

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 Geltungsbe- reich 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 Fehl- anreize 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 Leis- tungserbringer 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 Behand- lungsqualität. Dazu sind aber auch Versicherungsmodelle gefragt, welche die Behandlung entlang der gesamten Leistungskette erfassen. Nun ist es aber erstens keineswegs sicher, sondern bes- tenfalls nur zu hoffen, dass die Krankenkassen ihre Möglichkeiten zur Einführung neuer Versiche- rungsmodelle zur Förderung der integrierten Versorgung in einem monistischen Finanzierungs- system 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	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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 auszusüttenden Prämienverbilligungen. Dieser Effekt kann so nicht hingenommen werden.</p> <p>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</p>

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

	<p>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.</p> <p>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.</p>
RR AG	<p>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:</p> <p>a) 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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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</p>

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

	<p>Umständen das Institut der Vertragsspitäler abzuschaffen.</p> <p>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.</p>
RR AG	<p>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 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.</p> <p>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.</p> <p>Dafür gibt es zwei Gründe:</p> <p>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.</p> <p>b) Die Finanzsituation der Leistungserbringer könnte sich infolge Ausbau der ambulanten Listen auf Bundes- und Kantonebene 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.</p>
RR AG	<p>Aus Sicht des Kantons Aargau muss eine effizientere und optimierte Gesundheitsversorgung mit einheitlicher Finanzierung mindestens folgende Anforderungen erfüllen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 Ständekommission 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, beispielweise 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 Ständekommission 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 Ständekommission

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 Gesundheitsdirektorinnen 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 dargestellt. 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 Anwendungen – 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 ausgeweitet 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 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.

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 Kantonebene 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 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.

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 Tarifanreize 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 betragen 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 Pflegehe-

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

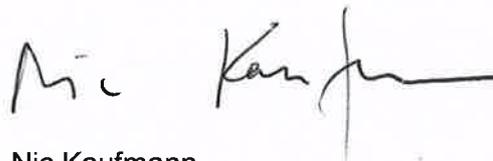
Wir danken Ihnen für die Möglichkeit zur Stellungnahme im Rahmen des Vernehmlassungsverfahrens zur Parlamentarischen Initiative 09.528: Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus

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	<p>1. Allgemein</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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:</p>
BL	<p>2. Kein Beitrag zur Eindämmung der Kosten</p> <p>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.</p>
BL	<p>3. Ausklammerung der Altersbereiche</p> <p>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.</p> <p>Für den Kanton Basel-Landschaft gehört der Altersbereich (Spitex, APH) vom Grundsatz her zwingend in die Vorlage über die einheitliche</p>

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

	<p>Finanzierung. Dies kann, aufgrund der geschilderten Umstände, jedoch auch zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen. Der Einbezug hätte Auswirkungen auf den Finanzierungsschlüssel.</p> <p>--> 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.</p>
BL	<p>4. Ambulante Steuerung</p> <p>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.</p> <p>--> 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.</p>
BL	<p>5. Finanzielle Belastung</p> <p>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.</p> <p>--> Der Kanton Basel-Landschaft beantragt die kostenneutrale Einführung der einheitlichen Finanzierung je Kanton.</p>
BL	<p>6. Die Rechnungstellung im ambulanten Bereich --> Risikobasiert</p> <p>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</p>

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

	<p>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 prämienvirksam. 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.</p> <p>--> Der Kanton Basel-Landschaft beantragt, die kantonalen Steuermittel pro Kanton proportional zu den Durchschnittskosten der jeweiligen Risikogruppe zu verteilen.</p>
BL	<p>7. Integrierte Versorgung</p> <p>Mit einer einheitlichen Finanzierung wird eine grössere Einsparung der integrierten Versorgungsmodelle ausgewiesen, weil die Kantongelder 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.</p> <p>8. Kontrolle</p> <p>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.</p> <p>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</p>

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	<p>Allgemeines</p> <p>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</p>
BS	<p>Aus Sicht des Kantons Basel-Stadt ist insbesondere auf Folgendes hinzuweisen:</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
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.

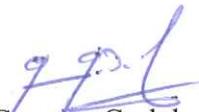
Conclusion

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.

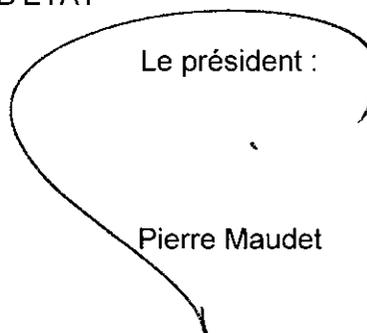
AU NOM DU CONSEIL D'ÉTAT

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 prämiendifinanzierten 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 Daten Grundlagen 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 Vertragsspitalern vorsieht. Erhalten 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 prämiendifinanzierten 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 beziehungsweise 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 Sozialversicherer 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 verkraftbar

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 Daten Grundlagen 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 länderweise 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.

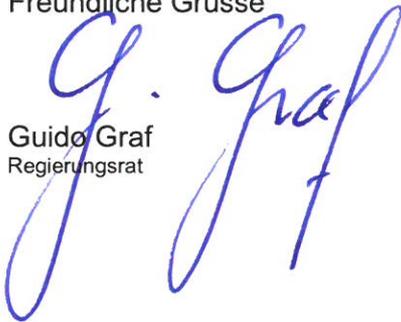
Aufgrund der seit Jahren unveränderten OKP-Beiträge und den im Gegensatz dazu steigenden Kosten für die Restfinanzierung werden Kantone und Gemeinden im Bereich der Pflege finanziell immer stärker belastet. Die Richtung der Belastungsverschiebungen ist deshalb gegenüber der Spitalfinanzierung gerade 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.

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.

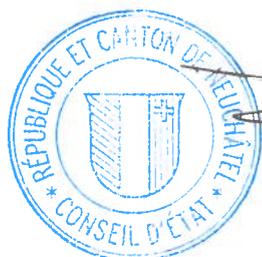
En vous remerciant pour l'attention que vous porterez à la présente, nous vous adressons, Monsieur le président, nos salutations distinguées.

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.	



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 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 vom 5. März 2018 des Bundesamts für Gesundheit (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 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 Daten Grundlagen 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 Monimus, 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	

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					