

# ASSURA

Av. C.-F. Ramuz 70  
Case postale 532  
1009 Pully  
www.assura.ch



LA POSTE



Département : Direction  
Traité par : D. Wiedmer  
Tél. : 021 721 44 02  
E-mail : dwiedmer@assura.ch

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

Pully, le 14 septembre 2018

## 09.528 Initiative parlementaire « Financement moniste des prestations de soins »

Monsieur le Président,  
Mesdames et Messieurs les Commissaires,

Dans le délai imparti au 15 septembre 2018, nous avons l'avantage de vous communiquer nos remarques et observations sur l'avant-projet concernant l'introduction d'un financement uniforme des prestations stationnaires et ambulatoires.

L'avant-projet soumis en consultation propose une nouvelle répartition des sources de financement des prestations de soins sans toutefois s'attaquer à la maîtrise de l'augmentation des coûts. En outre, les mécanismes de répartition des contributions imaginés par la Commission augmentent l'opacité du système et le complexifient sans réelle valeur ajoutée. Dès lors, Assura ne soutient pas l'avant-projet tel que présenté pour les motifs suivants.

Assura regrette que la Commission n'ait pas retenu la mesure proposée par le Conseil fédéral dans le cadre de la stratégie « Santé2020 » où, dans la fiche info 4.2.2. « Mettre en place de nouvelles solutions de pilotage », il évoquait comme première mesure : « l'augmentation de la part des cantons dans le financement des prestations hospitalières non ambulatoires ».

En outre, Assura aurait souhaité que des mesures d'accompagnement contraignantes, telles que celles qui sont notamment prévues par le rapport d'experts du 24 août 2017, fassent partie du projet soumis en consultation.

Assura relève également que le financement uniforme des prestations devrait être subordonné au projet d'admission des fournisseurs de prestations (18.047) qui donne aux Cantons des moyens pour dimensionner l'offre de soins, notamment dans le domaine ambulatoire. Elle se réjouit que la Commission ait d'elle-même lié ces dossiers.

En conséquence, si au point de vue du système de santé global, des économies peuvent être réalisées et doivent être saluées, l'avant-projet soumis en consultation décharge financièrement principalement les cantons sans avoir une influence significative sur les primes des assurés.

En outre, le dispositif prévu pourrait même aboutir à une augmentation des interventions en stationnaire, à l'inverse du but recherché. Dans le contexte d'un transfert des prestations de l'hospitalier stationnaire vers l'hospitalier ambulatoire, le financement uniforme entraînerait une diminution des revenus des hôpitaux. Certains cantons propriétaires d'hôpitaux pourraient alors être incités à augmenter les hospitalisations stationnaires pour maintenir des revenus suffisants et ne pas avoir à subventionner ces infrastructures.

En tout état de cause, Assura soutient d'une manière générale le transfert des prestations stationnaires vers l'ambulatoire, lorsque cela est judicieux du point de vue médical, puisque les prestations fournies en ambulatoire sont généralement meilleur marché. Toutefois Assura n'en attend pas un impact direct sur les coûts à charge de l'assurance obligatoire des soins.

Pour le cas où la Commission entendait malgré tout maintenir le projet de financement uniforme des prestations stationnaires et ambulatoires, Assura demande que les points suivants soient pris en compte:

- La facturation des prestations doit se faire à l'attention des assureurs-maladie en tant que monistes et financeurs (tiers payant) ou à l'assuré (tiers garant) et non selon un système dual fixe, les assureurs devant contrôler l'économicité des prestations fournies ;
- Les contributions publiques (contributions cantonales aux prestations stationnaires) doivent rester dans le système de la LAMal ;
- Les contributions cantonales doivent être versées aux assureurs-maladie selon les coûts bruts (c'est-à-dire y compris les participations aux coûts des assurés) ; sans quoi les cantons défavoriseraient les assurés ayant des hautes franchises, les coûts payés par eux ne rentrant pas dans le calcul des contributions cantonales ;
- Les contributions cantonales ne doivent pas être intégrées à la compensation des risques (comme le voudrait la minorité), dénaturant encore plus le système péréquatif mis en place entre les assureurs. En effet, le risque financier augmenterait en raison de l'incertitude des montants à verser et affecterait ainsi le calcul des primes ;
- L'institution commune LAMal ne doit pas être chargée du processus de répartition des contributions cantonales, la gestion pouvant très bien se faire entre les assureurs et les cantons, sans créer une structure administrative onéreuse supplémentaire ;
- La proposition de la minorité prévoyant une répartition des contributions cantonales par forfaits doit être refusée car elle ne garantit pas la stabilité du système et surtout ne reflète pas les coûts effectifs supportés par les assureurs ;
- Les contributions des cantons pour les soins de longue durée (EMS et aide et soins à domicile) ne doivent pas être incluses dans le modèle de financement uniforme comme le souhaite la Conférence des directeurs de la santé (CDS).
- En cas d'acceptation de ce projet de loi, son entrée en vigueur doit être impérativement liée à celle du projet de loi portant sur l'admission des fournisseurs de prestations (18.047).

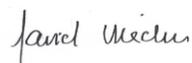
Les commentaires d'Assura concernant les articles de l'avant-projet sont intégrés dans le document de consultation.

En vous remerciant de l'attention portée à notre prise de position, nous vous adressons Monsieur le Président, Mesdames et Messieurs les Commissaires, notre considération distinguée.

Assura-Basis SA



Vincent Hort  
Secrétaire général



Daniel Wiedmer  
Pôle système santé

Annexe : formulaire de consultation

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

**Avis donné par**

Nom / société / organisation : Assura Basis SA

Abréviation de la société / de l'organisation :

Adresse : Avenue C.-F. Ramuz 70

Personne de référence : Vincent Hort, Daniel Wiedmer

Téléphone : 021 721 44 02

Courriel : [vhort@assura.ch](mailto:vhort@assura.ch)

Date : 15 septembre 2018

**Remarques importantes :**

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

<b>Commentaires généraux sur le projet de révision et sur le rapport explicatif</b>	
<b>nom/société</b>	<b>Commentaire / observation</b>
Assura	L'avant-projet soumis en consultation propose une nouvelle répartition des sources de financement des prestations de soins sans toutefois s'attaquer à la maîtrise de l'augmentation des coûts. En outre, les mécanismes de répartition des contributions imaginés par la Commission augmentent l'opacité du système et le complexifient sans réelle valeur ajoutée. Dès lors, Assura ne soutient pas l'avant-projet tel que présenté pour les motifs suivants.
Assura	<p>Remarques générale sur l'avant-projet.</p> <p>Assura regrette que la Commission n'ait pas retenue la mesure proposée par le Conseil fédéral dans le cadre de la stratégie « Santé2020 » où, dans la fiche info 4.2.2. « Mettre en place de nouvelles solutions de pilotage », il évoquait comme première mesure : « l'augmentation de la part des cantons dans le financement des prestations hospitalières non ambulatoires ».</p> <p>En outre, Assura aurait souhaité que des mesures d'accompagnement contraignantes, telles que celles qui sont notamment prévues par le rapport d'experts du 24 août 2017, fassent partie du projet soumis en consultation.</p> <p>En conséquence, si au point de vue du système de santé global, des économies peuvent ainsi être réalisées et doivent être saluées, le projet soumis en consultation décharge financièrement principalement les cantons sans avoir une influence significative sur les primes des assurés.</p> <p>Assura relève également que le financement uniforme des prestations devrait être subordonné au projet d'admission des fournisseurs de prestations (18.047) qui donne aux Cantons des moyens pour dimensionner l'offre de soins, notamment dans le domaine ambulatoire. Elle se réjouit que la Commission ait d'elle-même lié ces dossiers.</p> <p>Le dispositif prévu pourrait même aboutir à une augmentation des interventions en stationnaire, à l'inverse du but recherché. En effet, le transfert des prestations de l'hospitalier stationnaire vers l'hospitalier ambulatoire entraînera une diminution des revenus des hôpitaux. Certains cantons propriétaires d'hôpitaux pourraient être incités à augmenter les hospitalisations stationnaires pour maintenir des revenus suffisants et ne pas avoir à subventionner ces infrastructures.</p> <p>Assura soutient d'une manière générale le transfert des prestations stationnaires vers l'ambulatoire, lorsque cela est judicieux du point de vue médical puisque les prestations fournies en ambulatoire sont généralement meilleur marché. Toutefois Assura n'en attend pas un impact direct sur les coûts à charge de l'assurance obligatoire des soins.</p>
Assura	<p>Proposition sur l'avant-projet</p> <p>Pour le cas où la Commission entendait malgré tout maintenir le projet de financement uniforme des prestations stationnaires et ambulatoires,</p>

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

Assura demande que les points suivants soient pris en compte :

- La facturation des prestations doit se faire à l'attention des assureurs-maladie en tant que monistes et financeurs (tiers payant) ou à l'assuré (tiers garant) et non selon un système dual fixe, les assureurs devant contrôler l'économicité des prestations fournies ;
  
- Les contributions publiques (contributions cantonales aux prestations stationnaires) doivent rester dans le système de la LAMal ;
  
- Les contributions cantonales doivent être versées aux assureurs-maladie selon les coûts bruts (c'est-à-dire y compris les participations aux coûts des assurés) ; sans quoi les cantons défavoriseraient les assurés ayant des hautes franchises, les coûts payés par eux ne rentrant pas dans le calcul des contributions cantonales .
  
- Les contributions cantonales ne doivent pas être intégrées à la compensation des risques (comme le propose la minorité), dénaturant encore plus le système péréquatif mis en place entre les assureurs. En effet, le risque financier augmenterait en raison de l'incertitude des montants à verser et affecterait ainsi le calcul des primes ;
  
- L'institution commune LAMal ne doit pas être chargée du processus de répartition des contributions cantonales. la gestion pouvant très se faire entre les assureurs et les cantons, sans créer une structure administrative onéreuse supplémentaire ;
  
- La proposition de la minorité prévoyant une répartition des contributions cantonales par forfaits doit être refusée car elle ne garantit pas la stabilité du système et surtout ne reflète pas les coûts effectifs supporté par les assureurs ;
  
- Les contributions des cantons pour les soins de longue durée (EMS et aide et soins à domicile) ne doivent pas être incluses dans le modèle de financement uniforme comme le souhaite la Conférence des directeurs de la santé (CDS
  
- En cas d'acceptation de ce projet de loi, son entrée en vigueur doit être impérativement liée à celle du projet de loi portant sur l'admission des fournisseurs de prestations (18.047).

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

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

**Commentaires concernant les articles individuels du projet de la révision et leurs explications**

nom/ société	art.	al.	let.	commentaire / observation :	Proposition de modification (texte)
Assura	16	3bis		Il n'est ni utile ni nécessaire de confier la gestion des contributions cantonales à l'Institution commune LAMal. Les modifications prévues aux art 16 al. 3bis 18 al. 2 sexies octies 18 al. 5 doivent être biffés. Les dispositions traitant du financement uniforme de prestations et du processus de redistribution des contributions cantonales doivent être introduites aux art. 60 et suivants	
	18	2 sexies		La méthode de calcul est réglée à l'art 60 al. 4 LAMal	
	18	2 octies		D'accord avec la proposition de la majorité, Rejeter la proposition de la minorité. Les données transmises par les assureurs ont été révisées par les organes statutaires. Un contrôle supplémentaire des données ne serait pas efficient ni justifié.	
	18	5		D'accord avec l'adaptation. Les modifications sont rendues nécessaires compte tenu du principe du financement uniforme des prestations	
	25a	2		D'accord avec la modification concernant le financement des soins aigus et de transition rendue nécessaire qui seront désormais financés par les assureurs-maladie comme les autres prestations stationnaires et ambulatoires	
	41	1 bis, 1ter,		D'accord avec l'adaptation. Les modifications sont rendues nécessaires compte tenu du principe du financement uniforme	

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

		2bis à 2ter,3, 3bis 4 2 <sup>e</sup> à 5 <sup>e</sup> phrase		des prestations.	
	42	2 quater		Nous renvoyons à la proposition de santéuisse demandant d'intégrer les travailleurs détachés dans des pays hors UE/AELE qui ont été omis	
	42	2 2 <sup>e</sup> phrase		D'accord avec la proposition. C'est toujours le tiers payant qui est applicable dans le domaine stationnaire	
	42	3		D'accord avec la proposition du projet. Les modifications sont rendues nécessaires compte tenu du principe du financement uniforme des prestations	
	49a			D'accord avec la proposition du projet, qui est conforme au nouveau système de financement uniforme soumis en consultation. la proposition de la minorité de limiter le montant de la rémunération par l'assurance de base à 45% est arbitraire.	
	51	1		Les modifications sont rendues nécessaires compte tenu du principe du financement uniforme des prestations	
	60	1		Introduire à l'art 60 et suivants les dispositions traitant du financement uniforme de prestations et du processus de redistribution des contributions cantonales  D'accord avec la proposition du projet	
	60	2	b	La liste des prestations doit être complétée par les prestations au sens de l'art 34 al.2	b elles sont fournies en Suisse, sous réserve des exceptions prévues à l'art 34 al. 2 LAMal, aux assurés suivants :

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

		3		L'al.3 définit les prestations sur lesquelles se fondent le calcul des contributions cantonales et fédérales. Assura demande que soient prises en compte les prestations brutes (franchises et quote-part au sens de l'art 64 LAMal) et non les prestations nettes. En effet, la contribution de 55% du canton aux prestations stationnaires se calcule sur les coûts bruts. Si l'on se fondait sur les coûts nets, les assurés supportant des coûts élevés du fait de hautes franchises seraient financés par les cantons dans un mesure moindre que les assurés avec de petite franchise	Art. 60 al.3 La contribution cantonale se calcule sur la base de l'al.2. sous déduction du produit des actions récursoires fondées sur l'art 72 al. 1 LPGa.
	60	4		Le taux de la contribution cantonale doit être adapté dans la mesure où la contribution cantonale se calcule sur les coûts bruts	
	60	5		cf. adjonction à l'art,41 al.4 LAMal	
	60	6		supprimer le renvoi à l'institution commune. Chaque assureur règle directement avec chaque canton le montant de la contribution cantonale sur la base des coûts définis à l'al. 3. Le Conseil fédéral règle les modalités.	
	60a			D'accord avec la proposition de la majorité.  Rejeter la proposition de la minorité. Une répartition des contributions cantonales par forfaits ne garantit pas la stabilité du système et surtout ne reflète pas les coûts effectifs supporté par les assureurs. Enfin les contributions cantonales ne doivent en aucun cas être intégrées dans la compensation des risques.	

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

## CSS Versicherung

Generalsekretariat  
Tribtschenstrasse 21  
Posfach 2568  
6002 Luzern

Telefon 058 277 14 29  
Telefax 058 277 12 12  
matthias.schenker@css.ch  
www.css.ch



6002 Luzern, PF 2568\_G

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

Luzern, 10.09.2018 / GG

### **Vernehmlassung zur Umsetzung der Parlamentarische Initiative 09.528 Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus**

Sehr geehrter Herr Kommissionspräsident  
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir erlauben uns, Ihnen unsere Antwort auf die am 15. Mai 2018 eröffnete Vernehmlassung zur Umsetzung der Parlamentarische Initiative 09.528: *Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus* zukommen zu lassen.

Als grösster Krankenversicherer der Schweiz sehen wir uns in der Pflicht, zu dieser Vorlage Stellung zu nehmen, da die geplante Reform für unsere Kundinnen und Kunden und das Krankenversicherungssystem als solches von essentieller Relevanz ist. Seit Jahren sind die Gesundheitskosten in der Schweiz kontinuierlich am Steigen, umso wichtiger ist es nun endlich und zeitnah bestehende Fehlanreize bei der Finanzierung anzugehen. Mit der in der Vorlage vorgesehenen Einführung einer einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS), kann genau das bewerkstelligt werden. Die einheitliche Finanzierung erlaubt, dass einerseits die volkswirtschaftlich und aus Qualitätssicht sinnvolle Verlagerung in den ambulanten Bereich zu keiner Mehrbelastung des Prämienzahlers führt und andererseits die Einsparungen der integrierten Versorgungsmodelle auch im stationären Bereich zu 100 Prozent abgeschöpft und dem Prämienzahler mit entsprechenden Prämienrabatten in der Höhe von 6 Prozent – wie Berechnungen von polynomics bestätigen - weitergegeben werden können. Letzteres führt zu einer steigenden Attraktivität der integrierten Versorgungsmodelle und einer damit verbundenen Effizienzsteigerung im System.

