weise.

Sprache ist verräterisch

Der Titel der Vorlage lautet «Finanzierung von Gesundheitsleistungen aus einer Hand». In Tat und Wahrheit handelt es sich aber einfach um eine Umleitung von Steuergeldern von den Kantonen hin zur alleinigen Bestimmung und Verwendung durch die Krankenversicherungen – möglichst unter Ausschluss der Zahlenden. Weiter sollen Privatspitäler vermehrt von öffentlichen Geldern profitieren können.

Der erläuternde Bericht verrät vor allem zwischen den Zeilen, worum es der damaligen Initiantin ging und der SGK-N heute geht: Private Krankenversicherungen und Privatspitäler sollen gestärkt und das Gesundheits- und Krankenversicherungswesen sollen von mühsamen demokratischen und transparenten Verfahren befreit werden. In den Erläuterungen kommen wir Versicherten kaum vor. Je nach Kontext wird die Gesamtgesellschaft genannt; am häufigsten erscheinen die Versicherungen als Akteure. Allenfalls kommen noch die Kantone zum Zug, jedenfalls dann, wenn sie als Zahlende erwünscht sind. Vom Zugang zu Informationen sollen sie allerdings mehrheitlich ausgeschlossen und als eigenständige, mitentscheidende Akteure im Gesundheitswesen weitgehend verbannt werden.

Einen solchen Umbau des Gesundheitswesens lehnt AGILE.CH entschieden ab.

Falscher Zeitpunkt

Der Zeitpunkt der Vorlage ist im Übrigen unverständlich. Andere Themen waren in der SGK-N während Jahren offenbar wichtiger, obwohl man die wirklich wahre Lösung zur Eindämmung der wachsenden Gesundheitskosten gefunden zu haben glaubte. Ca. Mitte 2019 steht nun die Evaluation der neuen Spitalfinanzierung an, ohne dass deren Ergebnisse abgewartet worden wären.

Nicht noch mehr Steuergelder für Privatspitäler

Die SGK-N schlägt vor, Leistungen von Privatspitälern neu mit bis zu annähernd drei Vierteln aus öffentlichen Geldern und Prämienzahlungen zu finanzieren. Die dafür aufgeführten Argumente vermögen nicht zu überzeugen. Zudem ist als Folge davon mit einer Angebotsausweitung und somit einem erneuten Kostenanstieg und schliesslich mit noch höheren Prämien zu rechnen.

AGILE.CH ist gegen eine zusätzliche Finanzierung von Privatunternehmen durch die öffentliche Hand.

Gesundheit ist ein Menschenrecht

Gesundheit ist ein Menschenrecht, der hindernisfreie Zugang zur Gesundheitsversorgung muss durch die Öffentlichkeit gewährleistet werden. Die SGK-N will nun aber zentrale Diskussionen und Entscheide in der Gesundheitspolitik allein den Krankenkassen überlassen. Sie sollen über die «richtigen» Behandlungen, über Verteilungsfragen und Zahlungs- und Vergütungsverpflichtungen hinter verschlossenen Türen und ohne jegliche demokratische Legitimation entscheiden können. Menschen mit Behinderungen und chronischen Krankheiten können wichtige Beiträge im Hinblick auf eine gleichberechtigte, hindernisfreie Gesundheitsversorgung in Diskussionen einbringen, aber auch Beobachtungen zu den Folgen von veränderten Leistungsvergütungen. So stellen sie etwa fest, dass Ärzte aufgrund der Tarmedtarife 2018 sehr viel weniger Zeit zur Verfügung haben, um ihre Patienten anzuhören. Wo früher ein Händedruck und der Blick auf die Patientin genügten, werden sie heute in Röhren gesteckt oder mit andern Apparaten abgeklärt. Durch solche (Tarif-)Politiken werden die Gesundheitskosten kaum gesenkt; ob die Gesundheit der betroffenen Personen besser gesichert ist, darf zumindest bezweifelt werden.

Den Ansatz einer Politik hinter verschlossenen Türen der SGK-N lehnt AGILE.CH dezidiert ab.

Forderungen von AGILE.CH

- ▶ *AGILE.CH lehnt die Vorlage ab und tritt darauf nicht ein.*
- ▶ *Die Vorlage muss grundlegend überarbeitet werden, und die wichtigsten Akteure wie die Versicherten und die Kantone müssen weiterhin mitbestimmen und mitentscheiden können.*
- ▶ *Namentlich bei der Festsetzung von Leistungen, bei Tarifverhandlungen und bei der Verteilung von Geldern müssen Prämienzahlende und Kantone mitreden und mitentscheiden können.*
- ▶ *Die Langzeitpflege und Spitexleistungen sind in die Berechnungsmodelle einer allfällig neuen Vorlage einzubeziehen.*
- ▶ *Ebenfalls müssen so wichtige kostentreibende Faktoren wie Tarife für Medikamente, Festlegung von Pflichtleistungen und Tariffestsetzungen für stationäre und ambulante Leistungen in einer neuen Vorlage bei der Berechnung der Kosten enthalten sein.*
- ▶ *Die Ergebnisse der Auswertung der neuen Spitalfinanzierung sind in eine neue Vorlage einzubeziehen.*
- ▶ *Private Spitäler dürfen für ihre Leistungen auch in Zukunft maximal 45 % aus der Grundversicherung erhalten.*
- ▶ *Die Kosten für einen Systemumbau müssen konkreter ausgewiesen und nicht nur vage umrissen werden.*

Für die Berücksichtigung unserer Anliegen bedanken wir uns bestens.

Freundliche Grüsse



Stephan Hüsler
Präsident



Suzanne Auer
Zentralsekretärin



**Bündnis
Freiheitliches
Gesundheitswesen**

Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

Basel, 15. September 2018

Vernehmlassung: 09.528 Parlamentarische Initiative. Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 15. Mai 2018 hat der Präsident der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates die Vernehmlassung in obengenanntem Geschäft mit Frist bis 15. September 2018 eröffnet. Demgemäss lassen wir Ihnen nachstehend fristgerecht unsere Stellungnahme zukommen.

Das Bündnis befürwortet die Einführung der Finanzierung aus einer Hand (EFAS) unter dem Vorbehalt, dass auf die Verknüpfung mit anderen KVG-Revisionsvorhaben (insbesondere Zulassungssteuerung, aber auch Pflegefinanzierung) verzichtet wird.

Es kommt dabei nur ein monistischer Ansatz in Frage, eine Ausweitung der dualen Finanzierung auf den ambulanten Bereich mit zwei Teilrechnungen für jede medizinische Leistung lehnen wir ab. Monistische Zahler sind die Krankenversicherer, egal wie diese sich finanzieren (Prämien, Prämienverbilligungen und weitere Beiträge).

Vorbemerkungen: Keine politischen Verbindungen mit anderen Themen

Das Bündnis begrüsst die Aktivitäten der SGK-N in Bezug auf die einheitliche Finanzierung ausdrücklich.

GESCHÄFTSSTELLE: ST. JAKOBS-STRASSE 25, POSTFACH 135, CH-4010 BASEL / SCHWEIZ

PHONE 0041 61 421 35 55 – MOBILE 0041 79 415 33 37

MAIL: BUENDNIS@BLUEWIN.CH – WEB: WWW.FREIHEITLICHESGESUNDHEITSWESEN.CH

Äusserst heikel ist aus unserer Sicht die mittels Beschluss der SGK-N vom 6. Juli 2018 hergestellte Verbindung zur Vorlage über die Zulassungssteuerung. Der wohl damit verbundene Versuch, den Widerstand der Kantone gegen die einheitliche Finanzierung zu dämpfen, dürfte nicht erfolgreich sein, wie erste Reaktionen bereits zeigen.

Aus diesem Grund lehnen wir auch den diesbezüglichen Minderheitsantrag (Carobbio Guscetti, Feri Yvonne, Gysi, Heim, Ruiz Rebecca, Schenker Silvia) entschieden ab, welcher sicherstellen soll, dass die Vorlage zur einheitlichen Finanzierung nur in Kraft tritt, wenn auch eine Nachfolgeregelung zu Artikel 55a KVG im Sinne einer Zulassungssteuerung im ambulanten Bereich in Kraft tritt.

Dasselbe gilt für Verbindungen zur Thematik der Globalbudgetierung und der von den Kantonen eingebrachten Forderung nach gleicher Finanzierung der Pflege.

Erfahrungen aus der Vergangenheit zeigen, dass mehrfach gute Reformvorlagen im schweizerischen Gesundheits- und Sozialwesen an der politischen Verbindung zu anderen Themen gescheitert sind, weil sich damit nicht der Konsens eingestellt, sondern vielmehr der Widerstand gegen die einzelnen Themen addiert hat.

Wir plädieren deshalb dezidiert dafür, von heiklen politischen Verbindungen zwischen Themen abzusehen und sich nun mit dieser für die Zukunft des schweizerischen Gesundheitswesens äusserst bedeutsamen Reform zu befassen.

1. Systemfehler korrigieren - Kostenwachstum nicht einseitig zu Lasten der Prämienzahlenden

Seit vielen Jahren stehen sich Versicherer und Kantone mit unterschiedlichen Positionen zur Leistungsfinanzierung gegenüber: Während die Kantone eine Verschiebung von Leistungen in den ausschliesslich mit Prämiegeldern finanzierten ambulanten Bereich mit Listen erzwingen, um die Kantonsfinanzen zu entlasten, gehen die Interessen der Versicherer in die gegenteilige Richtung mit dem Ziel, die Kantone in die Finanzierung einzubinden, um den Prämienanstieg zu entlasten. Die Korrektur des Systemfehlers durch EFAS würde diese Differenz definitiv beenden und Platz für wichtige Entwicklungen schaffen.

2. Einheitliche Finanzierung ist eine wichtige Basis für Effizienz und Qualität sowie wichtige Reformen mit grossem Einfluss auf die Kostenentwicklung

EFAS wird die Finanzierung administrativ massiv vereinfachen, aber per se keine Dämpfung der Kostenentwicklung bewirken. Sie schafft aber Anreize zur Verschiebung von Leistungen vom stationären in den ambulanten Bereich aufgrund medizinischer Fortschritte. Auch die integrierte Versorgung wird durch eine einheitliche Finanzierung vereinfacht und gefördert, weil eine bessere ambulante Versorgung insbesondere bei chronisch Kranken teure Spitalaufenthalte verhindert. Davon profitieren bis jetzt vor allem die Kantone, weil sie stationär 55 Prozent und ambulant nichts bezahlen.

3. Technische Umsetzung

a) Berechnung des Kantonsbeitrags

Wir weisen darauf hin, dass der in Art. 60 KVG („Berechnung“) genannte, für die gesamte Schweiz geltende Prozentsatz für den Kantonsbeitrag von mindestens 25,5 Prozent nach unseren Berechnungen zu einer Mehrbelastung der Kantone im Bereich von rund CHF 1.5 Mia. pro Jahr und damit zu einer entsprechenden Entlastung der prämienrelevanten Ausgaben führt.

Da ausserdem das jeweilige Verhältnis der stationären und ambulanten Kosten von Kanton zu Kanton bzw. je nach Versichertenkollektiv auch von Krankenversicherer zu Krankenversicherer unterschiedlich ist, empfehlen wir wie bei der neuen Spitalfinanzierung Übergangsfristen.

b) Kostenbeteiligung Versicherte

Wir empfehlen im Sinne der Systemlogik, die Kostenbeteiligung (Franchise und Selbstbehalt) weiterhin auf den mit Prämien finanzierten Anteil der Leistungskosten auszurichten und den jeweiligen Kantonsanteil wie bisher in der Spitalfinanzierung zu ignorieren.

c) Aufteilung des Kantonsanteils auf die Versicherer

In dieser rein versicherungstechnischen Frage sollten sich die Versicherer einigen.

4. Ambulante Listen schaffen Zwang statt Anreize

Der Bund und einige Kantone versuchen, im bestehenden, inkohärenten System mit Listen die Ärzte und Spitäler zu zwingen, bestimmte Eingriffe nur noch ambulant durchzuführen. Dieser Ansatz ist falsch, weil er nicht die richtigen Anreize setzt, jede Operation dort durchzuführen, wo sie gemäss KVG wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich ist. Nach der Einführung von EFAS sind ambulante Listen konsequenterweise wieder aufzuheben.

5. Einwände der Kantone sind politischer Natur

Die vorstehend geäusserten Vorbehalte des Bündnisses in Bezug auf diese Vorlage haben nichts mit den politischen Einwänden der Kantone zu tun.

Die Kantone, vertreten durch die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), haben bereits vor dem Start der Vernehmlassung klar gegen EFAS Position bezogen.

Die Widerstände gegen diese längst überfällige Revision sind politisch motiviert, wobei es beinahe ausschliesslich um konfliktreiche Rollen der Kantone bei der Durchführung des KVG geht.

Die Kantone ignorieren die Tatsache, dass aufgrund ihrer Mehrfachrollen im Gesundheitswesen bereits heute eine massive Governance-Problematik besteht, die bei Umsetzung ihrer Forderungen weiter verstärkt würde.

Die GDK hat sich in ihrem Positionspapier „Optimierung der Steuerung und Finanzierung in der Gesundheitsversorgung“ vom 19. Mai 2017 kritisch zur einheitlichen Finanzierung geäußert und die aus ihrer Sicht zu deren Einführung notwendigen Rahmenbedingungen formuliert. In ihrer Stellungnahme vom 28. Juni 2018 zum vorliegenden Revisionsvorschlag weicht die GDK von ihrer letztjährigen Position ab, bringt zusätzliche Gegenargumente vor und stellt zusätzliche Forderungen, die in keinem direkten Zusammenhang zur erfolgreichen Umsetzung der neuen Finanzierungsregelung stehen.

Den Einwänden der Kantone ist folgendes zu entgegnen:

- a) Als aus ihrer Sicht stärkstes Argument wenden die Kantone ein, die Einführung einer einheitlichen Finanzierung mit Überweisung von Steuermitteln an die Versicherer verletze das Prinzip der fiskalischen Äquivalenz (Übereinstimmung der Steuerungskompetenz und der Finanzierung).

