

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

13.9.2018

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

Sehr geehrte Damen und Herren

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

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

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

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

Die angesprochene Verlagerung zur ambulanten Versorgung führt zu einer Entlastung der Kantone und damit zu einer Senkung der steuerfinanzierten Anteile an den Leistungen nach KVG. Ein Rückgang des BDP Schweiz
www.bdp.info; mail@bdp.info

Vernehmlassung Monismus

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

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

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

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

Wir danken für die Prüfung und Berücksichtigung unserer Anliegen.

Mit freundlichen Grüßen



Martin Landolt
Parteipräsident BDP Schweiz



Rosmarie Quadranti
Fraktionspräsidentin BDP Schweiz

CVP Schweiz, Postfach, 3001 Bern

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

Bern, 14. September 2018

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

Sehr geehrte Damen und Herren

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

Allgemeine Bemerkungen

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

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

Die CVP unterstützt die Einführung der einheitlichen Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen (EFAS). Sie ist eine grundlegende Reform des Gesundheitssystems, die unbestrittene Fehlanreize behebt und die damit verbundene Fehl- und Überversorgung vermindert. Die CVP fordert, dass EFAS möglichst zeitnah eingeführt wird, damit die möglichen Kosteneinsparungen endlich realisiert und der Weg zu einer effizienten Gesundheitsversorgung geebnet werden kann.

Einheitliche Finanzierung des stationären und ambulanten Bereichs

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

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

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

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

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

Die Umstellung auf die einheitliche Finanzierung stellt zudem sicher, dass die steuer- und prämienfinanzierten Anteile an den OKP-Leistungen stabilisiert werden und sowohl Kantone wie auch Versicherer stärker auf eine sachgerechte Tarifierung der ambulanten und stationären Leistungen achten müssen. Des Weiteren würden mit EFAS integrierte Versorgungsmodelle noch attraktiver, weil durch die Kostenbeteiligung des Kantons die Prämien entsprechend gesenkt werden könnten. Damit wird die Integrierte Versorgung gestärkt.

Zahlstelle und Kostenteiler

Mit der vorliegenden Änderung des KVG sollen künftig einzig die Versicherer sowohl ambulante wie auch stationäre Leistungen vergüten. Die CVP begrüßt diese Änderung, da die Versicherer schon heute alle ambulanten Leistungen, d.h. ca. 75% des Prämienvolumens abrechnen und die Rechnungskontrolle eine Kernkompetenz der Versicherer darstellt.

Die CVP begrüßt zudem den landesweit einheitlichen minimalen Kostenbeitrag der Kantone, der mit EFAS vorgesehen ist. Dies entspricht der Logik der seit 1. Januar 2009 geltenden Spitalfinanzierung. Heute müssen die Kantone mindestens 55 Prozent der Spitalkosten finanzieren. Künftig sollen sie mindestens 25,5 Prozent aller Leistungen mitfinanzieren. Dabei ist zu beachten, dass es eine Übergangsfrist für Kantone geben muss und der Prozentsatz erst aufgrund vorliegender Zahlen definitiv festgelegt werden kann. Wir wollen keine Kostenverlagerung von Kassen zu Kantonen oder umgekehrt, sondern es soll gerade beim Start eine kostenneutrale Lösung sein.

Einspeisung öffentlicher Gelder

Die Kantone leisten ihren Beitrag künftig über die gemeinsame Einrichtung an die Krankenversicherer. Die Mehrheit der SGK-N schlägt vor, die Steuermittel proportional zu den effektiven Kosten des einzelnen Versicherers auszuschütten (kostenbasiertes Modell). Demgegenüber steht die Variante der Minderheit der SGK-N, welche eine pauschale Einspeisung pro Versicherte vorsieht, was in Verbindung mit dem Risikoausgleich zu einer risikogerechten Zuteilung an die Versicherer führt (risikobasiertes Modell). Beide Modelle schaffen einen Anreiz für die Verlagerung von stationär zu ambulant. Für die CVP ist wichtig, dass eine kostenbasierte Rückerstattung nicht dem Risikoausgleich zu wider läuft.

Fazit

Mit EFAS sind künftig nicht mehr die finanziellen Anreize für die Art der Behandlung massgebend, sondern sie einzig die medizinische Indikation. Dies verringert Fehlanreize und fördert die Integrierte Versorgung über die ganze Behandlungskette. Darin liegt ein erhebliches Einsparpotenzial bei gleichzeitiger Stärkung der Qualität. Patienten, die sowohl Steuer- wie auch Prämienzahler sind, werden mit EFAS finanziell entlastet. Um die sinnvolle und kostensparende Verlagerung in den ambulanten Bereich voranzutreiben, braucht es endlich eine einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen.

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit zur Stellungnahme und verbleiben mit freundlichen Grüßen.

CHRISTLICHDEMOKRATISCHE VOLKSPARTEI DER SCHWEIZ

Sig. Gerhard Pfister
Präsident der CVP Schweiz

Sig. Béatrice Wertli
Generalsekretärin CVP Schweiz

Commission de la sécurité sociale et
de la santé publique
3003 Berne

Berne, 11 septembre 2018 / nb
VL financement moniste

Par mail : abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Iv.pa. 09.528. Financement moniste des prestations de soins Prise de position du PLR.Les Libéraux-Radicaux

Madame, Monsieur,

Nous vous remercions de nous avoir donné la possibilité de nous exprimer dans le cadre de la consultation de l'objet mentionné ci-dessus. Vous trouverez ci-dessous notre position.

PLR.Les Libéraux-Radicaux accepte cet avant-projet de la commission de la sécurité sociale et de la santé publique (CSSS). Le progrès médical permet de réaliser toujours plus d'interventions en ambulatoire au lieu de stationnaire. Cette évolution est positive et doit être encouragée, sachant qu'une même opération coûte sensiblement moins cher en ambulatoire qu'en stationnaire. La Suisse doit combler son retard par rapport aux autres pays de l'OCDE, où une proportion bien plus importante des interventions est déjà réalisée en ambulatoire. Les économies potentielles sont estimées à un milliard de francs par an. Une mesure simple et concrète permettant de mitiger la hausse des coûts de la santé est donc sur la table. Dans ce contexte, on pourrait s'attendre à ce que tous les partis tirent à la même corde. Or, une minorité de gauche propose de ne pas entrer en matière sur cet avant-projet, pour des raisons qui échapperont aux payeurs de primes, les premiers bénéficiaires de cette réforme.

