



CH-6061 Sarnen, Postfach 1562, Staatskanzlei

Kommission für soziale Sicherheit und
Gesundheit

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

Sarnen, 12. September 2018

Vorentwurf Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand Einführung des Monismus

Sehr geehrter Herr Präsident
Sehr geehrte Damen und Herren

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

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

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

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

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

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

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

Freundliche Grüsse

Im Namen des Regierungsrats

Christoph Amstad
Landammann

Nicole Frunz Wallimann
Landschreiberin



Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit des Nationalrates
3003 Bern

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

St.Gallen, 14. September 2018

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

Herr Präsident
Sehr geehrte Damen und Herren

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

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

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

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



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

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

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

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

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



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

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

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

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

Im Namen der Regierung

Stefan Kölliker
Präsident

Canisius Braun
Staatssekretär



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

Kanton Schaffhausen
Regierungsrat

Beckenstube 7
CH-8200 Schaffhausen

www.sh.ch

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



Regierungsrat

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

Schaffhausen, 11. September 2018

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

Sehr geehrte Damen und Herren

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

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

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

Wir danken Ihnen für die Kenntnisnahme.



Freundliche Grüsse

Im Namen des Regierungsrates

Der Präsident:

Christian Amsler

Der Staatsschreiber:

Dr. Stefan Bilger

Regierungsrat

Rathaus / Barfüssergasse 24
4509 Solothurn
www.so.ch

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

11. September 2018

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

Sehr geehrter Herr de Courten
Sehr geehrte Damen und Herren

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

IM NAMEN DES REGIERUNGSRATES

sig. Roland Heim
Landammann

sig. Andreas Eng
Staatschreiber

Beilage: Antwortformular

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

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Regierungsrat des Kantons Solothurn

Abkürzung der Firma / Organisation : SO

Adresse : Rathaus / Barfüssergasse 24

Kontaktperson : Dr. Heinrich Schwarz, Chef Gesundheitsamt

Telefon : 032 627 93 66

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

Datum : 11. September 2018

Wichtige Hinweise:

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

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

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

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht

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

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

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

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
SO		<p>Eine effizientere Gesundheitsversorgung mit EFAS bzw. eine allfällige Neuauflage der Vorlage müsste mindestens folgende Elemente enthalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nationale Tariforganisation für ambulante Tarife mit paritätischer Beteiligung der Kantone • Konsequente Eliminierung von Fehlanreizen infolge Verknüpfungen zwischen Grund- und Zusatzversicherungsbereich • Einbezug der Langzeitpflege (Pflegeheime und Spitex) in das Finanzierungsmodell • Abwicklung der Rechnungen im stationären Bereich in Analogie zu heute (duale Rechnungsstellung ohne Verlust an Information und Kontrollmöglichkeiten für die Kantone) • Kontrollmöglichkeit für die Kantone bezüglich der korrekten Abrechnung der ambulanten Leistungen (z.B. Schaffung gemeinsames Organ Krankenversicherer/Kantone) • Überprüfbare Kostenneutralität für die Kantone im Übergang <p>Der Einbezug der Langzeitpflege (Pflegeheime und Spitex) in das Finanzierungsmodell ist insbesondere deshalb wichtig, weil auch an den Schnittstellen zwischen medizinischer Akutversorgung und Pflege Fehlanreize bestehen. Es darf nicht von der unterschiedlichen Finanzierung der Spitalbehandlungen und der Langzeitpflege abhängen, ob jemand früher oder später aus der Spitalversorgung in die Pflege übertritt.</p> <p>Bezüglich der Abwicklung der Rechnungen und der</p>	

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

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

6431 Schwyz, Postfach 1260

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

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

Schwyz, 28. August 2018

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

Sehr geehrte Damen und Herren

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

Neu sollen alle ambulanten und stationären Behandlungen durch die Versicherer vergütet werden. Die Kantone sollen an die Kosten, die nach Abzug von Franchise und Selbstbehalt der Versicherten verbleiben, einen Beitrag von mindestens 25,5% leisten. Ausgenommen von dieser Regelung sind die Pflegeleistungen im Bereich der Langzeitpflege.

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

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

Im Namen des Regierungsrates:

Kaspar Michel, Landammann

Dr. Mathias E. Brun, Staatsschreiber



Kopie z.K. an:

– Schwyzer Mitglieder der Bundesversammlung.