Hierzu ist folgendes festzuhalten:

- Fiskalische Äquivalenz bedeutet nicht, dass das Gemeinwesen zu allen Verwendungen von Steuermitteln Steuerungsinstrumente etablieren darf oder muss. Das im Entwurf vorgeschlagene Modell verletzt den Grundsatz der fiskalischen Äquivalenz nicht. Wir verweisen hierzu auf das Gutachten des Bundesamtes für Justiz vom 15. Januar 2018: „*Monistische Finanzierung von Gesundheitsleistungen – Verfassungsmässigkeit*“.
 - Aufgrund der Zuständigkeitsordnung im schweizerischen Gesundheitswesen kann das Prinzip ohnehin nicht vorbehaltlos umgesetzt werden. Wir verweisen hierzu auf das Beispiel der Bundesbeiträge an die Prämienverbilligungen. Der Bund richtet hier aus Steuermitteln rund CHF 2 Mia. an die Kantone aus, ohne auf die Verwendung dieser Mittel Einfluss nehmen zu können. Die Kantone waren bis jetzt auch nicht bestrebt, dem Bund die selber geforderte Mitsprache über die Verwendung von Steuermitteln einzuräumen.
 - Analog zu ihrer Argumentation müssten die Kantone die Versicherer als Zahler aktiv in die kantonale Spital- und Versorgungsplanung einbinden. Dies verweigern die Kantone aber konsequent.
- b) Unter anderem machen die Kantone den Einbezug der Pflegefinanzierung in die neue Regelung zur *conditio sine qua non* für eine Reform, obwohl keine systemische Notwendigkeit hierfür besteht. Im Gegenteil, das KVG macht bei der Pflegefinanzierung schon jetzt keinen Unterschied zwischen ambulanten und stationären Pflegeleistungen. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung leistet einen Beitrag an die Pflegeleistungen, welche aufgrund einer ärztlichen Anordnung und eines ausgewiesenen Pflegebedarfs ambulant, auch in Tages- oder Nachtstrukturen, oder im Pflegeheim erbracht werden.
- c) Ausserdem fordern die Kantone weitgehende Mitsprache betreffend Verwendung der von Ihnen zu leistenden Mittel und die Kompetenz zur Beplanung des ambulanten Angebotes. Damit verschärfen die Kantone ihre Rollenkonflikte. Dabei definiert

das KVG die Verwendung der Mittel (Steuern, Prämien und Kostenbeteiligung Patienten) hinreichend klar. Ganz abgesehen davon ist die Einführung weiterer staatlicher Planungsinstrumente grundsätzlich anzulehnen, zumal die jahrelange staatliche Planung im stationären Bereich zu keinem erkennbaren Effekt in Bezug auf die Kostentwicklung geführt hat.

- d) Ebenfalls unzutreffend und nicht durch Fakten respektive Evidenz belegt ist die Behauptung, das Risiko von Verknüpfungen zwischen Grund- und Zusatzversicherung im Rahmen von Tarifverhandlungen nehme wegen der Einführung einer einheitlichen Finanzierung ursächlich zu. Ausserdem ist es die Pflicht der Aufsichtsbehörden BAG und Finma, allfällige gesetzeswidrige Querfinanzierung zwischen Grund- und Zusatzversicherung zu unterbinden.

Diesen Einwänden ist ferner zu entgegnen, dass die Kantone bereits heute im Rahmen von Tarifgenehmigungsverfahren Einfluss auf die Gestaltung ambulanter und stationärer Tarife nehmen.

- e) Schlussendlich vernachlässigen die Kantone im Rahmen ihrer Argumentationsführung, dass der Bund die Aufsicht über die Versicherer im OKP-Bereich ausübt und hierfür seit dem 1. Januar 2017 mit dem Krankenkassenaufsichtsgesetz über ein starkes Instrument verfügt.

Zusammenfassend ist nochmals festzuhalten, dass sich das Bündnis unter dem Vorbehalt, dass auf eine Verknüpfung mit anderen KVG-Revisionsvorlagen (insb. Zulassungsstopp) verzichtet wird, für die Einführung einer einheitlichen Finanzierung ausspricht. Damit wird ein wichtiger Anreiz geschaffen, jede medizinische Leistung dort zu erbringen, wo sie im Sinne des KVG am wirksamsten, zweckmässigsten und wirtschaftlichsten erbracht werden kann.

Betreffend Kantonsanteil insgesamt weisen wir auf Mehrkosten für die Kantone von rund CHF 1,5 Mia. hin und empfehlen angesichts der unterschiedlichen Ausgangslage der einzelnen Kantone und Krankenversicherer Übergangsfristen wie bei der Einführung der neuen Spitalfinanzierung. Die Kostenbeteiligung der Versicherten sollte sich weiterhin auf den mit Prämien finanzierten Anteil der Leistungskosten beziehen. Über die Zuteilung des jeweiligen Kantonsbeitrags an die Versicherer sollen sich die Versicherer einigen.

Den Minderheitsantrag Carobbio Guscetti, Feri Yvonne, Gysi, Heim, Ruiz, Schenker, welcher verlangt, dass die Vorlage zur einheitlichen Finanzierung nur in Kraft tritt, wenn auch eine Nachfolgeregelung zu Artikel 55a KVG im Sinne einer Zulassungssteuerung im ambulanten Bereich in Kraft tritt, lehnen wir ebenso entschieden ab wie weitere Verknüpfungen mit anderen KVG-Revisionsvorhaben wie beispielsweise mit der Pflegefinanzierung, weil die Pflegefinanzierung schon jetzt keinen Unterschied zwischen stationären und ambulanten Leistungen macht.

Für die wohlwollende Berücksichtigung unserer Ausführungen danken wir Ihnen im Voraus bestens.

Mit freundlichen Grüßen

Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen



Prof. Dr. Robert Leu, Präsident



Dr. Andy Fischer, Vizepräsident

Breit abgestützte und branchenübergreifende Vereinigung mit hoher Legitimation

Am 5. September 2013 ist in Bern das Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen gegründet worden. Mittlerweile gehören dem Bündnis bereits 25 grosse Verbände und Unternehmen aus allen Bereichen des schweizerischen Gesundheitswesens an. Der Vorstand setzt sich aus 11 Top-Exponenten des schweizerischen Gesundheitswesens zusammen.

Das Bündnis ist dank des branchenübergreifenden Charakters und seiner Grösse einzigartig in der schweizerischen Gesundheitslandschaft und schöpft die Legitimation zur Mitwirkung an der Meinungsbildung aus seiner Grösse, seiner breiten Abstützung und der Fachkompetenz seiner Mitglieder.

Das Bündnis engagiert sich für ein marktwirtschaftliches, wettbewerbliches, effizientes, transparentes, faires und nachhaltiges Gesundheitssystem mit einem Minimum an staatlichen Eingriffen und Wahlfreiheit für Patientinnen / Patienten, Versicherte und Akteure unseres Gesundheitswesens. Nur so bleibt genug Raum für Innovation sowie eine Optimierung von Behandlungsqualität und Patientensicherheit.

Das Bündnis kann auf Internet unter www.freiheitlichesgesundheitswesen.ch besucht werden.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG):
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen

Abkürzung der Firma / Organisation : BFG

Adresse : St. Jakobs-Strasse 25, Postfach 135, 4010 Basel

Kontaktperson : Andreas Faller (Geschäftsführer)

Telefon : 079 / 415 33 37

E-Mail : andreas.faller@intergga.ch

Datum : 15.09.2018

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **15. September 2018** an folgende E-Mail Adresse:
abteilung-leistungen@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG): Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
BFG	Das Bündnis begrüsst die Aktivitäten der SGK-N in Bezug auf die einheitliche Finanzierung ausdrücklich und befürwortet die Einführung der Finanzierung aus einer Hand (EFAS) unter dem Vorbehalt, dass auf die Verknüpfung mit anderen KVG-Revisionsguthaben (insbesondere Zulassungssteuerung, aber auch Pflegefinanzierung) verzichtet wird. Äusserst heikel ist aus unserer Sicht die mittels Beschluss der SGK-N vom 6. Juli 2018 hergestellte Verbindung zur Vorlage über die Zulassungssteuerung. Der wohl damit verbundene Versuch, den Widerstand der Kantone gegen die einheitliche Finanzierung zu dämpfen, dürfte nicht erfolgreich sein, wie erste Reaktionen bereits zeigen. Erfahrungen aus der Vergangenheit zeigen, dass mehrfach gute Reformvorlagen im schweizerischen Gesundheits- und Sozialwesen an der politischen Verbindung zu anderen Themen gescheitert sind, weil sich damit nicht der Konsens eingestellt, sondern vielmehr der Widerstand gegen die einzelnen Themen addiert hat. Aus diesem Grund lehnen wir auch den diesbezüglichen Minderheitsantrag (Carobbio Guscetti, Feri Yvonne, Gysi, Heim, Ruiz Rebecca, Schenker Silvia) entschieden ab, welcher sicherstellen soll, dass die Vorlage zur einheitlichen Finanzierung nur in Kraft tritt, wenn auch eine Nachfolgeregelung zu Artikel 55a KVG im Sinne einer Zulassungssteuerung im ambulanten Bereich in Kraft tritt. Dasselbe gilt für Verbindungen zur Thematik der Globalbudgetierung und der von den Kantonen eingebrachten Forderung nach gleicher Finanzierung der Pflege. Wir plädieren deshalb dezidiert dafür, von heiklen politischen Verbindungen zwischen Themen abzusehen und sich nun mit dieser für die Zukunft des schweizerischen Gesundheitswesens äusserst bedeutsamen Reform zu befassen. In der Umsetzung von EFAS kommt nur ein monistischer Ansatz in Frage, eine Ausweitung der dualen Finanzierung auf den ambulanten Bereich mit zwei Teilrechnungen für jede medizinische Leistung lehnen wir ab. Monistische Zahler sind die Krankenversicherer, egal wie diese sich finanzieren (Prämien, Prämienverbilligungen und weitere Beiträge). Betreffend Kantonsanteil insgesamt weisen wir auf Mehrkosten für die Kantone von rund CHF 1,5 Mia. hin und empfehlen angesichts der unterschiedlichen Ausgangslage der einzelnen Kantone und Krankenversicherer Übergangsfristen wie bei der Einführung der neuen Spitalfinanzierung. Die Kostenbeteiligung der Versicherten sollte sich weiterhin auf den mit Prämien finanzierten Anteil der Leistungskosten beziehen. Über die Zuteilung des jeweiligen Kantonsbeitrags an die Versicherer sollen sich die Versicherer einigen.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG): Vernehmlassungsverfahren

BFG	Systemfehler korrigieren - Kostenwachstum nicht einseitig zu Lasten der Prämienzahlenden Seit vielen Jahren stehen sich Versicherer und Kantone mit unterschiedlichen Positionen zur Leistungsfinanzierung gegenüber: Während die Kantone eine Verschiebung von Leistungen in den ausschliesslich mit Prämiegeldern finanzierten ambulanten Bereich mit Listen erzwingen, um die Kantonsfinanzen zu entlasten, gehen die Interessen der Versicherer in die gegenteilige Richtung mit dem Ziel, die Kantone in die Finanzierung einzubinden, um den Prämienanstieg zu entlasten. Die Korrektur des Systemfehlers durch EFAS würde diese Differenz definitiv beenden und Platz für wichtige Entwicklungen schaffen.
BFG	Einheitliche Finanzierung ist eine wichtige Basis für Effizienz und Qualität sowie wichtige Reformen mit grossem Einfluss auf die Kostenentwicklung EFAS wird die Finanzierung administrativ massiv vereinfachen, aber per se keine Dämpfung der Kostenentwicklung bewirken. Sie schafft aber Anreize zur Verschiebung von Leistungen vom stationären in den ambulanten Bereich aufgrund medizinischer Fortschritte. Auch die integrierte Versorgung wird durch eine einheitliche Finanzierung vereinfacht und gefördert, weil eine bessere ambulante Versorgung insbesondere bei chronisch Kranken teure Spitalaufenthalte verhindert. Davon profitieren bis jetzt vor allem die Kantone, weil sie stationär 55 Prozent und ambulant nichts bezahlen.
BFG	Ambulante Listen schaffen Zwang statt Anreize Bund und einige Kantone versuchen, im bestehenden, inkohärenten System mit Listen die Ärzte und Spitäler zu zwingen, bestimmte Eingriffe nur noch ambulant durchzuführen. Dieser Ansatz ist falsch, weil er nicht die richtigen Anreize setzt, jede Operation dort durchzuführen, wo sie gemäss KVG wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich ist. Nach der Einführung von EFAS sind ambulante Listen konsequenterweise wieder aufzuheben.
BFG	Einwände der Kantone sind politischer Natur Die Kantone, vertreten durch die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), haben bereits vor dem Start der Vernehmlassung klar gegen EFAS Position bezogen. Die Widerstände gegen diese längst überfällige Revision sind politisch motiviert, wobei es beinahe ausschliesslich um konfliktreiche Rollen der Kantone bei der Durchführung des KVG geht. Die Kantone ignorieren die Tatsache, dass aufgrund ihrer Mehrfachrollen im Gesundheitswesen bereits heute eine massive Governance-Problematik besteht, die bei Umsetzung ihrer Forderungen weiter verstärkt würde. Die GDK hat sich in ihrem Positionspapier „Optimierung der Steuerung und Finanzierung in der Gesundheitsversorgung vom 19. Mai 2017 kritisch zur einheitlichen Finanzierung geäussert und die aus ihrer Sicht zu deren Einführung notwendigen Rahmenbedingungen formuliert. In ihrer Stellungnahme vom 28. Juni 2018 zum vorliegenden Revisionsvorschlag weicht die GDK von ihrer letztjährigen Position ab, bringt zusätzliche

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG): Vernehmlassungsverfahren

Gegenargumente vor und stellt zusätzliche Forderungen, die in keinem direkten Zusammenhang zur erfolgreichen Umsetzung der neuen Finanzierungsregelung stehen.

Den Einwänden der Kantone ist folgendes zu entgegnen:

a) Als aus ihrer Sicht stärkstes Argument wenden die Kantone ein, die Einführung einer einheitlichen Finanzierung mit Überweisung von Steuermitteln an die Versicherer verletze das Prinzip der fiskalischen Äquivalenz (Übereinstimmung der Steuerungskompetenz und der Finanzierung).

