

Fragestellungen in Zusammenhang mit einer einheitlichen Finanzierung unter Einbezug der Pflegeleistungen

Bericht des Bundesamtes für Gesundheit vom 15. März 2022

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	1
2	Erlasstitel bei Einbezug der Pflegeleistungen.....	1
3	Patientenbeteiligung für Pflegeleistungen	2
4	Zusammenhang von Kantonsbeitrag, Prämienhöhe und Prämienverbilligung ..	4
4.1	Steigender Kantonsbeitrag muss zu Prämientlastungen führen	4
4.2	Verwendung der Steuermittel bei Reduktion des Kantonsbeitrags.....	6
5	Zugang der Kantone zu Rechnungsdaten.....	8
5.1	Lösungsmöglichkeit im Sinn der Versicherer.....	8
5.2	Lösungsmöglichkeit im Sinn der Kantone	9
5.2.1	Umsetzung auf Gesetzesebene	9
5.2.2	Widerspruchsrecht gegen Übernahme des Kantonsbeitrags	9
5.2.3	Daten und Informationen aus nachgelagerten Kontrollen.....	10
5.2.4	Elektronische Rechnungsübermittlung	10
5.3	Stellungnahme der GDK.....	11
5.4	Stellungnahme der Versicherer	12
5.5	Fazit aus Sicht des BAG	14
6	Stationäre Versorgung während der Covid-19-Pandemie	15
7	Sicherstellung der Qualität in Pflegeheimen	17
7.1	Zusammenhang mit der Umsetzung der Pflegeinitiative	17
7.2	Qualitätsindikatoren in den Pflegeheimen	17
7.3	Qualitätsverträge	18

1 Einleitung

An den Sitzungen der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates (SGK-S) vom 21. Januar und 18. Februar 2022 zur pa. Iv. 09.528 Humbel «Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus» wurde das Bundesamt für Gesundheit (BAG) beauftragt beziehungsweise gebeten, folgende Fragestellungen zu vertiefen:

- Es soll ein Erlasstitel vorgeschlagen werden, welcher zum Ausdruck bringt, dass auch die Pflegeleistungen einheitlich finanziert werden sollen (siehe hierzu Ziffer 2).
- Die Patientenbeteiligung für Pflegeleistungen soll nicht höher sein als bisher. Dazu sollen Formulierungen vorgeschlagen werden, die den Bundesrat bei der Festlegung des Patientenbeitrags für Pflegeleistungen an gewisse Leitplanken binden (siehe hierzu Ziffer 3).
- Es soll aufgezeigt werden, welche Möglichkeiten bestehen, um sicherzustellen, dass sich während der Übergangsphase die finanziellen Auswirkungen auf die Kantone beim Kantonsbeitrag und auf die Prämienzahlenden spiegelbildlich verhalten (siehe hierzu Ziffer 4).
- In Zusammenhang mit dem Thema Rechnungskontrolle und Datentransparenz für die Kantone bei einer einheitlichen Finanzierung sollen ergänzende Bestimmungen ausgearbeitet werden, die die Haltung und die Vorschläge der Kantone und Versicherer jeweils vollständig aufnehmen (siehe hierzu Ziffer 5).
- Es soll aufgezeigt werden, welche Schlussfolgerungen sich aus den Erfahrungen der Covid-Pandemie für die stationäre Versorgung und für die Vorhalteleistungen der Spitäler (inkl. Reservekapazitäten) ergeben und welche gesetzgeberischen Anpassungen gegebenenfalls angezeigt sind (siehe hierzu Ziffer 6).
- Es soll aufgezeigt werden, wie die Qualität in den Pflegeheimen sichergestellt wird, was in dieser Hinsicht geplant ist und inwiefern ein Zusammenhang mit der Umsetzung der Pflegeinitiative besteht (siehe hierzu Ziffer 7).

2 Erlasstitel bei Einbezug der Pflegeleistungen

Im Ingress des vom Nationalrat verabschiedeten Erlassentwurfs wurde der Erlasstitel wie folgt formuliert: «Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) – (Einheitliche Finanzierung der Leistungen im ambulanten und im stationären Bereich)». Falls auch die Pflegeleistungen in eine einheitliche Finanzierung einbezogen werden sollen, stellt sich die Frage, ob der Erlasstitel angepasst werden muss oder soll.

Aus der Sicht des BAG ist es nicht absolut zwingend, den Titel des Erlasses anzupassen. Bei den Pflegeleistungen handelt es sich streng rechtlich gesehen um ambulante Leistungen im Sinn des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10), sie sind daher theoretisch auch unter «Einheitliche Finanzierung der ambulanten und stationären Leistungen» zu subsumieren. Soll der Erlasstitel angepasst werden, um zu verdeutlichen, dass alle Leistungen, welche das KVG zum Leistungsumfang der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zählt, einheitlich finanziert werden sollen, könnte ein in diesem Sinne angepasster Erlasstitel lauten: «Einheitliche Finanzierung der Leistungen nach KVG».

3 Patientenbeteiligung für Pflegeleistungen

Die versicherten Personen, welche pflegebedürftig sind, beteiligen sich heute neben der normalen Kostenbeteiligung nach Artikel 64 (Absatz 2) KVG mit einem speziellen Beitrag an den Kosten der Pflegeleistungen. Dieser beträgt höchstens 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Beitrags der OKP für Pflegeleistungen. Die Kantone und Gemeinden können den Beitrag der versicherten Personen für Pflegeleistungen auf freiwilliger Basis teilweise oder vollständig übernehmen, was besonders im Bereich der Pflege zu Hause viele Kantone tun.

Mit einer einheitlichen Finanzierung besteht kein Beitrag der OKP mehr, an welchen der Beitrag der versicherten Personen anknüpfen könnte. Zur Gewährleistung eines für die Kantone, die Prämienzahlenden und für die versicherten Personen kostenneutralen Übergangs zu einer einheitlichen Finanzierung hat das BAG in den Berichten vom 30. November 2020 sowie 5. Januar und 7. Februar 2022 vorgeschlagen, dass der Patientenbeitrag für die Kosten der Pflegeleistungen weiterhin in derselben Höhe bestehen soll und dass der Bundesrat, so wie heute, bei Bedarf die Möglichkeit hat, die Höhe des Beitrags anzupassen. Die Kantone sollen weiterhin die Möglichkeit haben, den Patientenbeitrag für Pflegeleistungen ganz oder teilweise zu übernehmen, wenn sie dies wünschen.

Ein für alle Finanzierungsträger kostenneutraler Übergang kann erreicht werden mit der Festsetzung eines Patientenbeitrags für Pflegeleistungen, der vom Bundesrat festgelegt wird (Art. 64 Abs. 5^{bis}) und den die Kantone und Gemeinden wie heute auf freiwilliger Basis ganz oder teilweise übernehmen können (Art. 64 Abs. 5^{bis} und 8). Mit einer Vorschrift in den Übergangsbestimmungen (Abs. 6) kann gewährleistet werden, dass der Bundesrat den Beitrag erstmalig in der heutigen Höhe von 23 Franken festlegen muss und erst nach einer Frist von beispielsweise zwei Jahren in eigener Kompetenz anpassen kann. Neben der Kostenneutralität im Übergang wird damit auch gewährleistet, dass die heutige Kompetenz des Bundesrates zur Festlegung der Höhe des Patientenbeitrags unverändert bestehen bleibt.

Da der Beitrag der Versicherten für Pflegeleistungen in einer Verordnung zu regeln wäre, wird vor der Festlegung eine Vernehmlassung durchgeführt, so dass sich namentlich Kantone, Versicherer und Organisationen, welche die Interessen der Patientinnen und Patienten vertreten, dazu äussern können.

Mit einer anderen Formulierung von Artikel 64 Absatz 5^{bis} könnte die Kompetenz des Bundesrates für eine Anpassung der Höhe des Patientenbeitrags auch beschränkt werden auf Fälle, in denen bestimmte Kriterien erfüllt sind. Es sind verschiedene Kriterien denkbar, beispielsweise eine Anpassung nur an die Preisentwicklung (Landesindex der Konsumentenpreise) oder an die Kostenentwicklung, beispielsweise die Entwicklung der Kosten der Pflegeleistungen pro pflegebedürftige Person oder alternativ der Kosten aller KVG-Leistungen versicherte Person.

Eine Anpassung an die genauer zu definierende Kostenentwicklung hätte zur Folge, dass die prozentualen Finanzierungsanteile von Kanton, Prämienzahlenden und Pflegebedürftigen über die Zeit ungefähr gleichbleiben. Die Belastung der Pflegebedürftigen würde sich bei steigenden Pflegekosten pro pflegebedürftige Person (nicht aber bei einer steigenden Anzahl pflegebedürftiger Personen) in absoluten Zahlen erhöhen, ebenso wie die Belastung der Prämien- und Steuerzahlenden.