Beschluss Nr. 620/2018

Schwyz, 28. August 2018 / ju

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

Vernehmlassung

1. Ausgangslage

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

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

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

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

2. Erwägungen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Beschluss des Regierungsrates

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

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

Im Namen des Regierungsrates:

Dr. Mathias E. Brun, Staatsschreiber



Staatskanzlei, Regierungsgebäude, 8510 Frauenfeld

Nationalrat
Kommission für soziale
Sicherheit und Gesundheit
3003 Bern

Frauenfeld, 11. September 2018

774

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

Vernehmlassung

Sehr geehrte Damen und Herren

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

A. Grundsätzliches

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

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

2/6

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

B. Zur Vorlage

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

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

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

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

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

2. Förderung der Attraktivität der koordinierten Versorgung

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

3/6

sicherungsmodelle¹, die eine koordinierte Versorgung entlang der Behandlungskette gewährleisten.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5/6

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

C. Zu den Minderheitsanträgen

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

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

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

D. Verschiedenes

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

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

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



6/6

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

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

E. Fazit

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

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

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Vernehmlassung.

Mit freundlichen Grüßen

Die Präsidentin des Regierungsrates

Der Staatschreiber



4139

fr

0

12 settembre 2018

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

Repubblica e Cantone
Ticino

Il Consiglio di Stato

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

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

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

Gentili Signore, egregi Signori,

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

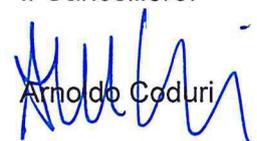
PER IL CONSIGLIO DI STATO

Il Presidente:



Claudio Zali

Il Cancelliere:



Arnaldo Coduri

Copia per conoscenza:

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



Landammann und Regierungsrat des Kantons Uri

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

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

Sehr geehrter Herr Kommissionspräsident
Sehr geehrte Damen und Herren

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

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

I. Allgemeine Beurteilung

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

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

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

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

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

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

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

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

Im Einzelnen stützt er sich dabei auf folgende Überlegungen:

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

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

2. Der Einsatz von Steuergeldern setzt Steuerungsinstrumente voraus.

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

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

- a) Die Ergebnisse im Kanton Luzern mit der kantonalen Regelung «ambulant vor stationär» deuten nach neun Monaten darauf hin, dass die Behandlungskosten bei den Listeneingriffen gesamthaft, also sowohl für die Versicherer und Prämienzahler als auch für die Kantone und Steuerzahler gesunken sind. Mehrkosten für die Versicherer bei einzelnen ambulanten Eingriffen konnten durch die Einsparungen im stationären Bereich und durch die Abnahme der Eintritte am Vortag kompensiert werden. Eine einheitliche Finanzierung der Leistungen war für die Erzeugung dieser kostendämpfenden Wirkung nicht notwendig.
- b) Die Finanzsituation der Leistungserbringer könnte sich infolge Ausbau der ambulanten Listen auf Bundes- und 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 Leistungserbringer neue positive tarifliche Anreize setzen würden.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Die Kantone müssen ihre finanzrechtliche Verantwortung für den effizienten Einsatz von Steuergeldern jederzeit sicherstellen und gegenüber der Öffentlichkeit nachweisen können, indem sie die Abrechnung von mitfinanzierten ambulanten Leistungen kontrollieren. Dafür benötigen sie volle Transparenz über die Kosten- und Leistungsdaten der Leistungserbringer sowie Einsicht in die gestellten Rechnungen möglichst zeitnah nach deren Eingang beim Versicherer. Bei einer durchgängig dualen Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen durch Krankenversicherer und Kantone kann die Rechnungskontrolle nicht mehr grundsätzlich als alleinige Aufgabe der Versicherer bezeichnet werden. Bereits heute schliesst das KVG nicht aus, dass die Kantone die Erfüllung der WZW-Kriterien und somit die Fälligkeit ihres Finanzierungsanteils (insbesondere bei Verdacht auf inkorrekte Leistungsabrechnung oder Nichteinhaltung der Leistungsaufträge) ebenfalls prüfen. Dieser Aspekt wird mit einem neuen Finanzierungsmodell an Bedeutung gewinnen. In Deutschland sind bereits heute 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 und professionelle Pflege der Tarifstrukturen sind dafür entscheidend. Die Tarifpartner und die Kantone sollen deshalb im ambulanten Leistungsbereich verpflichtet werden, gemeinsam eine einzige Tariforganisation einzusetzen, welche in Zukunft für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege von Einzelleistungs- und gegebenenfalls auch Pauschaltarifstrukturen im ambulanten Bereich zuständig ist. Die Organisation soll die erarbeiteten Strukturen und ihre Anpassungen dem Bundesrat zur Genehmigung unterbreiten. Dies entspricht der von der Expertenkommission «Kostendämpfungsmassnahmen» vorgeschlagenen Massnahme M34. Die Kantone sind aufgrund der geforderten Mitfinanzierung im ambulanten Bereich an der Organisation zwingend tripartit zu beteiligen.