Hierzu ist folgendes festzuhalten:

- Fiskalische Äquivalenz bedeutet nicht, dass das Gemeinwesen zu allen Verwendungen von Steuermitteln Steuerungsinstrumente etablieren darf oder muss. Das im Entwurf vorgeschlagene Modell verletzt den Grundsatz der fiskalischen Äquivalenz nicht. Wir verweisen hierzu auf das Gutachten des Bundesamtes für Justiz vom 15. Januar 2018: „Monistische Finanzierung von Gesundheitsleistungen – Verfassungsmässigkeit“.
- Aufgrund der Zuständigkeitsordnung im schweizerischen Gesundheitswesen kann das Prinzip ohnehin nicht vorbehaltlos umgesetzt werden. Wir verweisen hierzu auf das Beispiel der Bundesbeiträge an die Prämienverbilligungen. Der Bund richtet hier aus Steuermitteln rund CHF 2 Mia. an die Kantone aus, ohne auf die Verwendung dieser Mittel Einfluss nehmen zu können. Die Kantone waren bis jetzt auch nicht bestrebt, dem Bund die selber geforderte Mitsprache über die Verwendung von Steuermitteln einzuräumen.
- Analog zu ihrer Argumentation müssten die Kantone die Versicherer als Zahler aktiv in die kantonale Spital- und Versorgungsplanung einbinden. Dies verweigern die Kantone aber konsequent.

b) Unter anderem machen die Kantone den Einbezug der Pflegefinanzierung in die neue Regelung zur *conditio sine qua non* für eine Reform, obwohl keine systemische Notwendigkeit hierfür besteht. Im Gegenteil, das KVG macht bei der Pflegefinanzierung schon jetzt keinen Unterschied zwischen ambulanten und stationären Pflegeleistungen. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung leistet einen Beitrag an die Pflegeleistungen, welche aufgrund einer ärztlichen Anordnung und eines ausgewiesenen Pflegebedarfs ambulant, auch in Tages- oder Nachtstrukturen, oder im Pflegeheim erbracht werden.

c) Ausserdem fordern die Kantone weitgehende Mitsprache betreffend Verwendung der von Ihnen zu leistenden Mittel und die Kompetenz zur Beplanung des ambulanten Angebotes. Damit verschärfen die Kantone ihre Rollenkonflikte. Dabei definiert das KVG die Verwendung der Mittel (Steuern, Prämien und Kostenbeteiligung Patienten) hinreichend klar. Ganz abgesehen davon ist die Einführung weiterer staatlicher Planungsinstrumente grundsätzlich anzulehnen, zumal die jahrelange staatliche Planung im stationären Bereich zu keinem erkennbaren Effekt in Bezug auf die Kostentwicklung geführt hat.

d) Ebenfalls unzutreffend und nicht durch Fakten respektive Evidenz belegt ist die Behauptung, das Risiko von Verknüpfungen zwischen Grund- und Zusatzversicherung im Rahmen von Tarifverhandlungen nehme wegen der Einführung einer einheitlichen Finanzierung ursächlich zu. Ausserdem ist es die Pflicht der Aufsichtsbehörden BAG und Finma, allfällige gesetzeswidrige Querfinanzierung zwischen Grund- und

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG): Vernehmlassungsverfahren

	Zusatzversicherung zu unterbinden. Diesen Einwänden ist ferner zu entgegnen, dass die Kantone bereits heute im Rahmen von Tarifgenehmigungsverfahren Einfluss auf die Gestaltung ambulanter und stationärer Tarife nehmen. e) Schlussendlich vernachlässigen die Kantone im Rahmen ihrer Argumentationsführung, dass der Bund die Aufsicht über die Versicherer im OKP-Bereich ausübt und hierfür seit dem 1. Januar 2017 mit dem Krankenkassenaufsichtsgesetz über ein starkes Instrument verfügt.
BFG	
BFG	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG):
Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
BFG	60	4		Wir weisen darauf hin, dass der in Art. 60 KVG („Berechnung“) genannte, für die gesamte Schweiz geltende Prozentsatz für den Kantonsbeitrag von mindestens 25,5 Prozent nach unseren Berechnungen zu einer Mehrbelastung der Kantone im Bereich von rund CHF 1.5 Mia. pro Jahr und damit zu einer entsprechenden Entlastung der prämienrelevanten Ausgaben führt. Da ausserdem das jeweilige Verhältnis der stationären und ambulanten Kosten von Kanton zu Kanton bzw. je nach Versichertenkollektiv auch von Krankenversicherer zu Krankenversicherer unterschiedlich ist, empfehlen wir wie bei der neuen Spitalfinanzierung Übergangsfristen.	
BFG	60			Wir empfehlen im Sinne der Systemlogik, die Kostenbeteiligung (Franchise und Selbstbehalt) weiterhin auf den mit Prämien finanzierten Anteil der Leistungskosten auszurichten und den jeweiligen Kantonsanteil wie bisher in der Spitalfinanzierung zu ignorieren.	
BFG	60a			In dieser rein versicherungstechnischen Frage sollten sich die Versicherer einigen	
BFG	II	2		Übergangsbestimmungen zum Inkrafttreten: Der Minderheitsantrag (Carobbio Guscetti, Feri Yvonne, Gysi, Heim, Ruiz Rebecca, Schenker Silvia), welcher sicherstellen soll, dass die Vorlage zur einheitlichen Finanzierung nur in Kraft tritt, wenn	Verzicht, Streichung

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG):
Vernehmlassungsverfahren**

				auch eine Nachfolgeregelung zu Artikel 55a KVG im Sinne einer Zulassungssteuerung im ambulanten Bereich in Kraft tritt, wird abgelehnt.	
BFG					
BFG					
BFG					
BFG					
BFG					
BFG					
BFG					
BFG					
BFG					
BFG					
BFG					
BFG					
BFG					
BFG					

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG):
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Dachverband Schweizerische Patientenstellen

Abkürzung der Firma / Organisation : DVSP

Adresse : Hofwiesenstrasse 3, 8042 Zürich

Kontaktperson : Erika Ziltener

Telefon : 044 361 92 56

E-Mail : dvsp@patientenstelle.ch

Datum : 11.09.2018

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **15. September 2018** an folgende E-Mail Adresse:
abteilung-leistungen@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG): Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
DVSP	Besten Dank für die Einladung zur Vernehmlassung zur Parlamentarischen Initiative: "Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung Monismus. Der DVSP lehnt den drin vorgeschlagenen Umbau der Finanzierung und Steuerung des Gesundheitswesens in dieser Form aus folgenden Gründen ab.
DVSP	Grundsätzlich befürworten wir die einheitliche Finanzierung der stationären und ambulanten Versorgungsbereiche. Jedoch ist entscheidend, zu welchen Anteilen Gesundheitsleistungen finanziert werden und vor allem muss eine demokratische Definition der Abgeltungs- und Steuerungskompetenz in der medizinischen Versorgung gelten.
DVSP	Überwindung des undemokratischen Krankenversicherungssystems Der DVSP engagiert sich seit langem für eine "unechte" monistische Finanzierung, die einhergeht mit einer öffentlichen Steuerung der Grundversicherung als Teil des Service Public. Diesem Grundsatz widerspricht das heute ineffiziente und undemokratische Krankenversicherungssystem. Dieses System sollte dringend überwunden werden. Der Vorschlag der Kommissionsmehrheit könnte jedoch nicht weiter davon entfernt sein, in dem er die einheitliche Finanzierung dazu benützt, die Steuerungskompetenz in der Grundversicherung weg von der öffentlichen Hand, hin zu den privaten Versicherern zu verschieben. Wenn die Mittel von ca. 8 Milliarden Franken für die stationäre Versorgung bedingungslos an die Versicherer gehen, wird das ungerechte System noch weiter zementiert. Bereits heute können die Versicherer mit dem Verteilen der Gelder an die Leistungserbringer selektionieren. Die Versicherer können frei über die Prämiegelder aus dem gesetzlichen Versicherungsobligatorium verfügen, ohne dass sie einer demokratischen Kontrolle unterliegen würden. Wenn die Versicherer nun auch noch frei über die Verwendung öffentlicher Steuergelder bestimmen könnten, würde die Ungleichbehandlung noch massiv verstärkt. Die Kantone müssen Einfluss auf die Entstehung und Abgeltungshöhe der staatlichen Mitfinanzierung von Leistungsbereichen ausüben können. Bereits heute nehmen die Krankenversicherer ihre Rolle bei der Qualitäts- und Rechnungskontrolle teils nur ungenügend wahr und vor allem bestehen sehr grosse Unterschiede zwischen den verschiedenen Versicherern. Es bleibt zu erwähnen, dass sich jede Person gegen Entschiede der Krankenversicherung selber wehren und finanzieren muss. Insbesondere kranken und betagten Menschen ist der Rechtsweg weder gang noch finanzierbar.
DVSP	Die Versorgungssicherheit kann nur die öffentliche Hand gewährleisten, wird jedoch bereits heute punktuell unterwandert. Mit grosser Besorgnis weisen wir darauf hin, dass mit der vorgeschlagenen Finanzierung die Ungleichbehandlung der Patientinnen, Patienten und Versicherten noch massiv zunehmen könnte.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG): Vernehmlassungsverfahren

DVSP	Das vorgeschlagene Modell der Krankenversicherungen mit ihrer ungeteilten Macht über die Verteilung der Mittel für die Gesundheitsversorgung könnte auch zu neuen Gewinnquellen in der Gesundheitsversorgung führen. Bereits heute wird diese praktiziert, in dem beispielsweise Krankenversicherer mit Spitälern Verträge abschliessen und dadurch eine Selektion der Patientinnen und Patienten durchführen und trotzdem Gelder aus der Grundversicherung (Sockelbeiträge) erhalten. Dieser Teil hat durch die Mitfinanzierung der Privat- und Halbprivatversicherten Personen bereits zu lukrativen Geschäften der Privatkliniken geführt. Mit dem vorgeschlagenen Modell würde diese Praxis noch gefördert werden.
DVSP	Das Ziel der Stabilisierung der prämierten- und steuerfinanzierten Anteile an den obligatorischen Krankheitskosten ist aus Sicht des DVSP in Bezug auf die Prämien zwingend notwendig. Insofern versteht es sich von selbst, dass die monistische Finanzierung nicht zu höheren Prämien führen darf. Bereits heute gibt es kein anderes OECD-Land, in welchem die private Kostenbeteiligung so hoch ist wie in der Schweiz. Das Ziel kann nur erreicht werden, in dem ein höherer Anteil von Steuergeldern in die Finanzierung fliesst, auch unabhängig von der Diskussion zur Vorlage. Dies vor allem auch vor dem Hintergrund, dass verschiedene Kantone bei der IPV zunehmend kürzen. Dabei ist die IPV als System gedacht, welches einen gewissen Ausgleich schaffen sollte. Eine höhere Kostenbeteiligung ist aus Sicht des DVSP inakzeptabel. Denn in diesem Fall würden sich noch mehr Patientinnen und Patienten mit tiefen Einkommen nicht oder zu spät in medizinische Behandlung begeben. Wie am Beispiel zu spät entdeckter Diabetes können die Folgen zu deutlich höheren Behandlungskosten führen, als dies bei rechtzeitiger Behandlung der Fall wäre.
DVSP	Keine entscheidende Korrektur existierender Fehlanreize Die heutige Finanzierung des Gesundheitswesens bietet zu viele Fehlanreize. Dazu gehört insbesondere auch die unterschiedliche Finanzierung von ambulant und stationär mit den beiden parallel existierenden Tarifsyste men Tarmed und SwissDRG. Das vorgelegte Finanzierungsmodell würde jedoch die Fehlanreize noch fördern, weshalb sie keinesfalls mit der Umleitung eines fixen Betrags an Steuergeldern korrigiert werden können. Entscheide über Behandlungen, die den Patientinnen und Patienten Nutzen bringen, müssen aus fachlichen Überlegungen und nicht aufgrund von finanziellen Fehlanreizen erfolgen. Bereits heute finden zu viele Behandlungen aus finanziellem Interesse stationär statt. Die vorgeschlagene Gesetzesrevision würde dieses Problem noch verschärfen, weil auch Zusatzversicherte Patientinnen und Patienten öffentliche Gelder erhalten. Es soll jedoch mit der Vorlage nicht zu Umlagerungen, sondern zu koordinierter Versorgung führen. Für die Patientinnen und Patienten und deren Sicherheit ist die rechtzeitige Behandlung am richtigen Ort zentral. Qualitätsgesicherte Behandlungspfade müssen deshalb mit der Vorlage der monistischen Finanzierung gewährleistet werden. Doch gerade dieser Forderung entspricht die Vorlage der Kommission nicht. Bleibt zu erwähnen, dass die Revision der koordinierten Versorgung - dazu gehört auch die Langzeitpflege - untergeordnet werden sollte. Wenn der Einbezug der Langzeitpflege in dieser Vorlage noch nicht möglich ist, so ist sie doch mindestens künftig miteinzubeziehen. Gefährliche Stärkung von Vertragsspitälern und Zusatzversicherungen

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG): Vernehmlassungsverfahren

Das vorgeschlagene Modell bedeutet eine Stärkung von Privatkliniken und Zusatzversicherungen birgt die Gefahr in sich, dass Patientinnen und Patienten mit einer Zusatzversicherung fehlversorgt (überversorgt) werden. Diese Mengenausweitung schadet insbesondere der Patientinnen und Patienten, schwächt aber auch systematisch die Grundversicherung. Wenn nun der Anteil der Gelder aus der Grundversicherung noch höher wird, fliessen noch mehr Gelder in die gewinnorientierten Spitäler. Heute kann ein Kanton über die Fallzahlen, welche als wichtiges Qualitätsinstrument gelten, Weisungsbefugnisse ausüben, die er mit dem vorgeschlagen Finanzierungsmodell nicht mehr hätte. Als Minderheitsfinanzierer würde der Kanton im vorgeschlagenen Modell nicht nur die öffentliche Planungskompetenz für den ambulanten Sektor vernachlässigen, es würde auch die kantonale Steuerbarkeit des stationären Bereichs drastisch einschränken. Zwei gravierende Auswirkungen, die sich zu Ungunsten der Qualität der Behandlungsversorgung zeigen würden.

National einheitlicher Finanzierungsschlüssel: Neuer Fehlanreiz

Unabhängig vom Finanzierungsschlüssel begrüssen wir die Verlagerung von stationären zu ambulanten Behandlungen. Voraussetzung hierzu ist, dass die medizinische Begründung den grundsätzlichen Ort der Behandlung definiert.

Verhinderung von Globalbudgets

Die vom Bundesrat vorgelegten 38 Sparmassnahmen mit den Zielvorgaben zum Dämpfung des Kostenwachstums der unterschiedlichen Leistungsbereiche enthalten Massnahme welche wir begrüssen. Unter anderem erachten wir zumindest bei Spitälern die Einführung von Globalbudgets als sinnvoll, insbesondere, weil sie zur Qualitätssteigerung beitragen. Sie gelten als Möglichkeit die Fehlversorgung (Überversorgung) in Spitälern in den Griff zu bekommen und sind gemäss KVG auch möglich. Mit der Einführung des Finanzierungsmodells der Kommission wären Globalbudgets bedeutungslos, weil keine Leistungsvergütungen mehr direkt von den Kantonen an die Spitäler fliessen könnten. Weshalb die Krankenversicherer vehement gegen die Globalbudgets sind, können wir nicht nachvollziehen. Globalbudgets verbessern die Qualität und wirken Kosten dämpfend, weshalb sie demzufolge ebenfalls daran interessiert sein sollten.

Wir bedanken uns für die Zusammenarbeit und bitten Sie um die Berücksichtigung unserer Stellungnahme.

Freundliche Grüsse

Erika Ziltener

Präsidentin DVSP

Rebecca Ruiz

Vicepräsidentin

Thomas de Courten
Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit
Nationalrat
3003 Bern

abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Bern, 06. September 2018

**Vernehmlassung zu 09.528 Parlamentarische Initiative. Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand.
Einführung des Monismus –Vernehmlassungsantwort**

Stellungnahme des Forum Gesundheit Schweiz FGS

Sehr geehrter Herr Präsident
Sehr geehrter Herr Nationalrat de Courten
Sehr geehrte Damen und Herren Nationalräte

Wir danken Ihnen für die Einladung zur Stellungnahme zu oben genannter Teilrevision des Bundesgesetztes über die Krankenversicherung. Gerne nehmen wir dazu wie folgt Stellung:

Einleitende Bemerkungen

Die Einführung einer einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen ist eine Forderung, welche das Forum Gesundheit Schweiz FGS seit Jahren teilt. **Wir unterstützen die Vorlage der SGK-N 09.528 «Parlamentarische Initiative. Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus», respektive die Mehrheit der SGK-N.**

Wir setzen uns seit Jahren gegenüber Politik, Medien und Öffentlichkeit für eine einheitliche Finanzierung ein. EFAS ist ein zentrales und taugliches Mittel: EFAS ist effizienzfördernd, ermöglicht Qualitätsverbesserungen und hilft, Fehlanreize im System auszumerzen.