Oui au financement uniforme

Le stationnaire est aujourd'hui financé à 55% par les cantons et 45% par les assureurs, alors que ces derniers assument la totalité des coûts dans le secteur ambulatoire. Un transfert du stationnaire vers l'ambulatoire sans ajustement de la répartition du financement serait lourd de conséquences pour les payeurs de primes. Ceci a pour corollaire que les assureurs, qui veulent éviter que les primes ne prennent l'ascenseur, freinent le transfert vers l'ambulatoire: ils n'ont en effet intérêt à favoriser une intervention en ambulatoire que lorsque celle-ci est au minimum 55% moins onéreuse qu'une même prestation dans le domaine stationnaire. L'introduction d'un financement uniforme, grâce auquel cantons et assureurs contribueront dans des proportions similaires aux coûts des secteurs ambulatoire et stationnaire, permettra de remédier à ces distorsions et de réaliser les économies attendues. Le choix entre stationnaire et ambulatoire ne suivrait dès lors plus qu'une logique médicale et non financière.

Le PLR soutient la majorité de la CSSS-N sur l'ensemble de l'avant-projet, à l'exception de la question de l'injection des contributions cantonales (Art. 60a), où il privilégie la proposition de la minorité Humbel.

Contributions cantonales sous forme de montants forfaitaires (proposition de la minorité de la CSSS-N) – modèle basé sur les risques

La contribution cantonale aux coûts – fixées à 25,5% - doit être versée aux assureurs sous forme de somme forfaitaire par assuré. Cette variante a l'avantage de tenir uniquement compte de la compensation des risques et ne pas prendre en considération les coûts variables, administratifs ou générés par des inefficacités internes. Ce faisant, la contribution cantonale serait répartie de manière proportionnelle aux coûts moyens de chaque groupe de risque. Chaque assureur recevrait donc des montants similaires pour chacun de ces groupes. Ce modèle forfaitaire, basé sur le risque, inciterait par conséquent les assureurs à accroître leur efficacité en termes de coûts, ce qui se répercuterait positivement sur le montant des primes. Il apporterait une valeur ajoutée par rapport au modèle majoritaire de compensation des coûts, qui cimenterait la situation que connaît actuellement le domaine stationnaire: la contribution des cantons se basant sur les coûts finaux, les assureurs ont peu d'incitations à s'efforcer de minimiser les coûts globaux.

La formulation proposée par la minorité Humbel devrait cependant être revue. Une solution plus simple doit être trouvée. Elle pourrait ressembler à ceci:

Art. 60a (répartition basée sur le risque) NOUVEAU

¹ L'institution commune répartit la contribution cantonale et la contribution fédérale aux différents assureurs. Ce faisant, elle suit les principes de la compensation des risques selon les articles 16 – 17a.

² Pour les assurés qui ne sont pas compris dans la compensation des risques, le montant réparti correspond aux coûts moyens de ces assurés.

³ Le Conseil fédéral règle les détails.

Liens avec d'autres objets

Le PLR est sur le principe contre un pilotage du domaine ambulatoire par les cantons. Cependant, il est prêt à faire un pas dans cette direction, à condition seulement que le financement uniforme soit effectivement introduit. Dès lors, il est sensé de coupler les entrées en vigueur de l'objet [18.047](#) « LAMal. Admission des fournisseurs de prestations », qui prévoit d'octroyer des instruments aux cantons pour le pilotage du domaine ambulatoire, et du financement uniforme. Ce couplage doit être logiquement inscrit dans l'objet 18.047. Dans sa réponse de consultation sur l'admission des fournisseurs de prestations ([lien](#)), le PLR avait déjà fait cette proposition. D'un point de vue plus global, il convient de démêler les rôles multiples et de réduire les conflits d'intérêts des cantons: un modèle de gouvernance convenable doit être mis en place.

En vous remerciant de l'attention que vous porterez à nos arguments, nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos plus cordiales salutations.

PLR.Les Libéraux-Radicaux

La Présidente

Le Secrétaire général

Petra Gössi
Conseillère nationale

Samuel Lanz

Annexe

Formulaire

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

Avis donné par

Nom / société / organisation : PLR.Les Libéraux-Radicaux

Abréviation de la société / de l'organisation : PLR

Adresse : Neuengasse 20, 3001 Bern

Personne de référence : -

Téléphone : 031 320 35 35

Courriel : info@plr.ch

Date : 10.09.2018

Remarques importantes :

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

Nous vous remercions de votre collaboration!

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

Commentaires généraux sur le projet de révision et sur le rapport explicatif	
nom/société	Commentaire / observation
	Le PLR approuve cet avant-projet de la CSSS. Les motifs sont explicités dans la réponse de consultation
	A l'article 60a, il soutient la minorité Humbel, mais propose de simplifier la formulation.

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

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

Commentaires concernant les articles individuels du projet de la révision et leurs explications					
nom/ société	art.	al.	let.	commentaire / observation :	Proposition de modification (texte)
	60a			Suivre la minorité Humbel, mais reformuler le texte	<p>1 L'institution commune répartit la contribution cantonale et la contribution fédérale aux différents assureurs. Ce faisant, elle suit les principes de la compensation des risques selon les articles 16 – 17a.</p> <p>2 Pour les assurés qui ne sont pas compris dans la compensation des risques, le montant réparti correspond aux coûts moyens de ces assurés.</p> <p>3 Le Conseil fédéral règle les détails.</p>

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

PLR

Les Libéraux-Radicaux

Commission de la sécurité sociale et
de la santé publique
CH-3003 Bern

Lausanne, le 29 août 2018

Consultation fédérale – Réponse à l'initiative fédérale sur le financement moniste des prestations de soins par une révision de la LAMal (financement uniforme des prestations ambulatoires et des prestations avec hospitalisation).

Détermination du PLR.Les Libéraux-Radicaux Vaud

Mesdames, Messieurs,

Vous avez consulté le PLR.Les Libéraux-Radicaux Vaud (ci-après, PLR Vaud) sur le projet de modification de l'ordonnance citée en titre ; nous vous en remercions. Nous avons pris connaissance des différents documents mis à disposition et souhaitons vous transmettre notre position.

Préambule

Le PLR Vaud est d'accord avec la terminologie « **financement uniforme** » qui comprend à la fois le financement par les primes et celui par les recettes fiscales. Il est plus adéquat que le terme « moniste », qui peut prêter à confusion.