Allerdings ist anzumerken, dass die Kantonsgelder zwingend risikobasiert verteilt werden müssen, um das angesprochene Effizienzpotential tatsächlich nützen zu können. Es darf nicht sein, dass bei einer Reform des Gesundheitssystems wiederum nur ein halber Schritt getan wird. In einer Situation des stetigen Kostenwachstums wäre dies unverantwortlich.

Wir danken für die Berücksichtigung unserer Darlegungen in der Vernehmlassung. Für Fragen steht Ihnen Matthias Schenker, Leiter Abteilung Gesundheitspolitik (matthias.schenker@css.ch) gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse  
CSS Versicherung

Philomena Colatrella  
Vorsitzende der Konzernleitung

Matthias Schenker  
Leiter Abteilung Gesundheitspolitik

Beilage: Ausgefülltes Antwortformular

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

**Stellungnahme von**

Name / Firma / Organisation : CSS Versicherung

Abkürzung der Firma / Organisation : CSS

Adresse : Tribtschenstrasse 21/ Postfach 2568/ 6002 Luzern

Kontaktperson : Matthias Schenker, Leiter Abteilung Gesundheitspolitik

Telefon : 058 277 14 29

E-Mail : matthias.schenker@css.ch

Datum : 10. September 2018

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

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
CSS	<p>Position CSS Versicherung</p> <p>Als grösster Krankenversicherer der Schweiz sieht sich die CSS Versicherung in einer besonderen Verantwortung, das Gesundheitssystem für ihre Versicherten im Sinne hoher Qualität und tragbarer Kosten stetig weiterzuentwickeln. Das Gesundheitssystem in der Schweiz hat denn auch dringlichen Handlungsbedarf. Seit Jahren sind die Kosten zwischen vier und fünf Prozent am Steigen und die Prämienbelastung der Versicherten nimmt im gleichen Ausmass ständig zu. Die Gründe für den Kostenanstieg sind vielfältig. Diverse Studien anerkennen aber, dass im Schweizer Gesundheitswesen ein Effizienzpotential von rund 20 Prozent besteht. Ein wichtiger Beitrag zur Ausschöpfung dieses Effizienzpotentials kann hier u.A. die integrierte Versorgung und die Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich leisten.</p> <p>Die CSS Versicherung begrüsst aus diesen Gründen das Reformvorhaben der Einführung einer einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen respektive EFAS. Die einheitliche Finanzierung erlaubt, dass einerseits die volkswirtschaftlich und aus Qualitätssicht sinnvolle Verlagerung in den ambulanten Bereich zu keiner Mehrbelastung des Prämienzahlers führt und andererseits die Einsparungen der integrierten Versorgungsmodelle auch im stationären Bereich zu 100% abgeschöpft und dem Prämienzahler mit entsprechenden Prämienrabatten in der Höhe von 6 Prozent – wie Berechnungen von polynomics bestätigen - weitergegeben werden können. Letzteres führt zu einer steigenden Attraktivität der integrierten Versorgungsmodelle</p> <p>Was die CSS allerdings klar ablehnt, ist die Dual-Fixe-Finanzierung. Eine solche würde die Effizienzvorteile von EFAS durch eine Verdoppelung des Verwaltungsaufwands zunichtemachen und den positiven Effekt auf die integrierte Versorgung gar nicht erst ermöglichen. Weiter müssen die Kantonsgelder zwingend risikobasiert verteilt werden. Sollte dem nicht so sein, geht auch hier Effizienzpotential verloren. In einer Situation des stetigen Kostenwachstums wäre dies unverantwortlich.</p> <p>Das Reformvorhaben EFAS darf allerdings nicht die einzige Massnahme bleiben. Die CSS ist klar der Überzeugung, dass es weitere Schritte braucht, um das Kostenwachstum und die Qualität in den Griff zu bekommen. So begrüsst sie denn auch ausdrücklich die Stärkung der Selbstverantwortung, die Förderungen verbindlicher und sanktionierbarer Qualitätsvorgaben, die Umsetzung der Massnahmen des Expertenberichtes und als Ultima Ratio die Einführung einer Kostenbremse.</p>
CSS	<p>Fehlanreize vermeiden</p> <p>Die heutige duale Finanzierung schafft Fehlanreize bei der Verlagerung von stationären zu ambulanten Leistungen. Aus heutiger Sicht führt eine Verlagerung in den ambulanten Bereich – obwohl volkswirtschaftlich und aus Qualitätssicht sinnvoll – in vielen Fällen zu einer Mehrbelastung des</p>

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

	<p>Prämienzahlers. Dies ist in einer Situation bereits stark steigender Kosten und Prämien nicht haltbar. Dieser Umstand kann mit EFAS überwunden werden. So haben mit EFAS die Kantone und die Prämienzahler ein Interesse an einer Verlagerung in den ambulanten Bereich.</p>
CSS	<p>Integrierte Versorgung</p> <p>Mit EFAS kann die integrierte Versorgung gefördert werden, denn mit EFAS wird es möglich, dass die Einsparungen der integrierten Versorgung vollständig den Versicherten in diesen Modellen weitergegeben werden. Mit der aktuellen dualen Finanzierung ist dies nicht möglich. Wird dank der integrierten Versorgung eine Hospitalisation verhindert, so kommen im aktuellen System nur 45% dieser Einsparungen dem Prämienzahler zugute. Aktuelle Berechnungen in einer von den drei Krankenversicherern CSS, Helsana und Swica bei polynomics in Auftrag gegebenen Studie zeigen, dass im heutigen System Einsparungen durch integrierte Versorgung in der Grössenordnung von 200 bis 450 CHF pro Versicherter in diesen Modellen resultieren, welche nicht an die Krankenversicherer gehen, sondern beim Kanton anfallen. Durch die Einführung von EFAS könnten die Versicherungsprämien von HMO-Versicherten damit um 6% reduziert werden. Entsprechend könnte mit EFAS das grosse Potential der integrierten Versorgung wesentlich besser ausgeschöpft werden, weil die eingesparten Kosten vollumfänglich an die Versicherten weitergegeben werden könnten. Dies würde die Attraktivität der alternativen Versicherungsmodelle zusätzlich steigern.</p>
CSS	<p>Keine dual-fixe-Finanzierung</p> <p>Die CSS lehnt eine dual-fixe Finanzierung klar ab. Eine solche würde den positiven Effekten – z.B. in der integrierten Versorgung -, die durch EFAS geschaffen werden, entgegenlaufen. Nur mit EFAS lässt sich der Leistungsbeitrag klar von den gemeinwirtschaftlichen Leistungen und der individuellen Prämienverbilligung abgrenzen und transparent machen. Weiter würde eine dual-fixe-Finanzierung zu einer Verdoppelung der Rechnungen und damit zu einem höheren Bürokratieaufwand führen.</p>
CSS	<p>Risikobasierte Verteilung der Kantonsgelder</p> <p>Gemäss einer Abschätzung des CSS Instituts sind bei einer nicht risikobasierten Verteilung der Kantonsgelder aufgrund von neuen Ineffizienzen mit Mehrkosten im hohen zwei- bis dreistelligen Millionenbetrag zu rechnen. Ein Umstand der hinsichtlich des ohnehin schon beträchtlichen jährlichen Kostenwachstums untragbar wäre. Deshalb setzt sich die CSS klar für eine risikobasierte Verteilung ein. Bei einer risikobasierten Verteilung werden diejenigen Versicherer belohnt, die ihre Versicherten qualitativ gut betreuen und in nachhaltige, bedürfnisorientierte Versicherungsmodelle investieren und so kurz- und langfristig zu günstigeren Kosten bei höherer Qualität im Gesamtsystem beitragen. Diesen Anreiz wiederum braucht es, damit die integrierte Versorgung noch mehr Schub erhält und EFAS die oben beschriebene positive Dynamik entfalten kann. Die so erzielten Kosteneinsparungen führen zu tieferen Prämien für die Versicherten.</p>
CSS	<p>Fazit</p>

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

	<p>Die CSS begrüsst die zeitnahe Einführung der einheitlichen Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen EFAS. EFAS eliminiert die bestehenden finanziellen Fehlanreize und ebnet damit den Boden für eine effiziente und qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung. Damit bei der Verteilung der Kantonsmittel keine neuen Fehlanreize installiert werden, soll der kantonale Anteil analog den Prämien risikobasiert eingespielen werden. Die CSS setzt sich seit vielen Jahren dafür ein, dass der Risikoausgleich eingeführt und weiter verfeinert wird. Dies mit dem Ziel, Risikoselektion konsequent zu unterbinden und den Wettbewerb auf Kosten und Qualität zu konzentrieren. Es gibt keinen sachlichen Grund, sich von diesem bewährten KVG-Instrument abzuwenden.</p>
--	--

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

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
CSS	60a			<p>Risikobasierte Verteilung der Kantonsgelder</p> <p>Die Forderung nach einer risikobasierten Verteilung der Kantonsgelder entspricht dem Minderheitsantrag der SGK-N. Die CSS würde auch diesen begrüßen. Allerdings empfiehlt die CSS den Minderheitsantrag durch eine noch einfachere Variante zu ersetzen.</p>	<p>Art. 60a NEU</p> <p>1 Die Gemeinsame Einrichtung teilt den Kantonsbeitrag und den Bundesbeitrag auf die einzelnen Versicherer auf. Dabei befolgt sie die Grundsätze des Risikoausgleichs nach Artikel 16 - 17a.</p> <p>2 Für Versicherte, die vom Risikoausgleich nicht erfasst werden, entspricht der aufgeteilte Betrag den durchschnittlichen Kosten dieser Versicherten.</p> <p>3 Der Bundesrat regelt die Einzelheiten.</p>
CSS	60			<p>Die CSS empfiehlt den Art. 60 KVG so anzupassen, dass die Daten zur Berechnung des Kantons- und Bundesbeitrags direkt an die Gemeinsame Einrichtung KVG geliefert werden. Von einer Datenlieferung an die Kantone ist abzusehen, da eine solche weder notwendig noch zweckmässig ist.</p>	<p>Art. 60</p> <p>Abs. 1-5 gemäss Mehrheitsantrag SGK-N</p> <p>Abs. 6 &amp; 7 NEU</p> <p>6 Der Bund, die Kantone und die Versicherer übermitteln der Gemeinsamen Einrichtung die Daten, die für die Berechnung des Kantonsbeitrags und des Bundesbeitrags nötig sind. Der Bundesrat regelt die Einzelheiten.</p> <p>7 Die Kantone und der Bund entrichten ihren Beitrag der Gemeinsamen Einrichtung (Art. 18).</p>

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

**Stellungnahme von**

Name / Firma / Organisation : CSS Institut für empirische Gesundheitsökonomie

Abkürzung der Firma / Organisation : CSS Institut

Adresse : Tribschenstrasse 21, 6002 Luzern

Kontaktperson : Prof. Dr. Konstantin Beck

Telefon : 058 277 12 73

E-Mail : [konstantin.beck@css-institut.ch](mailto:konstantin.beck@css-institut.ch)

Datum : 15. August 2018

**Wichtige Hinweise:**

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

<b>Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht</b>	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
CSS Institut	<p>Das CSS Institut begrüsst einen Übergang von der dualen Finanzierung stationärer Kosten zur einheitlichen Finanzierung, weil dadurch Preisverzerrungen zu Gunsten der teuren, stationären und zum Nachteil der i.d.R. günstigeren, ambulanten Pflege aufgehoben wird.</p> <p>Wie bereits bei vorangegangenen Stellungnahmen des CSS Instituts praktiziert, beschränken wir uns auf versicherungstechnische respektive gesundheitsökonomische Aspekte der Vorlage und verzichten bewusst auf eine politische Bewertung der Fragestellung.</p> <p>Aus den genannten Gründen fokussieren wir unsere Antwort auf die Minderheits- und Mehrheitsanträge zu den Artikeln 16 Abs. 3bis KVG und Art. 60a KVG.</p>

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

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

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
CSS Institut	16	3bis		<p>Art. 16 KVG steht im Kontext der Risikoausgleichsberechnung. Die Kommissionsmehrheit schlägt eine Berechnung der Risikoabgaben und der Ausgleichsbeiträge nach Abzug des Beitrags des Kantons an die Finanzierung der OKP nach Art. 60 KVG vor.</p> <p>Die Kommissionsminderheit schlägt eine Streichung dieser Bestimmung vor.</p> <p>Wir unterstützen in diesem Punkt den Entscheid der Kommissionsmehrheit und zwar gestützt auf zwei Argumentationen:</p> <p>(1) Grundsätzlich ist es Sinn und Zweck des Risikoausgleichs (RA) den Versicherer vor vorhersehbaren, überdurchschnittlich teuren Kosten zu schützen, damit er sich nicht selber mit dem Mittel der Risikoselektion vor solchen Kosten schützt. Werden nun aber Teile der vorhersehbaren Kosten subventioniert, muss der Versicherer nicht mehr vor dem subventionierten Teil der Kosten geschützt werden. Dieser Teil der Kosten spielt für den Versicherer gar keine Rolle mehr, weil er auf Grund der Subvention nicht mehr für diesen Teil der Kosten aufkommen muss. Das Instrument, das den Versicherer vor vorhersehbaren hohen Kosten schützt, ist der RA. Der RA hat sich somit auf die für den Versicherer relevanten Kosten zu beschränken. Es ist deshalb richtig, dass die Kommissionsmehrheit die Berechnung des RA erst <i>nach</i> Abzug des Kantonsbeitrags vorsieht, weil der RA andernfalls Kosten berücksichtigen und umverteilen würde, die</p>	<p>Aus den genannten Gründen unterstützen wir die Formulierung der Kommissionsmehrheit.</p>

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

			<p>für das Verhalten des Versicherers gar keine Rolle spielen.</p> <p>(2) In einer mathematischen, allgemeingültigen Herleitung kann der Schreibende nachweisen, dass eine Berücksichtigung der subventionierten Kosten im RA (wie sie die Kommissionsminderheit vorschlägt) beim Versicherer zu Anreizverzerrungen führt. Versicherer von Personen mit vielen Spitalaufenthalten können in diesem Fall (nach der Korrektur ihres Kostennachteils durch den RA) ihre Prämien zusätzlich und stärker senken als Versicherer von Personen mit relativ wenig Spitalaufenthalten. Genau diese Anreiz-Verzerrung will der Gesetzgeber aufheben. Darum ist es logisch zwingend, dass der RA nach Abzug der Kantonsbeiträge berechnet wird (wie es die Kommissionsmehrheit vorschlägt).</p>	
CSS Institut	60a		<p>Die Kommissionsmehrheit schlägt vor, Kantons- und Bundesbeiträge entsprechend der Kosten der einzelnen Versicherer auf die Versicherer aufzuteilen. Dieses Vorgehen hätte zur Folge, dass Versicherer, die weniger stark auf die Kosten achten und ihre Kosten überproportional ansteigen lassen, durch eine entsprechend höhere Zahlung an Kantonsbeiträgen belohnt werden, während Versicherer, die besser auf die Kosten achten, durch eine geringere Zahlung an Kantonsbeiträgen bestraft werden. Die Anreize wären also falsch gesetzt.</p> <p>Versicherer, die überdurchschnittliche Kosten als Folge einer kränkeren Versichertenstruktur aufweisen, werden bereits vom Risikoausgleich subventioniert und müssen ebenfalls nicht noch einmal überproportional bei der Zuteilung der Kantonsbeiträge berücksichtigt werden.</p> <p>Die Kommissionsminderheit schlägt eine pauschale Auszahlung der Kantonsbeiträge pro Kopf der Versicherten vor. Diese wird (gemäss Ziff. 2 lit. a-d) auf vier verschiedene Versichertengruppen abgestuft (und zusätzlich pro europäischem Land). Die</p>	Aus den genannten Gründen unterstützen wir die Formulierung der Kommissionsminderheit.