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

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

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

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

Auch im Langzeitpflegebereich und an den Schnittstellen zwischen medizinischer Akutversorgung und Langzeitpflege sind Fehlanreize zu beobachten. Diese sind im Gegensatz zu den Fehlanreizen in der Spitalfinanzierung tatsächlich auch durch die Finanzierung und nicht nur durch falsche 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

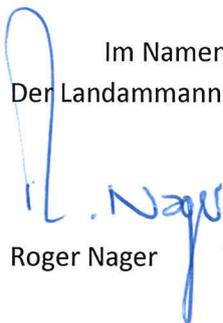
in die Pflege entlassen wird, soll keine Frage der unterschiedlichen Finanzierung in den beiden Bereichen sein. Aufgrund der seit Jahren unveränderten OKP-Beiträge und den im Gegensatz dazu steigenden Kosten für die Restfinanzierung werden der Kanton und die Gemeinden im Bereich der Langzeitpflege finanziell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

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

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen.

Altdorf, 28. August 2018



Im Namen des Regierungsrats
Der Landammann

Roger Nager

Der Kanzleidirektor

Roman Balli



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

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

Réf. : MFP/15024180

Lausanne, le 29 août 2018

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

Madame, Monsieur,

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

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

A. Position générale

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

B. Conséquences financières

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

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

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

C. Remarques techniques sur l'avant-projet

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

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

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

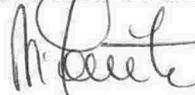
Par ailleurs, au chapitre des conséquences sur l'état du personnel (rapport p. 28), il est précisé que « les cantons ne participent plus au financement des prestations fournies à ces groupes d'assurés. Ils sont par ailleurs déchargés de la suppression du contrôle et du paiement des factures des fournisseurs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

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

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

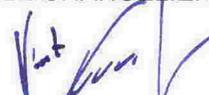
AU NOM DU CONSEIL D'ETAT

LA PRÉSIDENTE



Nuria Gorrite

LE CHANCELIER



Vincent Grandjean

Copies

- OAE
- CDS



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

Date 29 AOUT 2018

09.528 Initiative parlementaire. Financement moniste des prestations de soins

Monsieur le Président,

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Au nom du Conseil d'Etat

La présidente

Le chancelier



Esther Waeber-Kalbermatten



Philipp Spörri

Regierungsrat, Postfach, 6301 Zug

Nur per E-Mail

Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit des Nationalrats
3003 Bern

Zug, 28. August 2018 hs

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

Sehr geehrter Herr Kommissionspräsident
Sehr geehrte Kommissionsmitglieder

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

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

Gerne äussern wir uns wie folgt:

Wir lehnen die zur Vernehmlassung unterbreitete Vorlage ab.

Begründung:

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

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

Allfällige Anpassungen des Finanzierungssystems müssen mindestens folgende Anforderungen erfüllen:

1. **Die finanzielle Belastung der einzelnen Kantone muss im Übergang überprüfbar kostenneutral sein.** Zum einen ist es unverzichtbar, dass sämtliche Daten und Methoden zur Ermittlung der Kantonsbeiträge transparent und nachvollziehbar vorliegen. Zum andern gilt es, den unterschiedlichen Ausgangslagen in den einzelnen Kantonen Rechnung zu tragen. Es ist beispielsweise nicht vertretbar, dass – wie im vorliegenden Fall – Kantone mit einem hohen Anteil ambulanter Behandlungen eine wesentliche Mehrbelastung erfahren.
2. **Den Kantonen soll ein Instrumentarium in die Hand gegeben werden, um das ambulante Versorgungsangebot (Leistung, Menge und Qualität) gezielt zu beeinflussen.** Wenn die Kantone den ambulanten Bereich mitfinanzieren müssen, erfordert das Prinzip der fiskalischen Äquivalenz, dass sie auch steuern können. Dies muss die Möglichkeit einschliessen, aus Bedarfsgründen eine bestehende Zulassung aufzuheben. Nicht zuletzt ist für die Kantone auch der Zugang zu den notwendigen Datengrundlagen sicherzustellen.
3. **Die Rechnungen im stationären Bereich sind analog zu heute abzuwickeln, mit entsprechend angepasstem Finanzierungsschlüssel.** Ein Verzicht auf die duale Rechnungsstellung an den jeweiligen Kanton und jeweiligen Krankenversicherer wäre aufgrund des Verlusts an Information und Kontrollmöglichkeiten für die Kantone nicht hinnehmbar.
4. **Bei einer Mitfinanzierung des ambulanten Bereichs durch die Kantone müssen diese eine Kontrollmöglichkeit hinsichtlich der korrekten Abrechnung von ambulanten Leistungen haben.** 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.
5. **Es ist auf Gesetzesstufe eine nationale Tariforganisation für ambulante Tarife vorzusehen, an der die Kantone paritätisch beteiligt sind.** Nicht nur Mengen, sondern auch Preise (beziehungsweise Tarife) sind für die Kostenentwicklung von Bedeutung. Bei einer Mitfinanzierung des ambulanten Bereichs durch die Kantone wäre deshalb eine

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

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

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

Wir danken Ihnen bestens für die Berücksichtigung unserer Anliegen.

Freundliche Grüsse
Regierungsrat des Kantons Zug



Manuela Weichelt-Picard
Frau Landammann



Renée Spillmann Siegwart
stv. Landschreiberin

Kopie per E-Mail an:

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



Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit
des Nationalrates

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

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

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

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

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

A. Grundsätzliches

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

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

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

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

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

B. Zur Vorlage

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

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

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

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

b) Dämpfung des Kostenwachstums insgesamt

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

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

c) Förderung der Attraktivität der koordinierten Versorgung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

C. Zu den Minderheitsanträgen

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

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

D. Ausblick

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

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

E. Fazit

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

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

Im Namen des Regierungsrates

Der Präsident:

Die Staatschreiberin:

Dr. Thomas Heiniger

Dr. Kathrin Arioli



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

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Kanton Zürich / Gesundheitsdirektion

Abkürzung der Firma / Organisation : Kt. ZH

Adresse : Stampfenbachstrasse 30

Kontaktperson : Dania Tresp

Telefon : 043 / 259 52 53

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

Datum : 5. September 2018

Wichtige Hinweise:

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

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

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

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

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

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

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

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

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

b) Dämpfung des Kostenwachstums insgesamt

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

c) Förderung der Attraktivität der koordinierten Versorgung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