Remarques générales

Le PLR Vaud souscrit au passage du stationnaire vers l'ambulatoire, plus particulièrement pour la chirurgie. Cela est justifié à la fois pour des raisons de sécurité des patients, de réduction des hospitalisations et de coûts, moindres en ambulatoire qu'en stationnaire. Dès lors un nouveau mode de financement pour l'ambulatoire est justifié. La comparaison internationale (p.8 ch. 2.3) démontre cet état de fait.

Un changement de paradigme vers un financement uniforme est adéquat sur le principe, particulièrement pour l'ambulatoire. Il faudra toutefois être vigilant à ce que le canton ne s'expose pas à un risque d'augmentation des coûts, que soit à travers une augmentation non justifiée des actes ou des consultations. Attention également à ne pas glisser du système régulé actuel vers une étatisation de la médecine, toujours sous-jacente dans plusieurs propositions.

Remarques particulières

p.11 ch. 3.1.1 (champ d'application)

Le premier paragraphe n'est pas clair. Il nécessite d'être plus détaillé. Il serait aussi judicieux de préciser le but visé : une hausse moins rapide des coûts ou une stabilisation.

p.12.b ch. 3.1.2 (agent payeur et répartition des coûts)

Il est juste de supprimer les effets pervers du système actuel, mais cela implique que la part de la contribution cantonale devra être basée sur des chiffres récents. Il est aussi nécessaire de définir l'intervalle/temps que les cantons auront pour payer cette part.

p.13 ch. 3.1.3 et 3.1.4 (injection des fonds publics, avis majoritaire et minoritaire)

La coordination avec la compensation des risques est nécessaire, mais pour cela il faut disposer d'instruments de pilotage du secteur ambulatoire et avoir des précisons sur le système de la clause du besoin concernant l'engagement des médecins après la prolongation du moratoire actuel.

p.16 ch. 3.2.2 (réductions des primes)

Attention à ce que les enfants et les jeunes adultes ne soient pas défavorisés par le système, mais que nonobstant le principe de solidarité, ils aient des primes raisonnables.

De façon générale, il est juste de ne pas tout réviser à la fois, mais d'avoir une cohérence dans les décisions prises. Le patient ne doit pas non plus être déresponsabilisé. Le contrôle des factures ne doit pas lui échapper (maintien le plus possible du tiers-garant).

Commentaires par article

Art 16, al 3bis : article justifié pour ne pas créer de double indemnisation.

Art 18 al 2 sexiès : attention à respecter les principes du « qui commande paie ».

Art 18 al.5 : pas de commentaire, à ce stade.

Art 25a al.2 : les soins de longue durée devraient faire l'objet d'une réglementation particulière.

Art 41 : il faut connaître les conséquences du maintien avant de pouvoir comprendre ce qu'il implique.

Al 4 : comment va-ton appliquer cela ?

Al 5 : comment définir le point d'attache ou non avec la Suisse ?

Art 42 : attention à la responsabilisation des patients. Il est important que des solutions de tiers garants restent possibles et soient privilégiées dans la majeure partie des cas.

PLR

Les Libéraux-Radicaux

Art 49 a : même remarque que pour l'art.41. Il faut maintenir une différence entre les hôpitaux répertoriés (listés) et ceux conventionnés pour le stationnaire, car on n'en connaît pas les conséquences financières. Toutefois, l'entrée en matière est justifiée pour l'ambulatoire.

Art 51 la 1. : pas de commentaire, à ce stade.

Art 60 al.6 : attention aux conséquences du calcul de la contribution cantonale, notamment à la fixation des détails par le Conseil fédéral en regard de la marge de manœuvre pour le canton.

Art 60a : il n'est pas souhaitable que la part cantonale soit injectée via la réduction individuelle des primes ou par des prestations d'intérêt général (PIG) : Cela va créer une « usine à gaz » administrative alors qu'il faut tendre à la simplification du système.

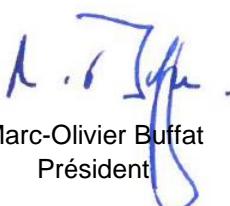
Art 60a al.6 : attention aux conséquences du calcul de la contribution cantonale, notamment à la fixation des détails par le Conseil fédéral.

Art 79a : pas de commentaire, à ce stade.

En conclusion

Le PLR Vaud estime que ce projet va dans le bon sens sur la question du principe. Il reste toutefois beaucoup de points à affiner (voir les commentaires ci-dessus).

En vous remerciant de l'attention que vous portez à nos propositions, nous vous prions de croire, Madame, Monsieur, à l'expression de notre considération.



Marc-Olivier Buffat
Président



Laurine Jobin
Secrétaire générale



Grünliberale Partei Schweiz
Monbijoustrasse 30, 3011 Bern

Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates
3003 Bern

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

13. September 2018
Ihr Kontakt: Ahmet Kut, Geschäftsführer der Bundeshausfraktion, Tel. +41 31 311 33 03, E-Mail: schweiz@grunliberale.ch

Stellungnahme der Grünlberalen zu Pa.Iv. 09.528 «Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus»

Sehr geehrter Herr Präsident
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir bedanken uns für die Vorlage und den Erläuternden Bericht zu Pa.Iv. 09.528 «Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus».

Unsere Stellungnahme können Sie im Einzelnen dem ausgefüllten Formular auf den folgenden Seiten entnehmen.

Wir danken Ihnen für die Gelegenheit zur Stellungnahme und die Prüfung unserer Anmerkungen und Vorschläge.

Bei Fragen dazu stehen Ihnen die Unterzeichnenden sowie unser zuständiges Kommissionsmitglied, Nationalrat Thomas Weibel, gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Jürg Grossen
Parteipräsident

Ahmet Kut
Geschäftsführer der Bundeshausfraktion

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

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Grünliberale Partei Schweiz

Abkürzung der Firma / Organisation : glp

Adresse : Monbijoustrasse 30, 3011 Bern

Kontaktperson : Ahmet Kut, Geschäftsführer der Bundeshausfraktion

Telefon : 079 560 56 63

E-Mail : ahmet.kut@parl.ch

Datum : 13. September 2018

Wichtige Hinweise:

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

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

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
glp	<p>Die Grünlberalnen stimmen der Vorlage zu und begrüssen, dass medizinische Leistungen im ambulanten und stationären Bereich künftig einheitlich von den Kantonen und Krankenkassen finanziert werden sollen (im Folgenden "EFAS"). Sie haben die Einführung von EFAS bereits in einem Vorstoss gefordert (18.3295 Motion der Grünlberalen Fraktion "Einheitliche Finanzierung von stationären und ambulanten Leistungen").</p> <p>Stationär durchgeführte Behandlungen verursachen wesentlich höhere Kosten als ambulante. Bei einer konsequenten Umsetzung des Grundsatzes "ambulant vor stationär" ist daher mit bedeutenden Einsparungen für das gesamte Versorgungssystem zu rechnen. Falsch gesetzte Anreize im Finanzierungssystem stehen dem aber heute entgegen: Werden medizinische Eingriffe ambulant vorgenommen, bezahlt das die Krankenkasse allein. Wird derselbe Eingriff stationär vorgenommen, kommt das die Krankenkassen trotz der höheren Behandlungskosten häufig billiger, weil der Kanton 55 Prozent der Behandlungskosten übernimmt. Mit einer einheitlichen Finanzierung der ambulanten und stationären Leistungen durch Kantone und Krankenkassen würde dieser Fehlanreiz beseitigt. Gleichzeitig würde der Schaffung bzw. Beibehaltung kostentreibender Überkapazitäten im stationären Bereich entgegengewirkt.</p> <p>Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die koordinierte bzw. integrierte Versorgung der Versicherten, die von EFAS profitieren würde. Sie trägt dazu bei, unnötige Spitalaufenthalte zu vermeiden, beispielsweise durch rechtzeitige ambulante Behandlungen, was zu einer Verbesserung der Qualität bei gleichzeitiger Reduktion der Gesamtkosten führt. Die heute unterschiedliche Finanzierung von stationären und ambulanten Leistungen führt jedoch dazu, dass die Versicherten von Einsparungen im stationären Bereich nicht direkt profitieren, aber allfällige zusätzliche Kosten im ambulanten Bereich über die Prämien vollständig mittragen müssen. Die Kostenvorteile der koordinierten Versorgung werden damit nicht voll prämienwirksam, was ihre Attraktivität reduziert. Mit EFAS würde dieser Mangel behoben.</p>
glp	<p>Die Einführung von EFAS ist wichtig, genügt aber nicht. Weiterhin dringlich ist eine einheitliche und sachgerechte Tarifierung nicht nur im stationären Bereich, sondern auch im ambulanten Bereich. Der Bundesrat hat noch für dieses Jahr die Vernehmlassung zu einem ersten Kostendämpfungsprogramm angekündigt, das auch Massnahmen im Bereich der Tarife umfassen soll. Eine Expertengruppe unter der Leitung von Alt Ständerätin Verena Diener (glp) hatte entsprechende Massnahmen vorgeschlagen. Die Grünlberalen erwarten, dass der Bundesrat rasch vorwärts macht und den vorgezeichneten Weg konsequent weitergeht.</p>
glp	<p>Die Grünlberalen begrüssen, dass EFAS derart ausgestaltet werden soll, dass der Beitrag der Kantone insgesamt unverändert bleibt. Beim Kantonsbeitrag handelt es sich um einen Mindestbetrag, höhere Beiträge sind damit möglich.</p>
glp	<p>Die Kantone verlangen, dass sie das Versorgungsangebot im ambulanten Bereich beeinflussen können, wenn sie die ambulanten Leistungen mitfinanzieren müssen. Dieses Anliegen ist grundsätzlich berechtigt und soll bei den weiteren Arbeiten berücksichtigt werden. Die Grünlberalen unterstützen daher bei Ziffer II Absatz 2 die Kommissionsminderheit, welche verlangt, dass das Inkrafttreten der Vorlage vom Inkrafttreten einer Nachfolgeregelung zu Artikel 55a KVG abhängig sein soll. Der Bundesrat hat am 9. Mai 2018 seinen Entwurf zu einer solchen Nachfolgeregelung an das Parlament überwiesen (18.047 KVG. Zulassung von Leistungserbringern). Die Grünlberalen möchten die beiden Vorlagen nicht formell verknüpfen. Es geht vielmehr um einen politischen Konnex, der es den Kantonen ermöglichen soll, EFAS mitzutragen. Die SGK-N hat ein erstes wichtiges Zeichen gesetzt, indem sie ohne Gegenstimmen auf die Vorlage des Bundesrates eingetreten ist und zudem beantragt hat, die Geltung der aktuellen Zulassungsbeschränkung bis zum 30. Juni 2021 zu verlängern, damit die Übergangszeit bis zu einer definitiven Regelung abgedeckt werden kann.</p>

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

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

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
glp	16 60a	3bis		<p>Bei Artikel 16 Absatz 3bis und Artikel 60a beantragt eine Kommissionsminderheit, den Kantonsbeitrag als Pauschalbetrag pro versicherte Person auf die einzelnen Versicherer aufzuteilen. Dieses Modell vergrössert den Anreiz für die Versicherer, innovativ zu sein und Kosten zu sparen, da Kosteneinsparungen mit EFAS sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich prämienwirksam sind und damit einen Wettbewerbsvorteil bieten. In der Fassung der Kommissionsmehrheit, die für die Berechnung des Kantonsbeitrags auf die effektiven Kosten abstellt, fehlt dieser Anreiz.</p> <p>Dieses Modell hat zudem den Vorteil, dass die Administration der Kantonsbeiträge einfacher ist.</p>	gemäss Kommissionsminderheit
glp	18	20cties		<p>Bei Artikel 18 Absatz 20cties beantragt eine Kommissionsminderheit eine Konkretisierung der weiteren Aufgaben der gemeinsamen Einrichtung nach Artikel 18 KVG, welche diese gegen Entschädigung von den Kantonen übernehmen kann. So soll die gemeinsame Einrichtung "namentlich" die Daten kontrollieren, welche die Versicherer den Kantonen für die Berechnung des Kantonsbeitrags liefern. Die Möglichkeit der Rechnungskontrolle ist eine Forderung der Kantone.</p> <p>Die Grünliberalen lehnen die Fassung der Kommissionsminderheit ab, da sie unnötig ist. Die Formulierung gemäss der Kommissionsmehrheit ("weitere Vollzugsaufgaben") ist offen und kann auch die Rechnungskontrolle umfassen.</p> <p>Die Frage der Rechnungskontrolle ist für die Grünliberalen wichtig, soll aber separat angegangen werden. Es wird diesbezüglich auf die Motion der Grünliberalen Fraktion "Unabhängige Rechnungskontrolle zur Vermeidung unnötiger Leistungen im Gesundheitswesen" verwiesen (18.3296).</p>	gemäss Kommissionsmehrheit