Eine Anpassung lediglich an die Teuerung, also die Geldentwertung (Inflation), hätte zur Folge, dass die Belastung der Pflegebedürftigen auch bei steigenden Kosten pro versicherte Person in realen Werten gleichbleibt. Unter der realistischen Annahme, dass die Pflegekosten pro versicherte Person stärker steigen als die allgemeine Teuerung, würden also in realen Werten ausschliesslich die Prämien- und Steuerzahlenden stärker belastet, nicht aber die pflegebedürftigen Personen.

Schliesslich könnte die Kompetenz zur Festlegung des Patientenbeitrags für Pflegeleistungen vom Gesetzgeber selbst wahrgenommen werden, indem er die Höhe des Beitrags als Frankenbetrag festlegt (beispielsweise 23 Franken pro Tag). Eine solche Regelung wäre aber sehr starr und träge, da die Höhe des Patientenbeitrags für Pflegeleistungen nur vom Gesetzgeber selbst angepasst werden könnte. Mit fortschreitender Geldentwertung (Inflation) würde der nominal konstante Beitrag der Pflegebedürftigen in realen Werten fortlaufend an Bedeutung verlieren.

Das BAG schlägt weiterhin vor, den Patientenbeitrag für Pflegeleistungen im Übergang bei 23 Franken pro Tag zu fixieren (Übergangsbestimmungen Absatz 6) und die Kompetenz für eventuelle zukünftige Anpassungen dem Bundesrat zu überlassen (Artikel 64 Absatz 5^{bis}). Die Kantone und Gemeinden sollen, wenn sie dies wünschen, den Patientenbeitrag ganz oder teilweise übernehmen können (Artikel 64 Absätze 5^{bis} und 8). Dies entspricht einer sinngemässen Weiterführung des heutigen Zustandes. Eine Festlegung durch den Bundesrat ohne fixe Kriterien bietet Gewähr dafür, dass flexibel auf sich ändernde Umstände reagiert werden kann, unter Berücksichtigung der Interessen der Steuer- und Prämienzahlenden und der pflegebedürftigen versicherten Personen. Bei der Neuordnung der Pflegefinanzierung vor gut einem Jahrzehnt hat der Gesetzgeber ebenfalls auf eine automatische Anpassung der OKP-Beiträge und damit auch des Patientenbeitrags an die Kostenentwicklung oder Teuerung verzichtet. Auch die Höhe des Beitrags der versicherten Personen an die Kosten des Aufenthalts im Spital von aktuell 15 Franken pro Tag wird vom Bundesrat auf Verordnungsebene festgelegt.

Darüber hinaus könnte, falls gewünscht, wie im Bericht des BAG vom 7. Februar 2022 (Ziffer 4) aufgezeigt mit einem neuen Absatz 6 der Übergangsbestimmungen festgelegt werden, dass der Bundesrat den maximalen Patientenbeitrag für Pflegeleistungen erstmals und für eine Dauer von beispielsweise zwei Jahren auf der aktuellen Höhe von 23 Franken festlegt:

«Der Bundesrat legt für die ersten beiden Jahre nach Inkrafttreten der Änderung von Artikel 64 Absatz 5^{bis} einen maximalen Patientenbeitrag für Pflegeleistungen nach Artikel 64 Absatz 5^{bis} in der Höhe von 23 Franken pro Tag fest. »

4 Zusammenhang von Kantonsbeitrag, Prämienhöhe und Prämienverbilligung

Bezogen auf die ganze Schweiz wird der Übergang zu einer einheitlichen Finanzierung sowohl für die Gesamtheit der Kantone als auch für die Gesamtheit der Versicherer kostenneutral sein. Auf Ebene der einzelnen Kantone wird es aber zu Mehr- oder Minderbelastungen entweder aus Sicht der Steuer- oder der Prämienfinanzierung kommen. Aus der Gesamtsicht von Prämien- und Steuerfinanzierung wird die Einführung auch auf Ebene der einzelnen Kantone kostenneutral sein.

Im Übergang zu einer einheitlichen Finanzierung werden bei Anwendung eines schweizweit einheitlichen Mindestprozentsatzes für den Kantonsbeitrag einige Kantone ihren Anteil der Finanzierung erhöhen müssen. Dies betrifft diejenigen Kantone, die sich heute über alle Leistungen hinweg im Vergleich zum Durchschnitt der Kantone zu einem geringeren Anteil an der Finanzierung der Leistungen beteiligen, weil die ambulanten Kosten in diesen Kantonen im Vergleich zu den stationären Kosten ein überdurchschnittlich grosses Volumen ausmachen. In diesen Kantonen werden im Gegenzug die Prämienzahlenden im selben Ausmass entlastet. Die Prämien sinken, beziehungsweise sie wachsen weniger schnell, als dies aufgrund der steigenden Kosten zu erwarten wäre. Dies betrifft Kantone, bei denen der Anteil der Steuerfinanzierung heute vergleichsweise tief ist und die Prämien oft relativ hoch sind.

In anderen Kantonen kann der Anteil der Steuerfinanzierung optional reduziert werden. Dies betrifft diejenigen Kantone, die sich heute über alle Leistungen hinweg im Vergleich zum Durchschnitt der Kantone zu einem grösseren Anteil an der Finanzierung der Leistungen beteiligen, weil die ambulanten Kosten in diesen Kantonen im Vergleich zu den stationären Kosten ein kleineres Volumen als im Durchschnitt ausmachen. Falls sich diese Kantone für eine solche freiwillige Reduktion entscheiden, werden im Gegenzug die Prämienzahlenden im selben Ausmass mehr belastet, die Prämien werden also stärker steigen, als dies lediglich aufgrund der Kostenentwicklung der Fall wäre. Diese Möglichkeit betrifft Kantone, bei denen der Anteil der Steuerfinanzierung heute vergleichsweise hoch ist und die Prämien oft relativ tief sind.

In diesem Zusammenhang stellen sich zwei Fragen:

- Wie wird gewährleistet, dass ein Anstieg des Kantonsbeitrags zu einer entsprechenden Entlastung bei den Prämien führt? Dieser Punkt wird in Ziffer 4.1 besprochen.
- Wie werden die Kantone, die sich entlasten können, ihre frei werdenden Mittel verwenden, und wie wird gewährleistet, dass ein Prämienanstieg, wo erforderlich, mit Prämienverbilligungen abgemildert wird? Dieser Punkt wird in Ziffer 4.2 besprochen.

4.1 Steigender Kantonsbeitrag muss zu Prämientlastungen führen

Insgesamt ist die Reform für Kantone wie für Versicherer kostenneutral. Diejenigen Kantone, die sich heute unterdurchschnittlich an der Finanzierung der Leistungen beteiligen, müssen ihren Finanzierungsanteil während der Übergangszeit aber erhöhen. Wenn sich diese Kantone verstärkt an den Kosten der KVG-Leistungen beteiligen, sinken in diesen Kantonen die Kosten für Leistungen, die den Versicherern verbleiben.

Die bereits bestehenden gesetzlichen Bestimmungen gewährleisten, dass tiefere Kosten der Versicherer in einem Kanton mit einer Prämientlastung im selben Ausmass in diesem Kanton einhergehen. Artikel 16 des Bundesgesetzes betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (Krankenversicherungsaufsichtsgesetz KVAG; SR 832.12) sieht vor, dass die Prämien für die OKP der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde bedürfen (Abs. 1). Die Aufsichtsbe-

hörde prüft, ob die vorgelegten Prämien die Solvenz des Versicherers und die Interessen der Versicherten nach dem KVG gewährleisten (Abs. 2). Die Prämien des Versicherers decken die Kosten (Abs. 3). Die Aufsichtsbehörde verweigert die Genehmigung des Prämientarifs, wenn dieser Prämien vorsieht, die den gesetzlichen Vorgaben nicht entsprechen, insbesondere, falls sie unangemessen hoch über den Kosten liegen oder zu übermässigen Reserven führen (Abs. 4). Bei Nichtgenehmigung der Prämien verfügt die Aufsichtsbehörde die zu ergreifenden Massnahmen (Abs. 5). Vor der Genehmigung der Prämien können die Kantone zu den für ihren Kanton geschätzten Kosten gegenüber den Versicherern und der Aufsichtsbehörde Stellung nehmen. Die Kantone können bei den Versicherern und der Aufsichtsbehörde die dazu benötigten Informationen einholen (Abs. 6).