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

			<p>Auszahlung als Pauschale pro Kopf wie auch die Abstufung der Pauschalen sind sachlogisch korrekt. Es kann mathematisch bewiesen werden, dass eine risikogerechte Zuteilung der Kantonsbeiträge über den RA (wie sie Prof. Leu vorgeschlagen hat (vgl. Fussnote 7 im erläuternden Bericht der Kommission)) und eine pauschale Zuteilung pro Kopf zum selben, fairen und anreizneutralen Resultat führt. Die Zuteilung mittels Pauschalen hat zudem den Vorteil, dass Gruppen, die im RA nicht berücksichtigt werden (z.B. sämtliche Kinder und gewisse, im Ausland wohnhafte Personen), gestützt auf Ziff. 2 lit. a-d ebenfalls berücksichtigt werden können.</p>	
--	--	--	---	--

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



**curafutura**

Die innovativen Krankenversicherer  
Les assureurs-maladie innovants  
Gli assicuratori-malattia innovativi

Kommission für soziale Sicherheit  
und Gesundheit des Nationalrats  
CH-3003 Bern

per E-Mail an: [abteilung-leistungen@bag.admin.ch](mailto:abteilung-leistungen@bag.admin.ch)

Bern, 3. September 2018

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

Sehr geehrter Herr Kommissionspräsident  
Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 15. Mai 2018 laden Sie uns ein, an der Vernehmlassung zum Vorentwurf zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) unter dem Titel «Einheitliche Finanzierung der Leistungen im ambulanten und im stationären Bereich» in Umsetzung der oben genannten Parlamentarischen Initiative teilzunehmen, wofür wir uns bedanken. Die einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen (EFAS) ist eine der wichtigsten und grundlegenden Reformen unseres Gesundheitswesens. Gerne nehmen wir dazu wie folgt Stellung:

### **Position curafutura**

curafutura unterstützt die Einführung der einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS). Der unbestrittene finanzielle Fehlanreiz an der Schnittstelle stationär/ambulant hat Fehl- und Überversorgung zur Folge. EFAS ist eine wichtige Reform, um unser Gesundheitssystem in Richtung mehr Effizienz und Qualität weiter entwickeln zu können und um Fehlanreize zu vermeiden. Mit EFAS wird die Verlagerung vom stationären in den kostengünstigeren ambulanten Bereich sozialverträglich vorangetrieben. Weil EFAS zudem alternative Versicherungsmodelle noch attraktiver macht, verleiht sie der Integrierten Versorgung zusätzlichen Schub.

Im Hinblick auf die konkrete Umsetzung ist es zentral, ein Finanzierungsmodell zu wählen, welches das Effizienzpotenzial von EFAS optimal entfaltet. curafutura spricht sich darum für eine Verteilung der Kantonsbeiträge via Risikoausgleich aus. curafutura empfiehlt jedoch eine einfachere und schlankere juristische Lösung, die im Ergebnis dem Modell im Minderheitenantrag entspricht.

Eine Entwicklung Richtung dual-fixe Finanzierung über alle Leistungen lehnt curafutura dezidiert ab, da damit das Effizienzpotential von EFAS zunichte gemacht würde.



**curafutura**

Die innovativen Krankenversicherer  
Les assureurs-maladie innovants  
Gli assicuratori-malattia innovativi

## Begründung

### Gleiche Anreize für alle Akteure

Kantone, Leistungserbringer und Versicherer haben heute teils entgegengesetzte Anreize, die zu Verzerrungen bei der Wahl der gesamtwirtschaftlich effizienten Therapieform führen können. Solange eine ambulant durchgeführte Operation und Behandlung mehr kostet als 45 % der Kosten einer medizinisch gleichwertigen stationären Durchführung, können gesamtwirtschaftliche Einsparungen durch konsequentes «ambulant vor stationär» Prämienerhöhungen zur Folge haben. Eine Krankenversicherung hat deshalb heute nur bedingt ein Interesse daran, konsequent auf den Grundsatz «ambulant vor stationär» zu setzen, weil sie damit gegen die Interessen der Versicherten handeln würde. Mit EFAS ergeben sich für alle Beteiligten ohne Einbusse der Versorgungsqualität bessere Anreize, die effizienteste Versorgung zu wählen, was insgesamt zu geringeren Gesamtkosten führt.

### Schub für Integrierte Versorgung

Immer mehr Versicherte schliessen sich freiwillig Integrierten Versorgungsnetzen an. Dort können sie im Vergleich zum Standard-Versicherungsmodell von tieferen Prämien profitieren, weil dank der Integrierten, gut koordinierten Versorgung Patientinnen und Patienten bedürfnisorientiert und gezielter behandelt und unnötige Spitalaufenthalte reduziert werden können. Die so in Integrierten Versorgungsnetzen erzielten Einsparungen kommen diesen Versicherten mit der heutigen ungleichen Finanzierung aber nur teilweise zugute. Das liegt daran, dass mit den Steuergeldern der Kantone nur stationäre Leistungen mitfinanziert (55 %) werden, nicht aber ambulante, und die Kantonsgelder somit heute in Versicherungsmodelle mit hoher Anzahl an stationären Aufenthalten fliessen. Mit EFAS wird eine grössere Einsparung der Integrierten Versorgungsmodelle ausgewiesen, weil die Kantonsgelder gleichermassen auf die verschiedenen Versicherungsmodelle verteilt werden. Das erlaubt, grössere Rabatte auf die Prämien derjenigen Versicherten zu gewähren, welche sich für ein Modell der Integrierten Versorgung entschieden haben. Durch die tieferen Prämien werden Versicherungsmodelle der Integrierten Versorgung noch attraktiver – EFAS verleiht der Integrierten Versorgung zusätzlichen Schub. So können unter dem Strich mehr Einsparungen bei tendenziell besserer Betreuung realisiert werden.

### Sozialverträgliche Verlagerung der Leistungen in den ambulanten Bereich

Die bereits heute stattfindende zunehmende Verlagerung von mehrheitlich steuerfinanzierten stationären hin zu prämiendifinanzierten ambulanten Leistungen muss aktuell allein von den Prämienzahlenden geschultert werden. Da Prämien im Unterschied zu Steuern nicht einkommensabhängig sind (solidarische Einheitsprämie), werden durch die Verlagerung in den prämiendifinanzierten Bereich tiefe und mittlere Einkommen im Verhältnis stärker belastet. Die zunehmend medizinisch möglich werdende, gesamtwirtschaftlich sinnvolle und politisch gewollte Verlagerung von stationär zu ambulant wird mit einer Mitbeteiligung der Kantone an der Finanzierung der ambulanten Versorgung sozialverträglich gemacht.

Aus obengenannten Gründen unterstützt curafutura die Vorlage zur Einheitlichen Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen als wichtige und notwendige gesundheitspolitische Reform.

### Risikobasierte statt kostenbasierte Verteilung der Kantonsmittel

Die Mehrheit der SGK-N schlägt vor, die Steuermittel proportional zu den effektiven Kosten des einzelnen Versicherers auszuschütten (kostenbasiertes Modell). curafutura lehnt dieses Modell ab, denn der Risikoausgleich bleibt bei diesem Modell für die kantonalen Mittel ausgeklammert. So würde jeder Krankenversicherer einen Kantonsbeitrag von 25,5 % (respektive den fixen und national einheitlich festgelegten



**curafutura**

Die innovativen Krankenversicherer  
Les assureurs-maladie innovants  
Gli assicuratori-malattia innovativi

prozentualen Mindestfinanzierungsanteil) an seine individuellen Kosten pro versicherte Person erhalten – unabhängig davon, ob er kostengünstig arbeitet oder nicht. Die Versicherer unterliegen so nicht zu 100 % dem Benchmark der Gesamtdurchschnitts-Nettoleistungen der Branche. Die (In)-Effizienz eines Versicherers bzw. die Bemühungen, für die Versicherten bedürfnisorientierte und nachhaltige Modelle anzubieten (z. B. für chronisch kranke Personen), wäre nur teilweise wettbewerbsrelevant und die erzielten Kosteneinsparungen würden so nur teilweise prämienvirksam. Faktisch würden Versicherer, welche im Sinne ihrer Versicherten kostengünstig arbeiten, mit einem solchen Vorgehen bestraft.

curafutura fordert aus diesen Gründen, die kantonalen Steuermittel pro Kanton proportional zu den Durchschnittskosten der jeweiligen Risikogruppe zu verteilen. Der Kantonsbeitrag unterliegt damit – genauso wie die Prämien – dem Risikoausgleich. Der Risikoausgleich hält das Interesse der Versicherer an einer kostengünstigen Leistung bei gleichbleibend hoher Qualität aufrecht. Wenn alle Gelder aus Prämien und Steuern der Methodik des Risikoausgleichs unterliegen, fördert das die Effizienz aller Versicherer zu 100 %: Mit einer risikobasierten Einspeisung der Kantonsmittel hätten alle Versicherer – unabhängig von ihrer Risikostruktur – den Anreiz, kostengünstig zu arbeiten und in nachhaltige, bedürfnisorientierte Versicherungsmodelle zu investieren. Diesen Anreiz wiederum braucht es, damit die Integrierte Versorgung noch mehr Schub erhält und EFAS die oben beschriebene positive Dynamik entfalten kann. Die so erzielten Kosteneinsparungen führen zu tieferen Prämien für die Versicherten.

Die risikobasierte Einspeisung der kantonalen Mittel kann in bereits etablierte und bewährte Prozesse der Gemeinsamen Einrichtung KVG (GE-KVG) integriert werden: Die GE-KVG stellt jedem Kanton seinen Anteil von 25,5 % in Rechnung. Die dafür zugrundeliegenden Daten sind aufgrund bestehender Prozesse innerhalb der GE-KVG – die eng durch Gesetz und Verordnung geführt ist – plausibilisiert und revidiert.

### **Risikobasierte Verteilung auf einfache Art rechtlich verankern**

Die Forderung nach einer risikobasierten Verteilung der Kantons Gelder entspricht einem Minderheitsantrag der SGK-N. Allerdings empfiehlt curafutura, den umfassenden und komplexen Minderheitsantrag durch eine einfachere, schlankere Variante zu ersetzen, die sich im Ergebnis gleich auswirkt. Der Verband empfiehlt, Art. 60a KVG folgendermassen anzupassen: <sup>1</sup>

#### **Art. 60a (risikobasierte Aufteilung) NEU**

<sup>1</sup> Die Gemeinsame Einrichtung teilt den Kantonsbeitrag und den Bundesbeitrag auf die einzelnen Versicherer auf. Dabei befolgt sie die Grundsätze des Risikoausgleichs nach Artikel 16 – 17a.

<sup>2</sup> Für Versicherte, die vom Risikoausgleich nicht erfasst werden, entspricht der aufgeteilte Betrag den durchschnittlichen Kosten dieser Versicherten.

<sup>3</sup> Der Bundesrat regelt die Einzelheiten.

Des weiteren empfiehlt curafutura, Art. 60 KVG anzupassen, so dass die Daten zur Berechnung des Kantons- und Bundesbeitrags direkt an die Gemeinsame Einrichtung KVG geliefert werden. Eine Datenlieferung an die Kantone würde einer Doppelerhebung gleichkommen und damit der Charta der öffentlichen Statistik Schweiz widersprechen. curafutura erachtet diese deshalb als nicht zielführend.

#### **Art. 60 Berechnung, Abs. 6 & 7 NEU**

<sup>6</sup> Der Bund, die Kantone und die Versicherer übermitteln der Gemeinsamen Einrichtung die Daten, die für die Berechnung des Kantonsbeitrags und des Bundesbeitrags nötig sind. Der Bundesrat regelt die Einzelheiten.

<sup>7</sup> Die Kantone und der Bund entrichten ihren Beitrag der Gemeinsamen Einrichtung (Art. 18).

---

<sup>1</sup> Rechtlich geprüft durch Prof. Dr. Ulrich Kieser



**curafutura**

Die innovativen Krankenversicherer  
Les assureurs-maladie innovants  
Gli assicuratori-malattia innovativi

### Keine dual-fixe Finanzierung

Eine dual-fixe Finanzierung, auch in Teilen, lehnt curafutura dezidiert ab. Zwar beteiligen sich mit EFAS zwei Kostenträger zu einem fixen Prozentsatz an ambulanten und stationären Leistungen. Eine doppelte Abwicklung der Rechnungsstellung aber, sprich ein Kostenteiler bis auf die einzelne Rechnung und die Zustellung jeder Rechnung an zwei Adressaten, würde der EFAS-Logik komplett zuwider laufen und den EFAS-Effekt verhindern. Nur mit EFAS lässt sich der Leistungsbeitrag klar von den gemeinwirtschaftlichen Leistungen und der individuellen Prämienverbilligung abgrenzen und transparent machen. Heute wird das vermischt. Eine dual-fixe Leistungsfinanzierung auch für den ambulanten Bereich würde zudem ein Bürokratiemonster schaffen (doppelte Rechnungsstellung und bei Uneinigkeit langwierige Rechtsstreitigkeiten auf dem Buckel von Patienten und Ärzten). Von 126 Millionen Rechnungen jährlich (2016) werden heute «nur» für die 1.5 Millionen des stationären Bereichs doppelte Rechnungen gestellt.

### Fazit

curafutura fordert, die einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen EFAS zeitnah einzuführen. EFAS eliminiert die bestehenden finanziellen Fehlanreize und ebnet damit den Boden für eine effiziente und qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung. Damit bei der Verteilung der Kantonsmittel keine neuen Fehlanreize installiert werden, soll der kantonale Anteil analog den Prämien risikobasiert eingespiessen werden. Die Politik und innovative Krankenversicherer haben sich dafür eingesetzt, dass der Risikoausgleich eingeführt und weiter verfeinert wird. Dies mit dem Ziel, Risikoselektion konsequent zu unterbinden und den Wettbewerb auf Kosten und Qualität zu konzentrieren. Es gibt keinen sachlichen Grund, sich von diesem bewährten KVG-Instrument abzuwenden.

Für die Kenntnisnahme und Berücksichtigung unserer Stellungnahme danken wir Ihnen bestens.

Freundliche Grüsse

curafutura

Pius Zängler  
Direktor

Saskia Schenker  
Stv. Direktorin  
Leiterin Gesundheitspolitik

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

**Stellungnahme von**

Name / Firma / Organisation : curafutura

Abkürzung der Firma / Organisation :

Adresse : Gutenbergstrasse 14

Kontaktperson : Saskia Schenker, Stv. Direktorin

Telefon : +41 31 310 01 81

E-Mail : [saskia.schenker@curafutura.ch](mailto:saskia.schenker@curafutura.ch)

Datum : 3. September 2018

**Wichtige Hinweise:**

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **15. September 2018** an folgende E-Mail Adresse:  
[abteilung-leistungen@bag.admin.ch](mailto: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
	<p>Position curafutura</p> <p>curafutura unterstützt die Einführung der einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS). Der unbestrittene finanzielle Fehlanreiz an der Schnittstelle stationär/ambulant hat Fehl- und Überversorgung zur Folge. EFAS ist eine wichtige Reform, um unser Gesundheitssystem in Richtung mehr Effizienz und Qualität weiter entwickeln zu können und um Fehlanreize zu vermeiden. Mit EFAS wird die Verlagerung vom stationären in den kostengünstigeren ambulanten Bereich sozialverträglich vorangetrieben. Weil EFAS zudem alternative Versicherungsmodelle noch attraktiver macht, verleiht sie der Integrierten Versorgung zusätzlichen Schub. Im Hinblick auf die konkrete Umsetzung ist es zentral, ein Finanzierungsmodell zu wählen, welches das Effizienzpotenzial von EFAS optimal entfaltet. curafutura spricht sich darum für eine Verteilung der Kantonsbeiträge via Risikoausgleich aus. curafutura empfiehlt jedoch eine einfachere und schlankere juristische Lösung, die im Ergebnis dem Modell im Minderheitenantrag entspricht.</p> <p>Eine Entwicklung Richtung dual-fixe Finanzierung über alle Leistungen lehnt curafutura dezidiert ab, da damit das Effizienzpotential von EFAS zunichte gemacht würde.</p>
	<p>Gleiche Anreize für alle Akteure</p> <p>Kantone, Leistungserbringer und Versicherer haben heute teils entgegengesetzte Anreize, die zu Verzerrungen bei der Wahl der gesamtwirtschaftlich effizienten Therapieform führen können. Solange eine ambulant durchgeführte Operation und Behandlung mehr kostet als 45 % der Kosten einer medizinisch gleichwertigen stationären Durchführung, können gesamtwirtschaftliche Einsparungen durch konsequentes «ambulant vor stationär» Prämien erhöhungen zur Folge haben. Eine Krankenversicherung hat deshalb heute nur bedingt ein Interesse daran, konsequent auf den Grundsatz «ambulant vor stationär» zu setzen, weil sie damit gegen die Interessen der Versicherten handeln würde. Mit EFAS ergeben sich für alle Beteiligten ohne Einbusse der Versorgungsqualität bessere Anreize, die effizienteste Versorgung zu wählen, was insgesamt zu geringeren Gesamtkosten führt.</p>
	<p>Schub für Integrierte Versorgung</p> <p>Immer mehr Versicherte schliessen sich freiwillig Integrierten Versorgungsnetzen an. Dort können sie im Vergleich zum Standard-Versicherungsmodell von tieferen Prämien profitieren, weil dank der Integrierten, gut koordinierten Versorgung Patientinnen und Patienten bedürfnisorientiert und gezielter behandelt und unnötige Spitalaufenthalte reduziert werden können. Die so in Integrierten Versorgungsnetzen erzielten Einsparungen kommen diesen Versicherten mit der heutigen ungleichen Finanzierung aber nur teilweise zugute. Das liegt daran, dass mit den Steuergeldern der Kantone nur stationäre Leistungen mitfinanziert (55 %) werden, nicht aber ambulante, und die Kantongelder somit heute in</p>