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

glp	49a		<p>Eine Kommissionsminderheit verlangt, dass die Versicherer aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung wie bisher höchstens 45% der Kosten der Leistungen von Vertragsspitälern- und -geburtshäusern vergüten und nicht neu 74.5%, wie es die Kommissionsmehrheit vorschlägt und dem Betrag entspricht, den die Versicherer nach Berücksichtigung des Kantonsanteils bei einem Listenspital übernehmen müssten.</p> <p>Die Grünliberalen lehnen den Minderheitsantrag ab. Es soll für die Versicherer einen Anreiz geben, entsprechende Verträge abzuschliessen. Der Wettbewerb ist zu verstärken.</p>	gemäss Kommissionsmehrheit
-----	-----	--	--	----------------------------

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

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

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
glp		<p>Die Grünliberalen erwarten, dass der Bundesrat die Einführung von EFAS, insbesondere in der Anfangsphase, genau beobachtet und rasch Gegenmassnahmen ergreift bzw. vorschlägt, falls es zu unerwünschten Entwicklungen kommen sollte.</p>	
glp		<p>Die Grünliberalen fordern generell mehr Transparenz im Gesundheitswesen. Man hat nach wie vor nicht genügende Daten über das Gesundheitswesen, um falsche Anreize, Ineffizienzen und unnötige Leistungen identifizieren und beseitigen zu können. Die Grünliberalen unterstützen daher die Massnahme M04 "Schaffung notwendiger Transparenz", welche die Expertenkommission Diener vorgeschlagen hat. Der Bundesrat hat angekündigt, die Frage der Transparenz in einem zweiten Paket mit Kostendämpfungsmassnahmen anzugehen. Diese Arbeiten sind zügig voranzutreiben.</p>	
glp		<p>Mehr Transparenz im Gesundheitswesen wird es unter anderem erleichtern, Fehlanreize zu beseitigen, welche durch die Verknüpfung der vertraglichen Vereinbarungen der Tarifpartner im Grundversicherungs- und Zusatzversicherungsbereich geschaffen werden. Gemäss dem Erläuternden Bericht teilt die SGK-N dieses Anliegen, verneint aber einen gesetzgeberischen Handlungsbedarf (Ziff. 3.3. dritter Spiegelstrich).</p> <p>Die Beseitigung dieser Fehlanreize entspricht auch einer Forderung der Kantone, die eine stärkere Trennung von Grund- und Zusatzversicherung verlangen. So solle etwa bei der Beurteilung der OKP-Pflichtigkeit einer Leistung durch den Versicherer eine allfällige Zusatzversicherung keine Rolle spielen.</p> <p>Die Grünliberalen erwarten, dass diese Fehlanreize konsequent beseitigt werden, und fordern die SGK-N auf, im Rahmen der Auswertung der vorliegenden Vernehmlassung nochmals zu überprüfen, ob die vom BAG und der FINMA bislang unternommenen Schritte genügen oder ob nicht doch ein gesetzgeberischer Handlungsbedarf besteht.</p>	

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

Avis donné par

Nom / société / organisation : Parti socialiste suisse

Abréviation de la société / de l'organisation : PS

Adresse : Theaterplatz 4, Case Postale, 3011 Bern

Personne de référence : Jacques Tissot

Téléphone : 031 329 69 62

Courriel : jacques.tissot@pssuisse.ch

Date : 14 septembre 2018

Remarques importantes :

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

Nous vous remercions de votre collaboration!

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

Commentaires généraux sur le projet de révision et sur le rapport explicatif	
nom/société	Commentaire / observation
PS	<p>Nous vous remercions d'avoir sollicité notre prise de position concernant l'avant-projet de mise en œuvre de l'initiative parlementaire 09.528 et de nous avoir transmis les documents y afférents. Nous tenons à exprimer ici une critique formelle à l'égard du rapport explicatif : il eût été utile, pour une meilleure compréhension et pour ne pas devoir à chaque fois se rapporter au chapitre 3.1.4, d'inscrire au chapitre 4 relatif au commentaire des dispositions les explications quant aux propositions minoritaires.</p> <p>Sur le principe, le Parti socialiste suisse (PS) est en faveur d'un financement uniforme des prestations de santé. En 2009 déjà, il avait déposé une motion pour l'uniformisation des financements des prestations de l'assurance-maladie obligatoire (09.3535). Celle-ci avait été adoptée par le Parlement et l'on attend depuis sa mise en œuvre. Le PS est d'avis qu'il y a une nécessité de simplifier les flux financiers dans le système de santé suisse. Il est certain que les différences entre le financement des domaines stationnaires et ambulatoires génèrent des incitatifs négatifs. Nonobstant, la voie choisie par la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N) n'est pas acceptable aux yeux du PS. De fait, la majorité de droite de la commission a l'intention de confier aux assureurs le rôle d'agent payeur si bien que les cantons devraient leur verser de manière forfaitaire leur participation financière sans qu'ils ne puissent exercer plus aucun contrôle démocratique sur l'utilisation des deniers publics. Ainsi, les cantons signeraient un chèque en blanc aux 52 assureurs privés encore actifs dans l'assurance obligatoire des soins (AOS), lesquels géreraient à eux seuls les 30 milliards de francs que vaut aujourd'hui la LAMal. En l'état, le PS s'oppose frontalement au dessein de la droite bourgeoise. Dans les faits, il s'agit d'affaiblir considérablement le rôle des pouvoirs publics dans la gestion du système de santé suisse, et plus particulièrement de l'approvisionnement en soins. Avec la solution proposée, les caisses-maladie disposeraient d'un pouvoir considérable en la matière. Elle saperait en outre l'efficacité de tous les instruments dont disposent les cantons pour mieux maîtriser la hausse des coûts – ceux des budgets globaux ou encore de la planification hospitalière, par exemple.</p>
PS	<p>L'an dernier, le PS a réaffirmé dans un papier de position son engagement ferme en faveur d'un système de santé publique solide¹. Il a eu l'occasion d'y dénoncer l'économisation et la privatisation du secteur de la santé comme facteurs essentiellement responsables de la hausse des coûts et des primes. En guise de contre-mesure, le PS revendique la mise en place d'une gestion forte du système de santé par l'Etat afin de reprendre le dessus sur l'évolution des dépenses et de neutraliser les acteurs simplement mis par l'appât du gain. Soulignons que l'avant-projet en question constitue tout sauf un renforcement du rôle des cantons et que les caisses-maladie sont sur le point de s'arroger de plus en plus de compétences en matière de politique de la santé. Paradoxalement, la droite bourgeoise ne cesse de mettre en cause le "rôle multiple" joué par les cantons, ce qui serait impropre à un système concurrentiel ; or ces mêmes personnes sont en train de transférer cette étiquette aux assureurs. Il n'est pas envisageable pour le PS que des acteurs privés reçoivent autant de pouvoirs dans le cadre d'une assurance sociale et qu'ils brassent des</p>