	<p>Versorgungsangebots gegeben werden (vgl. Abschnitt D). Die derzeit im Parlament diskutierte Vorlage zur Zulassungssteuerung ist ein erster, aber nicht ausreichender (weil sie im Wesentlichen nur Neuzulassungen beschlägt) Schritt in diese Richtung. Die Vorlage zur Zulassungssteuerung kann insofern unabhängig von der Vorlage zur einheitlichen Finanzierung behandelt werden. Schliesslich beantragt eine Minderheit, den Kantonsbeitrag als pauschalen Betrag pro versicherte Person einzuspeisen – anstelle eines kantonalen Beitrags an die Versicherer, basierend auf den Kosten pro versicherte Person. Beim Minderheitsvorschlag rechnen die Experten mit einem leicht erhöhten Anreiz zur Risikoselektion sowie der Notwendigkeit einer separaten Einspeisung für Kinder, damit deren Prämien nicht steigen, während bei der Einspeisung des Kantonsbeitrags gestützt auf die Kosten pro versicherte Person mit einem etwas kleineren Anreiz zur effizienten Versorgung innerhalb des ambulanten Bereichs gerechnet wird. Unter diesen Umständen scheint der Mehrheitsvorschlag pragmatischer.</p>
Kt. ZH	<p>D. Ausblick</p> <p>Der Kanton Zürich – im Einklang mit der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) – unterstützt Massnahmen, die direkt und nachweislich auf eine Kostendämpfung hinwirken und Fehlanreize, die zu einer Über- oder Fehlversorgung der Bevölkerung führen, ausmerzen. Diese Ziele werden mit der vorliegend vorgeschlagenen einheitlichen Finanzierung von Leistungen im ambulanten und im stationären Bereich aber praktisch nicht und wenn, dann nur sehr indirekt erreicht. Soll die einheitliche Finanzierung dennoch eingeführt werden, muss sichergestellt werden, dass</p> <ul style="list-style-type: none"> - die finanzielle Belastung der Kantone – gestützt auf plausibilisierte und nachvollziehbare Daten – im Systemübergang transparent und überprüfbar kostenneutral ist, und zwar nicht nur für die Gesamtheit der Kantone, sondern auch für jeden einzelnen Kanton. - die Langzeitpflege (Pflegeheime und Spitex) in das einheitliche Finanzierungsmodell einbezogen wird. Nur so werden Fehlanreize an Schnittstellen der Versorgung konsequent angegangen, die koordinierte und integrierte Versorgung gefördert und tatsächlich eine Stabilisierung der steuer- und prämiendifinanzierten Finanzierungsanteile angestrebt. - die Kantone ein Instrumentarium zur Hand haben, um das ambulante Versorgungsangebot sowohl hinsichtlich Leistung als auch Menge und Qualität gezielt zu beeinflussen. Dies ist aufgrund des in der Bundesverfassung verankerten fiskalischen Äquivalenzprinzips absolut zwingend. Der Entwurf des Bundesrates zur Teilrevision des KVG vom 9. Mai 2018 ist diesbezüglich ein erster und wichtiger, aber noch nicht ausreichender Vorschlag. - die Kantone in Bezug auf die korrekte Abrechnung von ambulanten Leistungen für die Kantonsbevölkerung über eine Kontrollmöglichkeit verfügen, beispielsweise durch die Schaffung eines gemeinsamen Organs. Nur so können sie ihre finanzrechtliche Verantwortung für einen effizienten Einsatz von Steuergeldern sicherstellen und gegenüber ihren Einwohnerinnen und Einwohnern auch nachweisen. - eine nationale Tariforganisation für ambulante Tarife gesetzlich vorgeschrieben wird, an der die Kantone paritätisch beteiligt sind. - Fehlanreize infolge Verknüpfung der vertraglichen Vereinbarungen der Tarifpartner im Grund- und Zusatzversicherungsbereich konsequent

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

	<p>beseitigt werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> - die Rechnungen im stationären Bereich analog zu heute abgewickelt werden – mit einem entsprechend angepassten Finanzierungsschlüssel –, sodass die Informations- und Kontrollmöglichkeiten der Kantone gewahrt bleiben. - das Institut der Vertragsspitäler abgeschafft wird, da es zu einem unnötigen Leistungs- und Mengenwachstum führt und die kantonalen Spitalplanungen aushebelt.
Kt. ZH	<p>E. Fazit</p> <p>Der Kanton Zürich unterstützt die Haltung der GDK-Plenarversammlung und die Stellungnahme des GDK-Vorstands vom 28. Juni 2018 und verlangt übereinstimmend mit der GDK eine vollständige Überarbeitung der aktuellen Vorlage unter Berücksichtigung der in Abschnitt D angeführten Voraussetzungen. Nur dann hat die angestrebte Systemumstellung eine echte Chance, die gesteckten Ziele auch tatsächlich erreichen zu können. Aufgrund der Bedeutung der Vorlage und der möglichen finanziellen Verwerfungen in einzelnen Kantonen sollten im Rahmen der Überarbeitung sodann zum einen die Resultate der laufenden Evaluation zur Spitalfinanzierung abgewartet und zum anderen die Vorlage selbst im Projekt «Aufgabenteilung 2 Bund – Kantone» (Prüfung von Entflechtungsmöglichkeiten) berücksichtigt werden.</p>
Kt. ZH	

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

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

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

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

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

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

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

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

Secrétariat

Par Institut de droit de la santé
Université de Neuchâtel
Av. du 1^{er}-Mars 26
CH – 2000 Neuchâtel

AmtL	GP	KUV	OeG	VS	R	7-SEP
DS	Bundesamt für Gesundheit					
DG						
CC						
Int	17. Sep. 2018					
RM						
GB						
GeS						7 ACCOem
Lst	VA	NCD	MT	BioM	Chem	Str