Ohne die einheitliche Finanzierung sind weitere Reformschritte nur schwer voranzubringen. Den die drei Ziele der Vorlage sind grundlegender Natur: die Förderung der Verlagerung zu tendenziell günstigeren ambulanten Behandlungen, die Stabilisierung der prämierten- und steuerfinanzierten Anteile an den obligatorisch versicherten Krankheitskosten sowie die Förderung einer sachgerechten Tarifierung.

Nutzen für alle schaffen

Das FGS unterstützt diese nötige und gerechte Kostenverteilung: EFAS nimmt Kantone wie Versicherer in die Pflicht, weil sie nun beide an der Finanzierung von ambulanten wie stationären Leistungen beteiligt werden.

Wichtig ist: So würden künftig alle von Kantonsbeiträgen profitieren – unabhängig davon, ob eine Behandlung ambulant oder stationär stattfindet: Die Forderung, es sollten die Kantone neu einen Beitrag von mindestens 25.5% an die Nettokosten (nach Abzug von Franchise und Selbstbehalt) leisten, ist sachgerecht. Dieser Prozentsatz dürfte sicherstellen, dass die Umstellung auf die einheitliche Finanzierung für Kantone wie Versicherer kostenneutral ausfällt.

Ambulant vor stationär weiter unterstützen

EFAS fördert den geltenden Grundsatz, wonach zunehmen die ambulante Versorgung ermöglicht werden soll. Ambulante Versorgungen sind kostengünstiger, weil keine Hospitalisierung stattfindet; sie sind für den Patienten in der Regel von kürzerer Dauer und belasten ihn als Versicherten ebenfalls weniger. Diese heute schon stattfindende, zunehmende Verlagerung in den ambulanten Bereich wird jedoch vollumfänglich über Krankenversicherungsprämien finanziert. Der überproportionale Anstieg des prämiendifinanzierten Anteils an den Kosten, verbunden mit einem relativen Rückgang des steuerfinanzierten Anteils, hat sozialpolitisch unerwünschte Auswirkungen. EFAS korrigiert dies.

Fehlanreize effektiv ausmerzen

Die ungleiche Finanzierung führt heute zu Fehlanreizen bei den Akteuren. Bei der Wahl der medizinischen Behandlung dürfen und sollen wirtschaftliche Überlegungen durchaus eine Rolle spielen (die WZW-Kriterien sehen das explizit vor), allerdings sollten die Kosten für das Gesamtsystem eine Rolle spielen, nicht die finanziellen Auswirkungen auf die einzelnen Kostenträger.

EFAS kann ferner als Basis dienen, die Effizienz wie die Qualität der Versorgung zu verbessern. Da EFAS möglichst gleiche Anreize schafft für die Krankenversicherer und für die Kantone ist damit die Grundlage für eine tatsächliche Senkung der gesamten Kosten im Gesundheitswesen geschaffen.

Der Ausgleich zwischen der Belastung der Kantone und der Prämienzahlenden schafft gleichzeitig einen Ausgleich, der die Gesundheitskosten sozial verträglicher macht. Sinnvoll ist dabei auch die damit tendenziell stattfindende Förderung integrierter Versorgung, welche kostendämpfend wirken und den Bedürfnissen einer alternden Bevölkerung mit vielen chronisch Kranken entgegen kommt.

Wir danken Ihnen für die Gelegenheit zur Stellungnahme und für die Aufnahme unserer Argumentation.
Für Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Mit besten Grüßen



Damian Müller
Präsident Forum Gesundheit Schweiz

Monsieur le Conseiller National Thomas de Courten,
Président de la Commission de la sécurité sociale et de la
santé du Conseil National,
Palais Fédéral
3003 Berne

Madame Christina Leutwyler
du secrétariat de la CSSS-N,
Palais Fédéral
3003 Berne

et

Division prestations de l'OFSP
OFSP
3003 Berne

Lausanne, le 18 septembre 2018

Objet : Consultation au sujet de l'Initiative parlementaire No 09.528 : Financement moniste / uniforme des prestations de soins

Monsieur le Président de la Commission de la sécurité sociale et de la santé du Conseil National,
Madame Christina Leutwyler, du secrétariat de ladite Commission,
Madame, Monsieur, de la Division des prestations de l'OFSP,

Nous vous remercions d'avoir consulté la Fédération romande des consommateurs (FRC) au sujet de de l'Initiative parlementaire (No 09.528) : Financement moniste / uniforme des prestations de soins.

La FRC juge que la réforme proposée sous le titre « Financement moniste / uniforme des prestations de soins » ne constitue pas du tout une réponse satisfaisante à la problématique de la maîtrise de la hausse des dépenses de santé, et n'est pas non plus adéquate pour faire progresser le transfert des traitements stationnaires vers des traitements ambulatoires lorsque cela est médicalement indiqué.

La réforme peut néanmoins être soutenue par la FRC s'agissant des traitements effectués dans les secteurs stationnaire et ambulatoire des hôpitaux, , avec un partage dual-fixe entre cantons et assureurs dont le taux devrait être recalculé. Cette réforme devrait être complétée par des mesures souvent plus efficaces, agissant là où les décisions de traitement sont effectivement prises (coopération interprofessionnelle et managed care/soins intégrés, liste d'interventions devant être effectuées de façon ambulatoire, planification hospitalière et réduction des surcapacités, développement des prises en charge intermédiaires, dossier électronique des patients, etc.).

En revanche la FRC est opposée à ce que le financement des prestations du secteur ambulatoire hors de l'hôpital (médecine libérale, prestataires medicotechniques, pharmacies, etc.) soit partagé entre les assureurs et les cantons, de manière uniforme avec ce qui serait mis en place dans le secteur hospitalier. Elle demande que le financement de ce secteur reste à 100% à la charge des assureurs, après déduction des franchises et participations payées par les assurés. Elle soutient par ailleurs les initiatives qui visent à limiter la surmédicalisation avec la participation des sociétés de

médecine et de l'Académie suisse des sciences médicales (« smarter medicine ») et le développement des soins intégrés et de la coopération interprofessionnelle. Ces actions lui semblent nettement préférables dans une démarche de maîtrise des dépenses de santé.

Nous vous remettons en annexe le questionnaire idoine rempli.

Veillez agréer, Monsieur le Président de la Commission de la sécurité sociale et de la santé du Conseil national, nos salutations les meilleures.

Fédération romande des consommateurs



Sophie Michaud Gigon
Secrétaire générale

Annexe : questionnaire

**Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal):
procédure de consultation**

Avis donné par

Nom / société / organisation : Fédération romande des consommateurs

Abréviation de la société / de l'organisation : FRC

Adresse : à compléter par la FRC

Personne de référence :

Téléphone :

Courriel :

Date :

Remarques importantes :

1. Nous vous prions de ne pas modifier le formatage de ce formulaire !
2. Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision/Protéger un document/Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.
3. Utilisez une ligne par article, alinéa et lettre ou par chapitre du rapport explicatif.
4. Veuillez faire parvenir votre avis au **format Word** d'ici au **15 septembre 2018** à l'adresse suivante : abteilung-leistungen@bag.admin.ch
5. Le champ « nom/société » n'est pas obligatoire.

Nous vous remercions de votre collaboration!

**Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal):
procédure de consultation**

Commentaires généraux sur le projet de révision et sur le rapport explicatif	
nom/société	Commentaire / observation
FRC	Favoriser un transfert des prestations stationnaires à l'ambulatoire lorsque cela se justifie médicalement est un élément positif pour les consommateurs/assurés/patients. C'est particulièrement le cas lorsque les progrès médicaux permettent de traiter dans les services ambulatoires d'un hôpital des cas qui nécessitaient jusque là une hospitalisation. Il est donc souhaitable que ce transfert soit facilité plutôt qu'empêché par des mécanismes pervers de nature financière ou organisationnelle. Le principe d'un mécanisme uniforme de financement peut être favorable de ce point de vue, mais ce n'est pas certain que cela réussisse à atteindre le but en question. Il y a en effet d'autres moyens pour favoriser le transfert du traitement stationnaire à un traitement ambulatoire peut-être plus efficaces que le financement uniforme (modification OPAS : règle ambulatoire vs. stationnaire pour certaines intervention), et surtout des mécanismes de coordination des soins sur le plan médical (managed care / soins coordonnés) qui ne font pas partie du projet CSSS-N. Le projet évoque une efficacité accrue des modèles particuliers d'assurance avec coordination des soins, qui ont pour effet de freiner la croissance des coûts, mais c'est seulement un vœu qu'aucun article de loi ne viendrait concrétiser.
FRC	Contribuer à la maîtrise de la hausse des dépenses de santé, et donc à la hausse des primes d'assurance maladie est aussi un élément positif pour les consommateurs/assurés. Il est souhaitable que les mécanismes visant cet objectif soient efficaces. L'élimination de mécanismes pervers est souhaitable. Cependant, ces mécanismes pervers sont nombreux et la différence de financement de l'hôpital entre stationnaire et ambulatoire n'est qu'un aspect partiel, voire mineur parmi d'autres. La réforme des tarifs médicaux (Tarmed surtout) est beaucoup plus essentielle, de même que la limitation des prestations inutiles (« smarter medicine ») et la limitation du prix des médicaments. La planification hospitalière cantonale ou multi-cantonale est aussi un mécanisme de maîtrise des coûts important. Certains cantons ont fait des efforts importants de pilotage du secteur hospitalier et ont réussi à diminuer l'offre et par conséquent la hausse des dépenses. La limitation d'une offre excessive de médecins dans certaines spécialités médicales et certaines régions est aussi un élément très important. Malheureusement, la plupart des mécanismes de maîtrise de la hausse des dépenses de santé sont bloqués par des oppositions d'intérêts ou des oppositions politiques.

**Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal):
procédure de consultation**

FRC	Le contrôle des factures par les assureurs maladie est une pratique importante pour les consommateurs/assurés, même s'il est parfois contestable ; le contrôle des factures d'hôpital par les cantons est un moyen supplémentaire de maîtrise des coûts. Il n'est pas certain que la situation soit meilleure si le contrôle par les cantons devait disparaître.
FRC	La répartition du financement des dépenses de santé entre la part payée par l'impôt (progressif selon le revenu), la part payée par les primes maladie (non liées au revenu) et la part payée de la poche des consommateurs est un enjeu important de politique sociale. Le projet de la CSSS-N estime ne rien changer à cette répartition, si on considère l'ensemble des cantons, mais les projections sont contestées. Cela peut aussi changer entre les différents cantons, notamment ceux qui ont déjà bien réussi à piloter le secteur hospitalier en limitant l'offre excédentaire.
FRC	L'aspect suivant est le plus important, du point de vue de la FRC. Le fait que le modèle CSSS-N s'applique à toutes les prestations de santé stationnaires et ambulatoires (sauf les soins de longue durée) signifie que les cantons devraient payer 25,5% de toutes les factures de soins (après déduction des franchises et participations des assurés), également pour toute la médecine ambulatoire et les autres fournisseurs de prestations (laboratoire, physiothérapie, soins infirmiers, médicaments, etc.). Les cantons s'y opposent car ils n'ont dans le domaine non hospitalier quasiment aucune compétence de planification ni de contrôle de l'offre et de l'activité de ces secteurs. Ils exigent de disposer de compétences de planification, de limitation et de contrôle avant de devoir payer pour ces prestations. La FRC partage tout à fait cet avis exprimé par la Conférence des directeurs cantonaux de la santé, car pour les consommateurs/assurés, la hausse des dépenses de santé dans le très vaste secteur ambulatoire (hors hospitalier) est très importante avec un effet direct sur les primes. La FRC n'accepte pas que l'argent public cantonal soit ainsi versé pour des prestations pour lesquelles les cantons n'ont aucun moyen de pilotage ni de contrôle.
FRC	La participation de 10% des assurés aux factures des traitements hospitaliers devrait augmenter vu que la part à charge de l'assurance maladie passerait de 45% à 74% et que la participation est proportionnelle au paiement par l'assurance maladie – jusqu'à concurrence de Fr 700.-. Cela pourrait donc augmenter les dépenses des assurés, mais pourrait peut-être être compensé par une baisse des primes. C'est un aspect difficile à quantifier. De même que l'effet de la participation des cantons pour 25,5% aux factures du domaine ambulatoire qui pourrait aussi avoir pour conséquence de faire un peu moins augmenter les primes. De plus, le projet CSSS-N semble avoir des conséquences avantageuses pour les personnes au bénéfice d'assurances complémentaires, car les assureurs peuvent favoriser par des conventions l'hospitalisation plutôt que le traitement ambulatoire. En effet, en cas d'hospitalisation dans un hôpital hors liste cantonale, la part à prendre en charge par une assurance complémentaire ou par le patient ne sera plus que de 25,5 % au lieu de 55 % actuellement, ce qui devrait permettre d'abaisser les primes des assurances complémentaires. Ce genre d'avantage n'est pas dans l'intérêt de la majorité des consommateurs (sans assurance complémentaire).

**Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal):
procédure de consultation**

FRC	Le projet évoque une efficacité accrue des modèles particuliers d'assurance avec coordination des soins, qui ont pour effet de freiner la croissance des coûts, mais c'est seulement un vœu qu'aucun article de loi ne viendrait concrétiser. La FRC a demandé que les modèles particuliers d'assurance soient mieux contrôlés par la Confédération.
-----	--

Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision / Protéger un document / Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.

**Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal):
procédure de consultation**

Commentaires concernant les articles individuels du projet de la révision et leurs explications					
nom/ société	art.	al.	let.	commentaire / observation :	Proposition de modification (texte)
	60	1, 2, 4		La FRC approuve un modèle de financement dans lequel les cantons contribuent au financement des prestations stationnaires et ambulatoires des hôpitaux (inscrits sur les listes de planification hospitalière cantonales) dans les mêmes proportions par les cantons et par les assureurs maladie. En revanche, elle s'oppose fondamentalement à généraliser cette contribution des cantons au financement des prestations pour l'ensemble du secteur ambulatoire non-hospitalier (médecine de cabinet, laboratoire, physiothérapie, médicaments, soins infirmiers, etc.) – un secteur pour lequel il n'y a quasiment aucune compétence de planification et où l'augmentation de l'offre de prestation est beaucoup plus forte. Un tel changement ne serait pas du tout dans l'intérêt des consommateurs. Deux raisons à cela : Introduire un financement par les cantons (par l'impôt) pour un secteur sans aucune capacité de pilotage, de limitation, de guidance de qualité, etc. est un abus vis-à-vis d'une utilisation saine de l'argent public. Et d'autre part, trop de réformes indispensables dans ce domaine (limitation de l'ouverture de nouveaux cabinets médicaux, révision du Tarmed, développement du managed care, introduction du dossier électronique des patients, smarter medicine...) sont clairement prioritaires. L'introduction d'un financement uniforme pour l'ensemble de l'ambulatoire et du stationnaire pourrait encore retarder les autres réformes indispensables.	Limitier le mécanisme de financement harmonisé par les cantons et par les assureurs aux secteurs stationnaire et ambulatoire des hôpitaux, exclusivement, avec une clé de répartition entre assureurs et cantons qui soit calculée uniquement sur le montants des dépenses de ces deux secteurs. Maintenir le financement par l'assurance maladie seule pour tout le reste des prestationse

**Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal):
procédure de consultation**

	60	3		Le mécanisme proposé devrait alourdir la part payée par les assurés au titre de la participation aux coûts (10% de 74,5% des coûts hospitaliers stationnaires, au lieu de 10% de 45% actuellement), alors que l'effet global de la réforme sur une diminution de la hausse des primes est tout à fait incertain.	En limitant la réforme au seul secteur hospitalier (stationnaire et ambulatoire), avec un financement uniforme par les cantons et les assureurs de ces deux domaines, l'impact sur la participation des assurés serait en revanche acceptable.



Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit
des Nationalrates (SGK-NR)
CH-3003 Bern

Per E-Mail an:
Bundesamt für Gesundheit, Abteilung Leistungen
abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Zürich, 11. September 2018

**Vernehmlassung zu 09.528 Parlamentarische Initiative.
Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus
Stellungnahme der GELIKO**

Sehr geehrter Herr Kommissionspräsident,
sehr geehrte Damen und Herren Nationalräte

Die GELIKO – Schweizerische Gesundheitsligen-Konferenz vertritt die Interessen von Menschen mit chronischen Krankheiten und ihrer Angehörigen in der Gesundheits- und Sozialpolitik und kämpft gegen negative gesundheitliche, finanzielle und soziale Folgen von chronischen Krankheiten.

Wir danken Ihnen für die Einladung zur Stellungnahme zum Vorentwurf und zu den Erläuterungen der SGK-N zur vorstehend erwähnten Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung. Gerne nehmen wir dazu wie folgt Stellung:

Grundsätzlich begrüsst die GELIKO die einheitliche Finanzierung der Leistungen im ambulanten und im stationären Bereich (EFAS), soweit diese Änderung der bisherigen Finanzierungsmechanismen Fehlanreize beseitigt und dazu beiträgt, eine medizinisch sinnvolle Verlagerung von stationären zu ambulanten Leistungen zu fördern und das Kostenwachstum in der Gesundheitsversorgung zu bremsen. Die konkrete Ausgestaltung und Umsetzung der EFAS darf aber für die Patientinnen und Patienten nicht zu Einbussen in der Behandlungsqualität führen.

Die Gesundheitsligen waren in der Vergangenheit nur am Rande involviert in die Diskussionen betreffend Finanzierungsmechanismen und Tarifsysteme und verfügen diesbezüglich über wenig Detailkenntnisse. Dementsprechend sind die Gesundheitsligen nicht in der Lage, die Stärken und Schwächen der aktuellen Regelung und die Chancen und Risiken der vorgeschlagenen Neuregelung kompetent zu bewerten.

Konsequenterweise beschränkt sich diese Stellungnahme der GELIKO deshalb auf einige grundsätzliche Anliegen aus Sicht der Patientinnen und Patienten.

Die Finanzierung der Leistungen im föderal geprägten Gesundheitsversorgungssystem der Schweiz erfolgt aus einem komplexen Zusammenwirken verschiedener Akteure mit teilweise unterschiedlichen Interessen. Die Fehlanreize im aktuellen System scheinen dabei nur teilweise in der uneinheitlichen Finanzierung der ambulanten bzw. stationären Gesundheitsversorgung durch die Kostenträger (Krankenversicherer, Kantone) begründet zu sein, sondern mindestens so sehr in den Differenzen zwischen den unterschiedlichen Tarifsyste-
men.

Aus Sicht der Patientinnen und Patienten ist entscheidend, dass die zweckmässigste Behandlungsform grundsätzlich gestützt auf medizinisch-fachliche Erwägungen gewählt wird und nicht auf ökonomische Interessen oder anderer Anreize einzelner Akteure im Gesundheitssystem. Die Qualität der Gesundheitsversorgung darf durch den angestrebten Systemwechsel nicht schlechter werden.

Angesichts der im internationalen Vergleich bereits sehr hohen privaten Kostenbeteiligung der Bevölkerung in der Schweiz soll die Kostenbeteiligung der Patientinnen und Patienten nicht zusätzlich erhöht werden. Bisher wurde die private Kostenbeteiligung nur auf dem von den Krankenkassen finanzierten Anteil der Leistungen erhoben; neu würden die Krankenkassen 100% der Leistungen vergüten und die private Kostenbeteiligung auf dem vollen Betrag der Leistungen einfordern. Dies würde eine Zusatzbelastung der Patientinnen und Patienten bewirken, die entschieden abgelehnt wird.

Mit der anzustrebenden Lösung soll zudem die Transparenz im Gesundheitsversorgungssystem verbessert werden. Die Transparenz soll sich auch auf vertragliche Vereinbarungen zwischen den Tarifpartnern erstrecken, wobei vertragliche Verknüpfungen zwischen Grund- und Zusatzversicherungsbereich zu verhindern sind (vgl. Stellungnahme der GDK zur Vernehmlassungsvorlage vom 28.06.2018).

Die Kantone, die gemäss verfassungsrechtlicher Kompetenzordnung die Hauptverantwortung tragen für die Gesundheitsversorgung in der Schweiz, haben sich zur vorliegenden Vernehmlassung sehr kritisch geäußert; die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) lehnt die Vorlage aus verschiedenen Gründen ab und verlangt eine vollständige Überarbeitung. Verschiedene Argumente und Vorbehalte der GDK sind für die Gesundheitsligen durchaus verständlich und sollen bei der weiteren Entwicklung der Vernehmlassungsvorlage angemessen berücksichtigt werden; dazu gehören insbesondere die Steuerungskompetenzen der Kantone bezüglich des Versorgungsangebots und deren Mitwirkung bei der Regelung der Tarife.

Für die Berücksichtigung unserer Anliegen danken wir Ihnen.

Mit freundlichen Grüßen

GELIKO Schweizerische Gesundheitsligen-Konferenz

A blue ink signature, appearing to read "H. Stöckli", written in a cursive style.

Hans Stöckli, Ständerat
Präsident

A blue ink signature, appearing to read "E. Tschirky", written in a cursive style.

Erich Tschirky
Geschäftsführer

Direction Générale
Jean-Pierre Zbinden
jean-pierre.zbinden@graap.ch
Tél. +41 21 643 16 30

Office fédéral de la santé publique
Division Assurance maladie /
Division prestations
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Berne

Lausanne, le 14 septembre 2018

Financement moniste des prestations de soins : prise de position et revendications du Graap-Fondation concernant le projet mis en consultation par la CSSS-N

Madame, Monsieur,

Au vu de l'incidence importante pour les personnes en situation de handicap suite à des troubles psychiques du projet de refonte du financement moniste des prestations de soins, nous vous adressons ci-après la prise de position du Graap-Fondation.

Nous signalons en préambule que le Graap-Fondation a dû renoncer à utiliser le formulaire Word joint à la documentation de consultation, dans la mesure où nous rejetons intégralement l'avant-projet et demandons sa complète révision.

Situation initiale et objectifs du projet

Les possibilités médicales et les offres dans le secteur de la santé augmentent rapidement, entraînant ainsi une hausse des coûts et des primes d'assurance-maladie. En 2016, les coûts de la santé ont totalisé CHF 80,7 milliards de francs. La plupart d'entre nous souhaitent aussi profiter de ces progrès tant vantés, tout en déplorant l'augmentation des primes. Si de nombreuses propositions ont été débattues pendant des années sur la manière de freiner la hausse des coûts, personne n'a encore trouvé l'œuf de Colomb. La montagne d'or que les groupes d'intérêts les plus divers se disputent est trop énorme.

La CSSS-N suggère qu'à l'avenir, seules les caisses-maladie (CM) soient les agents payeurs. Elle souhaite en outre que les pouvoirs publics -à savoir les cantons-puissent déterminer eux-mêmes, dans une large mesure, de ce qu'il advient des primes et des contributions fiscales. La CSSS-N appelle cela «financement moniste». Les modifications proposées devraient pallier aux fausses incitations de notre système de santé et atteindre les trois objectifs suivants: privilégier autant que possible les traitements médicaux ambulatoires plutôt que stationnaires(car meilleur marché); stabiliser les parts des prestations de l'assurance de base obligatoire financées par les primes et les impôts; déterminer les tarifs des prestations stationnaires et ambulatoires de façon plus pertinente-les coûts des soins de longue durée et des soins à domicile étant exclus du modèle.



Aujourd'hui, les cantons paient au moins 55% des prestations stationnaires (hospitalières), le reste étant à charge des assurés. Les cantons gardent un certain contrôle des coûts grâce aux listes d'hôpitaux qu'ils dressent eux-mêmes. Ils reçoivent également les factures des prestations hospitalières et participent à la négociation des tarifs en tant que partenaires. Dans le secteur ambulatoire, nous sommes les seuls, en tant que payeurs de primes, à payer les services. Les caisses-maladie contrôlent les factures des médecins et des thérapeutes et déterminent le remboursement.

De notre point de vue, le projet de la CSSS-N donne un poids disproportionné aux caisses maladies au détriment des cantons dont les intérêts ne sont pas suffisamment pris en compte. La présence des patients dans la gestion du système doit également être renforcée.

Conséquences sur les personnes en situation de handicap et souffrant de maladies chroniques

Les personnes handicapées et les malades chroniques ont naturellement un intérêt particulier à savoir ce qui se passe dans le domaine des soins de santé et à l'influencer. Cependant, le rapport explicatif sur l'Initiative parlementaire contient très peu d'informations sur l'impact des propositions de modifications pour les assurés, et bien sûr aucune sur les personnes qui doivent recourir particulièrement fréquemment aux services médicaux.

Le rapport explicatif indique vaguement que les propositions sont neutres en termes de coûts pour les assurés. Toutefois, il ajoute que les primes pour les enfants et les jeunes adultes devraient légèrement diminuer et celles pour les adultes légèrement augmenter mais il ne contient aucune information sur l'étendue de cette augmentation.

Le fait que les CM souhaitent rembourser jusqu'à 74,5% au lieu de 45% les prestations de l'assurance de base aux hôpitaux privés conventionnés conduira probablement à une augmentation de l'offre et par conséquent, des coûts et des primes.

À l'avenir, les CM veulent définir seules les catalogues de prestations et participer en tant qu'unique partenaire à la négociation sur le remboursement des médicaments et des prestations. Cela signifie que ni nous, en tant que payeurs de primes, ni les cantons, en tant que co-financeurs importants, n'auraient leur mot à dire. Ceci malgré le fait que l'assurance maladie soit obligatoire et que le secteur de la santé soit un pilier important du service public, financé par des fonds publics.

Proposition de positionnement et de revendications du Graap-F

Les personnes en situation de handicap et souffrant de maladie chroniques ont en général des coûts médicaux plus élevés que les personnes sans handicap ni maladie chroniques. En outre, leur budget est en général plus limité. Des primes plus élevées leur imposeraient donc une charge encore plus lourde. De ce fait, elles ont particulièrement intérêt à faire valoir leur point de vue concernant les projets de réforme du système de santé.

Concernant celui de la CSSS-N, on ne comprend pas au premier coup d'œil de quoi il s'agit. Cependant, le choix des mots en dit long sur les intentions : dans l'ensemble de la proposition, nous, assurés, sommes à peine mentionnés. Selon le contexte, il est parfois question de la société dans son ensemble, mais plus généralement des assureurs (c'est-à-dire les CM) et, au mieux, des cantons, censés payer sans avoir leur mot à dire. L'élément essentiel du projet, par le biais des mesures proposées est également, contrairement aux objectifs susmentionnés, un transfert de pouvoir aux assurances maladie privées.

De plus, la CSSS-N donne l'impression que la hausse des coûts de la santé pourrait être freinée d'un seul coup et d'un simple geste. Cependant, le système de santé est beaucoup trop complexe et de nombreux acteurs en tirent un trop bon profit pour qu'un simple renforcement des CM puisse inverser cette tendance. Il n'est pas très crédible de présupposer que les CM, qui gagnent énormément d'argent dans le marché de la santé, agissent de manière altruiste et dans notre intérêt.



Le calendrier est également incompréhensible : l'évaluation du nouveau financement hospitalier (en vigueur depuis le 1.1.2012) aura lieu vers la moitié de 2019.

Revendication : un projet remanié doit prendre en compte les résultats de l'évaluation.

Les soins de longue durée et les soins à domicile représentent une part importante des coûts des soins de santé mais ne sont pas inclus dans le projet.

Revendication : un projet remanié doit inclure les soins de longue durée et les prestations de soins à domicile.

Les domaines que nous avons identifiés comme étant très problématiques et connus très coûteux - fixation des prix des médicaments, définition des prestations obligatoires de l'assurance de base, fixation des tarifs pour les prestations stationnaires et ambulatoires - ne sont pas inclus dans le projet. Cela veut-il dire que seules les CM en décideraient à l'avenir ?

Revendication : un projet remanié doit inclure les points susmentionnés.

Le domaine de la santé est un pilier essentiel des services publics. En tant que contribuables et payeurs de primes, nous voulons avoir notre mot à dire sur le sujet. D'énormes sommes d'argent sont en jeu. Elles devraient être, à l'avenir, presque exclusivement à disposition des CM.

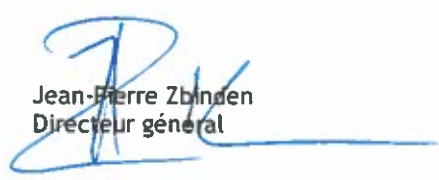
Revendication : dans un projet remanié, les cantons et les payeurs de primes doivent avoir leur mot à dire dans la fixation des prestations, la fixation des tarifs et la répartition des fonds.

Autre revendication : comme jusqu'ici, les prestations des hôpitaux conventionnés ne peuvent être financées que jusqu'à 45% max. par l'assurance de base.

Autre revendication : les domaines de l'assurance de base et des complémentaires doivent être structurellement et financièrement séparés, à tous les niveaux.

Conclusion : le Graap-F rejette le projet dans sa formulation actuelle et demande une refonte prenant en compte les revendications susmentionnées.

En vous remerciant de votre attention, nous vous adressons, Madame, Monsieur, nos meilleures salutations.


Jean-Pierre Zbinden
Directeur général



**Interessengemeinschaft
Prämienzahler**

Bundesamt für Gesundheit BAG

**Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung
Abteilung Leistungen**

Frau Sandra Schneider

**Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern**

Sehr geehrte Damen und Herren,

Nachfolgend reichen wir unsere Stellungnahme zur «09.528 Parlamentarische Initiative. Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus» im Rahmen des laufenden Vernehmlassungsverfahrens ein.

Wie im erläuternden Bericht dargelegt, werden mit der Vorlage folgende Ziele verfolgt.

«Die Verlagerung von stationär zu ambulant und die koordinierte Versorgung fördern, dadurch das Kostenwachstum bremsen, Stabilisierung der prämien- und steuerfinanzierten Anteile an den obligatorisch versicherten Krankheitskosten und die Förderung einer sachgerechten Tarifierung.»

Wir unterstützen diese Ziele, bezweifeln jedoch, dass mit der vorliegenden Vorlage diese Ziele erreicht werden können. Die Schnittstelle von ambulant zu stationär ist heute unflexibel und bietet eine Reihe von Fehlanreizen. Mit der Vorlage wird die Schnittstelle nicht aufgelöst, sie bleibt erhalten und damit bleiben die Fehlanreize bestehen.

Im bestehenden System gibt es kein Interesse, weniger an den Leistungen im Gesundheitswesen zu verdienen. Diese Interessenslage ändert sich im Zusammenhang mit dieser Vorlage nicht. Hier braucht es Massnahmen, die Fehlanreize auflösen.