Die Kostendeckung ist das wichtigste Prinzip der Prämienfestsetzung. Die Prämien müssen die erwarteten Kosten pro Versicherer und Kanton decken. Wenn die neuen verbindlichen Regelungen der einheitlichen Finanzierung zu tieferen Kosten führen, spiegelt sich dies in entsprechend tieferen Prämien wieder. Dies ist mit dem Prinzip der Kostendeckung gewährleistet. Denn technisch sind diese geringeren Kosten auf einfache Art und Weise zu ermitteln, wenn die Parameter (Geltungsbereich der einheitlichen Finanzierung, Prozentsatz für den Kantonsbeitrag) einmal politisch festgelegt sind. Wie in jedem Jahr basieren die zu genehmigenden Prämien auch bei Einführung der einheitlichen Finanzierung auf der geschätzten Kostenentwicklung für das laufende Jahr (sog. Hochrechnungsjahr) und das Folgejahr (sog. Budgetjahr). Die Kostenentwicklung ist schwierig vorherzusehen und unterscheidet sich von Versicherer zu Versicherer und von Kanton zu Kanton. Im Nachhinein können sich diese Prognosen als zu optimistisch oder zu pessimistisch erweisen. Auch die Höhe der Reserven der Versicherer spielt eine Rolle. Die Entwicklung der Reserven ist unter anderem von den Geschehnissen am Kapitalmarkt abhängig. Deshalb kann keine abstrakte Regel definiert werden, wonach ein Anstieg des Kantonsbeitrags beispielsweise um 100 Franken pro versicherte Person in einem Jahr und Kanton zwingend und im selben Jahr zu einer Reduktion der Prämien um 100 Franken führt. Durch die bereits bestehenden Bestimmungen und die Bemühungen des BAG ist jedoch gewährleistet, dass mittelfristig die Versicherten eines Kantons über einen gewissen Zeitraum nicht zu viel oder zu wenig Prämien bezahlen. Eine Kostenreduktion durch einen grösseren Kantonsbeitrag wird sich deshalb auch vollumfänglich in tieferen Prämien im selben Ausmass zeigen. Zu erwähnen ist, dass die Kantone bereits heute die Möglichkeit haben, zu den geschätzten Kosten, die ja direkt für die Prämien relevant sind, Stellung zu nehmen.

Die bereits bestehenden gesetzlichen Bestimmungen schreiben also bereits klar vor, dass mittelfristig eine Mehrbelastung der Kantone zu einer Entlastung der Prämienzahlenden im selben Ausmass führen muss. Es läge nicht an den fehlenden gesetzlichen Grundlagen, sondern wäre ein Versagen in erster Linie der Versicherer bei der Prämiengestaltung und in zweiter Linie der für die Prüfung und Genehmigung der Prämien verantwortlichen Aufsichtsbehörde, wenn die bereits vorhandenen gesetzlichen Bestimmungen nicht durchgesetzt würden. Gegen ein solches Versagen hilft auch keine nochmalige, doppelte Festschreibung im Gesetz.

Das BAG hat den Auftrag, die Durchführung und die Wirkungen des Gesetzes laufend zu untersuchen (Art. 32 Abs. 1 der Verordnung über die Krankenversicherung [KVV; SR 832.102]). Es wird die korrekte Umsetzung der Einführung einer allfälligen einheitlichen Finanzierung durch die Versicherer überprüfen und dabei unter anderem ein besonderes Augenmerk darauf richten, ob das zusätzliche finanzielle Engagement einiger Kantone sich korrekt in den Prämien widerspiegelt.

In Ergänzung dazu könnte, falls gewünscht, die Kommission oder auch ein Mitglied des Parlaments oder eine Fraktion eine Motion einreichen, welche den Bundesrat damit beauftragt, zu überprüfen, ob der verstärkte finanzielle Beitrag gewisser Kantone sich in entsprechend tieferen Prä-

mien niedergeschlagen hat. Eine solche Überprüfung wird allerdings erst einige Jahre nach Abschluss des Übergangs zu einer einheitlichen Finanzierung möglich sein. Damit würde im Nachhinein überprüft, ob die Versicherer und die Aufsichtsbehörde ihren gesetzlich festgeschriebenen Pflichten ordnungsgemäss nachgekommen sind.

4.2 Verwendung der Steuermittel bei Reduktion des Kantonsbeitrags

Dort, wo sich die Kantone heute in überdurchschnittlichem Mass an den Kosten der Leistungen beteiligen und wo in den meisten Fällen auch die Prämien vergleichsweise tief sind, kann ein Kanton, wenn er dies möchte, seinen Finanzierungsanteil reduzieren. Entscheidet sich ein Kanton für einen solchen Schritt, werden Steuermittel frei und die Prämien steigen im Gegenzug im selben Ausmass. Die heutige Situation bei der Finanzierung der stationären Leistungen, wo nur ein Kanton über das vom Gesetz geforderte Mindestmass hinausgeht, lässt erwarten, dass dieser Fall in einigen Kantonen eintreten dürfte.

Die Kantone sind grundsätzlich frei, wie sie freiwerdende Steuermittel verwenden, sei es für andere Kantonsaufgaben, auch im Bereich der Gesundheit, für Schuldenabbau oder Steuerreduktionen. Steigende Prämien bedeuten jedoch eine erhöhte Belastung für Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen. Die Kantone sind mit Artikel 65 KVG verpflichtet, den Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen Prämienverbilligungen zu gewähren. Für untere und mittlere Einkommen müssen sie die Prämien der Kinder um mindestens 80 Prozent und die Prämien der jungen Erwachsenen in Ausbildung um mindestens 50 Prozent verbilligen (Art. 65 Abs. 1^{bis} KVG). Es wäre also wünschenswert, dass ein Anstieg der Prämien bei ansonsten unveränderten Verhältnissen auch einen Anstieg der Mittel nach sich zieht, die ein Kanton für Prämienverbilligungen aufwendet.

Allerdings haben die Kantone heute einen grossen Spielraum, wie sie «bescheidene wirtschaftliche Verhältnisse» definieren. Der Begriff der «mittleren Einkommen» wurde vom Bundesgericht in seinem Urteil vom 22. Januar 2019 gegen den Kanton Luzern konkretisiert (BGE 145 I 26).

In der aktuellen Regelung ist nicht sichergestellt, dass ein Anstieg der Prämienbelastung auch einen Anstieg der kantonalen Mittel für die Prämienverbilligung auslöst. Der Bundesbeitrag an die Prämienverbilligung nach Artikel 66 KVG ist hingegen bei 7,5 Prozent der gesamtschweizerischen Bruttokosten der OKP fixiert. Ein Prämienanstieg führt also automatisch zu einem Anstieg des Bundesbeitrags an die Prämienverbilligung. Allerdings wird der Bundesbeitrag proportional zur Anzahl der Versicherten auf die einzelnen Kantone verteilt, um Fehlanreize zu vermeiden.

Der Bundesrat hat am 17. September 2021 im Rahmen der Botschaft zur Prämien-Entlastungs-Initiative einen indirekten Gegenvorschlag verabschiedet, der vorsieht, dass der Beitrag jedes Kantons an die Prämienverbilligungen mindestens einem Prozentsatz der kantonalen Bruttokosten der OKP entsprechen soll. Je nach Anteil, den die Prämien am Einkommen der 40 Prozent einkommensschwächsten Versicherten mit Wohnort im Kanton durchschnittlich ausmachen, muss die Prämienverbilligung durch den Kanton mindestens zwischen 5 Prozent der Bruttokosten der OKP (bei einer relativ tiefen Prämienbelastung) und 7,5 Prozent der Bruttokosten der OKP (bei einer relativ hohen Prämienbelastung) ausmachen.

Mit einer solchen Regelung bestünde Gewähr, dass ein Prämienanstieg, welcher in einigen Kantonen bei der Einführung einer einheitlichen Finanzierung möglich wäre, abgefedert würde durch einen Anstieg der Prämienverbilligung. Zwischen 5 und 7,5 Prozent der zusätzlichen Belastung der Prämienzahlenden müsste vom Kanton durch eine Aufstockung der Prämienverbilligung wieder ausgeglichen werden. Umgekehrt würde sich bei denjenigen Kantonen, die den Anteil der

Steuerfinanzierung erhöhen müssen und in denen die Prämien sinken (siehe Ziffer 4.1), auch die Verpflichtung zur Prämienverbilligung etwas reduzieren.

Der vom Bundesrat verabschiedete indirekte Gegenvorschlag führt zu einer Angleichung der Regelung für die Prämienverbilligung durch die Kantone an die bereits geltenden Regeln für den Bundesbeitrag an die Prämienverbilligung. Dieser Vorschlag würde im Kontext der Einführung einer einheitlichen Finanzierung auch zu einer gewissen Glättung der im Übergang zu erwartenden Effekte auf die Belastung der Prämien- und Steuerzahlenden in den einzelnen Kantonen führen.