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

	<p>Versicherungsmodelle mit hoher Anzahl an stationären Aufenthalten fließen. Mit EFAS wird eine grössere Einsparung der Integrierten Versorgungsmodelle ausgewiesen, weil die Kantonsgelder gleichermassen auf die verschiedenen Versicherungsmodelle verteilt werden. Das erlaubt, grössere Rabatte auf die Prämien derjenigen Versicherten zu gewähren, welche sich für ein Modell der Integrierten Versorgung entschieden haben. Durch die tieferen Prämien werden Versorgungsmodelle der Integrierten Versorgung noch attraktiver – EFAS verleiht der Integrierten Versorgung zusätzlichen Schub. So können unter dem Strich mehr Einsparungen bei tendenziell besserer Betreuung realisiert werden.</p>
	<p>Sozialverträgliche Verlagerung der Leistungen in den ambulanten Bereich</p> <p>Die bereits heute stattfindende zunehmende Verlagerung von mehrheitlich steuerfinanzierten stationären hin zu prämienfinanzierten ambulanten Leistungen muss aktuell allein von den Prämienzahlenden geschultert werden. Da Prämien im Unterschied zu Steuern nicht einkommensabhängig sind (solidarische Einheitsprämie), werden durch die Verlagerung in den prämienfinanzierten Bereich tiefe und mittlere Einkommen im Verhältnis stärker belastet. Die zunehmend medizinisch möglich werdende, gesamtwirtschaftlich sinnvolle und politisch gewollte Verlagerung von stationär zu ambulant wird mit einer Mitbeteiligung der Kantone an der Finanzierung der ambulanten Versorgung sozialverträglich gemacht.</p> <p>Aus obengenannten Gründen unterstützt curafutura die Vorlage zur Einheitlichen Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen als wichtige und notwendige gesundheitspolitische Reform.</p>
	<p>Risikobasierte statt kostenbasierte Verteilung der Kantonsmittel</p> <p>Die Mehrheit der SGK-NR schlägt vor, die Steuermittel proportional zu den effektiven Kosten des einzelnen Versicherers auszuschütten (kostenbasiertes Modell). curafutura lehnt dieses Modell ab, denn der Risikoausgleich bleibt bei diesem Modell für die kantonalen Mittel ausgeklammert. So würde jeder Krankenversicherer einen Kantonsbeitrag von 25,5 % (respektive den fixen und national einheitlich festgelegten prozentualen Mindestfinanzierungsanteil) an seine individuellen Kosten pro versicherte Person erhalten – unabhängig davon, ob er kostengünstig arbeitet oder nicht. Die Versicherer unterliegen so nicht zu 100 % dem Benchmark der Gesamtdurchschnitts-Nettoleistungen der Branche. Die (In)-Effizienz eines Versicherers bzw. die Bemühungen, für die Versicherten bedürfnisorientierte und nachhaltige Modelle anzubieten (z. B. für chronisch kranke Personen), wäre nur teilweise wettbewerbsrelevant und die erzielten Kosteneinsparungen würden so nur teilweise prämienwirksam. Faktisch würden Versicherer, welche im Sinne ihrer Versicherten kostengünstig arbeiten, mit einem solchen Vorgehen bestraft.</p> <p>curafutura fordert aus diesen Gründen, die kantonalen Steuermittel pro Kanton proportional zu den Durchschnittskosten der jeweiligen Risikogruppe zu verteilen. Der Kantonsbeitrag unterliegt damit – genauso wie die Prämien – dem Risikoausgleich. Der Risikoausgleich hält das Interesse der Versicherer an einer kostengünstigen Leistung bei gleichbleibend hoher Qualität aufrecht. Wenn alle Gelder aus Prämien und Steuern der Methodik des Risikoausgleichs unterliegen, fördert das die Effizienz aller Versicherer zu 100 %: Mit einer risikobasierten Einspeisung der Kantonsmittel hätten alle Versicherer – unabhängig von ihrer Risikostruktur – den Anreiz, kostengünstig zu arbeiten und in nachhaltige, bedürfnisorientierte Versicherungsmodelle zu investieren. Diesen Anreiz wiederum braucht es, damit die Integrierte Versorgung noch mehr Schub erhält und EFAS die oben beschriebene positive Dynamik entfalten kann. Die so erzielten Kosteneinsparungen führen zu tieferen Prämien für die Versicherten.</p>

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

	<p>Die risikobasierte Einspeisung der kantonalen Mittel kann in bereits etablierte und bewährte Prozesse der Gemeinsamen Einrichtung KVG (GE-KVG) integriert werden: Die GE-KVG stellt jedem Kanton seinen Anteil von 25,5 % in Rechnung. Die dafür zugrundeliegenden Daten sind aufgrund bestehender Prozesse innerhalb der GE-KVG – die eng durch Gesetz und Verordnung geführt ist – plausibilisiert und revidiert.</p>
	<p>Keine Entwicklung Richtung dual-fixe Finanzierung über alle Leistungen</p> <p>Eine dual-fixe Finanzierung, auch in Teilen, lehnt curafutura dezidiert ab. Zwar beteiligen sich mit EFAS zwei Kostenträger zu einem fixen Prozentsatz an ambulanten und stationären Leistungen. Eine doppelte Abwicklung der Rechnungsstellung aber, sprich ein Kostenteiler bis auf die einzelne Rechnung und die Zustellung jeder Rechnung an zwei Adressaten, würde der EFAS-Logik komplett zuwider laufen und den EFAS-Effekt verhindern. Nur mit EFAS lässt sich der Leistungsbeitrag klar von den gemeinwirtschaftlichen Leistungen und der individuellen Prämienverbilligung abgrenzen und transparent machen. Heute wird das vermischt. Eine dual-fixe Leistungsfinanzierung auch für den ambulanten Bereich würde zudem ein Bürokratiemonster schaffen (doppelte Rechnungsstellung und bei Uneinigkeit langwierige Rechtsstreitigkeiten auf dem Buckel von Patienten und Ärzten). Von 126 Millionen Rechnungen jährlich (2016) werden heute «nur» für die 1.5 Millionen des stationären Bereichs doppelte Rechnungen gestellt.</p>
	<p>Fazit</p> <p>curafutura fordert, die einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen EFAS zeitnah einzuführen. EFAS eliminiert die bestehenden finanziellen Fehlanreize und ebnet damit den Boden für eine effiziente und qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung. Damit bei der Verteilung der Kantonsmittel keine neuen Fehlanreize installiert werden, soll der kantonale Anteil analog den Prämien risikobasiert eingespiessen werden. Die Politik und innovative Krankenversicherer haben sich dafür eingesetzt, dass der Risikoausgleich eingeführt und weiter verfeinert wird. Dies mit dem Ziel, Risikoselektion konsequent zu unterbinden und den Wettbewerb auf Kosten und Qualität zu konzentrieren. Es gibt keinen sachlichen Grund, sich von diesem bewährten KVG-Instrument abzuwenden.</p> <p>curafutura wird sich weiterhin konstruktiv in die Diskussion mit allen Akteuren einbringen und ist offen, den Übergang zur Einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS) mit geeigneten Übergangslösungen angemessen zu gestalten.</p>

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

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

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
	60a			<p>Risikobasierte Verteilung auf einfache Art rechtlich verankern</p> <p>Die Forderung nach einer risikobasierten Verteilung der Kantonsfelder entspricht einem Minderheitsantrag der SGK-NR. Allerdings empfiehlt curafutura den umfassenden und komplexen Minderheitsantrag durch eine einfachere, schlankere Variante zu ersetzen, die sich im Ergebnis gleich auswirkt. Der Verband empfiehlt, Art. 60a KVG anzupassen</p>	<p>Art. 60a NEU</p> <p>1 Die Gemeinsame Einrichtung teilt den Kantonsbeitrag und den Bundesbeitrag auf die einzelnen Versicherer auf. Dabei befolgt sie die Grundsätze des Risikoausgleichs nach Artikel 16 – 17a.</p> <p>2 Für Versicherte, die vom Risikoausgleich nicht erfasst werden, entspricht der aufgeteilte Betrag den durchschnittlichen Kosten dieser Versicherten.</p> <p>3 Der Bundesrat regelt die Einzelheiten.</p>
	60			<p>Des weiteren empfiehlt curafutura, Art. 60 KVG anzupassen, so dass die Daten zur Berechnung des Kantons- und Bundesbeitrags direkt an die Gemeinsame Einrichtung KVG geliefert werden. Eine Datenlieferung an die Kantone würde einer Doppelerhebung gleichkommen und damit der Charta der öffentlichen Statistik Schweiz widersprechen. curafutura erachtet diese deshalb als nicht zielführend.</p>	<p>Art. 60</p> <p>Abs. 1-5 gemäss Mehrheitsantrag SGK-N</p> <p>Abs. 6 &amp; 7 NEU</p> <p>6 Der Bund, die Kantone und die Versicherer übermitteln der Gemeinsamen Einrichtung die Daten, die für die Berechnung des Kantonsbeitrags und des Bundesbeitrags nötig sind. Der Bundesrat regelt die Einzelheiten.</p> <p>7 Die Kantone und der Bund entrichten ihren Beitrag der Gemeinsamen Einrichtung (Art. 18).</p>

## Fahne Pa. Iv. 09.528: Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus

KVG Aktuell	Vernehmlassungsentwurf (Mehrheit SGK-N)	Minderheitsanträge SGK-N	Empfehlung curafutura
<b>2. Kapitel: Organisation, 1. Abschnitt, 1a. Abschnitt: Risikoausgleich, Art. 16 Grundsatz</b>			
	<p><b>Art. 16 Abs. 3<sup>bis</sup></b></p> <p><sup>3bis</sup> Die Berechnung der Risikoabgaben und der Ausgleichsbeiträge erfolgt nach Abzug des Beitrags des Kantons an die Finanzierung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach Artikel 60.</p>	<p><b>Streichen Art. 16 Abs. 3<sup>bis</sup></b></p> <p><del><sup>3bis</sup> Die Berechnung der Risikoabgaben und der Ausgleichsbeiträge erfolgt nach Abzug des Beitrags des Kantons an die Finanzierung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach Artikel 60.</del></p>	<p><b>Mehrheitsantrag SGK-N folgen auch für risikobasiertes Modell</b></p>
<b>2. Kapitel: Organisation, 2. Abschnitt, Gemeinsame Einrichtung Art. 18</b>			
<p><b>Art. 18</b></p> <p><sup>2</sup> Die gemeinsame Einrichtung übernimmt die Kosten für die gesetzlichen Leistungen anstelle von zahlungsunfähigen Versicherern nach Artikel 51 KVAG1.2</p> <p><sup>2bis</sup> Die gemeinsame Einrichtung entscheidet über Anträge um Befreiung von der Versicherungspflicht von Rentnern und Rentnerinnen sowie deren Familienangehörigen, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder in Norwegen wohnen.</p> <p><sup>2ter</sup> Sie weist Rentner und Rentnerinnen sowie deren Familienangehörige, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen</p>	<p><b>Art. 18 Abs. 2<sup>sexies</sup>, 2<sup>octies</sup> und 5 erster Satz, der Rest bleibt unverändert:</b></p> <p><sup>2</sup> Die gemeinsame Einrichtung übernimmt die Kosten für die gesetzlichen Leistungen anstelle von zahlungsunfähigen Versicherern nach Artikel 51 KVAG1.2</p> <p><sup>2bis</sup> Die gemeinsame Einrichtung entscheidet über Anträge um Befreiung von der Versicherungspflicht von Rentnern und Rentnerinnen sowie deren Familienangehörigen, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder in Norwegen wohnen.</p> <p><sup>2ter</sup> Sie weist Rentner und Rentnerinnen sowie deren Familienangehörige, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in</p>	<p><b>(Art. 18 Abs. 2<sup>octies</sup>, der Rest bleibt unverändert:</b></p>	<p><b>Mehrheitsantrag SGK-N folgen</b></p>

<p>Union, in Island oder in Norwegen wohnen und die ihrer Versicherungspflicht nicht rechtzeitig nachkommen, einem Versicherer zu.</p> <p><sup>2quater</sup> Sie unterstützt die Kantone bei der Durchführung der Prämienverbilligung nach Artikel 65a für Versicherte, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder in Norwegen wohnen.</p> <p><sup>2quinquies</sup> Sie führt die Prämienverbilligung nach Artikel 66a durch.</p> <p><sup>2sexies</sup> Die gemeinsame Einrichtung kann von den Kantonen gegen Entschädigung weitere Vollzugsaufgaben übernehmen.</p> <p><sup>2septies</sup> Sie führt den Lebendspende-Nachsorgefonds nach Artikel 15b des Transplantationsgesetzes vom 8. Oktober 2004.</p> <p><sup>5</sup> Zur Finanzierung der Aufgaben nach den Absätzen 2 und 4 müssen die Versicherer zu Lasten der sozialen Krankenversicherung Beiträge an die gemeinsame Einrichtung entrichten. Die gemeinsame Einrichtung fordert diese Beiträge ein und erhebt bei verspäteter Zahlung einen Verzugszins. Die Höhe der Beiträge und des Verzugszinses bemisst</p>	<p>Island oder in Norwegen wohnen und die ihrer Versicherungspflicht nicht rechtzeitig nachkommen, einem Versicherer zu.</p> <p><sup>2quater</sup> Sie unterstützt die Kantone bei der Durchführung der Prämienverbilligung nach Artikel 65a für Versicherte, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder in Norwegen wohnen.</p> <p><sup>2quinquies</sup> Sie führt die Prämienverbilligung nach Artikel 66a durch.</p> <p><sup>2sexies</sup> Sie teilt den Kantonsbeitrag nach Artikel 60a auf die Versicherer auf.</p> <p><sup>2septies</sup> Sie führt den Lebendspende-Nachsorgefonds nach Artikel 15b des Transplantationsgesetzes vom 8. Oktober 2004.</p> <p><sup>2octies</sup> Sie kann von den Kantonen gegen Entschädigung weitere Vollzugsaufgaben übernehmen.</p> <p><sup>5</sup> Zur Finanzierung der Aufgaben nach den Absätzen 2, <sup>2sexies</sup> und 4 müssen die Versicherer zulasten der sozialen Krankenversicherung Beiträge an die gemeinsame Einrichtung entrichten. (...)</p>	<p><sup>2octies</sup> Sie kann von den Kantonen gegen Entschädigung weitere Vollzugsaufgaben übernehmen, namentlich die Kontrolle der Daten, die die Versicherer den Kantonen nach Artikel 60 Absatz 6 übermitteln.)</p>	
---	--	--	--

sich nach den Reglementen der gemeinsamen Einrichtung.			
<b>3. Kapitel: Leistungen, 1. Abschnitt: Umschreibung des Leistungsbereichs, Art. 25 Allgemeine Leistungen bei Krankheit</b>			
<b>Art. 25a</b> <sup>2</sup> Die Leistungen der Akut- und Übergangspflege, welche sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und die im Spital ärztlich angeordnet werden, werden von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und vom Wohnkanton des Versicherten während längstens zwei Wochen nach den Regeln der Spitalfinanzierung (Art. 49a Abgeltung der stationären Leistungen) vergütet. Versicherer und Leistungserbringer vereinbaren Pauschalen.	<b>Art. 25a Abs. 2 erster Satz</b> <sup>2</sup> Die Leistungen der Akut- und Übergangspflege, welche sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und die im Spital ärztlich angeordnet werden, werden von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung während längstens zwei Wochen vergütet. (...)	<b>Keinen Minderheitsantrag</b>	<b>Antrag SGK-N folgen</b>
<b>3. Kapitel: Leistungen, 2. Abschnitt: Wahl des LERB, Kostenübernahme und Aufnahmepflicht der Listenspitäler, Art. 41 Wahl des Leistungserbringers und Kostenübername</b>			
<b>Art. 41</b> <sup>1bis</sup> Die versicherte Person kann für die stationäre Behandlung unter den Spitälern frei wählen, die auf der Spitalliste ihres Wohnkantons oder jener des Standortkantons aufgeführt sind (Listenspital). Der Versicherer und der Wohnkanton übernehmen bei stationärer Behandlung in einem Listenspital die Vergütung anteilmässig nach Artikel 49a höchstens nach dem Tarif, der in einem Listenspital	<b>Art. 41 Abs. 1<sup>bis</sup>, 1<sup>ter</sup>, 2<sup>bis</sup> bis 2<sup>quater</sup>, 3, 3<sup>bis</sup> und 4 zweiter bis fünfter Satz</b> <sup>1bis</sup> Die versicherte Person kann für die stationäre Behandlung unter den Spitälern frei wählen, die auf der Spitalliste ihres Wohnkantons oder jener des Standortkantons aufgeführt sind (Listenspital). Bei stationärer Behandlung in einem Listenspital, das auf der Spitalliste des Wohnkantons nicht aufgeführt ist, übernimmt der Versicherer die Vergütung wie folgt:	<b>Keinen Minderheitsantrag</b>	<b>Antrag SGK-N folgen</b>