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

Genève, le 14 septembre 2018

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

Monsieur le Président,

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

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

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

Deuxièmement, il est difficilement envisageable pour les cantons de devoir assumer de nouvelles charges financières dans le secteur ambulatoire sans se voir dotés par la même occasion d'un instrument de pilotage et de planification des soins ambulatoires. Cet instrument devrait s'appliquer non seulement aux médecins, mais également aux autres fournisseurs de soins, ainsi qu'aux soins à domicile. Il est donc indispensable que l'éventuelle mise en place d'un financement uniforme soit accompagnée de la création d'un tel instrument. De même, afin de s'assurer de la bonne utilisation des fonds publics, les cantons doivent disposer d'un moyen efficace de contrôler la facturation des prestations ambulatoires. L'option de laisser les assureurs maladie effectuer les contrôles n'est clairement pas satisfaisante. Les cantons doivent pouvoir vérifier eux-mêmes les coûts mis à leur charge.

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

Quatrièmement, les outils à disposition des cantons pour réguler l'offre hospitalière stationnaire doivent être maintenus. Ainsi, pour pouvoir contrôler le respect des mandats (tâche que les assureurs n'effectuent pas) et gérer les quantités, le système actuel de facturation de la part cantonale directement aux cantons est à conserver. Cela n'empêche pas l'introduction d'un financement uniforme des prestations. De plus, la contribution de l'assurance obligatoire des soins aux établissements conventionnés ne doit pas être augmentée : cela affaiblirait considérablement la portée des planifications cantonales et déchargerait les assurances complémentaires au détriment de l'assurance de base.

Cinquièmement, les incidences financières sont à évaluer pour chaque canton, sur la base d'une méthodologie clairement explicitée. La neutralité financière doit pouvoir être garantie pour chaque canton à l'entrée en vigueur de la modification de la loi.

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

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

Les cantons latins seraient en revanche prêts à entrer en matière sur un projet qui créerait les conditions de transparence et de gouvernance pour permettre un co-financement par les cantons des soins médicaux ambulatoires, sur la base des remarques formulées ci-devant, ainsi que dans la prise de position de la CDS. La condition préalable sera que la LAMal permette aux cantons de réguler de façon efficace les prestations qu'ils cofinancent déjà (prestations hospitalières stationnaires et soins de longue durée), ainsi que celles qu'ils seront amenés à cofinancer (prestations ambulatoires).

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

Conférence Latine des Affaires Sanitaires et Sociales



Mauro Poggia
Président



Versand per E-Mail

An das Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen

abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Bern, 28.6.2018

8-3-2-1 / KB / MJ

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

Sehr geehrte Damen und Herren

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

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

I Beurteilung / Stellungnahme allgemein

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

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

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

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



Einleitend möchten wir ausserdem festhalten, dass die vorgeschlagene Revision für die Kantone auch bei über alle Kantone hinweg kostenneutraler Einführung mittelfristig eine erhebliche finanzielle Mehrbelastung bedeuten würde. Damit wird eine Verschärfung der bestehenden Tendenz in Kauf genommen: Der Beitrag der Kantone an die Finanzierung des Gesundheitswesens (bestehend mehrheitlich aus Beiträgen an die medizinische Versorgung, Pflege, Prävention und die individuelle 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 wir den groben Schätzungen im Bericht des Bundesamts für Gesundheit vom 5. März 2018 (*Varianten im Umgang mit der Kostenbeteiligung und kantonal unterschiedliche Bedeutung des stationären Spitalsektors*) entnehmen. Die betroffenen Kantone – gerade jene, die sich schon heute besonders stark für die Vermeidung unnötiger stationärer Spitalaufenthalte einsetzen – müssten diese Zusatzlasten ohne Übergangsfrist leisten. In denjenigen Kantonen, die sich entlasten könnten, wäre umgekehrt ein sprunghafter Anstieg der OKP-Prämien für die Versicherten zu erwarten. Beide Effekte können so nicht hingenommen werden.