5 Zugang der Kantone zu Rechnungsdaten

Im ergänzenden Bericht des BAG vom 5. Januar 2022 (aktualisierte Version des Berichts vom 29. Oktober 2021) wurde das Thema Datenzugang der Kantone zur Rechnungskontrolle und für andere Zwecke in Ziffer 6.3 behandelt. Die Vorstellungen zu einer geeigneten Lösung in diesem Bereich unterscheiden sich deutlich zwischen Kantonen und Versicherern. Während die Kantone Zugriff auf alle Rechnungsdaten und ein Widerspruchsrecht für alle Rechnungen möchten, möchten die Versicherer, dass nur sie über Rechnungsdaten verfügen und für die Prüfung der Rechnungen zuständig sind.

Das BAG hat als denkbaren Kompromiss vorgeschlagen, dass die Versicherer den Kantonen Zugang zu einer Teilmenge der Rechnungen ermöglichen sollen, verbunden mit einer Möglichkeit für die Kantone, die Übernahme des Kantonsbeitrags für diese Rechnungen nach einer Prüfung zu verweigern. Dieses Recht der Kantone sollte für Rechnungen gelten, die aufgrund der Höhe des Rechnungsbetrags oder der Art der Leistung für die Kantone von besonderer Bedeutung sind und vom Bundesrat näher bezeichnet werden. Ergänzend dazu sollen die Kantone für alle Leistungen Zugang zu anonymisierten Daten der Versicherer (keine Rechnungsdaten) für ihre Zwecke erhalten. Im ergänzenden Bericht des BAG vom 5. Januar 2022 wurde eine entsprechende Formulierung von Artikel 21 sowie Artikel 60 Absatz 7 vorgeschlagen.

Neben diesem Kompromissvorschlag des BAG soll auf Wunsch der vorberatenden Kommission unter anderem ausgeführt werden, wie eine Lösung im Sinn einer vollständigen Berücksichtigung der Forderungen der Versicherer beziehungsweise der Kantone in diesem Bereich ausgestaltet werden müsste.

5.1 Lösungsmöglichkeit im Sinn der Versicherer

Die Versicherer fordern, dass die Kantone über gar keine Rechnungsdaten verfügen sollen. Diese Forderung könnte umgesetzt werden, indem auf einen Artikel 60 Absatz 7 gänzlich verzichtet wird. Die Kantone hätten somit keinen Zugang zu Rechnungsdaten. Darüber hinaus wünschen die Versicherer, dass auf eine Ergänzung von Artikel 21 verzichtet wird, auch wenn davon nur anonymisierte Daten und keine Rechnungsdaten von bestimmten, identifizierbaren Versicherten betroffen wären. Laut den Versicherern könnten die Kantone statistische Daten auch über die Leistungserbringer beschaffen. Das Leistungscontrolling der Kantone soll nicht via Einzelrechnungen erfolgen, sondern über Verträge mit Leistungserbringern, über ein direktes Reporting der Leistungserbringer an die Kantone sowie mit Hilfe von statistischen Daten, welche die Kantone beim Bundesamt für Statistik (BFS, Leistungserbringerdaten gemäss Art. 59a KVG) anfordern können.

Die Anliegen der Versicherer könnten somit mit folgenden Anpassungen gegenüber dem Vorschlag des BAG umgesetzt werden:

Artikel 21 *streichen*

Artikel 60 Absatz 7 *streichen*

5.2 Lösungsmöglichkeit im Sinn der Kantone

5.2.1 Umsetzung auf Gesetzesebene

Die Kantone fordern Zugang zu den Daten sämtlicher Rechnungen (unabhängig vom Rechnungsbetrag und der Art der Leistung), die sie über den Kantonsbeitrag für die OKP mitfinanzieren, verbunden mit einem Recht, den Kantonsbeitrag für diese Leistungen gegebenenfalls zu verweigern. Diese Forderung könnte erfüllt werden, indem Artikel 60 Absatz 7 E-KVG wie folgt formuliert würde:

⁷ Der Versicherer ermöglicht dem Kanton kostenlos den Zugang zu sämtlichen Rechnungsdaten. Übernimmt der Versicherer die Kosten für die in diesen Rechnungen abgerechneten Leistungen, teilt er es auch dem Kanton mit. Wird die Versicherungsleistung im formlosen Verfahren gewährt, kann der Kanton den Erlass einer Verfügung verlangen. Der Bundesrat erlässt nähere Vorschriften zur Bearbeitung und Weitergabe der Daten unter Wahrung des Verhältnismässigkeitsprinzips.

Damit erhalten die Kantone kostenlos Zugang zu sämtlichen Rechnungsdaten. Die genauen Modalitäten des Datenzugangs können auf Verordnungsebene präzisiert werden. Namentlich könnte festgelegt werden, innert welcher Frist nach Erhalt der Rechnung die Versicherer den Kantonen Datenzugang ermöglichen müssen. Es kann beispielsweise vorgesehen werden, dass die Daten, soweit technisch möglich, unmittelbar nach Erhalt auch den Kantonen zur Verfügung stehen müssen. Auch die Details der technischen Umsetzung, etwa mittels einer gemeinsamen Datenplattform mit allen Rechnungen, werden mit Vorteil in der Verordnung geregelt.

Da die Kantone mit dem in dieser Formulierung von Artikel 60 Absatz 7 E-KVG vorgesehenen Zugang zu allen Rechnungsdaten direkten Einblick in das gesamte Leistungsgeschehen erhalten würden, könnte im Gegenzug auf die vom BAG vorgeschlagene Änderung von Artikel 21 E-KVG verzichtet werden. Die Kantone wären mit dieser Lösung nicht mehr auf Daten der Versicherer für die Erfüllung ihrer Zwecke angewiesen, da sie bereits selbst über diese Daten verfügen würden.

5.2.2 Widerspruchsrecht gegen Übernahme des Kantonsbeitrags

Ist ein Kanton mit einer spezifischen Rechnung, die der Versicherer zu übernehmen gedenkt, nicht einverstanden, kann er die entsprechende Verfügung des Versicherers anfechten und die Übernahme des Kantonsbeitrags verweigern. Diese Lösung wurde analog auch für den Kompromissvorschlag des BAG in Absprache mit dem Bundesamt für Justiz gewählt (siehe auch Bericht des BAG vom 5. Januar 2022, Ziffer 6.3).

Die Frage, ob für eine bestimmte Rechnung ein Kantonsbeitrag geschuldet ist oder nicht, hängt damit zusammen, ob es sich bei den damit abgerechneten Leistungen um Leistungen nach KVG handelt, bei welchen also die Anforderungen des Gesetzes für die Kostenübernahme durch die OKP (beispielsweise Leistungsauftrag, Wirtschaftlichkeit, korrekter Tarif etc.) erfüllt sind. Von der Antwort auf diese Frage ist auch die versicherte Person betroffen. Je nachdem übernimmt der Versicherer (und über den Kantonsbeitrag auch der Kanton) die Kosten, oder aber die versicherte Person (oder allenfalls weitere Kostenträger wie andere Sozialversicherungen) müssen die Rechnung übernehmen. Auch wenn die Rechnung vom Leistungserbringer reduziert oder storniert wird, ist die versicherte Person (beispielsweise über die Kostenbeteiligung) ebenfalls betroffen.

Um zu vermeiden, dass über denselben Rechtsgegenstand durch den Kanton einerseits und die versicherte Person andererseits zwei verschiedene Verfahren geführt werden, welche womöglich zu unterschiedlichen Ergebnissen gelangen, ist es zweckmässig, dass zuerst der Versicherer über

die Kostenübernahme entscheidet. Danach können sowohl (wie bisher) die versicherte Person und, falls vom Gesetzgeber gewünscht, auch der Kanton diese Entscheidung anfechten.

5.2.3 Daten und Informationen aus nachgelagerten Kontrollen

Der Anspruch der Kantone auf vollständige Datentransparenz erstreckt sich auch auf Daten und Informationen, die aus nachgelagerten Kontrollen (beispielsweise nach Art. 56 KVG) resultieren und zu Zahlungsrückflüssen führen. Die Kantone fordern, dass ihnen auch diese Daten und Informationen vollständig und transparent weitergegeben werden müssen.

In finanzieller Hinsicht ist unbestritten, dass für den endgültig geschuldeten Kantonsbeitrag die definitiven Kosten unter Berücksichtigung des Ergebnisses von nachträglichen Kontrollen massgebend sind. Dies ergibt sich aus Artikel 60 Absatz 2 Buchstabe a E-KVG, dort wird von Kosten für Leistungen nach den Artikeln 25-31 KVG gesprochen. Diese Leistungen sind im Sinne der umfassenden Anforderungen des Gesetzes zu verstehen, sie müssen also generell die Anforderungen des Gesetzes (etwa an die Wirtschaftlichkeit) erfüllen. Wenn beispielsweise Wirtschaftlichkeitskontrollen nach Artikel 56 KVG zu Zahlungsrückflüssen führen, reduzieren sich auch die massgebenden Kosten für die Leistungen nach den Artikeln 25-31 KVG und damit der geschuldete Kantonsbeitrag. Das Ergebnis solcher Rückforderungen muss von den Versicherern vom geforderten Kantonsbeitrag abgezogen oder zurückbezahlt werden. Eine weitere Präzisierung dieses Sachverhalts im Gesetz ist nicht erforderlich.