<p>des Wohnkantons für die betreffende Behandlung gilt</p> <p><sup>1ter</sup> Absatz 1bis gilt sinngemäss für Geburtshäuser.</p> <p><sup>2</sup> Versicherte, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder in Norwegen wohnen, können für die stationäre Behandlung in der Schweiz unter den Listenspitälern frei wählen.</p>	<p>a. höchstens nach dem Tarif, der in einem Listenspital des Wohnkantons für die betreffende Behandlung gilt;</p> <p>b. höchstens nach dem Tarif des gewählten Leistungserbringers, sofern:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ein Notfall vorliegt, oder</li> <li>2. der Wohnkanton die Behandlung beim gewählten Leistungserbringer vorgängig bewilligt hat; er erteilt die Bewilligung, wenn kein Spital auf seiner Spitalliste die erforderlichen Leistungen anbietet.</li> </ol> <p><sup>1ter</sup> Absatz 1<sup>bis</sup> mit Ausnahme von Buchstabe b gilt sinngemäss für Geburtshäuser.</p> <p><sup>2</sup> Versicherte, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder in Norwegen wohnen, können für die stationäre Behandlung in der Schweiz unter den Listenspitälern frei wählen.</p> <p><sup>2bis</sup> Absatz 1bis gilt sinngemäss für die Übernahme der Vergütung bei stationärer Behandlung in einem Listenspital bei folgenden Versicherten, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder in Norwegen wohnen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Grenzgänger und Grenzgängerinnen sowie deren Familienangehörige;</li> <li>b. Familienangehörige von Niedergelassenen, von Aufenthaltern und Aufenthaltserinnen und von Kurzaufhaltern und Kurzaufhalterinnen;</li> <li>c. Bezüger und Bezügerinnen einer Leistung der schweizerischen Arbeitslosenversicherung sowie deren Familienangehörige.</li> </ol>		
--	---	--	--

<p><sup>3</sup> Beansprucht die versicherte Person bei einer stationären Behandlung aus medizinischen Gründen ein nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführtes Spital, so übernehmen der Versicherer und der Wohnkanton die Vergütung anteilmässig nach Artikel 49a. Mit Ausnahme des Notfalls ist dafür eine Bewilligung des Wohnkantons notwendig.</p> <p><sup>3bis</sup> Medizinische Gründe nach den Absätzen 2 und 3 liegen bei einem Notfall vor oder wenn die erforderlichen Leistungen nicht angeboten werden:</p> <p>a. bei ambulanter Behandlung am Wohn- oder Arbeitsort der</p>	<p><sup>2ter</sup> Bei Versicherten nach Absatz 2bis gilt der Kanton, an den sie einen Anknüpfungspunkt haben, als Wohnkanton im Sinne dieses Gesetzes.</p> <p><sup>2quater</sup> Bei Versicherten, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder in Norwegen wohnen und eine schweizerische Rente beziehen, sowie bei deren Familienangehörigen übernimmt der Versicherer bei stationärer Behandlung in einem Listenspital die Vergütung höchstens nach dem Tarif, der für die betreffende Behandlung in einem Listenspital des Referenzkantons gilt. Der Bundesrat legt den Referenzkanton fest. Liegt ein Notfall vor, so übernimmt der Versicherer die Vergütung nach dem Tarif, der im Standortkanton gilt.</p> <p><sup>3</sup> und <sup>3bis</sup> Aufgehoben</p>		
---	---	--	--

<p>versicherten Person oder in deren Umgebung;</p> <p>b. bei stationärer Behandlung in einem Spital, das auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt ist.</p> <p><sup>4</sup>Die Versicherten können ihr Wahlrecht im Einvernehmen mit dem Versicherer auf Leistungserbringer beschränken, die der Versicherer im Hinblick auf eine kostengünstigere Versorgung auswählt (Art. 62 Abs. 1 und 3). Der Versicherer muss dann nur die Kosten für Leistungen übernehmen, die von diesen Leistungserbringern ausgeführt oder veranlasst werden; Absatz 2 gilt sinngemäss. Die gesetzlichen Pflichtleistungen sind in jedem Fall versichert.</p>	<p><sup>4</sup> (...) Die gesetzlichen Pflichtleistungen sind in jedem Fall versichert. Der Versicherer muss nur die Kosten der Leistungen übernehmen, die von Leistungserbringern ausgeführt oder veranlasst werden, auf welche die versicherte Person ihr Wahlrecht beschränkt hat; er muss die Kosten der Leistungen nicht übernehmen, die von anderen Leistungserbringern ausgeführt oder veranlasst werden, es sei denn, er hat vorgängig die besondere Gutsprache erteilt oder es liegt ein Notfall vor. Der Versicherer erteilt die besondere Gutsprache, sofern die Behandlung von den von ihm ausgewählten Leistungserbringern nicht angeboten wird.</p>		
<p><b>3. Kapitel: Leistungen, 3. Abschnitt: Schuldner der Vergütung; Rechnungsstellung, Art. 42 Grundsatz</b></p>			
<p><b>Art. 42</b></p> <p><sup>2</sup>Versicherer und Leistungserbringer können vereinbaren, dass der Versicherer die Vergütung schuldet (System des Tiers payant). Im Falle der stationären Behandlung schuldet der Versicherer, in Abweichung von Absatz 1, den auf ihn entfallenden Anteil an der Vergütung.</p> <p><sup>3</sup>Der Leistungserbringer muss dem Schuldner eine detaillierte und verständliche Rechnung zustellen. Er muss ihm auch alle Angaben machen, die er</p>	<p><b>Art. 42 Abs. 2 zweiter Satz und 3</b></p> <p><sup>2</sup>(...) Bei stationärer Behandlung schuldet der Versicherer, in Abweichung von Absatz 1, die Vergütung.</p> <p><sup>3</sup>Der Leistungserbringer muss dem Schuldner eine detaillierte und verständliche Rechnung zustellen. Er muss ihm auch alle Angaben machen, die er benötigt, um die</p>	<p>Kein Minderheitsantrag</p>	<p><b>Antrag SGK-N folgen</b></p>

benötigt, um die Berechnung der Vergütung und die Wirtschaftlichkeit der Leistung überprüfen zu können. Im System des Tiers payant erhält die versicherte Person eine Kopie der Rechnung, die an den Versicherer gegangen ist. Bei stationärer Behandlung weist das Spital die auf Kanton und Versicherer entfallenden Anteile je gesondert aus. Der Bundesrat regelt die Einzelheiten.	Berechnung der Vergütung und die Wirtschaftlichkeit der Leistung überprüfen zu können. Im System des Tiers payant erhält die versicherte Person eine Kopie der Rechnung, die an den Versicherer gegangen ist. Der Bundesrat regelt die Einzelheiten.		
<b>3. Kapitel: Leistungen, 4. Abschnitt: Tarife und Preise, Art. 49a Abgeltung der stationären Leistungen</b>			
<b>Art. 49a Abgeltung der stationären Leistungen</b> <sup>1</sup> Die Vergütungen nach Artikel 49 Absatz 1 werden vom Kanton und den Versicherern anteilmässig übernommen. <sup>2</sup> Der Kanton setzt jeweils für das Kalenderjahr spätestens neun Monate vor dessen Beginn den für alle Kantonseinwohner geltenden kantonalen Anteil fest. Der kantonale Anteil beträgt mindestens 55 Prozent.	<b>Art. 49a Vertragsspitäler und -geburtshäuser</b> <sup>1</sup> Mit Spitälern oder Geburtshäusern, welche kein Listenspital im Sinne von Artikel 41 Absatz 1 <sup>bis</sup> sind, aber die Voraussetzungen nach den Artikeln 38 und 39 Absatz 1 Buchstaben a–c und f erfüllen, können die Versicherer Verträge über die Vergütung von Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abschliessen. <sup>2</sup> Die in den Verträgen vorgesehene Vergütung darf nicht höher sein als die Vergütung durch die Versicherer nach Abzug des Prozentsatzes für den Kantonsbeitrag nach Artikel 60 Absatz 4.	<b>(Art. 49a Vertragsspitäler und -geburtshäuser</b> <sup>1</sup> Mit Spitälern oder Geburtshäusern, welche kein Listenspital im Sinne von Artikel 41 Absatz 1bis sind, aber die Voraussetzungen nach den Artikeln 38 und 39 Absatz 1 Buchstaben a–c und f erfüllen, können die Versicherer Verträge über die Vergütung von Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abschliessen. <sup>2</sup> Die in den Verträgen vorgesehene Vergütung darf nicht höher sein als 45 Prozent der Vergütung nach Artikel 49 Absatz 1.)	<b>Mehrheitsantrag SGK-N folgen</b>
<b>3. Kapitel: Leistungen, 4. Abschnitt: Tarife und Preise, Art. 51 Globalbudget für Spitäler und Pflegeheime</b>			
<b>Art. 51, Abs. 1</b> <sup>1</sup> Der Kanton kann als finanzielles Steuerungsinstrument einen Gesamtbetrag für die Finanzierung der Spitäler oder der	<b>Art. 51 Abs. 1 zweiter Satz</b> <sup>1</sup> (...) Der Kantonsbeitrag nach Artikel 60 bleibt vorbehalten.	Kein Minderheitsantrag	<b>Antrag SGK-N folgen</b>

<p>Pflegeheime festsetzen. Die Kostenaufteilung nach Artikel 49a bleibt vorbehalten.</p>			
<p><b>5. Kapitel: Finanzierung, 1. Abschnitt: Kantonsbeitrag, Art. 60 Berechnung</b></p>			
	<p><b>Art. 60 Berechnung</b></p> <p><sup>1</sup>Die Kantone beteiligen sich an der Finanzierung der Kosten der Leistungen nach diesem Gesetz. Jeder Kanton entrichtet dazu einen Kantonsbeitrag.</p> <p><sup>2</sup>Massgebend für die Berechnung des Kantonsbeitrags sind die Kosten der Leistungen, die folgende Voraussetzungen erfüllen:</p> <p>a. Es handelt sich um Leistungen nach den Artikeln 25–31; ausgenommen sind Leistungen nach Artikel 25a Absatz 1 und Leistungen, die gestützt auf einen Vertrag nach Artikel 49a vergütet werden.</p> <p>b. Es handelt sich um Leistungen, die in der Schweiz für folgende Personen erbracht werden:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Versicherte, die im betroffenen Kanton wohnen,</li> <li>2. Versicherte nach Artikel 41 Absatz 2bis, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder in Norwegen wohnen und bei denen der betroffene Kanton nach Artikel 41 Absatz 2ter als Wohnkanton gilt.</li> </ol> <p><sup>3</sup>Die Kostenbeteiligung der Versicherten nach Artikel 64 und die mittels Rückgriff nach Artikel 72 Absatz 1 ATSG von den</p>	<p>Kein Minderheitsantrag</p>	<p><b>Antrag SGK-N für Abs. 1-5 folgen</b></p> <p><b>Antrag neue Abs. 6 &amp; 7:</b></p> <p><sup>6</sup>Der Bund, die Kantone und die Versicherer übermitteln <b>der gemeinsamen Einrichtung</b> die Daten, die für die Berechnung des Kantonsbeitrags und des Bundesbeitrags nötig sind. Der Bundesrat regelt die Einzelheiten.</p> <p><sup>7</sup>Die Kantone und der Bund entrichten ihren Beitrag der gemeinsamen Einrichtung (Art. 18).</p>

	<p>Versicherern durchgesetzten Ansprüche werden für die Berechnung des Kantonsbeitrags von den Kosten nach Absatz 2 abgezogen.</p> <p><sup>4</sup> Jeder Kanton legt jeweils für das Kalenderjahr spätestens neun Monate vor dessen Beginn den Prozentsatz für den Kantonsbeitrag fest. Der Prozentsatz liegt bei mindestens 25,5 Prozent.</p> <p><sup>5</sup> Bei Versicherten, die in einem Mitgliedsstaat der Europäischen Union, in Island oder in Norwegen wohnen und die eine schweizerische Rente beziehen, sowie bei deren Familienangehörigen übernimmt der Bund bei Behandlung in der Schweiz den Anteil an den Kosten, der dem vom Standortkanton nach Absatz 4 festgelegten Prozentsatz für den Kantonsbeitrag entspricht. Die Absätze 2 und 3 gelten sinngemäss.</p> <p><sup>6</sup> Die Versicherer übermitteln dem Kanton beziehungsweise dem Bund die Daten, die für die Berechnung des Kantonsbeitrags und des Bundesbeitrags nötig sind. Die Kantone und der Bund entrichten ihren Beitrag der gemeinsamen Einrichtung (Art. 18). Der Bundesrat regelt die Einzelheiten.</p>		
<b>5. Kapitel: Finanzierung, 1. Abschnitt: Kantonsbeitrag, Art. 60 Aufteilung auf die Versicherer</b>			
	<p><b>Art. 60a Aufteilung auf die Versicherer</b></p> <p>Der Kantonsbeitrag und der Bundesbeitrag werden auf die einzelnen Versicherer entsprechend deren für die Berechnung des</p>	<p><b>Art. 60a Aufteilung auf die Versicherer</b></p> <p><sup>1</sup> Der Kantonsbeitrag und der Bundesbeitrag werden als Pauschalbetrag pro versicherte Person auf die einzelnen</p>	<p><b>Risikobasierte Verteilung der Kantonsmittel (Minderheitsantrag SGK-N) weniger komplex formuliert:</b></p> <p><sup>1</sup> Die gemeinsame Einrichtung teilt den Kantonsbeitrag und den Bundesbeitrag auf die einzelnen Versicherer auf. Dabei</p>

	Kantons- und des Bundesbeitrags massgebenden Kosten aufgeteilt.	Versicherer aufgeteilt  <sup>2</sup> Die Höhe des Pauschalbetrags wird für jede der folgenden Gruppen von Versicherten einzeln berechnet: a. im Kanton wohnhafte Erwachsene; b. im Ausland wohnhafte Erwachsene, je Wohnsitzstaat; c. im Kanton wohnhafte Kinder; d. im Ausland wohnhafte Kinder, je Wohnsitzstaat.  <sup>3</sup> Für jede Gruppe von Versicherten nach Absatz 2 wird die Höhe des Pauschalbetrags entsprechend den durchschnittlichen Kosten der Leistungen berechnet, für die der Kantonsbeitrag entrichtet wird.  <sup>4</sup> Absatz 3 gilt sinngemäss für die Versicherten nach Artikel 60 Absatz 5.	befolgt sie die Grundsätze des Risikoausgleichs nach Artikel 16 – 17a. <sup>2</sup> Für Versicherte, die vom Risikoausgleich nicht erfasst werden, entspricht der aufgeteilte Betrag den durchschnittlichen Kosten dieser Versicherten. <sup>3</sup> Der Bundesrat regelt die Einzelheiten.
<b>5. Kapitel: Finanzierung, 4. Abschnitt: Prämienverbilligung durch Beiträge der öffentlichen Hand, 4. Titel: Besondere Bestimmungen zur Koordination zur Haftung und zum Rückgriff, Art. 79 Einschränkung des Rückgriffs</b>			
<b>Art. 79 Einschränkung des Rückgriffs</b> Die Einschränkung des Rückgriffs nach Artikel 75 Absatz 2 ATSG1 ist nicht anwendbar.	<b>Art. 79a Rückgriffsrecht der Kantone</b> Das Rückgriffsrecht nach Artikel 72 ATSG gilt sinngemäss für den Wohnkanton für die Beiträge, die er nach Artikel 25a geleistet hat.	Kein Minderheitsantrag	<b>Antrag SGK-N folgen</b>