Die vorliegende Vorlage zielt ausschliesslich auf die Governance Strukturen, ohne die Schnittstelle stationär-ambulant aufzulösen. Den Kantonen werden so Einflussmöglichkeiten genommen, ohne dass diese im ambulanten Bereich wiederaufgebaut werden. Dies reduziert gesamthaft den Einfluss der Kantone, gleichzeitig wird der Einfluss der Krankenversicherer erhöht. Vertragsspitäler können zukünftig begünstigt werden, dies führt zu Qualitätseinbussen in der Versorgung. Eine alleinige Machtverschiebung zu Gunsten der



**Interessengemeinschaft
Prämienzahler**

Krankenversicherer scheint uns nicht zielführend. Die Änderung der Finanzierung bedarf einer Anpassung der Verantwortlichkeiten. Hier sehen wir dringenden Ergänzungsbedarf.

Die Kantone benötigen ein Mitspracherecht im ambulanten Bereich. Dabei halten wir es für wesentlich, dass die Kantone zukünftig bei der Tarifierung im ambulanten Bereich mitreden. Gleichzeitig müssen den Krankenversicherern neue Aufgaben für eine qualitativ hochwertige und flächendeckende Versorgung übertragen werden. Der Beitrag der Kantone ist zudem zwingend mit einer nachvollziehbaren Leistungsabrechnung zu verbinden. Ansonsten werden neue Intransparenzen aufgebaut.

Will man erreichen, dass sich die Patientin/ Patient in der medizinisch notwendigen Behandlungsumgebung befindet, bedingt dies die Durchlässigkeit des Systems und die Auflösung von Schnittstellen und deren unterschiedlicher Tarifierung, Grundsätzlich sehen wir hier Handlungsbedarf in Form der Einführung von z.B. Komplexpauschalen. Dies ist ein Schritt zur koordinierten Versorgung. Eine entsprechende Ergänzung der Vorlage erachten wir als sinnvoll. Mindestens müssen stationäre an ambulante Tarife angeglichen werden, um die Schnittstellenproblematik wirksam anzugehen. Parallel braucht es einen Abbau der Anzahl Tarifpositionen ohne Leistungseinbusse auf Kosten der Patientinnen/Patienten und Prämienzahler. Derzeit werden mit rund 400 Positionen 80 % der Leistungen getragen, wozu braucht es rund 10x mehr Positionen. Die Leistungsabrechnung in der bestehenden Art halten wir für fragwürdig und wesentlichen Faktor für das Kostenwachstum im Gesundheitswesen.

Weiterhin sehen wir das Risiko, dass mit dem vorliegenden Vorschlag, das Kostenwachstum einseitig zu Lasten der Prämienzahler gefördert wird. Es ist deshalb notwendig, die einheitliche Finanzierung mit einer Massnahme zur Stabilisierung der Prämien zu verbinden. Wir schlagen vor, in diesem Zusammenhang die Prämie verpflichtend an die Teuerung zu binden.

Ergänzend ist mindestens eine Beteiligung der Prämienzahler an der Rechnungskontrolle notwendig. Eine konsequente Rechnungskontrolle weist ein beträchtliches Kostendämpfungspotenzial auf. Eine systematische Einbindung der Prämienzahler an den Rechnungskontrolltätigkeiten erachten wir als zielführend, um das Kostendämpfungspotenzial in diesem Bereich zu realisieren. Zudem sollen zukünftig Rückzahlungen und Rückabwicklungen transparent und bis auf Stufe des Prämienzahlers umgesetzt werden. Dieser Punkt bleibt in der Vorlage unberücksichtigt und wir fordern eine entsprechende Ergänzung.

Wir sehen den Handlungsbedarf zu den bestehenden Governance Strukturen und unterstützen die Einführung der einheitlichen Finanzierung, sofern obengenannte Massnahmen ergänzt werden.



**Interessengemeinschaft
Prämienzahler**

Gerne stehen wir für weitere Informationen zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

IGPZ

Interessengemeinschaft Prämienzahler

Gudrun Busch

Präsidentin

[Schweiz. Konsumentenforum kf, Belpstrasse 11, 3007 Bern](#)

Elektronischer Versand
Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen
abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Bern, 15. September 2018

Stellungnahme zum Vorentwurf der SGK_NR vom 19. April 2018 zur Änderung des KVG «Einheitliche Finanzierung der Leistungen im ambulanten und stationären Bereich»

Sehr geehrte Damen und Herren

Das Schweizerische Konsumentenforum (kf), die einzige liberale Konsumentenorganisation der Schweiz, bedankt sich für die Einladung zur Stellungnahme zum Vorentwurf der SGK_NR vom 19. April 2018 zur Änderung des KVG «Einheitliche Finanzierung der Leistungen im ambulanten und stationären Bereich.» Das kf nimmt wie folgt Stellung:

Das kf steht für eine medizinische Grundversorgung ein, die auch zukünftig qualitativ gut und finanzierbar ist. Wir befürworten eine einheitliche Finanzierung im ambulanten und stationären Sektor, um bestehende Fehlanreize in der geltenden Regelung zu reduzieren.

Die Verlagerung von den teureren stationären Leistungen hin zu den günstigeren ambulanten Behandlungen anhand des Grundsatzes «ambulant vor stationär» ist vom kf erwünscht und sinnvoll. Eine einheitliche Finanzierung schafft echte Anreize, bei den Kostenträgern in die effizienteste Versorgung zu investieren und dadurch bei gleichbleibender Qualität Kosten einzusparen. Gerade im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung zeigt sich, dass die ambulante Psychotherapie massiv kostengünstiger ist gegenüber stationärer Behandlung. In diesem Bereich unterstützt das kf die Argumente der Föderation der Schweizerischen Psychologinnen und Psychologen (FSP).

Ein Tag Akutklinik, welcher normalerweise in TARPSY Pauschale mit 700.- Fr. vergütet wird, reicht aktuell für mindestens einen Monat ambulante Psychotherapie aus (mit mind. 4 intensiven Sitzungsstunden, Vor- und Nachbereitung, Aufgaben, Behandlungscoordination). Ein besserer Zugang zu ambulanten Leistungen spart nicht nur Geld in der Gesundheitsversorgung, sondern ermöglicht den Betroffenen, weiterhin produktiv in ihrem Beruf zu bleiben.

Die koordinierte Versorgung kann einen Beitrag leisten, unnötige Hospitalisationen zu vermeiden. Durch die einheitliche Finanzierung können die Kosteneinsparungen der integrierten Versorgungsmodelle ausgewiesen werden. Dieses Potential der Kostenreduktion integrierter Versorgung gilt es aber zum Wohl der Patientinnen und Patienten zu nutzen, indem nicht nur die Kosteneffizienz, sondern auch die Qualitätssteigerung über den gesamten Behandlungsprozess im Vordergrund stehen.

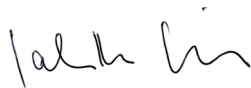
Da kf hat Verständnis für das legitime Anliegen der Kantone nach Steuerungsmöglichkeiten des ambulanten Angebots sowohl im Bezug auf Leistung, Menge und Qualität. Gerade mit dem von der Föderation der Schweizerischen Psychologinnen und Psychologen (FSP) angestrebten Wechsel vom Delegationsmodell zum Anordnungsmodell für psychologische Psychotherapie bietet die FSP Hand für eine effiziente psychotherapeutische Grundversorgung von hoher Qualität sicherzustellen.

Dass eine Mitfinanzierung der ambulanten Leistungen durch die Kantone unter angemessener Berücksichtigung der Anliegen der Kantone erfolgen soll, wird im Grundsatz unterstützt. Die EFAS- Partner, namentlich curafutura, santésuisse, FMH, GELIKO, fmc, FMCH, Forum Gesundheit Schweiz, Interpharma, das Schweizerische Konsumentenforum kf, pharmaSuisse, SBV, SPO, der Schweizerische Versicherungsverband und vips haben in ihrer Medienmitteilung vom 12. September 2018 die Kantone zur inhaltlichen Diskussion und zu einer gemeinsamen konstruktiven Lösungssuche eingeladen.

Das Anliegen der Kantone, mehr Steuerung im ambulanten Bereich zu erhalten, ist nachvollziehbar. Im aktuellen System stimmen Ergebnis- und Finanzierungsverantwortung nicht überein. Die Zulassungsbeschränkung im ambulanten Bereich als Steuerungsinstrument der Kantone setzt jedoch klar voraus, dass diese auch im ambulanten Bereich finanzielle Mitverantwortung übernehmen. Weiter begrüssen die EFAS-Partner, dass der Kantonsbeitrag gemäss Vernehmlassungsvorlage so festgelegt wird, dass die Umstellung auf EFAS für die Kantone und die Versicherer insgesamt kostenneutral ausfällt.

Die EFAS-Partner signalisieren den Kantonen zudem die Bereitschaft zu einer konstruktiven Diskussion über die Pflegefinanzierung. Diese kann parallel zur aktuellen Reform geführt werden, um zu den diversen Fragestellungen rund um die Langzeitpflege rasch eine Auslegeordnung zu haben. Diese soll aber von der aktuellen Reform abgekoppelt bleiben. Eine Vermischung von EFAS mit den Fragestellungen der Pflegefinanzierung würde das Fuder politisch überladen und die Beseitigung eines bedeutenden Fehlanreizes um Jahre verzögern oder aufgrund der Komplexität beider Dossiers sogar verunmöglichen. Das muss zwingend vermieden werden.

Freundliche Grüsse



Babette Sigg
Geschäftsführende Präsidentin
Schweiz. Konsumentenforum kf

Stellungnahme von Public Health Schweiz

Dufourstrasse 30, 3005 Bern

Frau Corina Wirth

+41 31 350 16 00, info@public-health.ch

11. September 2018

Z.H. Public Health Schweiz verfasst von Herrn Felix Wettstein (FHNW Hochschule für Soziale Arbeit)

Anregungen für Public Health Schweiz zur Vernehmlassung

KVG-Teilrevision «Einheitliche Finanzierung der Leistungen im ambulanten und im stationären Bereich»

Vorbemerkungen:

Leistungen zur Krankheitsbehandlung im ambulanten und im stationären Bereich werden nicht nur gestützt auf das KVG erbracht und durch die obligatorische Krankenversicherung und durch kantonale Steuergelder zu einem bedeutenden Teil finanziert, sondern auch im Rahmen der überobligatorischen Zusatzversicherungen und dort nach Massgabe des VVG.

Daran zu erinnern ist in der vorliegenden Frage bedeutsam, da dieselben Leistungserbringer über beide Versicherungen abrechnen können. Es ist für die Versicherer betriebswirtschaftlich interessant, ihre Kundinnen und Kunden, die im Rahmen der obligatorischen Krankenpflege (OKP) behandelt werden, von den Zusatzversicherungen zu überzeugen, welche buchstäblich «naheliegen». Es ist auch für die Leistungserbringer interessant, weil die Zusatzleistung mehr Marge verspricht und meist gleich nebenan oder «am gleichen Bett» angeboten werden kann.

Die Frage der «Finanzierung aus einer Hand» der OKP wäre einfacher zu bewerten, wenn es eine klare Trennung gäbe zwischen der dafür zuständigen Versicherung einerseits und allen jenen, die allein im Geschäft der Zusatzversicherungen tätig wären.

Diese klare Trennung ist dringender und bedeutsamer als die Frage der Finanzierung aus einer Hand. Zudem wäre bei einer klaren Trennung für den Teil der obligatorischen Versicherung eine einzige Kasse für alle das Richtige – vergleichbar mit der SUVA im Betriebsunfallbereich.

Bewertung der Ziele des Vernehmlassungsentwurfs

Gemäss Kapitel 3.1 des Vorentwurfs und erläuternden Berichts vom 19.4.2018 verfolgt die Vorlage drei Ziele:

- **Ziel 1:** Verlagerung der Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich, wo medizinisch sinnvoll. *(Da ambulant erbrachte Leistungen etwas günstiger sind, weil keine Aufenthaltskosten anfallen, würde das gesamte Kostenwachstum leicht gebremst.)*
- **Ziel 2:** Sowohl die steuerfinanzierten als auch die prämienfinanzierten Anteile an der Finanzierung der OKP-Leistungen (ohne Langzeitpflege) sollen «stabilisiert» werden.
- **Ziel 3:** Die beiden massgeblichen Finanzierungsträger sollen veranlasst werden, stärker auf eine sachgerechte Tarifierung der Leistungen hinzuwirken.

Bewertung (durch Public Health Schweiz):

- Ziel 1 kann geteilt werden. Allerdings lässt es sich auch auf anderem Weg erreichen, möglicherweise sogar wirkungsvoller – siehe nachfolgend.
- Ziel 2 wäre wünschbar, seine Realisierung hängt aber nicht davon ab, ob eine Hand zahlt oder ob zwei Hände zahlen. Nur wenn die Mengenausweitung gestoppt wird stabilisiert sich der Finanzaufwand für die Zahlenden (auch für die dritten wichtigen Zahlenden, die Patientinnen und Patienten selbst).
- Ziel 3 wäre wünschbar, wird aber mit der vorgeschlagenen Änderung in keiner Weise erreicht. Im Gegenteil würde die Möglichkeiten der Einwirkung für die Kantone verringert.

Die **bessere Alternative zur Erreichung von Ziel 1** heisst:

Bund und Kantone führen eine **Liste der Eingriffe und Behandlungsformen, welche in der Regel ambulant durchgeführt werden müssen**, ansonsten nur der Gegenwert der ambulanten Behandlung vergütet wird. Ausnahmen müssen speziell begründet werden (evtl. ab einer Mindestbetragshöhe durch eine Fachperson ohne eigenes ökonomisches Interesse). Die Liste wird dem Fortschritt in den Behandlungsmöglichkeiten laufend angepasst.

Diese Massnahme erfordert keine Gesetzesrevision. Ab 1.1.2019 gilt bundesweit eine erste (kleine) Liste mit entsprechenden Eingriffen. Mehrere Kantone – Luzern, Zürich, Wallis, Aargau, Solothurn – haben zudem bereits eigene, weitergehende Listen eingeführt oder beschlossen. Luzern kann den positiven Effekt bei den Kantonsfinanzen – ohne Zusatzbelastungen für die Versicherer - bereits belegen.

Fehlende Ziele des Vernehmlassungsentwurfs

Die Frage nach der Aufteilung der Finanzierung blendet die Frage nach dem Umfang der erbrachten Leistungen – auch auf die Zukunft bezogen – vollständig aus.

Es trifft wohl zu, dass aktuell ein Fehlanreiz darin bestehen kann, im Zweifelsfall stationär (und damit teurer) als ambulant zu behandeln, weil der Versicherer daran ein finanzielles Interesse haben kann. Allerdings sind die noch weit grösseren Fehlanreize sowohl stationär oder ambulant ein Problem: Jede Mengenausweitung bei den Behandlungen ist für die Behandelnden lukrativ. Sie entscheiden im Wesentlichen auch gleich selber darüber, was getan wird.

Eine Reform im Bereich der Krankheitsbehandlung zur Eindämmung oder Reduktion der Behandlungskosten – nicht deren Verlagerung – ist dringend. Eine solche Reform zeigt nur Wirkung, wenn Umfang und Aufwand der erbrachten Leistungen anders als bisher gesteuert werden.