¹ Cf. Papier de position du PS Suisse, *Une concurrence qui coûte cher. Pour un système de santé publique solide*, papier approuvé par l'Assemblée des Délégués le 24 juin 2017 à Fribourg : https://www.sp-ps.ch/sites/default/files/documents/internetvorlage_gesundheitspapier_f_0.pdf

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

	sommes aussi importantes provenant de l'impôt. Au demeurant, l'avant-projet de la commission remet profondément en question le mandat constitutionnel de l'art. 117a attribuant à la Confédération et aux cantons les compétences nécessaires en matière d'approvisionnement en soins médicaux de base et, partant, les instruments dont ils doivent disposer pour exercer leurs tâches respectives. Le PS déplore le fait que la commission n'ait pas procédé à une analyse sur la constitutionnalité de la réglementation à l'aune dudit article.
PS	Au niveau de la maîtrise des coûts, le PS a déjà à maintes reprises exigé que diverses mesures fussent mises en place. En premier lieu, il faut réduire et annihiler les incitatifs négatifs favorisant l'augmentation du volume des prestations ou maintenant des tarifications inadéquates. En outre, il serait grand temps qu'une solution durable fût adoptée pour gérer l'admission des fournisseurs de prestations – plus particulièrement des médecins – dans le domaine ambulatoire. Cela fait des années que la droite bourgeoise – tenue en laisse par les caisses-maladie – reste volontairement indifférente et amorphe face à la hausse des primes incessantes. Le PS n'est pas prêt d'entrer en matière sur le présent avant-projet tant qu'une solution durable satisfaisante allant dans le sens de ce qu'a proposé le Conseil fédéral avec le projet de révision de la LAMal 18.047 . Il n'est pas imaginable de contraindre les cantons à verser une contribution aux assureurs sans qu'ils ne disposent d'instruments efficaces pour piloter l'approvisionnement en soins et qu'ils n'aient leur mot à dire. Si nécessaire, le PS est prêt à jeter toute son énergie dans la bataille contre le diktat des caisses. Au demeurant, tous les signes laissent entendre actuellement que la majorité de droite de la commission n'affiche aucune volonté de faire avancer le dossier et que ce dernier risque fort bien de se solder par un échec.
PS	En fait, le PS soutient pleinement le premier des objectifs principaux poursuivis par l'avant-projet de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N). Ainsi, la CSSS-N entend mieux exploiter le potentiel du transfert de prestations du secteur stationnaire au secteur ambulatoire lorsque cela est judicieux du point de vue médical. De l'avis de la majorité de la commission, le financement moniste devrait favoriser le développement des soins intégrés si bien que l'on devrait moins recourir à des interventions stationnaires. Le domaine ambulatoire étant généralement moins coûteux, la hausse des coûts devrait être mieux maîtrisée. Or pour atteindre pareil objectif, des instruments simples, efficaces et éprouvés peuvent être mis en place. Le Département fédéral de l'Intérieur (DFI) a décidé d'élaborer une liste des interventions qui devraient uniquement être effectuées en ambulatoire. La nouvelle réglementation entrera en vigueur dès le début de l'année 2019. Ladite liste fixe un socle minimal qui devrait être étendu à d'autres prestations qui pourraient être fournies dans le domaine ambulatoire lorsque cela est médicalement indiqué. De même, le renforcement de la médecine de famille contribuerait à l'implantation d'une meilleure coordination des soins, améliorerait la qualité sur toute la chaîne de traitements et, partant, ferait baisser le nombre d'hospitalisations. L'avant-projet de la commission ne contient aucune mesure de ce type. Il se résume à un simple transfert des recettes fiscales cantonales aux assureurs.
PS	Le deuxième objectif consiste à stabiliser les parts respectives du financement des prestations de l'AOS assumées par les cantons et les caisses-maladie. Il sied de relever ici que les patient-e-s en Suisse assument aujourd'hui déjà une part considérable du financement des soins et que cette dernière a fortement crû ces dernières années. Selon la statistique de l'OCDE, la Suisse se démarque par une participation de la population aux dépenses de la santé relativement élevée en comparaison internationale. Celle-ci s'élève aujourd'hui à 29,6 pour-cent, bien plus qu'en France (9,8%), en Allemagne (12%) ou encore aux Pays-Bas (11,2%) – ces derniers ayant un système de santé comparable avec la Suisse. Cet indicateur est corrélé avec la proportion des personnes qui renoncent aux soins pour des raisons financières. Selon l'enquête de l'Observatoire suisse de la

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

	santé, la part d'assuré-e-s ayant renoncé aux soins pour des raisons financières est passée de 10,3 à 22,5% entre 2010 et 2016. ² De ce point de vue-là, le PS juge indispensable qu'une part supérieure des dépenses totales de la santé soit financée par l'Etat afin de décharger les patient-e-s.
PS	Troisièmement, la CSSS-N souhaite inciter les agents de financement à instaurer une tarification adéquate des prestations fournies dans les deux secteurs. Cet objectif est louable aux yeux du PS, nonobstant nous jugeons que l'instauration d'un financement moniste tel que prévu par la commission ne changera rien aux problèmes actuels puisque l'avant-projet touche uniquement à la manière de financer les prestations, et non à leur tarification. Dans les faits, les constructions tarifaires TARMED et SwissDRG génèrent de mauvaises incitations dans le sens qu'ils favorisent un sur-approvisionnement en soins, la fourniture de traitements inutiles et la sélection de patient-e-s lucratifs/ves. Le PS revendique la mise sur place de modèles de remboursement qui favorisent la coopération, la coordination et la prévention. Or, le financement moniste préconisé par la commission ne rectifiera pas la situation actuelle et n'encouragera point la révision de Tarmed. La mise sur pied d'une organisation tarifaire nationale est devenue inéluctable pour contraindre les partenaires tarifaires à développer, adapter et actualiser constamment les structures tarifaires du domaine ambulatoire.
PS	L'avant-projet de la CSSS-N se veut globalement neutre au niveau des coûts. Pour ce faire, la commission prévoit de fixer la contribution cantonale à 25,5% des prestations nettes des assureurs. Le reste serait pris en charge par ces derniers. Pour établir cette clé de répartition, la CSSS-N s'est penchée sur une analyse spéciale de l'Office fédéral de la statistique (OFS), qui a calculé les subventions des cantons et des communes à des hôpitaux de soins aigus, à des cliniques psychiatriques, à des cliniques de réadaptation ainsi qu'à d'autres cliniques spécialisées (hors prestations d'intérêt général). Les années 2012 à 2015 ont été prises en compte, puis les subventions ont été extrapolées de manière à atteindre la part de financement de 55% pour le secteur hospitalier étant donné que tous les cantons ne finançaient pas encore la part due dans le cadre du nouveau financement hospitalier. Ainsi, selon les calculs de l'OFS, l'Etat aurait subventionné la LAMal à hauteur d'un montant compris entre 7,3 et 7,7 milliards de francs durant la période étudiée (soit environ 10% des recettes fiscales cantonales). Cela correspondrait à une part moyenne de financement public de 25,5%, part qui devrait être reprise dans le cadre du financement uniforme. La Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) a émis des doutes quant au calcul effectué par l'OFS. Selon les cantons, les chiffres avancés ne seraient pas vérifiables, ce qui ne facilite pas l'appréciation des conséquences financières de l'avant-projet. En soi, cela est le signe que ce dernier n'est pas suffisamment abouti en l'état. Il y aurait lieu d'établir une base de calcul commune et de procéder à une analyse approfondie des conséquences financières pour les acteurs concernés. Quoiqu'il en soit, le PS milite en faveur d'une augmentation de la part de financement assumée par les impôts afin de réduire la part prise en charge par les primes de l'assurance-maladie, qui, elles, sont antisociales. Toujours au niveau des conséquences financières, le PS s'étonne du fait que le rapport ne décrive pas les conséquences financières pour les assureurs. La commission se contente uniquement de mentionner que l'institution commune visée à l'art. 18 LAMal subira des frais supplémentaires en raison de sa nouvelle tâche consistant à répartir les parts de financement cantonales. Or, cette tâche devra être financée par