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

**Avis donné par**

Nom / société / organisation : Groupe Mutuel Services SA

Abréviation de la société / de l'organisation : Groupe Mutuel

Adresse : Rue des Cèdres 5

Personne de référence : Mme Geneviève Aguirre-Jan

Téléphone : 058 758 25 29

Courriel : gaguirrejan@groupemutuel.ch

Date : 08.08.2018

**Remarques importantes :**

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

<b>Commentaires généraux sur le projet de révision et sur le rapport explicatif</b>	
<b>nom/société</b>	<b>Commentaire / observation</b>
Groupe Mutuel	Nous faisons suite à l'annonce de mise en consultation du projet de loi issu de l'initiative parlementaire "09.528 Initiative parlementaire. Financement moniste des prestations de soins" et vous faisons parvenir la prise de position du Groupe Mutuel.
Groupe Mutuel	<p><b>Généralités</b></p> <p>Le financement des prestations de santé fait l'objet de réglementations distinctes selon qu'il s'agisse d'un traitement stationnaire ou ambulatoire. Dans le domaine stationnaire, les cantons et les assureurs-maladie prennent en charge conjointement (à concurrence de 55% pour les premiers et 45% pour les seconds) les frais d'hospitalisation en division commune, alors que dans le domaine ambulatoire, les prestations sont financées dans leur intégralité par les assureurs-maladie, respectivement par les payeurs de primes. Actuellement ce système présente certains défauts susceptibles d'être minorés, voire supprimés, par l'introduction du financement uniforme pour toutes les prestations ambulatoires et stationnaires.</p> <p>Tout d'abord, le choix du type de traitement ne sera plus biaisé par des incitatifs financiers, mais dirigé uniquement par les considérations médicales, offrant ainsi un traitement curatif optimal pour le patient. Par ailleurs, ce transfert devrait permettre une économie sur les coûts et donc avoir un effet bénéfique sur les primes.</p> <p>Les assureurs-maladie adopteront pleinement le transfert du stationnaire vers l'ambulatoire, plus économique en général, mais qui peut parfois s'avérer plus onéreux que le domaine stationnaire pour les assureurs-maladie sous le régime actuel du système de financement. Le transfert des traitements du stationnaire vers l'ambulatoire, incités par plusieurs cantons et la Confédération par la mise en vigueur de listes d'interventions à effectuer uniquement en ambulatoire offrira aux cantons l'opportunité de voir sous une optique différente leur politique d'approvisionnement en soins, puisqu'ils seront à l'avenir engagés financièrement, que les prestations soient fournies sous forme ambulatoire ou stationnaire. Dès lors le financement uniforme devient un élément indispensable pour la mise en œuvre de la réglementation prévue en matière de pilotage ambulatoire.</p>
Groupe Mutuel	<p><b>Evaluation de la proposition de la majorité</b></p> <p>Le Groupe Mutuel soutient les propositions de la majorité, sous réserve des deux points suivants.</p> <p><b>Base de calcul de la contribution cantonale</b></p> <p>La contribution cantonale devrait être calculée sur la base des coûts bruts et non des coûts nets.</p> <p>La prise en compte des coûts nets a pour conséquence que, à prestations égales, le canton participe de façon moindre aux coûts de la santé des assurés au bénéfice de franchises élevées qu'à ceux d'assurés ayant opté pour la franchise ordinaire. Il en ressort donc une inégalité de traitement entre les assurés. Par ailleurs, le système de rabais de prime accordé par les assureurs aux assurés en contrepartie d'une franchise plus élevée ne</p>

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

profite plus uniquement à l'assuré et à l'assureur, mais bénéficie également au canton, sans que celui-ci ait participé à son financement. Au final, cette économie dont bénéficient les cantons opère un report du financement sur les assureurs et il n'est pas exclu que ce biais induise à l'avenir une réduction des rabais octroyés en contrepartie de franchises élevées. Cet effet non-désiré augmentera en fonction de l'élévation des franchises qui pourrait être décidée dans un futur proche. Cette incidence pourrait être diminuée en calculant la contribution cantonale sur une base « coûts bruts », avec une adaptation (abaissement) du taux de contribution des cantons en conséquence. Ce système renforcerait l'impact du financement public sur les primes de l'AOS et permettrait de mieux atténuer les coûts à charge de l'assureur et de ralentir au final la hausse des primes d'assurance-maladie. Par ailleurs, il s'avèrerait également avantageux pour l'assuré, puisque sa participation (franchise et quote-part) serait calculée sur un montant réduit (coûts bruts de la prestation diminués de la participation cantonale) et au final serait plus basse qu'une participation calculée selon la variante des coûts nets. Compte tenu de l'augmentation marquante de la participation aux coûts que subiront les assurés consommateurs de prestations stationnaires, cette réduction s'avère nécessaire.

En conclusion, le Groupe Mutuel se déclare en faveur d'un calcul d'une contribution cantonale calculée sur la base des coûts bruts qui est plus avantageux que celui basé sur les coûts nets, car :

- il améliore l'égalité de traitement entre les assurés et ne met pas en péril les rabais octroyés en contrepartie de franchises élevées ;
- il est plus équitable pour les assurés en atténuant globalement la participation des assurés aux coûts qui, dans le cadre du financement des prestations stationnaires, s'élèvera ;
- il est plus performant pour juguler la hausse des primes par l'accentuation de l'impact du financement public sur les primes de l'AOS ;
- il n'induit pas de charge supplémentaire aux cantons, puisque le taux de participation serait adapté en conséquence.

### **Versement de la contribution cantonale à l'Institution commune LAMal et contrôle des factures**

Le Groupe Mutuel refuse le système de versement des contributions cantonales par l'institution commune LAMal, attendu que les assureurs pourraient facturer aux cantons directement leur participation et leur offrir une transparence complète par le biais d'une liste détaillée des factures sous-jacentes.

En effet, les cantons sont sensés vérifier si les assurés cofinancés ont effectivement habité dans le canton le jour du traitement. Pour ce faire, il suffirait que les assureurs envoient chaque trimestre une liste détaillée de toutes les factures ambulatoires et stationnaires aux cantons respectifs en même temps que le décompte de la contribution en pourcentage des factures AOS. Ainsi, sur la base de listes fournies, les cantons seraient à même de vérifier si l'assuré est bien domicilié dans le canton au moment du traitement (dans la négative, l'assureur serait tenu de corriger son décompte, sur la base des informations fournies par le canton sur la date du déménagement de l'assuré et son nouveau domicile).

Le transfert des contributions peut donc être réalisé de manière beaucoup plus transparente lorsque les assureurs sont en contact directement avec le canton, puisque c'est cette même relation directe qui serait utilisée logiquement lorsque les cantons demandent des informations sur les coûts des assurés.

En ce qui concerne le contrôle des factures, la commission a rejeté la proposition des cantons de créer un organe de contrôle commun aux

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

	<p>assureurs et aux cantons, compte tenu que la charge administrative liée à cette activité pourrait s'avérer démesurée au vu du nombre importants de factures dans les secteurs ambulatoires et hospitaliers. Si nécessaire, le canton pourrait toutefois mandater un organe de contrôle indépendant qui analyse périodiquement un échantillonnage de factures sans amoindrir la responsabilité des assureurs-maladie en matière de contrôle des factures des prestataires.</p> <p>En conclusion, le Groupe Mutuel se déclare :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• en faveur du versement direct de la contribution cantonale aux assureurs-maladie et s'oppose à toute intervention de l'Institution commune LAMal dans le cadre de ce processus ;</li> <li>• en faveur de la mise sur pied d'un processus d'échange d'informations détaillées des factures et de la mise en œuvre de processus de contrôle proportionné par le biais d'échantillonnages.</li> </ul>
Groupe Mutuel	<p><b>Evaluation des propositions des minorités</b></p> <p>Le Groupe Mutuel rejette l'ensemble des propositions émanant des minorités pour les motifs exposés ci-après.</p> <p><u>Répartition des fonds cantonaux aux assureurs sous forme de montants forfaitaires par assuré</u></p> <p>Deux variantes sont proposées pour répartir les fonds cantonaux aux assureurs. Selon la première variante, les assureurs-maladie reçoivent des cantons une participation de 25,5% de leurs coûts de prestations nets réels (après déduction de la franchise et de la participation). Selon la deuxième variante, le canton distribue son cofinancement (25.5% du total des coûts de prestations nets du canton) par somme forfaitaire aux assureurs. Les assureurs reçoivent donc un forfait moyen par personne assurée qui est différencié selon qu'il s'agit d'enfants ou d'adultes. Combiné avec la compensation des risques, ce forfait aboutit à une contribution cantonale fixée en fonction du risque attendu.</p> <p>Une étude réalisée par Polynomics sur mandat de santésuisse a comparé ces deux variantes « participation en fonction des coûts effectifs » et « contribution forfaitaire » et a constaté que la première variante se rapprochait de la situation actuelle, qu'elle réduisait les incitations à la sélection des risques et n'entraînait pas un besoin accru de réserve. Dans l'ensemble, la participation en fonction des coûts effectifs était donc préférable à la seconde qui accroît le risque financier des assureurs maladie et crée des insécurités pour le calcul des primes, ce qui peut rendre nécessaire de procéder à une augmentation des réserves et des primes.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En conclusion, le Groupe Mutuel se déclare opposé à la répartition des fonds cantonaux aux assureurs sous forme de montants forfaitaires par assuré.</li> </ul> <p><u>Contrôle des factures des prestataires par l'institution commune LAMal</u></p> <p>Le contrôle des factures des prestataires incombe aux assureurs-maladie. Ce rôle a été dévolu à ces derniers par le législateur. Il n'y a donc pas lieu de doubler ce contrôle par l'institution commune LAMal, ce qui reviendrait à amoindrir le rôle des assureurs dans le processus de fonctionnement de l'AOS et augmenter les charges administratives, sans motif valable. En effet, le nouveau financement n'édulcore par l'intérêt</p>

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

	<p>qu'ont les assureurs-maladie à contrôler attentivement le bien-fondé des remboursements, afin de rester concurrentiel.</p> <p>Attendu que le Groupe Mutuel rejette l'intervention de l'Institution commune LAMal dans le processus de répartition de la participation cantonale aux assureurs, l'intervention de cette dernière ne se justifie pas non plus en matière de contrôle de facture qui devrait être organisé selon les propositions présentées supra.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• En conclusion, le Groupe Mutuel se déclare opposé à l'intervention de l'Institution commune LAMal dans le contrôle des factures des prestataires.</li></ul> <p><u>Maintien du taux de prise en charge des coûts des prestations des hôpitaux et des maisons de naissance conventionnés à 45% (art. 49a)</u></p> <p>Le maintien d'un financement différencié pour la prise en charge des coûts des prestations des hôpitaux et des maisons de naissance conventionnés ne se justifie pas au vu de l'objectif recherché. En effet, l'application d'un financement unique également à ces types d'établissements permet d'accroître la concurrence entre les établissements hospitaliers, susceptibles à terme de générer des économies de coûts.</p> <p><u>Conditionnement de l'entrée en vigueur du financement uniforme à celle de la réglementation remplaçant l'art. 55a LAMal</u></p> <p>Sur la base du projet de loi destiné à remplacer l'art. 55a LAMal, les cantons obtiendront de nouveaux moyens pour piloter le domaine ambulatoire, ce qui implique la mise en œuvre du financement uniforme. Dès lors, les deux projets de loi, respectivement leurs mises en vigueur doivent être liées. Ce lien devrait être fait dans le cadre du projet « 18.047 LAMal. Admission des fournisseurs de prestations ».</p>
	<p><b>Autres</b></p> <p><u>Application d'un taux uniforme minimal de 25.5.% au niveau Suisse sur l'ensemble des soins ambulatoires et stationnaires</u></p> <p>Actuellement, les cantons financent les soins stationnaires à concurrence de 55%. A l'avenir la participation cantonale aux coûts des prestations (stationnaires et ambulatoires) de la santé s'élèvera au moins à 25.5%. Puisque le calcul du taux de participation cantonale de l'ensemble des prestations ambulatoires et stationnaires repose sur une moyenne, l'effet pour le payeur de prime peut être positif ou négatif. En effet, il varie en fonction de la relation entre prestations ambulatoires et prestations stationnaires. Afin de limiter cette incidence, une disposition transitoire, du même type que celle instaurée lors de l'introduction du financement hospitalier en 2011, devrait être introduite. Ainsi, les cantons disposeront d'un certain délai afin d'adapter leur participation cantonale et l'effet pour les payeurs de prime sera échelonné sur plusieurs années.</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**

<b>Commentaires concernant les articles individuels du projet de la révision et leurs explications</b>					
<b>nom/ société</b>	<b>art.</b>	<b>al.</b>	<b>let.</b>	<b>commentaire / observation :</b>	<b>Proposition de modification (texte)</b>
Groupe Mutuel	16	3 <sup>bis</sup>		Le Groupe Mutuel accepte la proposition de la majorité et rejette celle de la minorité.  La contribution cantonale est une compensation des coûts, elle est donc neutre au niveau des risques.	
Groupe Mutuel	18	2 <sup>sexties</sup>		Le Groupe Mutuel rejette la proposition de la majorité et se prononce contre l'intervention de l'Institution commune LAMal dans le paiement des contributions cantonales aux assureurs-maladie.	
Groupe Mutuel	18	2 <sup>octies</sup>		Le Groupe Mutuel rejette la proposition de la majorité, car elle estime que l'Institution commune LAMal ne doit pas assumer la tâche de répartir la contribution cantonale aux assureurs ; il ne se justifie donc pas de lui attribuer des tâches qui lui seraient confiées par les cantons.	
Groupe Mutuel	18	5		Le Groupe Mutuel rejette la proposition de la majorité, car elle estime que l'Institution commune LAMal ne doit pas assumer la tâche de répartir la contribution cantonale aux assureurs, ni exécuter d'autres tâches confiées par les cantons ; il ne se justifie donc pas de prévoir un financement supplémentaire.	
Groupe Mutuel	25a	2		Proposition de la majorité : acceptée.	
Groupe Mutuel	41	1 <sup>bis</sup>		Proposition de la majorité : acceptée.	