Falls die Kantone, wie oben skizziert, Zugang zu sämtlichen Rechnungsdaten erhalten würden, würden darunter auch Rechnungen fallen, die aus irgendwelchen Gründen (etwa im Rahmen eines Wirtschaftlichkeitsverfahrens) im Nachhinein angepasst werden. Auch bei angepassten Rechnungen handelt es sich um Rechnungen von Leistungserbringern, die von der OKP und damit letztlich auch von den Kantonen übernommen werden sollen. Falls die Kantone Zugang zu allen Rechnungen erhalten sollen, wären auch nachträglich angepasste Rechnungen von der oben skizzierten Formulierung von Artikel 60 Absatz 7 E-KVG erfasst. Bei pauschalen Rückzahlungen aufgrund von Wirtschaftlichkeitsverfahren, die nicht zu einer nachträglichen Anpassung von einzelnen Rechnungen führen, wäre sicherzustellen, dass die Informationen dazu ebenfalls an die Kantone gelangen.

5.2.4 Elektronische Rechnungsübermittlung

Falls die Kantone mit Artikel 60 Absatz 7 E-KVG Zugang zu allen oder einem Teil der Rechnungsdaten erhalten sollen, wäre eine rein elektronische Rechnungsübermittlung hilfreich, um den zusätzlichen administrativen Aufwand für den Zugang der Kantone zu diesen Daten in Grenzen zu halten. Mit der bisher noch teilweise praktizierten papierenen Rechnungsstellung wäre ein Datenzugang für die Kantone grundsätzlich ebenfalls möglich, aber deutlich aufwändiger umzusetzen.

Mit dem zweiten Paket von Massnahmen zur Kostendämpfung hat der Bundesrat am 19. August 2020 zur Vernehmlassung gestellt, dass die Rechnungsübermittlung künftig elektronisch erfolgen soll. Die Leistungserbringer und die Versicherer sollen verpflichtet werden, ihre Rechnungen elektronisch und nach einheitlichen Standards zu übermitteln. Dadurch können die Rechnungen besser überprüft werden und die Kostenübernahme für Leistungen ohne medizinischen Bedarf kann vermieden werden. Die genaue Ausgestaltung der elektronischen Übermittlung soll an die Tarifpartner übertragen werden. Die versicherte Person soll die Möglichkeit erhalten, die Rechnungen kostenlos in Papierform zu erhalten.

Dafür wurde eine Ergänzung des KVG mit einem neuen Artikel 42 Absatz 3^{ter} vorgeschlagen:

3^{ter} Der Leistungserbringer hat die Rechnungen dem Schuldner in elektronischer Form zu übermitteln. Auf Verlangen der versicherten Person übermittelt er sie ihr kostenlos in Papierform. Die Leistungserbringer und die Versicherer oder deren Verbände vereinbaren einen gesamtschweizerisch einheitlichen Standard für die elektronische Übermittlung der Rechnungen. Wenn sich die Parteien nicht einigen können, legt der Bundesrat den Standard fest.

Die versicherte Person kann auf Wunsch eine Papierrechnung verlangen und diese im System des *tiers garant* an den Versicherer weiterleiten. In diesem Fall verlangt der Versicherer die Rechnung beim Leistungserbringer elektronisch, nachdem er die papierene Rechnung erhalten hat. Das genaue Verfahren ist auf Verordnungsstufe zu regeln.

In der Vernehmlassung wurde die vorgeschlagene Massnahme mehrheitlich begrüsst. Die Kantone, die Parteien, die Dachverbände der Wirtschaft, die Konsumenten- und Patientenverbände sowie die Versicherer sind mit dem Vorschlag grundsätzlich einverstanden. Die Leistungserbringer äusserten unterschiedliche Ansichten. Einige Leistungserbringer äusserten sich zustimmend, andere wünschen den Verzicht auf ein Obligatorium und lediglich die Verpflichtung auf einen einheitlichen Standard, wieder andere möchten auf die Massnahme ganz verzichten.

Das BAG ist momentan dabei, die Massnahmen des zweiten Pakets zur Kostendämpfung nach der Vernehmlassung zu überarbeiten. Die Verabschiedung der Botschaft durch den Bundesrat ist für den Sommer 2022 vorgesehen.

Falls die Kantone mit einer einheitlichen Finanzierung Zugang zu sämtlichen oder einem Teil der Rechnungen erhalten sollen, wäre eine ausschliesslich elektronische Rechnungsübermittlung hilfreich. Auch mit der bisherigen Rechnungsstellung wäre eine solche Lösung aber möglich, wenn auch deutlich aufwändiger.

Da der Zusammenhang einer elektronischen Rechnungsübermittlung mit einer einheitlichen Finanzierung nicht zwingend ist, können die beiden Anliegen vorzugsweise separat behandelt werden. Ein Einbezug der elektronischen Rechnungsübermittlung in die Vorlage zu einer einheitlichen Finanzierung wäre technisch zwar möglich, würde die ohnehin komplexe Vorlage aber nochmals erweitern. Mit einer separaten Behandlung wird auch vermieden, der Botschaft des Bundesrates zum zweiten Paket an Kostendämpfungsmassnahmen vorzugreifen.

5.3 Stellungnahme der GDK

Die vom BAG aufgezeigte Möglichkeit für eine Lösung im Sinn der Kantone wird von der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) im Allgemeinen positiv beurteilt. Die GDK ist ebenfalls der Ansicht, dass auf Artikel 21 E-KVG verzichtet werden kann, wenn die Kantone über Artikel 60 Absatz 7 E-KVG sofortigen und direkten Einblick in das gesamte Leistungsgeschehen erhalten.

Die GDK ist auch mit dem Vorschlag, wonach zuerst der Versicherer über die Kostenübernahme entscheidet, einverstanden, sofern dieser mit den formalrechtlichen Anforderungen an die Abwicklung von Verfahren mit identischem Rechtsgegenstand begründet wird. Der Entscheid des Versicherers über die Kostenübernahme dürfe keinerlei präjudizierende Wirkung auf den Kanton haben. Als Mitfinanzierer der Leistung müsse der Kanton den Entscheid des Versicherers in jedem Fall anfechten können.

Die Forderungen der Kantone betreffend Zugang zu den Ergebnissen von nachgelagerten Kontrollen und Verfahren sind laut der GDK erfüllt, wenn der unmittelbare und kostenlose Zugriff auf die

detaillierten Daten nicht nur die erstmalig ausgestellten (ursprünglichen) Rechnungen der Leistungserbringer umfasst, sondern auch sämtliche Informationen über nachträgliche Anpassungen und Stornierungen, welche auf Intervention des Versicherers erfolgen. Der Begriff «Rechnungen» in Artikel 60 Absatz 7 E-KVG müsse die Informationen über die Stornierung von Rechnungen ebenfalls miteinschliessen.

Die GDK unterstützte bereits in der Vernehmlassung 2020 zum zweiten Paket der Kostendämpfungsmassnahmen den Vorschlag des Bundes, Rechnungen künftig elektronisch zu übermitteln. Im Kontext der Digitalisierung und insbesondere im Hinblick auf einen elektronischen Austausch von Rechnungsdaten im Fall einer einheitlichen Finanzierung stellt sich laut der GDK die Frage, ob das System des *tiers garant* noch zeitgemäss und mit sinnvollem Aufwand umsetzbar ist. In diesem System haben versicherte Personen, welche ihre Franchise noch nicht ausgeschöpft haben, keinen unmittelbaren Anreiz, ihre Rechnungen dem Versicherer einzusenden. Gerade dies wäre aber nach Ansicht der GDK notwendig, damit die vollständige Datentransparenz mit der Grundanforderung des sofortigen und kostenlosen Zugangs für Versicherer und Kantone gewährleistet werden kann. Eine Umstellung auf das System des *tiers payant* im gesamten Geltungsbereich der einheitlichen Finanzierung einschliesslich der Pflege und eine entsprechende Revision von Artikel 42 KVG wäre aus Sicht der GDK zu prüfen.