² Cf. Clémence Merçay, *Expérience de la population âgée de 18 ans et plus avec le système de santé – Situation en Suisse et comparaison internationale*, Analyse de l'International Health Policy Survey 2016 du Commonwealth Fund sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), Obsan, 2016 (https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2016/obsan_dossier_56_0.pdf, consulté le 6 juillet 2018)

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

	<p>les assureurs, ce qui induira vraisemblablement une hausse des primes pour les assuré-e-s.</p> <p>Pour ce qui est des conséquences sur l'état du personnel, le PS estime qu'il est en outre indécent de laisser entendre que les cantons pourraient être amenés à licencier du personnel et à faire ainsi des économies en échange de la suppression du contrôle des factures. Le rapport explicatif ne fournit aucune précision à ce sujet, ce qui est tout à fait regrettable.</p>
PS	<p>De surcroît, le PS manifeste sa forte désapprobation à l'égard de l'allègement des assurances complémentaires et du renforcement des hôpitaux et des maisons de naissance conventionnés. Les cliniques privées ne figurant pas sur la liste hospitalière établie par les cantons recevront ainsi davantage d'argent de l'AOS puisqu'elles jouiront elles aussi de l'augmentation de la contribution de la LAMal aux soins de 45 à 74,5%. Le PS tient à relever qu'il s'agira de la deuxième fois après l'introduction du nouveau financement hospitalier en 2012 et en l'espace de quelques années que les hôpitaux privés et les assurances complémentaires profiteront d'une réforme sur le dos des assuré-e-s et de l'assurance de base. Au surplus, l'efficacité de la planification hospitalière cantonale est gravement affaiblie, ce qui n'est pas acceptable au vu des l'évolution des dépenses de la santé. Il faut en effet s'attendre à ce que le volume des prestations et les capacités se démultiplient, ce qui provoquera immanquablement un nouveau choc de primes.</p>
PS	<p>Un autre élément inacceptable aux yeux du PS est l'augmentation annoncée de la participation aux coûts des assuré-e-s. Cet effet est dû au fait que ces derniers ne paient actuellement aucun pourcentage sur la part des prestations stationnaires assumées par les cantons, mais uniquement sur la part prise en charge par les assureurs. Désormais, comme les assureurs financeront directement l'ensemble des coûts, le montant sur lequel est calculée la participation aux coûts des assuré-e-s (quote-part) augmentera. La commission part de l'idée que cela ne devrait pas avoir de conséquences pour les assuré-e-s puisque les primes devraient diminuer en contrepartie d'une plus forte participation aux coûts. Or, nul ne peut aujourd'hui s'attendre à ce qu'à l'avenir les primes de l'assurance-maladie ne cessent de croître en raison de l'évolution démographique, du progrès technique et – en ce qui concerne le présent avant-projet – de l'augmentation probable du volume de prestations, lequel découlera de l'effet décrit dans notre remarque précédente. Au demeurant, l'on ne peut tolérer une nouvelle hausse de la participation des assuré-e-s compte tenu du fait que celle-ci figure déjà parmi les plus élevées en comparaison internationale.</p>
PS	<p>Enfin, en ce qui concerne la répartition des parts de financement cantonale, deux modèles sont sur la table des discussions. Le PS regrette que le rapport explicatif ne livre aucune comparaison des deux modèles et ne présente pas de manière détaillée leurs avantages et inconvénients respectifs. Nonobstant, nous considérons que les deux modèles présentent des désavantages et ne sont pas envisageables à ce stade.</p> <p>Le principal défaut de la variante basée sur les coûts réside dans le fait que les assureurs reçoivent la contribution cantonale quelle que soit la qualité de leurs services. Le modèle basé sur les risques serait problématique d'un point de vue financier et institutionnel, mais également de la transparence des coûts, puisque les contributions cantonales ne seraient pas réparties selon les factures effectives des prestations fournies, mais selon une probabilité que ces coûts pourraient être dus. De l'avis du PS, la prise en charge intégrée des patient-e-s doit être encouragée et atteinte par une autre voie qu'au travers de pures incitatifs économiques.</p>

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

PS	Pour toutes les raisons invoquées dans ces remarques générales, le PS n'est pas disposé à entrer en matière sur ce projet. A ce titre, il soutient la minorité Gysi.
----	--