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

Groupe Mutuel	41	1 <sup>ter</sup>		Proposition de la majorité : acceptée.	
Groupe Mutuel	41	2 <sup>bis</sup>		Proposition de la majorité : acceptée.	
Groupe Mutuel	41	2 <sup>ter</sup>		Proposition de la majorité : acceptée.	
Groupe Mutuel	41	2 <sup>quater</sup>		Proposition de la majorité : acceptée.	
Groupe Mutuel	41	3		Proposition de la majorité : acceptée.	
Groupe Mutuel	41	3 <sup>bis</sup>		Proposition de la majorité : acceptée.	
Groupe Mutuel	41	4		Proposition de la majorité : acceptée.	
Groupe Mutuel	42	2		Proposition de la majorité : acceptée.	
Groupe Mutuel	42	3		Proposition de la majorité : acceptée.	
Groupe Mutuel	49a	1		Le Groupe Mutuel accepte la proposition de la majorité et rejette celle de la minorité.	
Groupe Mutuel	49a	2		Le Groupe Mutuel accepte la proposition de la majorité et rejette celle de la minorité.	
Groupe Mutuel	51	1		Proposition de la majorité : acceptée.	
Groupe Mutuel	60	1		Proposition de la majorité : acceptée.	
Groupe Mutuel	60	2	b	Proposition de la majorité : acceptée sous réserve d'une modification. La lettre b de l'alinéa 2 pose l'obligation que les prestations soient	<u>Proposition de modification de la lettre b de l'alinéa 2</u> b. Elles sont fournies en Suisse, sous réserve des

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

				fournies en Suisse pour que leur coût soit pris en compte dans le calcul de la contribution cantonale. Or, l'art. 34 al. 2 LAMal prévoit la possibilité de prendre en charge des coûts de prestations fournies à l'étranger sous certaines conditions. Il y a donc lieu de tenir également compte de ces exceptions dans le calcul de la contribution cantonale.	exceptions prévues à l'article 34, al. 2, aux assurés suivants : ...
Groupe Mutuel	60	3		Proposition de la majorité : refusée.  Le calcul de la contribution devrait s'effectuer sur les coûts bruts et non les coûts nets.	<u>Proposition de modification de l'alinéa 3</u>  Le produit des actions récursoires fondées sur l'art. 72, al. 1, LPGA est déduit des coûts selon l'al. 2 pour le calcul de la contribution cantonale.
Groupe Mutuel	60	4		Proposition de la majorité : acceptée.	
Groupe Mutuel	60	5		Proposition de la majorité : acceptée.	
Groupe Mutuel	60	6		Proposition de la majorité : modifiée.  Le Groupe Mutuel estime que le versement des contributions cantonales doit s'effectuer directement auprès des assureurs-maladie et non pas par le biais de l'institution commune LAMal.	Les assureurs transmettent aux cantons et à la Confédération les données qui sont nécessaires pour le calcul de la contribution cantonale et de la contribution fédérale. Les cantons et la Confédération versent leur contribution directement aux assureurs-maladie. Le Conseil fédéral règle les modalités.
Groupe Mutuel	60a			Le Groupe Mutuel accepte la proposition de la majorité et rejette celle de la minorité.  Une étude réalisée par Polynomics sur mandat de santésuisse a comparé les variantes « participation en fonction des coûts réels » et « contribution forfaitaire » et a constaté que la première variante se rapprochait de la situation actuelle, qu'elle réduisait les incitations à la sélection des risques et n'entraînait pas un besoin accru de réserve. Dans l'ensemble, elle est donc préférable à la seconde qui occasionne des distorsions et des	

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

				contrecoups au niveau des primes, en aggravant le risque financier des assureurs-maladie.	
Groupe Mutuel	79a			Proposition acceptée.	
Groupe Mutuel	II	1		Proposition acceptée.	
Groupe Mutuel	II	2		Sur la base du projet de loi destiné à remplacer l'art. 55a LAMal, les cantons obtiendront de nouveaux moyens pour piloter le domaine ambulatoire, ce qui implique la mise en œuvre du financement uniforme. Dès lors, les deux projets de loi, respectivement leurs mises en vigueur doivent être liées. Ce lien devrait être fait dans le cadre du projet « 18.047 LAMal. Admission des fournisseurs de prestations ».	

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

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

<b>Autres propositions</b>			
<b>Nom/société</b>	<b>Art.</b>	<b>Commentaire / observation</b>	<b>Proposition de texte</b>
Groupe Mutuel	Disposition transitoire	Actuellement, les cantons financent les soins stationnaires à concurrence de 55%. A l'avenir la participation cantonale aux coûts des prestations (stationnaires et ambulatoires) de la santé s'élèvera au moins à 25.5%. Puisque le calcul du taux de participation cantonale de l'ensemble des prestations ambulatoires et stationnaires repose sur une moyenne, l'effet pour le payeur de prime peut être positif ou négatif. En effet, il varie en fonction de la relation entre prestations ambulatoires et prestations stationnaires. Afin de limiter cette incidence, une disposition transitoire, du même type que celle instaurée lors de l'introduction du financement hospitalier en 2011, devrait être introduite. Ainsi, les cantons disposeront d'un certain délai afin d'adapter leur participation cantonale et l'effet pour les payeurs de prime sera échelonné sur plusieurs années.	

Helsana Versicherungen AG

Gesundheitspolitik  
Zürichstrasse 130  
beim Bahnhof Stettbach  
Telefon 043 340 11 11  
www.helsana.ch

Postadresse:  
Postfach  
8081 Zürich

Zuständig: Guido Klaus  
Direktwahl: 043 340 68 82  
Direktfax: 043 340 04 34  
E-Mail: [guido.klaus@helsana.ch](mailto:guido.klaus@helsana.ch)

# Helsana

Empfänger  
Kommission für soziale Sicherheit  
und Gesundheit des Nationalrats  
CH-3003 Bern

per E-Mail an: [abteilung-  
leistungen@bag.admin.ch](mailto:abteilung-leistungen@bag.admin.ch)

Stettbach, 6. September 2018

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

Sehr geehrter Herr Kommissionspräsident  
Sehr geehrte Damen und Herren

Gerne nehmen wir an der Vernehmlassung zum Vorentwurf zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) unter dem Titel «Einheitliche Finanzierung der Leistungen im ambulanten und im stationären Bereich» teil. Die einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen (EFAS) ist eine der wichtigsten und grundlegendsten Reformen unseres Gesundheitswesens. Der unbestrittene finanzielle Fehlanreiz an der heutigen Schnittstelle von stationär und ambulant hat Fehl- und Überversorgung zur Folge. EFAS ist eine wichtige Reform, um unser Gesundheitssystem in Richtung mehr Effizienz und Qualität weiter entwickeln zu können und um Fehlanreize zu vermeiden. Mit EFAS wird die Verlagerung vom stationären in den kostengünstigeren ambulanten Bereich sozialverträglich vorangetrieben. Weil EFAS zudem alternative Versicherungsmodelle noch attraktiver macht, verleiht sie der Integrierten Versorgung zusätzlichen Schub.

Im Hinblick auf die konkrete Umsetzung ist es zentral, ein Finanzierungsmodell zu wählen, welches das Effizienzpotenzial von EFAS optimal entfaltet. **Helsana spricht sich darum für eine Verteilung der Kantonsbeiträge via Risikoausgleich aus.** Wir empfehlen jedoch eine einfachere und schlankere juristische Lösung, die im Ergebnis dem Modell im Minderheitenantrag entspricht.

Kantone, Leistungserbringer und Versicherer haben heute teils entgegengesetzte Anreize, so dass es zu Verzerrungen bei der Wahl der gesamtwirtschaftlich effizienten Therapieform kommen kann. Solange eine ambulant durchgeführte Operation bzw. Behandlung mehr kostet als 45 % der Kosten einer medizinisch gleichwertigen stationären Therapie, können gesamtwirtschaftliche Einsparungen durch konsequentes «ambulant vor stationär» Prämienerrhöhungen zur Folge haben. Mit EFAS ergeben sich für alle Beteiligten ohne Einbusse der Versorgungsqualität bessere Anreize, die jeweils effizienteste Versorgung zu wählen. Dies hat insgesamt geringere Gesamtkosten zur Folge.

Die Mehrheit der SGK-NR schlägt vor, die Steuermittel proportional zu den effektiven Kosten des einzelnen Versicherers auszuschütten (kostenbasiertes Modell). Helsana lehnt dieses Modell ab, denn der Risikoausgleich bleibt bei diesem Modell für die kantonalen Mittel ausgeklammert. So würde jeder Krankenversicherer einen Kantonsbeitrag von 25,5 % (respektive den fixen und national einheitlich festgelegten prozentualen Mindestfinanzierungsanteil) an seine individuellen Kosten pro versicherte Person erhalten und zwar unabhängig davon, ob er kostengünstig arbeitet oder nicht. Die Versicherer unterliegen so nicht zu 100 % dem Benchmark der Gesamtdurchschnitts-Nettoleistungen der Branche. Die (In)-

Effizienz eines Versicherers bzw. die Bemühungen, für die Versicherten bedürfnisorientierte und nachhaltige Modelle anzubieten (z. B. für chronisch kranke Personen), wäre nur teilweise wettbewerbsrelevant und die erzielten Kosteneinsparungen würden so nur teilweise prämienvirksam. Faktisch würden Versicherer, welche im Sinne ihrer Versicherten kostengünstig arbeiten, mit einem solchen Vorgehen bestraft. Mit der dauerhaften Verankerung des Risikoausgleichs hat das Parlament gezeigt, wie wichtig ihm der Risikoausgleich für unser Gesundheitswesen ist. Daher müssen alle Leistungen von ihm erfasst werden.

Helsana fordert deshalb, die kantonalen Steuermittel pro Kanton proportional zu den Durchschnittskosten der jeweiligen Risikogruppe zu verteilen. Mit einer risikobasierten Einspeisung der Kantonsmittel hätten alle Versicherer – unabhängig von ihrer Risikostruktur – den Anreiz, kostengünstig zu arbeiten und in nachhaltige, bedürfnisorientierte Versicherungsmodelle zu investieren. Diesen Anreiz wiederum braucht es, damit die Integrierte Versorgung noch mehr Schub erhält und EFAS die oben beschriebene positive Dynamik entfalten kann. Die so erzielten Kosteneinsparungen führen zu tieferen Prämien für die Versicherten. Die risikobasierte Einspeisung der kantonalen Mittel kann in bereits etablierte und bewährte Prozesse der Gemeinsamen Einrichtung KVG (GE-KVG) integriert werden: Die GE-KVG stellt jedem Kanton seinen Anteil von 25,5 % in Rechnung. Die dafür zugrundeliegenden Daten sind aufgrund bestehender Prozesse innerhalb der GE-KVG – die eng durch Gesetz und Verordnung geführt ist – plausibilisiert und insbesondere revidiert.

Die Forderung nach einer risikobasierten Verteilung der Kantons gelder entspricht einem Minderheitsantrag der SGK-NR. Allerdings empfiehlt Helsana, den umfassenden und komplex formulierten Minderheitsantrag durch eine einfachere, schlankere Variante zu ersetzen, die sich im Ergebnis gleich auswirkt. Wir empfehlen, Art. 60a KVG folgendermassen anzupassen:<sup>1</sup>

**Art. 60a (risikobasierte Aufteilung) NEU**

<sup>1</sup> Die Gemeinsame Einrichtung teilt den Kantonsbeitrag und den Bundesbeitrag auf die einzelnen Versicherer auf. Dabei befolgt sie die Grundsätze des Risikoausgleichs nach Artikel 16 – 17a.

<sup>2</sup> Für Versicherte, die vom Risikoausgleich nicht erfasst werden, entspricht der aufgeteilte Betrag den durchschnittlichen Kosten dieser Versicherten.

<sup>3</sup> Der Bundesrat regelt die Einzelheiten.

Ausserdem empfehlen wir, Art. 60 KVG so anzupassen, dass die Daten zur Berechnung des Kantons- und Bundesbeitrags direkt an die Gemeinsame Einrichtung KVG geliefert werden. Eine Datenlieferung an die Kantone würde einer Doppelerhebung gleichkommen und damit der Charta der öffentlichen Statistik Schweiz widersprechen. Zudem bedeutet dies einen erheblichen Mehraufwand für alle Beteiligten.

**Art. 60 Berechnung, Abs. 6 & 7 NEU**

<sup>6</sup> Der Bund, die Kantone und die Versicherer übermitteln der Gemeinsamen Einrichtung die Daten, die für die Berechnung des Kantonsbeitrags und des Bundesbeitrags nötig sind. Der Bundesrat regelt die Einzelheiten.

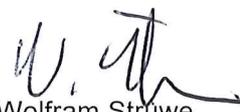
<sup>7</sup> Die Kantone und der Bund entrichten ihren Beitrag der Gemeinsamen Einrichtung (Art. 18).

Für die Kenntnisnahme und Berücksichtigung unserer Stellungnahme danken wir Ihnen bestens.

Freundliche Grüsse

Helsana Versicherungen AG

  
Guido Klaus  
Leiter Ökonomie & Politik

  
Wolfram Struwe  
Leiter Gesundheitspolitik

<sup>1</sup> Rechtlich geprüft durch Prof. Dr. Ulrich Kieser

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

**Stellungnahme von**

Name / Firma / Organisation : Medizinaltarif-Kommission UVG

Abkürzung der Firma / Organisation : MTK

Adresse : Alpenquai 28 , Postfach 4358, 6002 Luzern

Kontaktperson : Luigi Frisullo, MTK-Sekretär

Telefon : 041 419 57 39

E-Mail : office@mtk-ctm.ch

Datum : 13.09.2018

**Wichtige Hinweise:**

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

<b>Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht</b>	
<b>Name/Firma</b>	<b>Bemerkung/Anregung</b>
MTK	<p><b>1. Vorbemerkungen der MTK</b></p> <p>Im Zuständigkeitsbereich der MTK kommt die monistische Abgeltung von Leistungen im UV/MV/IV-Bereich aufgrund des Naturalleistungsprinzips zur Anwendung. Dieses Prinzip hat sich bestens bewährt, weil die Leistungsabwicklung schlank und effizient, zwischen Kostenträger und Leistungserbringer durchgeführt werden kann.</p> <p>Die MTK begrüsst diese pragmatische Vorlage zur einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen, welche die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats SGK-N in die Vernehmlassung gegeben hat. Diese leistet einen wichtigen Beitrag zur Eliminierung von Fehlanreizen der heutigen Finanzierungslösung. Des Weiteren sorgt die Vorlage für eine Harmonisierung resp. Angleichung der Finanzierungssysteme zwischen dem KV- und den UV/MV/IV-Bereichen. In diesem Sinne leistet die einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen (EFAS) einen wichtigen und grundlegenden Beitrag zur Reform unseres Gesundheitswesens.</p> <p>Die MTK wird sich jedoch in ihrer Stellungnahme weder zur Formulierung der Gesetzesvorlage, noch zu den beiden vorgeschlagenen Modellen der SGK-N und auch nicht zur Verteilung der Kantonsmittel auf die Krankenversicherer äussern. Die Umsetzungsfragen die Einführung einer einheitlichen Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen betreffend, sind durch die KVG-Tarifpartner zu klären.</p>
MTK	<p><b>2. Einschätzungen der MTK zum erläuternden Bericht</b></p> <p>Die MTK unterstützt die Einführung der einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS). Der unbestrittene finanzielle Fehlanreiz an der Schnittstelle stationär/ambulant hat Fehl- und Überversorgung zur Folge. Die EFAS ist eine wichtige Reform, um unser Gesundheitssystem in Richtung mehr Effizienz und Qualität weiter entwickeln zu können und um Fehlanreize zu vermeiden. Mit der EFAS wird die Verlagerung vom stationären in den kostengünstigeren ambulanten Bereich sozialverträglich vorangetrieben. Weil die EFAS zudem alternative Versicherungsmodelle noch attraktiver macht, verleiht sie der Integrierten Versorgung zusätzlichen Schub.</p> <p>Das Anliegen der Kantone, mehr Steuerung im ambulanten Bereich zu erhalten, ist wegen der Mitfinanzierung nachvollziehbar. Im aktuellen System stimmen Ergebnis- und Finanzierungsverantwortung nicht überein. Die Zulassungsbeschränkung im ambulanten Bereich als Steuerungsinstrument der Kantone setzt jedoch klar voraus, dass diese auch im ambulanten Bereich</p>

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

	<p>finanzielle Mitverantwortung übernehmen. Weiter begrüsst die MTK, dass der Kantonsbeitrag gemäss Vernehmlassungsvorlage so festgelegt wird, dass die Umstellung auf die EFAS für die Kantone und die Versicherer insgesamt kostenneutral ausfällt.</p> <p>Die MTK rät jedoch davon ab, Fragestellungen der Pflegefinanzierung in der Einführung der EFAS zu vermischen. Die Diskussionen, insbesondere rund um die Langzeitpflege, können durchaus parallel zur aktuellen Reform geführt werden, sollten jedoch abgekoppelt von der EFAS erfolgen, um die Vorlage politisch nicht zu überladen und damit unnötig zu verzögern.</p>
MTK	<p><b>3. Begründungen</b></p> <p><b>Gleiche Anreize für alle Akteure</b></p> <p>Kantone, Leistungserbringer und Versicherer haben heute teils entgegengesetzte Anreize, die zu Verzerrungen bei der Wahl der gesamtwirtschaftlich effizienten Therapieform führen können. Solange eine ambulant durchgeführte Operation und Behandlung mehr kostet als 45% der Kosten einer medizinisch gleichwertigen stationären Durchführung, können gesamtwirtschaftliche Einsparungen durch konsequentes «ambulant vor stationär», Prämienhöhungen zur Folge haben. Eine Krankenversicherung hat deshalb heute nur bedingt ein Interesse daran, konsequent auf den Grundsatz «ambulant vor stationär» zu setzen, weil sie damit gegen die Interessen der Versicherten handeln würde. Mit der EFAS ergeben sich für alle Beteiligten, ohne Einbusse der Versorgungsqualität, bessere Anreize, die effizienteste Versorgung zu wählen, was insgesamt zu geringeren Gesamtkosten führt.</p> <p><b>Unterstützung für Integrierte Versorgungssysteme</b></p> <p>Immer mehr Versicherte schliessen sich freiwillig Integrierten Versorgungsnetzen an. Dort können sie im Vergleich zum Standard-Versicherungsmodell von tieferen Prämien profitieren, weil dank der integrierten, gut koordinierten Versorgung Patientinnen und Patienten bedürfnisorientiert und gezielter behandelt sowie unnötige Spitalaufenthalte reduziert werden können. Die so in integrierten Versorgungsnetzen erzielten Einsparungen kommen diesen Versicherten mit der heutigen ungleichen Finanzierung aber nur teilweise zugute. Das liegt daran, dass mit den Steuergeldern der Kantone nur stationäre Leistungen mitfinanziert (55%) werden, nicht aber ambulante, und die Kantongelder somit heute in Versicherungsmodelle mit hoher Anzahl an stationären Aufenthalten fliessen. Mit der EFAS wird eine grössere Einsparung der Integrierten Versorgungsmodelle ausgewiesen, weil die Kantongelder gleichermassen auf die verschiedenen Versicherungsmodelle verteilt werden. Das erlaubt, grössere Rabatte auf den Prämien derjenigen Versicherten gewähren zu können, welche sich für ein Modell der Integrierten Versorgung entschieden haben. Durch die tieferen Prämien werden Versicherungsmodelle der Integrierten Versorgung noch attraktiver – die EFAS verleiht der Integrierten Versorgung zusätzlichen Schub. So können unter dem Strich mehr Einsparungen bei tendenziell besserer Betreuung realisiert werden.</p>