Allerdings bleibt aus Sicht der GDK bei der vom BAG aufgezeigten Lösung im Sinn der Kantone ein wichtiger Punkt offen. Der Formulierungsvorschlag zu Artikel 60 Absatz 7 E-KVG wird laut der GDK den Forderungen der Kantone insofern nicht gerecht, als nach wie vor die Versicherer als Adressaten der Rechnung vorgesehen sind. Die Versicherer müssten den Kantonen zwar unmittelbar nach Erhalt der Rechnung Zugang dazu ermöglichen. Die Kantone betonen aber, dass sie denselben Anspruch wie die Versicherer darauf hätten, sämtliche Einzelrechnungen in Echtzeit einzusehen, zu prüfen und zu beanstanden. Insofern ist die GDK der Ansicht, dass es ist nicht am Versicherer sei, den Kantonen den Zugang zu den Rechnungsdaten zu «ermöglichen». Jede Lösung, bei welcher die Rechnungsdaten zuerst an den Versicherer und erst in einem nächsten Schritt an den Kanton gelangen, ist aus Sicht der GDK ungenügend, selbst wenn der Versicherer die Daten unmittelbar nach Erhalt der Rechnung an den Kanton weitergeben würde. Die Rechnungsdaten müssten stattdessen beiden Finanzierern ab Fakturierung der Leistung sofort zur Verfügung stehen, und zwar für sämtliche Leistungen im Geltungsbereich der einheitlichen Finanzierung. Diese Modalitäten seien zwingend in Artikel 60 KVG festzuhalten. Denkbar wäre aus Sicht der GDK, dass die Kantone, gleich wie die Versicherer, die Daten von einer intermediären Datenannahmestelle mittels Zugriffsberechtigung abholen.

5.4 Stellungnahme der Versicherer

Laut den beiden Versichererverbänden ist der Wechsel auf ein System mit einheitlicher Leistungsfinanzierung nur dann sinnvoll, wenn die Rechnungskontrolle vollumfänglich von den Versicherern wahrgenommen wird. Aus Sicht der Versicherer wäre eine Übernahme der Maximalforderungen der Kantone aus verschiedenen Gründen höchst problematisch und würde die Diskussion über die einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen ad absurdum führen. Die Maximalforderungen könnten zudem nicht sinnvoll umgesetzt werden.

Eine doppelte Rechnungskontrolle ist aus Sicht der beiden Versichererverbände ineffizient und unnötig und darüber hinaus auch nicht mit dem Hauptanliegen der pa. Iv. Humbel 09.528 vereinbar, welche den Monismus einführen möchte und nicht eine schwerfällige dual-fixe Finanzierung über alle Leistungen. Seit dem Inkrafttreten der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung 2012 beteiligen sich die Kantone im stationären Bereich zu mindestens 55 Prozent an der Finan-

zierung der Leistungen. Sie sind aktuell Rechnungsempfänger und führen folglich – in unterschiedlicher Ausprägung – eine Rechnungsprüfung durch. Falls eine einheitliche Finanzierung umgesetzt wird, würden die Kantone zu anteilmässigen Beitragszahlern, das heisst, sie würden den Krankenversicherern einen Beitrag an die gesamten OKP-Kosten zahlen. Sie wären aber künftig nicht mehr Empfänger jeder einzelnen Rechnung, die Rechnungsprüfung durch den Kanton sollte deshalb aus Sicht der Versicherer entfallen.

Eine doppelte Rechnungskontrolle würde den Prozess laut den beiden Versichererverbänden verkomplizieren und verlangsamen und würde im Vergleich zur heutigen Lösung bürokratischen Mehraufwand verursachen. Konkret würde potenziell jede Rechnung einen zweiten Prüfprozess durchlaufen, welcher den ersten Befund wieder umstossen könnte, dies einschliesslich eines Schiedsverfahrens. Damit würden aus der Sicht der beiden Versichererverbände jegliche Effizienzvorteile und das Einsparpotenzial einer einheitlichen Finanzierung zunichtegemacht.

Die Verwaltungskosten der Versicherer machten 2020 national rund 4,9 Prozent des Prämienvolumens aus. Das entspricht rund 1.5 Milliarden Schweizer Franken. Durchschnittlich fällt laut Angabe der Versicherer rund die Hälfte der Verwaltungskosten für die Rechnungsprüfung als Kernaufgabe und -kompetenz der Krankenversicherer an. Es könnten laut den beiden Versichererverbänden potenziell jährlich mehrere hundert Millionen Franken an Steuergeldern aufgewendet werden, um kantonsseitig die zusätzlichen Kompetenzen sowie die Infrastruktur für die Rechnungskontrolle aufzubauen. Es sei im ureigenen Interesse der Versicherer, dass die Rechnungen korrekt sind. Die beiden Versichererverbände weisen auf die jährlich vermiedenen Kosten von durchschnittlich drei Milliarden Schweizer Franken hin, was aufzeige, wie effizient die Versicherer die Rechnungen prüften. Eine neue Instanz in diesem Bereich wäre aus Sicht der beiden Versichererverbände teuer, umständlich und sie böte keinen Mehrwert.

Eine doppelte Rechnungsprüfung durch Krankenversicherer und Kantone hätte aber laut den beiden Versichererverbänden nicht nur eine Verdoppelung des Aufwands inklusive aller notwendigen Ressourcen (Personal und Infrastruktur) zur Folge. Hinzu kämen Kosten seitens der Leistungserbringer für die zusätzliche Bearbeitung im Zusammenhang mit der Kontrolltätigkeit der Kantone sowie Verfahrenskosten aller Beteiligten bei Prüfungsdifferenzen zwischen Kantonen und Krankenversicherern. Eine elektronische Rechnungsübermittlung, wie sie im zweiten Massnahmenpaket zur Kostendämpfung vorgesehen ist, ändere nichts daran, der Aufwand würde sich weiterhin unnötig verdoppeln.

Die beiden Versichererverbände weisen zudem darauf hin, dass die Kantone bislang nicht begründet haben, weshalb sie den Zugang zu sämtlichen Einzelrechnungen für die Bewältigung ihrer Aufgaben benötigen. Mit der geforderten vollständigen Datenübermittlung an die Kantone ohne eindeutigen, klaren und begründet notwendigen Verwendungszweck würde eine gesetzlich unzulässige Datensammlung auf Vorrat geschaffen. Dies lehnen die beiden Versichererverbände ab.

Mit einer Übernahme der Maximalforderungen der Kantone würden die Effizienzvorteile einer einheitlichen Finanzierung und damit das Reformvorhaben als Ganzes aus Sicht der beiden Versichererverbände hinfällig. Das Hauptziel einer einheitlichen Finanzierung, bestehende Fehlanreize auszumerzen und mehr Effizienz und Qualität ins System zu bringen, würde so weit verfehlt. Vielmehr würden zusätzliche Regulierungen geschaffen, welche das Gesundheitssystem schwerfälliger und teurer machen. Die Versicherer lehnen deshalb einen Zugang der Kantone zu Rechnungsdaten ab.

5.5 Fazit aus Sicht des BAG

Die Kantone wünschen Zugang zu Daten, die sie für die ihnen vom Gesetz übertragenen Aufgaben wie Planung, Budgetierung und Steuerung benötigen. Es ist auch verständlich, dass die Kantone eine gewisse Sicherheit wünschen, dass die von ihnen zu übernehmenden Kantonsbeiträge nur für Leistungen verwendet werden, die die gesetzlichen Anforderungen erfüllen. Dafür kann einerseits bei Bedarf die Aufsicht des BAG über den Prozess der Rechnungskontrolle gestärkt werden, und andererseits sollte dafür gesorgt werden, dass die Kantone notwendigen Daten verfügen, um ihre gesetzlichen Aufgaben erfüllen zu können. Den Kantonen stehen dafür bereits mit den bestehenden gesetzlichen Bestimmungen verschiedene Möglichkeiten offen, diese können bei Bedarf ergänzt werden.

Das BAG ist weiterhin der Ansicht, dass eine Ergänzung von Artikel 21 KVG dazu beitragen könnte, dass die Kantone, falls im konkreten Fall notwendig, unabhängig von der Frage der Rechnungskontrolle über die für die Erfüllung ihrer Aufgaben erforderlichen spezifischen aggregierten Daten der Versicherten (keine Einzelrechnungsdaten) verfügen. Darüber hinaus könnte mit einem Artikel 60 Absatz 7 KVG für die Frage der Rechnungskontrolle ein Widerspruchsrecht der Kantone bei gewissen Einzelrechnungen geschaffen werden, etwa in für sie besonders wichtigen Teilbereichen (z. B. stationäre Behandlung) oder für Rechnungen mit sehr hohem Rechnungsbetrag. Bei einer flächendeckenden doppelten Rechnungskontrolle durch Versicherten und Kantone würde sich hingegen aus Sicht des BAG verstärkt die Frage nach dem Verhältnis von Nutzen und Aufwand stellen. Insofern scheint dem BAG weder eine vollständige Übernahme der Forderungen der Kantone noch derjenigen der Versicherten zielführend.