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

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

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

- 1. Eine einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen mit nur noch einer einzigen Zahlstelle (Versicherer als Monist) leistet als Einzelmassnahme keinen massgeblichen Beitrag zur Eindämmung der Systemkosten. Denn:**
 - a. Zwei grosse Kostentreiber im schweizerischen Gesundheitswesen, nämlich einerseits die Fehlanreize im Zusammenhang mit Tarifstruktur und Tariffhöhe sowie andererseits jene, die sich aus dem Versicherungsstatus des Patienten ergeben, werden durch die vorgeschlagene Reform nicht angetastet.
 - b. Anreize müssen dort gesetzt werden, wo der Behandlungsentscheid getroffen wird, also primär beim Leistungserbringer. Es ist aber für diesen – abgesehen von administrativen Aufwendungen – unerheblich, ob er aus einer oder aus zwei Händen entschädigt wird. Eine reine Umleitung der Finanzflüsse von den Kantonen zu den Versicherern setzt keinen neuen Anreiz beim Leistungserbringer und bewirkt folglich nichts.
 - c. Die einheitliche Finanzierung mag zwar Voraussetzungen schaffen für eine Verbesserung der Leistungsallokation, der Behandlungsabläufe, der Behandlungskette und



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

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

2. Der Einsatz von Steuergeldern setzt Steuerungsinstrumente voraus.

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

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

Dafür gibt es zwei Gründe:

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



- b. Die Finanzsituation der Leistungserbringer könnte sich infolge Ausbau der ambulanten Listen auf Bundes- und 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. Die GDK unterstützt diese Bemühungen voll und ganz.

II Finanzierungssystem für eine steuerbare, effiziente und integrierte Gesundheitsversorgung

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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



Mit der Kontrolle der Abrechnung von ambulanten Leistungen nehmen die Kantone ihre finanzrechtliche Verantwortung wahr, den effizienten Einsatz von Steuergeldern jederzeit sicherstellen und gegenüber der Öffentlichkeit nachweisen zu können. Dafür benötigen sie volle Transparenz über die Kosten- und Leistungsdaten der Leistungserbringer und Einsicht in die gestellten Rechnungen, möglichst zeitnah nach deren Eingang beim Versicherer. Bei einer durchgängig dualen Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen durch Krankenversicherer und Kantone kann die Rechnungskontrolle nicht mehr grundsätzlich als alleinige Aufgabe der Versicherer bezeichnet werden. Bereits heute schliesst das KVG nicht aus, dass die Kantone die Erfüllung der WZW-Kriterien und somit die Fälligkeit ihres Finanzierungsanteils (insbesondere bei Verdacht auf inkorrekte Leistungsabrechnung oder Nichteinhaltung der Leistungsaufträge) ebenfalls prüfen. Dieser Aspekt wird mit einem neuen Finanzierungsmodell an Bedeutung gewinnen. In Deutschland sind bereits heute 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-Pflichtigkeit einer Leistung durch den Versicherer darf eine allfällige Zusatzversicherung der Patientin oder des Patienten keine Rolle spielen.
- Zwischen den Organen des Leistungseinkaufs und den vertrauensärztlichen Diensten in der OKP resp. der Zusatzversicherung dürfen keine Informationen, die für den jeweiligen Leistungseinkauf relevant sind, ausgetauscht werden.
- Mit einer Erhöhung der Transparenz bei den Leistungserbringern über die Kosten und Erträge aus dem Zusatzversicherungsgeschäft könnten unzulässige Verknüpfungen zwischen dem OKP- und dem Zusatzversicherungsgeschäft eher erkannt und verhindert werden.



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

Auch im Langzeitbereich und an den Schnittstellen zwischen medizinischer Akutversorgung und Pflege sind Fehlanreize zu beobachten. Diese sind im Gegensatz zu den Fehlanreizen in der Spitalfinanzierung tatsächlich auch durch die Finanzierung und nicht nur durch falsche 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.

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

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

Freundliche Grüsse

SCHWEIZERISCHE KONFERENZ DER KANTONALEN
GESUNDHEITSDIREKTORINNEN UND -DIREKTOREN

Der Präsident

Dr. Thomas Heiniger
Regierungsrat

Der Zentralsekretär

Michael Jordi



Kopie:

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



Envoi par courriel

Office fédéral de la santé publique
Division Prestations

abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Berne, le 28 juin 2018

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

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

Madame, Monsieur,

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

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

I Évaluation / prise de position générale

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

En effet :

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



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

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

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

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

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

Il y a deux raisons à cela.

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

CONFÉRENCE SUISSE DES DIRECTRICES ET
DIRECTEURS CANTONAUX DE LA SANTÉ

Le président

Thomas Heiniger
Conseiller d'État

Le secrétaire central

Michael Jordi



Copie

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