Eine Reform der Finanzierungswege für den OKP-Bereich lehnen wir darum ab, solange sie nicht im Einklang mit einem wirkungsvollen Stopp der Mengenausweitung vorgenommen wird.

Warum muss die Mengenausweitung gestoppt werden? Verschiedene voneinander unabhängige Begutachtungen kommen regelmässig zu ähnlichen Schlüssen: Im Bereich der Krankheitsbehandlung wird zu viel gemacht. Rund 20 Prozent der Eingriffe oder Behandlungen wären mit dem Ziel der Genesung (oder der Vermeidung von Verschlimmerung bei chronischen Erkrankungen) unnötig.

Was noch viel zu wenig Beachtung findet: Überbehandlung geschieht oft zum Schaden für die Gesundheit der Patientinnen und Patienten. Sie erhöht die Gefahr von Komplikationen, bei zu vielen oder zu starken Medikamenten erhöht sich die Belastung durch Nebenwirkungen.

Sollte die Kostenausweitung – welche eine Folge von zu viel und zu teurer Behandlung ist – tatsächlich eingedämmt werden, dann sind folgende Massnahmen zielführend:

- Steuerung der Gesamtkosten für stationäre OKP-Behandlungen mittels **Globalbudgets** (möglichst interkantonal koordiniert, um Ausweichverhalten zu vermeiden)
- Priorisierung – auch mit öffentlichen Anreizen – von **integrierter Versorgung** im ambulanten Bereich. Integrierte Versorgung kann auch in der Nachsorge wichtige Aufgaben an Stelle von stationärer Unterbringung leisten. Damit verbunden: HMO-Versicherungsmodelle ohne Erstzugang zu Spezialistinnen und Spezialisten, sondern konsequent über Hausärztinnen/Hausärzte und übers Case-Management.
- Obligatorisches **Zweiturteil** durch eine externe Fachperson bei jeder Behandlung, deren Kosten eine Mindestschwelle überschreiten wird. Diese Fachperson sollte fix besoldet sein, sie darf kein persönliches Interesse an den Folgen ihres Urteils haben, weder in die eine noch in die andere Richtung.

Zu befürchten: Fehlende Wirkung der vorgelegten Änderung

Wie erwähnt hat die vorgeschlagene monistische Finanzierung für sich gesehen kaum Einfluss auf die Gesamtkosten des Systems – allenfalls bleiben ein paar Spitalbetten leer – und sie würde weder die Steigerung der Gesamtkosten vermeiden können noch bekämpfen die Zahlenden (Patientinnen und Patienten, Kantone, Versicherer) ein Mittel in die Hand, um Überversorgung und stetig steigende Mengenausweitung zu stoppen.

Die Kantone hätten jedoch noch weniger Möglichkeiten als heute, auf die Kostenentwicklung Einfluss zu nehmen, jedenfalls wenn sie die Spitäler nicht selber führen. Sie werden zähneknirschend ihren Anteil von 25.5% an die vielen Versicherer überweisen. Jahr für Jahr wird der weitere Anstieg zu beklagen sein, und angesichts rundum knapp gehaltener Staatsfinanzen steigt der Druck stetig, andere öffentliche Aufgaben zu reduzieren.

Die Macht der Versicherer würde tendenziell zunehmen. Dem könnte nur Einhalt geboten werden, wenn

- a) die oben genannten Massnahmen zur Eindämmung der Mengen- und Kostenausweitung greifen;
- b) die Versicherer im Bereich der freiwilligen Zusatzversicherungen nicht auch die obligatorische Versicherung übernehmen dürften.

Herr Thomas de Courten
Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit
3003 Bern

Bern, 13. September 2018

**Vernehmlassung zum Vorentwurf der SGK-NR vom 19. April 2018 zur Änderung des KVG:
Pa. Iv. 09.528 „Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des
Monismus“**

Sehr geehrter Herr de Courten,
Sehr geehrte Damen und Herren

In Ihrem Schreiben vom 15. Mai 2018 haben Sie uns eingeladen, zu oben genannter Teilrevision des KVG Stellung zu nehmen. Wir bedanken uns hierfür und äussern uns wie folgt:

Die Stiftung für Konsumentenschutz teilt die Ansicht, dass eine verstärkte Verlagerung von Spitalbehandlungen vom stationären in den ambulanten Bereich ein hohes Potential für Effizienzsteigerung und somit Kostendämpfung besitzt. Angesichts der Kostenentwicklung und der dadurch mitverursachten Prämiensteigerungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung begrüsst der Konsumentenschutz in diese Richtung unternommene Anstrengungen.

Nach unserer Einschätzung kann eine einheitliche Finanzierung von stationären und ambulanten Leistungen grundsätzlich einen Beitrag zur Beseitigung von Fehlanreizen bei den Kostenträgern leisten. Denn aufgrund der heute existierenden Fehlanreizen nehmen die Kostenträger ihre Verantwortung und Verpflichtungen nach KVG nicht genügend wahr. Die in die Vernehmlassung geschickten Modelle sind jedoch nicht effektiv und aus Konsumentensicht nicht tragbar, wie mit folgenden Argumenten erläutert.

- ***AVOS bedarf primär einer sachgerechten Tarifierung***

Eine Verlagerung von Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich (AVOS) ist sowohl aus Kostengründen als auch weiteren Gründen im Interesse der Versicherten. Es gilt zu berücksichtigen, dass die heutige Leistungsallokation auf eine fehlerhafte Anreizstruktur zurückzuführen ist, die sowohl die Kostenträger/Versicherer als auch die Leistungserbringer tangiert. Mit

der einheitlichen Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen (EFAS) werden die Fehlanreize für die Kostenträger beseitigt, jene für die Leistungserbringer jedoch nicht entschärft, da für diese eine stationäre Behandlung nach wie vor lukrativer ist. Anreize müssen primär dort gesetzt werden, wo der Behandlungsentscheid getroffen wird, also hauptsächlich beim Leistungserbringer. Um die Verlagerung in den ambulanten Bereich zu fördern, wie das erste Ziel der Vorlage lautet, ist eine sachgerechte Tarifierung mit entsprechenden Anreizen wirksamer und muss vorangetrieben werden.

Das Argument, EFAS können einen massgeblichen Beitrag für eine Kostendämpfung leisten, ist zudem nicht stichhaltig, weil zahlreiche weitere Faktoren entscheidend zur Ausdehnung der Gesundheitskosten beitragen. Eine einheitliche Finanzierung müsste mit entsprechenden Massnahmen ergänzt werden. Dies beinhaltet beispielsweise eine Reduktion der Fehl- und Überversorgung, Senkung der Medikamentenpreise, Förderung der integrierten und interprofessionellen Versorgung und überkantonalen Planung. Entsprechende Anstrengungen wurden stets von gegenteiligen Interessengruppen blockiert.

- ***Erhöhung der Kostenbeteiligung der Versicherten***

Die Kostenbeteiligung der Versicherten wird heute nur auf dem prämienfinanzierten Anteil erhoben. Da in den vorgeschlagenen Modellen die Kassen sämtliche Leistungen zu 100 Prozent vergüten und die Kantone ihren Beitrag erst nach Abzug der Kostenbeteiligung leisten, würde entsprechend auch die Kostenbeteiligung der Versicherten auf den vollen Betrag der Leistungen eingefordert. Trotz der im Bericht postulierten Ziel der Finanzierungsneutralität wird die Kostenbeteiligung der Versicherten also erhöht. Dies stellt eine signifikante Schlechterstellung der Versicherten dar. Es ist zu berücksichtigen, dass die private Kostenbeteiligung der Bevölkerung in der Schweiz bereits jetzt im weltweiten Vergleich einen Spitzenplatz hat.

- ***Keine Planungs- und Kontrollmöglichkeit seitens der Kantone***

Ohne Begleitmassnahmen führt das Modell dazu, dass die Kantone über den ganzen Leistungsbereich zu Minderheitsfinanzierern werden. Die Rechnungsstellung würde allein durch die Versicherer erfolgen, die Kantone hingegen verfügten über keinen direkten Mitteleinsatz mehr, also keine Möglichkeit über die sachgerechte und effiziente Mittelverwendung zu bestimmen, was den finanzrechtlichen Prinzipien der Kantone widerspricht. Diese müssten «blind» 7.7 Milliarden an die Krankenkassen überweisen, was rund 10% der Steuereinnahmen der Kantone entspricht. Da die Rechnungsstellung seitens der Kantone entfällt, verlieren diese auch jegliche Kontrollmöglichkeit in Bezug auf die korrekte Abrechnung der Leistungen. Wir unterstützen daher den Minderheitsantrag Art. 18 Abs. 2^{octies}, womit den Kantonen ein Instrument für die Rechnungskontrolle zugestanden wird

- **Stärkung der Privatspitäler und Zusatzversicherten**

Die Krankenkassen haben bereits heute die Möglichkeit, Verträge mit Nicht-Listenspitälern abzuschliessen. Aus der Grundversicherung dürfen aber bloss 45 Prozent der medizinischen Kosten übernommen werden. Mit dem vorgeschlagenen Modell würde dieser Anteil auf 74.5 Prozent erhöht, was die Attraktivität von Vertragsspitälern beträchtlich erhöht. Der Anteil, den die Patienten mit dem Geld aus ihrer Zusatzversicherung begleichen, würde also von 55 auf 25.5 Prozent sinken. Dies bedeutet eine signifikante finanzielle Entlastung der Zusatzversicherten und führt zu sinkenden Prämien in der Zusatzversicherung, wie die SGK-N im erläuternden Bericht schreibt. Mit der zunehmenden Attraktivität von Vertragsspitälern muss zudem ein Ausbau des Angebots befürchtet werden, was zwingend zu mehr Behandlungen, nochmals steigenden Kosten und wiederum höheren Prämien führt. Die Stärkung der privaten Vertragsspitäler und Zusatzversicherungen führt also zu einer systematischen Schwächung der Grundversicherung. Dies liegt nicht im Interesse der Mehrheit der Versicherten, die nicht zusatzversichert ist.

Fazit

Um die Verlagerung aus dem stationären in den ambulanten Bereich voranzutreiben und eine kostendämpfende Wirkung zu erreichen, fordert die Stiftung für Konsumentenschutz in erster Linie eine sachgerechte Tarifierung, welche die bestehenden Fehlanreize beseitigt. Für eine effektive kostendämpfende Wirkung müsste die einheitliche Finanzierung zudem mit weiteren Massnahmen kombiniert werden.

Zudem fordern wir zwingend ein Qualitätsmanagement: Zurzeit ist die Überwachung und Verbesserung der Qualität ambulanter Leistungen nicht möglich, was aus unserer Sicht dringend und als erste Massnahme behoben werden muss.

Wir bedanken uns für die Berücksichtigung unserer Stellungnahme.

Freundliche Grüsse

Sara Stalder, Geschäftsleiterin

Tonja Iten, stv. Leiterin Gesundheit

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG):
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Schweizerische Stiftung SPO Patientenschutz

Abkürzung der Firma / Organisation : SPO

Adresse : Häringstrasse 20, 8001 Zürich

Kontaktperson : Susanne Hochuli, Präsidentin SPO

Telefon : 079 611 19 95

E-Mail : susanne.hochuli@spo.ch

Datum : 12. September 2018

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **15. September 2018** an folgende E-Mail Adresse:
abteilung-leistungen@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG): Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
SPO	Die SPO unterstützt die Einführung der einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS). Der unbestrittene finanzielle Fehlanreiz an der Schnittstelle stationär/ambulant hat Fehl- und Überversorgung zur Folge. Als Patientenorganisation weist die SPO immer wieder darauf hin, dass jeder unnötiger Eingriff (Überversorgung stellt dies dar) einer Körperverletzung gleichkommt. EFAS ist eine wichtige Reform, um unser Gesundheitssystem in Richtung mehr Effizienz und Qualität weiter entwickeln zu können und um Fehlanreize zu vermeiden. Allerdings sind wir der Meinung, diese Reform müsse mit weiteren Massnahmen gestützt werden, um den für Patientinnen und Patienten wie auch den für Prämienzahlenden erwünschten Erfolg punkto Kosten und Qualität haben zu können. Mit EFAS wird die Verlagerung vom stationären in den kostengünstigeren ambulanten Bereich sozialverträglich vorangetrieben. Die SPO steht ein für ein solidarisches Gesundheitssystem, in dem der Mensch als Patient, aber auch als Prämienzahler im Zentrum steht. Damit EFAS einen massgeblichen Beitrag für eine Kostendämpfung leisten kann, muss diese Reform mit entsprechenden Massnahmen ergänzt werden. Die SPO fordert: - Überkantonale Planung - Förderung der integrierten Versorgung - Senkung der Medikamentenpreise - Überprüfung der Indikationsqualität, damit finanziell motivierte Behandlungen gestoppt werden können - Prozesse/Infrastrukturen sind konsequent auf den Patientennutzen auszurichten: Damit auch bei AVOS der Mensch im Zentrum steht, darf nicht mehr weiter in unnötige stationäre Infrastrukturen investiert werden. Ambulante Behandlungen benötigen andere Infrastruktur. - Transparenz zur Indikations-, Prozess- und Ergebnisqualität inkl. Nutzenbewertung der Patienten und daraus

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG): Vernehmlassungsverfahren

	- Verständlich aufgearbeitete Informationen, die den Prämienzahlenden und Patienten leicht zugänglich gemacht werden, damit sie Entscheidungsgrundlagen haben - Um den Prämienzahlenden sowie den Patientinnen und Patienten Finanzkompetenz im Gesundheitssystem zu ermöglichen, braucht es auch Transparenz bei den Kosten: Verständliche Rechnungsdaten sollten im ambulanten wie auch stationären Bereich konsequent und ohne Nachfrage zur Verfügung gestellt werden.
SPO	
SPO	
SPO	
SPO	
SPO	
SPO	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG):
Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
SPO	Art. 18	2octies		Die SPO unterstützt den Minderheitsantrag Art. 18 Abs. 2octies, womit den Kantonen ein Instrument für die Rechnungskontrolle zugestanden wird.	
SPO					
SPO					
SPO					
SPO					
SPO					
SPO					
SPO					
SPO					
SPO					
SPO					
SPO					

Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand

Einführung Monismus

Um die Kosten im ambulanten Setting sicherzustellen braucht es die Ausgleiche von den Kantonen und den Gemeinden und darf nicht nur zur Belastung der Versicherer /Prämienzahler werden, weshalb wir Stellung nehmen zur Vernehmlassung der parlamentarischen Initiative.

Das Gesundheitssystem ist auf den Weg zur Endsolidarisierung und Diskriminierung. *Alle stationären und ambulanten Leistungen werden von den Krankenversicherungen finanziert*, klingt im ersten Moment sehr gut.

Wir fragen uns aber werden somit die Prämien nicht drastisch in die Höhe steigen.

Allgemein ist uns bei der Durchsicht der Vernehmlassung aufgefallen, dass die ambulante Pflege zu wenig gewichtet ist. Zu viele Details sind nicht erwähnt.

Die Pflege zu Hause/ ambulant beinhaltet nicht nur die Langzeitpflege.