Falls die Rechnungen zudem, wie von den Kantonen gefordert, nicht zuerst an die Versicherten und unmittelbar nach Erhalt an die Kantone gelangen sollen, sondern zuerst an eine von allen Versicherten und Kantonen betriebene gemeinsame Datenplattform und von dort sowohl an die Versicherten als auch an die Kantone, würden sich verschiedene weitere Umsetzungsfragen stellen. Zum einen wäre im Gesetz zu regeln, dass eine solche Datenplattform bestehen muss, was ihre Aufgaben sind sowie wer sie finanziert und steuert. Zum anderen müsste geregelt werden, dass die versicherten Personen (im System des *tiers garant*) beziehungsweise die Leistungserbringer (im System des *tiers payant*) die Rechnungen nicht an den jeweiligen Versicherten, sondern an die gemeinsame Datenplattform aller Versicherten und Kantone einsenden müssen. In diesem Zusammenhang wäre wahrscheinlich eine Anpassung von Artikel 42 KVG sowie eventuell weiterer Artikel des KVG notwendig. Falls eine Lösung in diesem Sinne gewünscht ist, wären umfangreiche weitere Abklärungen notwendig.

Für das BAG ist nicht ersichtlich, welchen praktischen Mehrwert die Kantone in der von ihnen gewünschten Lösung sehen. Die Kantone hätten auch dann Zugang zu sämtlichen Rechnungsdaten, wenn die Versicherten diese sofort nach Erhalt auch den Kantonen zur Verfügung stellen müssten (siehe Ziffer 5.2.1). Die vom BAG aufgezeigte Lösung im Sinn der Kantone unterscheidet sich von den darüber hinaus gehenden Forderungen der Kantone nur formell, nicht aber inhaltlich. Die administrative und rechtliche Abwicklung wäre bei der vom BAG aufgezeigten Lösung im Sinn der Kantone aber deutlich einfacher.

6 Stationäre Versorgung während der Covid-19-Pandemie

Die SGK-S wünscht, dass im Rahmen der Beratungen um eine einheitliche Finanzierung aufgezeigt wird, welche Schlussfolgerungen sich aus den Erfahrungen der Covid-Pandemie für die stationäre Versorgung und für die Vorhalteleistungen der Spitäler (inkl. Reservekapazitäten) ergeben und welche gesetzgeberischen Anpassungen gegebenenfalls angezeigt sind.

Der Bundesrat hat in der Vergangenheit wiederholt betont, dass sich das Massnahmendispositiv zur Bekämpfung der Covid-19-Pandemie an der Belastungsgrenze des Gesundheitssystems orientieren soll. Dabei zeigte sich, dass Engpässe im Gesundheitssystem zuerst beim Gesundheitsfachpersonal auftreten. Bereits in Normalzeiten herrscht im Pflegebereich ein Fachkräftemangel.

Vor diesem Hintergrund beschloss das Parlament, dass Massnahmen ergriffen werden sollen, um Kapazitätsreserven aufzubauen, damit Auslastungsspitzen besser abgedeckt werden können. Das Parlament hat dafür in der Wintersession 2021 den Artikel 3 Absatz 4^{bis} im Bundesgesetz über die gesetzlichen Grundlagen für Verordnungen des Bundesrates zur Bewältigung der Covid-19-Epidemie (Covid-19-Gesetz; SR 818.102) erlassen. Dieser sieht vor, dass die Kantone zur Stärkung der durch die Covid-19-Krise beanspruchten Gesundheitsversorgung die zur Abdeckung von Auslastungsspitzen nötigen Vorhalteleistungen finanzieren. Zudem müssen die Kantone die nötigen Kapazitäten in Absprache mit dem Bund definieren.

Mit der neuen Bestimmung bleibt die Zuständigkeitsordnung im Bereich der Gesundheitsversorgung bestehen, d. h. die Kantone müssen die Vorhalteleistungen finanzieren, die für die Pandemiebewältigung notwendig sind. Dem Bund kommt neu eine Koordinationsrolle zu, indem er die Kantone bei der Definition der Kapazitäten unterstützt. Die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung ist grundsätzlich eine kantonale Zuständigkeit. .

Die bestehenden gesetzlichen Grundlagen ermöglichen es dem Bund nicht, kurzfristig zusätzliche Intensivkapazitäten zu finanzieren:

- Gestützt auf Artikel 50 des Bundesgesetzes über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemiengesetz, EpG; SR 818.101) könnte der Bund zwar die Eigenmittel der Spitäler mit Finanzhilfen unterstützen. Eine Finanzierung von Vorhalteleistungen durch den Bund würde jedoch dem Willen des Gesetzgebers zuwiderlaufen, wonach die Kantone diese finanzieren müssen: Das Parlament hat bei der Beratung des Covid-19-Gesetzes im Dezember 2021 auch eine gesetzliche Grundlage für die Gewährung von Bundesbeiträgen an die Kantone für ihre Aufwendungen erwogen, eine solche dann aber verworfen.
- Finanzhilfen des Bundes sind zudem ausgeschlossen, wenn die Kantone verpflichtet sind, die betreffende Aufgabe alleine zu erfüllen (Art. 6 Bst. b Bundesgesetz über Finanzhilfen und Abgeltungen, SuG; SR 616.1).

Der einzige Spielraum, über den der Bund verfügt, ist die Möglichkeit, dass er über Artikel 50 EpG die sogenannten Eigenmittel der Spitäler unterstützt. Dieser Spielraum ist jedoch eingeschränkt: Einerseits kann der Bund nicht die gesamten Eigenmittel der Spitäler mit Finanzhilfen finanzieren, da die Gewährung einer Finanzhilfe davon abhängig ist, dass der Empfänger seinerseits eine seiner wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit entsprechende Eigenleistung erbringt; andererseits würde eine Übernahme eines erheblichen Teils der Kosten für die Kapazitätsreserven durch den Bund mit der den Kantonen in Artikel 3 Absatz 4^{bis} des Covid-19-Gesetzes zugewiesenen Zuständigkeit kollidieren. Das BAG kann deshalb gestützt auf Artikel 50 EpG nur in einem sehr engen Bereich auch an Spitäler Finanzhilfen ausrichten.

Soll über die beschriebenen Grundsätze und Rahmenbedingungen der Finanzhilfen hinaus die Bereitstellung von Vorhalteleistungen des Bundes initiiert oder entsprechende Aktivitäten der Kantone finanziert werden, ist eine spezifische formell-gesetzliche Grundlage notwendig. Dies bedingt eine Änderung des EpG oder des (für diese Grundlage wohl erneut zu verlängernden) Covid-19-Gesetzes.

Vorab sind also die Kantone gefordert, in Absprache mit dem Bund zu definieren, welche Kapazitäten zur Stärkung der durch die Covid-19-Krise beanspruchten Gesundheitsversorgung nötig sind. Der Bund könnte einen Kapazitätsausbau, insbesondere im Bereich Intensivpflege, in den Spitälern gestützt auf Artikel 50 EpG mit Finanzhilfen unterstützen, dafür sind aber Eigenmittel der Spitäler notwendig.

Weil Engpässe im Gesundheitssystem zuerst beim Gesundheitsfachpersonal auftreten, ist der Fokus der weiteren Arbeiten insbesondere auf die Erhöhung der Personalkapazitäten zu legen. Dazu ist die Einschätzung der Kantone zu den Bedürfnissen der Spitäler angesichts der Definition der Kapazitäten einzuholen. Gleichzeitig ist darauf hinzuweisen, dass insbesondere bei der Intensivpflege (IPS) der Spielraum zur Erhöhung von Kapazitäten stark davon abhängt, ob das notwendige Gesundheitsfachpersonal (insbesondere Pflegepersonal) vorhanden ist.

Im Rahmen der Umsetzung der Pflegeinitiative sollten neben der Ausbildungsoffensive, die langfristig eine Erhöhung der inländischen Personalressourcen anstrebt, auch Möglichkeiten geprüft werden, personelle Engpässe mit kurzfristigen Massnahmen zu überbrücken. Denkbar ist beispielsweise, regionale Stellenpools zu schaffen, die Arbeitskräfte nach Bedarf besonders belasteten Institutionen zuweisen könnten.

Wie oben ausgeführt, hat das Parlament mit Artikel 3 Absatz 4^{bis} Covid-19-Gesetz die bestehende Zuständigkeitsordnung im Bereich der Gesundheitsversorgung bekräftigt, wonach die Kantone auch in Epidemiezeiten für die Gesundheitsversorgung verantwortlich sind und entsprechend die Kosten von Vorhalteleistungen, wie die Bereitstellung von Reservekapazitäten, tragen müssen. Artikel 3 Absatz 4^{bis} Covid-19-Gesetz ist befristet bis am 31. Dezember 2022. Soll die Bestimmung unbefristet gelten, wäre insbesondere zu prüfen, ob sie ins EpG aufgenommen werden müsste.