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

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

Commentaires concernant les articles individuels du projet de la révision et leurs explications					
nom/ société	art.	al.	let.	commentaire / observation :	Proposition de modification (texte)
PS	18 et 42	2 ^{octies} 3		<p>De l'avis du PS, il est primordial que les cantons conservent des instruments de contrôle pour vérifier les factures. Ce droit de regard est essentiel pour le domaine stationnaire en vue, notamment, d'une planification hospitalière adéquate. Il a également toute son importance pour le domaine ambulatoire. Les cantons se doivent d'assumer leur responsabilité financière qui consiste à garantir en tout temps l'utilisation efficace de l'argent du contribuable et de le démontrer au public. A cet effet, il faut établir la transparence totale relative aux données sur les coûts et les prestations et leur donner la possibilité de consulter les factures dans un délai raisonnable. Au surplus, les cantons ont le devoir de veiller au respect des critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité (EAE). Dans cet esprit, le PS apporte son soutien ferme à la minorité Carobbio Guscetti, Feri Yvonne, Gysi, Häslar, Heim, Ruiz Rebecca, Schenker Silvia. Il privilégie en revanche la variante dans laquelle ce contrôle peut être exercé au sein d'un organe dans lequel assureurs et cantons seraient représentés.</p>	
PS	49a			<p>Le PS s'oppose avec vigueur à ces adaptations. Cet article règle la rémunération des hôpitaux qui ne font pas partie de la planification hospitalière cantonale, mais avec lesquels les assureurs peuvent conclure des conventions si ceux-ci remplissent les conditions d'admission. Ainsi, les assureurs peuvent rémunérer les prestations fournies par les hôpitaux et maisons de naissance conventionnés sur les fonds de l'AOS. Dans le droit actuel, ils paient ces fournisseurs de prestations</p>	

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

				jusqu'à 45% de la rémunération tandis que le reste est pris en charge par les patient-e-s ou une éventuelle assurance complémentaire. La majorité de la commission souhaite adapter la contribution de l'AOS à la nouvelle clé de répartition. Cela signifie que les assureurs pourront rémunérer les prestations jusqu'à 74,5% de la rémunération d'un hôpital répertorié. En d'autres termes, les assurances complémentaires seront déchargées aux dépens de l'assurance de base. Les assuré-e-s aisés au bénéfice d'une telle assurance paieront des primes plus basses sur le dos des personnes les plus pauvres – avant tout celles qui ne peuvent se permettre de conclure une assurance complémentaire. Enfin les hôpitaux privés gagneront du terrain puisque l'instrument de la planification hospitalière cantonale sera considérablement affaibli. A terme, la présence d'un plus grand nombre d'hôpitaux fera exploser les primes de l'assurance de base en raison d'une augmentation probable du volume de prestations et des capacités. Ces nouvelles dispositions sont absolument inacceptables pour le PS. Partant, nous soutenons la minorité Gysi, Carobbio Gusetti, Feri Yvonne, Häslar, Heim, Ruiz Rebecca, Schenker Silvia pour conserver la contribution de l'AOS actuelle. En fait, ces fournisseurs de prestations conventionnés ne devraient aucunement toucher des fonds provenant des primes de la LAMal.	
PS	60 79a	3		Le droit de recours contre des tiers responsables dont il est question à cet article avait été accordé aux cantons dans le cadre du nouveau financement hospitalier, entré en vigueur en 2012. Cela devait d'éviter que le contribuable supporte une partie des dommages-intérêts et que des tiers responsables bénéficient d'un allègement financé par les recettes fiscales. Le présent avant-projet de la CSSS-N souhaite à nouveau priver les cantons de ce droit de recours direct au motif que ces derniers « ne cofinancent plus directement des prestations mais versent leur contribution aux assureurs ». Ainsi, les cantons profiteraient	

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

				uniquement des recours déposés par les assureurs, selon leur gré. Cette modification est inacceptable et témoigne de la volonté de la droite bourgeoise de priver peu à peu les cantons de leurs instruments de gestion de l'assurance-maladie sociale.	
PS	Ch. II	al. 2		<p>L'avant-projet de la commission prévoit d'attribuer au Conseil fédéral la compétence de fixer la date d'entrée en vigueur du financement moniste. Nous considérons que l'avant-projet ne devrait en aucun cas entrer en vigueur avant qu'une solution durable pour gérer l'admission des fournisseurs de prestations dans le domaine ambulatoire ne fût adoptée et mise en œuvre dans le sens de l'objet du Conseil fédéral (18.047). Pour le PS, il est essentiel que ce dernier entre en vigueur le plus rapidement possible afin d'enfin offrir aux cantons un instrument efficace de maîtrise de la hausse des coûts. Dans cet esprit, le PS soutient la minorité Carobbio Guscetti, Feri Yvonne, Gysi, Heim, Ruiz Rebecca, Schenker Silvia.</p> <p>En outre, il conviendrait d'examiner l'introduction d'une période transitoire de trois, voire cinq ans afin de permettre aux acteurs concernés d'adapter leurs structures et de prendre les mesures requises pour assurer la mise en œuvre de la réglementation.</p>	

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

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

Autres propositions			
Nom/société	Art.	Commentaire / observation	Proposition de texte
PS	25a, al. 2	<p>La réglementation en vigueur des soins aigus et de transition sont le fruit d'un compromis politique. Ces soins doivent permettre aux patient-e-s de pouvoir mener à nouveau une vie à la maison et de se soigner de manière autonome. Par le passé, la formulation plutôt floue de l'article a déjà été critiquée, notamment en vue de la prise en charge des coûts d'hébergement. La durée maximale de deux semaines devrait être revue à la hausse car elle ne répond guère aux besoins médicaux, si bien que les soins aigus et de transition ne sont pas suffisamment prescrits. La loi devrait prévoir quatre semaines avec une possibilité de prolongation en cas de besoin médical avéré.</p>	

Abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Bern, 14. September 2018

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

Vernehmlassungsantwort der Schweizerischen Volkspartei (SVP)

Sehr geehrter Herr Kommissionspräsident

Die SVP begrüßt die Bestrebungen der nationalrätslichen Gesundheitskommission, im Gesundheitswesen endlich eine einheitliche Finanzierung einzuführen. Nur wenn im gesamten Gesundheitsbereich die Kostenträger identisch sind, kann erreicht werden, dass alleine der medizinische und nicht mehr der finanzielle Aspekt eine Rolle spielt, wenn es um die Behandlungsart geht.

Um das Äquivalenzprinzip zu wahren, ist es der SVP ein Anliegen, dass den Kantonen auch mit der Einführung der einheitlichen Finanzierung eine Möglichkeit geboten wird, die Kosten mitkontrollieren zu können.

Wir danken für die Berücksichtigung unserer Stellungnahme und grüssen Sie freundliche

SCHWEIZERISCHE VOLKSPARTEI

Der Parteipräsident



Albert Rösti
Nationalrat

Die stv. Generalsekretärin



Silvia Bär