Ferner werden zu Hause akut und chronisch kranke Menschen, aller Altersgruppen mit ihren (psychiatrische + somatische) Krankheiten gepflegt.

In der häuslichen Pflege werden die Leistungen in drei Stufen eingeteilt. Es wäre einfacher einen Einheitstarif pro Stunde zu verwenden. Hier dürfte nicht unterschieden werden zwischen psychiatrischer- und somatischer Pflege.

Zudem sind wir dafür, dass die Pflege nach der Bedarfsabklärung für die notwendigen Stunden auch honoriert wird.

Irreführend ist, „dass die Kosten im Ambulanten/Spitexbereich von den Versicherungen übernommen werden“. In diesem Bereich wird nur ein ganz kleiner Anteil (der Istzustand zeigt auf, dass im somatischen Bereich zwischen 20 und 30 Stunden/Monat und im psychiatrischen Bereich 8 maximal 12 Stunden/Monat übernommen werden). Jeder Mehraufwand bedarf einen erhöhten administrativen Aufwand und führt erfahrungsgemäss zur Ablehnung der Kostenübernahme von Seiten der Versicherer.

Langzeitpflege

Wo und wie wird diese finanziert?

Was beinhaltet Langzeitpflege? Ist Langzeitpflege nur die Altenpflege? genaue Definition fehlt.

Langzeitpflege auszuklammern aus dem ganzen Gesundheitssystem bedeutet Endsolidarisierung und Diskriminierung.

Chronische Erkrankungen

Chronisch Erkrankte gehören nicht in die Langzeitpflege.

Sie müssen sowohl als auch Ambulant/zu Hause als auch stationär behandelt werden können.

Sie können in ihrer Erkrankung wiederholend akute Phasen erleiden.

Fazit

Uns ist aufgefallen, dass in der Vernehmlassung der parlamentarische Initiative das dipl. Pflegepersonal HF/FH mit dem übrigen Pflegepersonal gleichgestellt wird. Somit ist nicht erkennbar wer dipl. Pflegefachfrauen/Männer HF/FH, FaGe/FaBe, die Pflege ausrichtet und die gesetzliche Grundlage (KVG) erfüllt.

Allgemein ist zu erklären, warum der Bund die Gesamtzahl des Pflegepersonals dipl. Pflegefachfrauen/Männer HF/FH mit den FaGe/FaBe an den OSZE weitergeleitet hat. Jenes hatte zur Folge, dass wir in der europäischen Statistik zu hoch bewertet (Pflegepersonal/ Einwohner) wurden. Dies führte in der Praxis bereits zu drastischen Massnahmen; der Stellenschlüssel dipl. Pflegefachfrauen/Männer HF/FH wurde stark reduziert.

Um die Kostenverlagerung, die wir seit den Siebzigern beobachten/erfahren, stellt sich für uns die Frage: „Braucht es somit ein anderes Finanzierungsmodell im Gesundheitssystem, als in der Vernehmlassung der parlamentarische Initiative vorgestellt wird?“

Von: Bruno Facci <facci.bruno@bluewin.ch>

Gesendet: Donnerstag, 13. September 2018 08:09

An: _BAG-Abteilung Leistungen <Abteilung-Leistungen@bag.admin.ch>

Betreff: Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG):
Vernehmlassungsantwort

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit uns zu obenerwähntem Geschäft vernehmen zu lassen.

Die VASK Schweiz hat sich mit der oben erwähnten Vernehmlassung nur rudimentär befassen können, weil sie nicht über das nötige Hintergrundwissen verfügt zu einer vertieften Auseinandersetzung. Wir können uns deshalb nur zu grundlegenden Fragen dieser Gesetzesänderung äussern. Es handelt sich um Problembereiche, die der dringenden Verbesserung und Weiterentwicklung bedürfen. Nur damit wird es möglich sein, die zukünftige psychiatrische Versorgung im Sinne der Bedürfnisse von Angehörigen und Betroffenen zu sichern.

1. Aus unserer Sicht ist das KVG gescheitert. Das zeigt sich insbesondere am Fallpauschalensystem. Mit dieser Meinung sind wir nicht allein. Hier ein paar prominente Vertreterinnen und Vertreter dieser Ansicht. Die entsprechenden Berichte wurden wo nichts anderes erwähnt auf www.medinside.ch veröffentlicht:
 - a. Im Mai 2015 berichtet die Schweiz am Wochenende: Das Bundesamt für Gesundheit ist alarmiert. Fallpauschalen bremsen die Kosten nicht. Die Spitäler behalten die Patienten weniger lange, dafür behandeln sie mehr Patienten.
 - b. September 2017: Peter Fischer plädiert für eine vorurteilsfreie Diskussion über die Fehlanreize der DRG.
 - c. Oktober 2017: Das Obsan-Bulletin 3/17 schreibt: Ob mit der Revision das Kostenwachstum mittel- langfristige gebremst werden kann, lässt sich auf der Grundlage der vorliegenden Daten noch nicht sagen.
 - d. 15. August 2018: Die Chefin des bernischen Spitalamtes sagt es deutlich: „Weiter herumdoktern bringt nichts“ und plädiert für einen tiefgreifenden Systemwechsel.
 - e. 20. Augst 2018: „GesundheitsökonomInnen wollen neue Versorgungsmodelle“. Die fallfinanzierte Finanzierung im Gesundheitswesen sei gescheitert.
2. Daraus ergibt sich für uns zwingend, dass eine weitere Reform des KVG, das auf einem fallfinanzierten System basiert, niemals zielführend sein kann. Es ist deshalb für uns unverständlich, dass die Schlussberichte des Obsan sowie des Evaluationsmandats im Themenbereich „Kosten und Überprüfungsergebnisse“ nicht abgewartet werden und gestützt darauf die daraus nötigen Schlüsse zu ziehen. Sollte sich nämlich herausstellen, dass sich mit Fallpauschalen das Kostenwachstum nicht bremsen lässt, müsste diese Form der Finanzierung auch politisch in Frage gestellt und nach neuen Lösungen gesucht werden.
3. Statt jetzt eine Finanzierungsreform durchzuwängen, drängt sich für uns eine Tarifreform auf. Dies nicht zuletzt, weil mit EFAS keines der gravierenden Finanzierungsprobleme der Psychiatrie gelöst wird. So hat der Schlussbericht des Büro BASS „Erfolgskriterien mobiler Dienste in der Psychiatrie“ eindrücklich dargelegt, dass mobile Dienste folgende Auswirkungen mit sich bringen
 - a. Durch Verkürzung oder Vermeidung stationärer Aufenthalte ergibt sich auch eine positive finanzielle Bilanz

- b. Behandlungserfolge und Stabilität
- c. Erhöhte Lebensqualität

Diesen positiven Ergebnissen steht jedoch die erschütternde Tatsache gegenüber, dass all diese ambulanten Angebote unterfinanziert sind. Im BASS-Bericht ist dies an über zwanzig Stellen festgehalten. Für uns ist nicht nachvollziehbar, dass allerorten „ambulant vor stationär“ propagiert wird, die Behebung der Probleme rund um die Finanzierung eben dieser ambulanten Dienste jedoch sträflich vernachlässigt wird. Und dies alles zu Lasten von Patienten und ihren Angehörigen.

- 4. Wir halten es mit dem Generalsekretär der Gesundheitsdirektorenkonferenz Michael Jordi, der im Journal von SRF1 vom 18. Juni 2018 sagte, dass nach Einführung von EFAS die Prämien steigen werden und dass die Befürchtung bestehe, dass die exklusiven Spitäler ihr Angebot ausbauen, dass neue Investitionen getätigt werden im Hinblick auf einen potentiellen Markt. Daraus ergäben sich ein grösseres Angebot, mehr Behandlungen, mehr Kosten und höhere Prämien.
Im selben oben erwähnten Beitrag legte die Journalistin dar, dass mit Einführung von EFAS die Prämien für Zusatzversicherte sinken und dadurch entlastet, hingegen bei der Grundversicherung die Prämien und die Grundversicherten zusätzlich belastet würden. Eine solche Neuverteilung der Kosten zu Lasten der Grundversicherung lehnen wir entschieden ab.

Die Mitglieder der VASK und deren betroffenen Familienmitglieder sind mit den Gesetzen, Verordnungen, Erlassen und Vorschriften über die Finanzierung der für sie nötigen Leistungen kaum oder gar nicht vertraut. Aber sie erleben tagtäglich die negativen Auswirkungen derselben. Es ist an der Zeit, dass sich Verwaltung und Politik unserer drängenden Anliegen annehmen und die dringend nötigen Klärungen bezüglich Finanzierung der ambulanten Leistungen mit höchster Priorität behandelt werden. EFAS kann warten, zumal wie oben erwähnt, die Fallpauschalen die in sie gesetzten Erwartungen in keiner Weise erfüllt haben und es kaum noch werden. Zudem gilt es, die negativen Folgen von EFAS (Leistungsausbau, Kostensteigerung, Prämienhöhung und Lastenverschiebung von Zusatzversicherten zu Grundversicherte) zu verhindern.

Wir bitten Sie, diese unsere Anliegen wohlwollend zu prüfen und in die weitere Bearbeitung einfließen zu lassen. Dafür danken wir Ihnen im Voraus bestens.

Freundliche Grüsse
VASK Schweiz
Bruno Facci, Präsident
Langstrasse 149
8004 Zürich
Telefon: 044 240 12 00
Email: info@vask.ch
www.vask.ch

Privat:
Geren 282
9608 Gantereschwil
facci.bruno@bluewin.ch
Fon 071 983 11 49
Mobile 078 793 40 20

Secrétariat

Par Institut de droit de la santé
Université de Neuchâtel
Av. du 1^{er}-Mars 26
CH – 2000 Neuchâtel

AmtL	GP	KUV	OeG	VS	R	7-GEF
DS	Bundesamt für Gesundheit					
DG	17. Sep. 2018					
CC						
Int						
RM						
GB						
GeS						7 ACCO
Lst	VA	NCD	MT	BioM	Chem	Str

Monsieur Thomas DE COURTEN
Président
Conseil national
Commission de la sécurité sociale et de la
santé publique
3003 Berne

Genève, le 14 septembre 2018

09.528 Initiative parlementaire : Financement moniste des prestations de soins - Ouverture de la procédure de consultation

Monsieur le Président,

Nous vous remercions de nous avoir consultés sur l'avant-projet de modification de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) intitulé « Financement uniforme des prestations ambulatoires et des prestations avec hospitalisation », mentionné sous rubrique.

Nous partageons avec votre commission le souci de freiner l'augmentation des coûts, notamment en encourageant un transfert des prestations du stationnaire vers l'ambulatoire. Toutefois, nous estimons que la modification de la LAMal soumise à consultation ne constitue un moyen ni adéquat ni suffisant d'atteindre cet objectif pour plusieurs raisons. Le projet entraînerait selon nous de graves conséquences négatives qui n'ont pas été anticipées. Il semble à ce stade inabouti et n'est pas acceptable tel quel.

Premièrement, le principal frein au transfert des prestations du stationnaire vers l'ambulatoire ne se situe pas au niveau de la répartition du financement, mais davantage dans les profondes disparités qui existent dans certains cas entre les rémunérations pour un acte effectué en ambulatoire ou en stationnaire. Ces disparités proviennent, d'une part, de l'existence de structures tarifaires différentes, et, d'autre part, de la possibilité, en stationnaire, de facturer des montants supplémentaires importants à l'éventuelle assurance complémentaire du patient. Les incitations erronées découlent principalement de ces deux éléments. Le financement des prestations effectuées, quant à lui, étant en pratique sans impact pour le fournisseur de prestations, son uniformisation ne peut être considérée comme une solution au frein du transfert du stationnaire vers l'ambulatoire.

Deuxièmement, il est difficilement envisageable pour les cantons de devoir assumer de nouvelles charges financières dans le secteur ambulatoire sans se voir dotés par la même occasion d'un instrument de pilotage et de planification des soins ambulatoires. Cet instrument devrait s'appliquer non seulement aux médecins, mais également aux autres fournisseurs de soins, ainsi qu'aux soins à domicile. Il est donc indispensable que l'éventuelle mise en place d'un financement uniforme soit accompagnée de la création d'un tel instrument. De même, afin de s'assurer de la bonne utilisation des fonds publics, les cantons doivent disposer d'un moyen efficace de contrôler la facturation des prestations ambulatoires. L'option de laisser les assureurs maladie effectuer les contrôles n'est clairement pas satisfaisante. Les cantons doivent pouvoir vérifier eux-mêmes les coûts mis à leur charge.

Troisièmement, la participation des cantons au financement des prestations ambulatoires doit impliquer, à notre sens, la création d'une organisation compétente pour l'élaboration, le développement, l'adaptation et la maintenance des structures tarifaires dans le domaine ambulatoire réunissant les partenaires tarifaires et les cantons, au même titre qu'il en existe une pour les structures tarifaires du domaine hospitalier stationnaire.

Quatrièmement, les outils à disposition des cantons pour réguler l'offre hospitalière stationnaire doivent être maintenus. Ainsi, pour pouvoir contrôler le respect des mandats (tâche que les assureurs n'effectuent pas) et gérer les quantités, le système actuel de facturation de la part cantonale directement aux cantons est à conserver. Cela n'empêche pas l'introduction d'un financement uniforme des prestations. De plus, la contribution de l'assurance obligatoire des soins aux établissements conventionnés ne doit pas être augmentée : cela affaiblirait considérablement la portée des planifications cantonales et déchargerait les assurances complémentaires au détriment de l'assurance de base.

Cinquièmement, les incidences financières sont à évaluer pour chaque canton, sur la base d'une méthodologie clairement explicitée. La neutralité financière doit pouvoir être garantie pour chaque canton à l'entrée en vigueur de la modification de la loi.

Enfin, vous estimez que l'impact de cette modification induira une légère augmentation de primes pour certaines catégories d'assurés. Cette augmentation s'ajoutera à celle induite par la dernière modification de la LAMal qui réduit les primes des enfants et jeunes adultes. En outre, si le projet vise à réduire les coûts de la santé, les primes ne devraient pas augmenter.

Ainsi, même si nous saluons l'effort des rédacteurs de cet avant-projet pour trouver une solution à l'augmentation continue des coûts de la santé, nous estimons que les modifications proposées ne constituent pas une réponse appropriée à cette problématique et n'impliquent, en l'état, qu'un transfert de charges entre les assureurs et les cantons, sans réelle plus-value pour le système de santé. Nous vous demandons donc de renoncer à ce projet dans son ensemble.

Les cantons latins seraient en revanche prêts à entrer en matière sur un projet qui créerait les conditions de transparence et de gouvernance pour permettre un co-financement par les cantons des soins médicaux ambulatoires, sur la base des remarques formulées ci-devant, ainsi que dans la prise de position de la CDS. La condition préalable sera que la LAMal permette aux cantons de réguler de façon efficace les prestations qu'ils cofinancent déjà (prestations hospitalières stationnaires et soins de longue durée), ainsi que celles qu'ils seront amenés à cofinancer (prestations ambulatoires).

Vous en souhaitant bonne réception, nous vous prions de croire, Monsieur le Président, à l'expression de notre meilleure considération

Conférence Latine des Affaires Sanitaires et Sociales



Mauro Poggia
Président