Die einheitliche Finanzierung der ambulanten und stationären Leistungen bezieht sich auf Finanzierung der KVG-Leistungen. Vorhalteleistungen, wie die Bereitstellung von Reservekapazitäten, haben den Charakter von gemeinwirtschaftlichen Leistungen, sind von den Leistungen nach KVG abzugrenzen und müssen im Grundsatz von den Kantonen bezahlt werden. Entsprechend haben die Diskussionen rund um eine allfällige einheitliche Finanzierung keinen Einfluss auf die Vorhalteleistungen zur Pandemiebewältigung. Das Thema der Vorhalteleistungen und Reservekapazitäten kann und soll unabhängig von den Diskussionen um eine einheitliche Finanzierung weiterverfolgt und geprüft werden. Es besteht aus Sicht des BAG kein gesetzgeberischer Anpassungsbedarf im Rahmen der Vorlage zur einheitlichen Finanzierung.

7 Sicherstellung der Qualität in Pflegeheimen

Es soll im Rahmen dieses Berichts aufgezeigt werden, wie die Qualität in den Pflegeheimen sichergestellt wird, was in dieser Hinsicht geplant ist und welcher Zusammenhang mit der Umsetzung der Pflegeinitiative eventuell besteht.

7.1 Zusammenhang mit der Umsetzung der Pflegeinitiative

In der vom Bundesrat verabschiedeten Strategie Gesundheit2030 wird eine Stossrichtung «Mehr Langzeitpflegepersonal» festgelegt, um das Ziel 3 «Pflege und Finanzierung gewährleisten» zu erreichen. Um die Qualität in den Pflegeheimen sicherzustellen, sind, neben anderen Qualitätselementen, sowohl eine genügende Dotation von Pflegefachpersonen, als auch ein dem Setting angepasster Skill-Grade-Mix wichtig.

Mit der Ausbildungsoffensive, die in der ersten Etappe zur Umsetzung der Pflegeinitiative vorgesehen ist, wird angestrebt, dass mehr Pflegefachpersonen ausgebildet werden. Nur wenn genügend qualifiziertes Personal eingesetzt wird, kann die Belastung des Pflegepersonals in den Institutionen reduziert werden und damit die Qualität in der Pflege – auch angesichts der demografischen Alterung der Gesellschaft – weiterhin sichergestellt werden.

Im Rahmen der zweiten Etappe zur Umsetzung der Pflegeinitiative werden die weiteren Forderungen der Initiative, in Angriff genommen. Dazu gehören unter anderem anforderungsgerechte Arbeitsbedingungen und eine angemessene Abgeltung der Pflegeleistungen. Aufgrund der Komplexität der Themen sowie der unterschiedlichen Zuständigkeiten bei Bund, Kantonen, Betriebe und Sozialpartner (Arbeitgeber- und Arbeitnehmerverbände) bzw. der Finanzierer und Leistungserbringer im Gesundheitswesen, wird deren Bearbeitung mehr Zeit in Anspruch nehmen. Im Kontext der Arbeitsbedingungen werden unter anderem Massnahmen ins Auge gefasst, die sich einerseits auf eine adäquate Personalausstattung und andererseits auf einen optimalen Skill-Grade-Mix beziehen. Zudem sollen sowohl Massnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben – unter anderem durch bessere Planbarkeit – als auch der Gesundheitsschutz im Fokus stehen. Eine dadurch angestrebte Verlängerung der Berufsverweildauer kann sich ebenfalls positiv auf die Qualität in der Pflege auswirken.

7.2 Qualitätsindikatoren in den Pflegeheimen

Die Eidgenössische Qualitätskommission (EQK) beauftragt Dritte, neue Qualitätsindikatoren zu entwickeln sowie die bestehenden weiterzuentwickeln (Art. 58c Bst. b KVG). Zudem gibt sie gegenüber den Behörden Empfehlungen ab, welche Indikatoren zu verwenden sind. Nach Artikel 30 Buchstabe g KVV sind Daten für medizinische Qualitätsindikatoren (Art. 59a Abs. 1 Bst. f KVG), namentlich Angaben, deren Analyse Rückschlüsse erlauben, inwieweit medizinische Leistungen wirksam, effizient, angemessen, sicher, patientenzentriert, rechtzeitig und chancengleich erbracht werden. Nach den Ziffern 58 und 60 des Anhangs der Verordnung über die Durchführung von statischen Erhebungen des Bundes (Statistikerhebungsverordnung, SR 431.012.1) müssen die Leistungserbringer, die nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung abrechnen, die für die Berechnung der medizinischen Qualitätsindikatoren notwendigen Daten liefern. Die Leistungserbringer melden somit dem BFS gemäss Artikel 59a Absatz 1 KVG die medizinischen Qualitätsindikatoren, soweit diese für die im KVG vorgesehene Kontrolle der Wirtschaftlichkeit und Qualität ihrer Leistungen notwendig sind (Art. 30 KVV). Die Daten werden somit durch das BFS erhoben und das BAG veröffentlicht sie auf Ebene des einzelnen Leistungserbringers (Pflegeheim). Der EQK obliegt es, unter Berücksichtigung der medizinischen Qualitätsindikatoren den

Behörden, hier den Kantonen und gegebenenfalls dem Bundesrat, Empfehlungen betreffend die Qualitätsentwicklung zu unterbreiten.

In Anwendung von Artikel 59a KVG wurden von 2009 bis 2018 im Rahmen eines Pilotprojektes unter der Leitung von Curaviva Schweiz medizinische Qualitätsindikatoren evaluiert und ausgewählt. Das BAG, die GDK und das BFS unterstützten das Projekt als Mitglieder des Projektausschusses. Das Institut für Pflegewissenschaft der Universität Basel war beauftragt, die Datenerhebung im Rahmen dieses Pilotprojektes zu begleiten und die Daten auszuwerten.

Seit 2019 werden sechs medizinische Qualitätsindikatoren durch das BFS erhoben. Im 2022 werden die Daten von 2019 und 2020 erstmals als medizinische Qualitätsindikatoren für den Bereich Pflegeheime durch das BAG veröffentlicht. Mit der Auswertung all dieser Qualitätsindikatoren ergibt sich ein gutes Bild der Qualität der medizinischen Leistungserbringung in den Pflegeheimen.

Es ist wichtig anzumerken, dass es den Pflegeheimen neben der Leistungserbringung nach KVG jedoch gemäss Auftrag der Kantone beziehungsweise gegebenenfalls der jeweiligen Gemeinde auch obliegt, die Betreuung und die Hotellerie gemäss Leistungsauftrag sicherzustellen. Die Qualität dieser Aufgaben wird jedoch kaum durch medizinische Qualitätsindikatoren (mit)gemessen, denn diese Aufgaben gehören zum Leistungsauftrag ausserhalb des Krankenversicherungsgesetzes. Es obliegt daher den für den Leistungsauftrag verantwortlichen Kantonen und Gemeinden in diesem Bereich die Qualität zu prüfen, hier insbesondere die Lebensqualität.

7.3 Qualitätsverträge

Die Grundlagen für die Qualitätsentwicklung wurden durch die Änderung des KVG vom 21. Juni 2019 zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit gestärkt.¹

Die Verbände der Leistungserbringer und die Verbände der Versicherer sind neu verpflichtet, gesamtschweizerische Qualitätsvereinbarungen abzuschliessen (Art. 58 Abs. 1 KVG), die Mindeststandards für die Qualität festlegen. Die Vereinbarungen richten sich nach den Vierjahreszielen des Bundesrates und den Empfehlungen der Eidgenössischen Kommission für Qualität nach Art. 58c Abs. 1 Bst. c und h KVG (Art. 77 Abs. 1 KVV). Gegenstand und Zweck der Vereinbarungen ist die Festlegung von einheitlichen und verbindlichen Massnahmen zur Verbesserung der Qualität (Art. 58 Abs. 2 KVG). Sie werden vom Bundesrat genehmigt und gelten für die ganze Schweiz. Wenn sich die Verbände der Leistungserbringer und die Verbände der Versicherer nicht auf eine Qualitätsvereinbarung einigen können, legt der Bundesrat die Regeln fest (Art. 58 Abs. 5 KVG). Die Leistungserbringer müssen die Regeln der Qualitätsentwicklung auch dann einhalten, wenn sie der Qualitätsvereinbarung nicht beigetreten sind. Zudem ist die Einhaltung der Qualitätsentwicklungsregeln eine Voraussetzung, um zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätig sein zu können (Art. 58a Abs. 7 KVG). Die Pflegeheime (Art. 35 Abs. 2 Bst. k KVG) sind daher verpflichtet, die Qualitätsstandards zu befolgen, um eine qualitativ hochstehende Leistungserbringung zu gewährleisten.

¹ In Kraft getreten am 1. April 2021