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

	<p><b>Sozialverträgliche Verlagerung der Leistungen in den ambulanten Bereich</b></p> <p>Die bereits heute stattfindende zunehmende Verlagerung von mehrheitlich steuerfinanzierten stationären, hin zu prämiendifinanzierten ambulanten Leistungen, muss aktuell allein von den Prämienzahlenden geschultert werden. Da Prämien im Unterschied zu Steuern nicht einkommensabhängig sind (solidarische Einheitsprämie), werden durch die Verlagerung in den prämiendifinanzierten Bereich, tiefe und mittlere Einkommen im Verhältnis stärker belastet. Die zunehmend medizinisch möglich werdende – gesamtwirtschaftlich sinnvolle und politisch gewollte – Verlagerung von stationär zu ambulant, wird mit einer Mitbeteiligung der Kantone an der Finanzierung der ambulanten Versorgung sozialverträglicher gemacht.</p> <p>Aus obengenannten Gründen unterstützt die MTK die Vorlage zur Einheitlichen Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen als wichtige und notwendige, gesundheitspolitische Reform.</p> <p><b>Keine doppelte Rechnungsstellung</b></p> <p>Ungeachtet des gewählten Finanzierungssystems, empfiehlt die MTK auf eine doppelte Rechnungsstellung zu verzichten. Eine solche Abrechnungspraxis im ambulanten Bereich würde den administrativen Aufwand enorm erhöhen und (bei Uneinigkeit) zu langwierigen Rechtsstreitigkeiten zwischen Kostenträgern, Patienten und Ärzten führen.</p>
MTK	<p><b>4. Fazit</b></p> <p>Die MTK begrüsst eine zeitnahe Einführung einer einheitlichen Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen. Die EFAS eliminiert die bestehenden finanziellen Fehlanreize und ebnet damit den Boden für eine effiziente und qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung. Des Weiteren leistet die EFAS einen wichtigen Beitrag zur Harmonisierung der Finanzierungssysteme zwischen dem KVG und dem UVG. Bei der Wahl des Verteilungssystems der Kantonsmittel auf die Krankenversicherer, rät die MTK sicherzustellen, den Wettbewerb auf Kosten und Qualität zu konzentrieren.</p>

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**

<b>Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen</b>					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
MTK	-	-	-	Da die Gesetzesrevision auf das KVG beschränkt ist, verzichtet die MTK darauf, sich zur konkreten Formulierung der jeweiligen Artikeln zu äussern.	-

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

<b>Weitere Vorschläge</b>			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
MTK	-	Die MTK hat keine weiteren Vorschläge einzubringen.	-



santésuisse

Die Schweizer Krankenversicherer

Les assureurs-maladie suisses

Gli assicuratori malattia svizzeri

santésuisse  
Römerstrasse 20  
Postfach  
CH-4502 Solothurn  
Tel. +41 32 625 41 41  
Fax +41 32 625 41 51  
mail@santesuisse.ch  
www.santesuisse.ch

Per E-Mail an:  
abteilung-leistungen@bag.admin.ch  
Bundesamt für Gesundheit  
3003 Bern

Für Rückfragen:  
Isabel Kohler Muster  
Direktwahl: +41 32 625 41 31  
Isabel.Kohler@santesuisse.ch

Solothurn, 14. September 2018

## **09.528 Parlamentarische Initiative. Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus; Einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen (EFAS); Änderung des KVG; Stellungnahme santésuisse**

Sehr geehrter Herr Kommissionspräsident  
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir bedanken uns für die Möglichkeit, zum Vorentwurf der SGK-NR vom 19. April 2018 in Änderung des KVG unter dem Titel „*Einheitliche Finanzierung der Leistungen im ambulanten und im stationären Bereich*“ Stellung nehmen zu können.

### **1. Allgemeines**

**Die Mehrheit der Mitglieder von santésuisse unterstützt im Grundsatz die vorgeschlagene Gesetzesänderung EFAS.**

Die Vorlage zur einheitlichen Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen (EFAS) ist für das schweizerische Gesundheitswesen von zentraler Bedeutung.

Neu sollen die Krankenversicherer alle ambulanten sowie stationären Behandlungen (inkl. Psychiatrie, Rehabilitation sowie Akut- und Übergangspflege) vergüten. An die Kosten, die den Krankenversicherern nach Abzug von Franchise und Selbstbehalt verbleiben, leisten neu die Kantone einen Beitrag. Die Umstellung auf die einheitliche Finanzierung soll für die Kantone und die Krankenversicherer kostenneutral ausfallen.

Insbesondere unterstützt santésuisse den Revisionsvorschlag der SGK-NR, wonach EFAS kostenneutral umzusetzen sei und die Pflegeleistungen von der einheitlichen Finanzierung ausgenommen werden sollen, weil die per 1. Januar 2011 in Kraft getretene Neuordnung der Pflegefinanzierung auf besonderen Regeln beruht. Eine Vermischung dieser beiden Geschäfte lehnt santésuisse entschieden ab.

Für den Systemwechsel sprechen insbesondere die folgenden Argumente:

- Der langfristige Trend weg von stationären hin zu ambulanten Leistungen führt bei der heutigen Finanzierungsregelung dazu, dass der kantonale Beitrag an die Leistungen langfristig zurückgeht. Die mit der „Ambulantisierung“ verknüpften Effizienzgewinne kommen nahezu ausschliesslich den Kantonen zu. Obwohl die medizinische Entwicklung eine kostengünstigere Behandlung ermöglicht, profitieren die Prämienzahlenden nicht oder nur bedingt. Der überproportionale Anstieg des prämierten Anteils an den Kosten, verbunden mit einem relativen Rückgang des steuerfinanzierten Anteils, hat sozialpolitisch unerwünschte Auswirkungen. Bei einer einheitlichen Finanzierung würde das Verhältnis langfristig konstant bleiben.
- Die ungleiche Finanzierung führt zu Fehlanreizen bei den Akteuren. Bei der Wahl der medizinischen Behandlung sollen nicht monetäre Interessen der Leistungserbringer oder Kostenträger, sondern die medizinische Situation des Patienten im Vordergrund stehen - wobei die WZW-Kriterien des KVG massgebend sind. Heute haben die Kantone ein ausgeprägtes Interesse daran, dass die Leistungen ambulant erbracht werden. Die Versicherer bezahlen dagegen unter Umständen für ambulante Behandlungen sogar mehr als für stationäre Behandlungen. Bei einer einheitlichen Finanzierung sind die Interessen auf die insgesamt medizinisch sinnvollste Behandlung ausgerichtet.
- Die Kantone nehmen auch im Rahmen der ambulanten Gesundheitsversorgung eine zentrale Stellung ein. Die Vorlage zur Zulassungssteuerung, deren Botschaft der Bundesrat am 9. Mai 2018 verabschiedet hat, sieht vor, den Kantonen noch bedeutend mehr Kompetenzen zuzuweisen. Mit dem „Boom“ der Spitalambulatorien, die oftmals im Besitz der Kantone sind, sind Kantone überdies ein wichtiger Anbieter von Gesundheitsleistungen. Die finanziellen Konsequenzen ihrer Entscheidungen haben sie heute aber bloss im stationären Bereich direkt zu tragen. Bei einer einheitlichen Finanzierung würden sie auch im ambulanten Bereich in die (Finanzierungs-) Pflicht genommen.

Eine Minderheit der Mitglieder lehnt die Vorlage ab, mit dem Argument, dass sie die Komplexität des ganzen Systems erhöhe, ohne dass mit der neuen Kostenverteilung eine Eindämmung des Kostenanstiegs zu erwarten sei.

## 2. Technische Umsetzung

Denjenigen Bestimmungen der SGK-NR (ohne Minderheit, sofern eine besteht), welche im Folgenden nicht zitiert werden, stimmt *santésuisse* vorbehaltlos zu.

- Richtige Korrektur bei der Berechnung des Risikoausgleichs zur Wahrung der Risiko-Neutralität der Risikoabgaben und Ausgleichsbeiträge für den Risikoausgleich** (Art. 16 *neu Abs. 3bis* KVG)  
*santésuisse* unterstützt den Vorschlag von *neu Abs. 3bis* der SGK-NR, wonach für die Berechnung der Risikoabgaben und Ausgleichsbeiträge die Nettoleistungen der Versicherer unter Abzug des Kantonsbeitrags relevant sind. Der Beitrag des Kantons ist «risikofreies» Geld, da der Beitrag des Kantons einem Kostenausgleich entspricht und nicht dem unternehmerischen Risiko der Versicherer untersteht. Der Einschub von *neu Abs. 3bis* ist deshalb korrekt.
- Bejahung der Zuständigkeit der gemeinsamen Einrichtung KVG im Rahmen der Umsetzung von EFAS** (*Ziff. 3.1.3 Erläuterungen*)....

Eine Mehrheit von santésuisse unterstützt die Zuständigkeit der gemeinsamen Einrichtung KVG zur Aufteilung des Kantonsbeitrages an die Krankenversicherer. Damit kann vermieden werden, dass die Kantone mit einer Vielzahl von Versicherern abrechnen müssen. Der Zusatzaufwand für die gemeinsame Einrichtung KVG ist minim und einmalig. Eine direkte Abrechnung wird abgelehnt, weil dies zu einem Mehraufwand sowie einer entsprechenden Erhöhung der Verwaltungskosten sowohl bei Kantonen als auch Krankenversicherern führen würde.

Eine Minderheit hingegen erachtet den Einschub einer zusätzlichen Stelle zwischen den Kantonen und Versicherern als unnötig. Gerade die direkte Rechnungsstellung des Kantonsanteils durch die Versicherer erhöhe die Transparenz gegenüber den Kantonen. Unter anderem könnten die Kantone prüfen, ob der Versicherte zum Zeitpunkt der Behandlung tatsächlich im Kanton seinen Wohnsitz hatte. Zudem würde der Kanton dadurch über eine detaillierte Aufstellung der ambulanten und stationären Behandlungen mit den Angaben des Beitrages verfügen. Allfällige Fragen könnten direkt zwischen dem entsprechenden Versicherer und dem Kanton geklärt werden. In der Folge wären ebenfalls Art. 18 Abs. 2sexies zu streichen.

c) **..... jedoch Ablehnung der Zuständigkeit der gemeinsamen Einrichtung KVG in Bezug auf die Kontrolle der Daten, die die Versicherer den Kantonen nach Art. 60 Abs. 6 KVG zu übermitteln haben** (Vorschlag Minderheit zu Art. 18 neu 2octies KVG)

Die Daten, welche der gemeinsamen Einrichtung KVG übermittelt werden, wurden von der Revision der Krankenversicherer abgenommen. Zudem ist aus Gründen des Datenschutzes die Kontrolle durch die gemeinsame Einrichtung KVG nicht erlaubt.

d) **Ergänzungsvorschlag bei Kostenübernahme für Versicherte im Ausland ohne Anknüpfungspunkt an einen Kanton** (Neugliederung von Art. 41 Abs. 2quater KVG)

Es fehlt hier die Regelung betreffend Entsendte von Schweizer Arbeitgebern ins Nicht-EU/EFTA-Ausland. Zudem ist der aktuelle Referenzkanton Bern willkürlich gewählt. Eine einfache und nachvollziehbare Lösung ist, als Referenzkanton den Hauptsitz des entsprechenden Versicherers zu bestimmen. santésuisse schlägt deshalb folgende Ergänzung vor:

<sup>2quater</sup> Bei Versicherten, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder in Norwegen wohnen und eine schweizerische Rente beziehen, sowie bei deren Familienangehörigen, **und bei Versicherten gemäss Art. 3 Abs. 3 lit. b**, übernimmt der Versicherer bei stationärer Behandlung in einem Listenspital die Vergütung höchstens nach dem Tarif, der für die betreffende Behandlung in einem Listenspital **desjenigen Kantons gilt, in welchem der Krankenversicherer seinen Hauptsitz hat. des Referenzkantons gilt. Der Bundesrat legt den Referenzkanton fest.** Liegt ein Notfall vor, so übernimmt der Versicherer die Vergütung nach dem Tarif, der im Standortkanton gilt.

e) **Berechnung der Kantonsbeteiligung – Ergänzung von Art. 60 Abs. 2 lit. b KVG durch diejenigen Leistungen, welche aus medizinischen Gründen gemäss Art. 34 Abs. 2 KVG im Ausland erbracht werden**

Art. 60 Abs. 2 zählt diejenigen Leistungen auf, welche für die Berechnung des Kantonsbeitrags massgebend sind. santésuisse unterstützt, dass gemäss lit. a die Beiträge an die Pflegeleistungen nach Art. 25a KVG (vgl. dazu die Ausführungen in der Einleitung) sowie die Leistungen an Vertragsspitäler für die Berechnung des Kantonsbeitrags unberücksichtigt bleiben. Die Formulierung in lit. b ist hingegen zu präzisieren: Dabei wird lediglich auf Leistungen, welche in der Schweiz erbracht wurden, abgestellt. Das ist KVG-systematisch falsch. Art. 34 Abs. 2 KVG sieht explizit auch die Möglichkeit vor, unter bestimmten Voraussetzungen ebenfalls die Kosten für im Ausland erbrachte Dienstleistungen zu tragen. Dabei handelt

es sich um Leistungen, welche aus medizinischen Gründen im Ausland haben erbracht werden müssen (Notfälle). Diese Ausnahmen müssen bei der Berechnung des kantonalen Beitrages ebenfalls berücksichtigt werden. Sie werden für Versicherte erbracht, welche in der Schweiz Wohnsitz haben. Es gibt keinen Grund, diese auszuschliessen. lit. b könnte wie folgt formuliert werden:

b. „Es handelt sich um Leistungen, die in der Schweiz, vorbehältlich der in Artikel 34 Absatz 2 KVG vorgesehenen Ausnahmen, für folgende Personen erbracht werden:  
(...)“

f) **Kein Ausschluss der Kostenbeteiligung nach Art. 64 von der Berechnung des Kantonsbeitrags! Mehrheit der Mitglieder von santésuisse verlangt Brutto- statt Nettokosten (Art. 60 Abs. 3 KVG)**

Der Vorschlag der SGK-NR sieht für die Berechnung des Kantonsbeitrags vor, dass sich dieser auf die Nettoleistungen der Versicherer beziehen soll. Die Bezugsgrösse mit dem Netto-Ansatz ist jedoch nicht sachgerecht. Heute und nach bestehenden gesetzlichen Vorgaben berechnet sich der Betrag von 55 Prozent im stationären Spitalbereich an den Bruttoleistungen. Der Brutto-Ansatz muss für die Berechnung des Kantonsbeitrags auch in Zukunft massgeblich sein. Dies würde ebenfalls bedingen, dass der Prozentsatz für eine kostenneutrale Umsetzung neu berechnet werden müsste. S. dazu der Formulierungsvorschlag unter lit. g unten.

Werden nur die Nettoleistungen berücksichtigt, hat dies zur Folge, dass der Kanton die Gesundheitskosten von Versicherten mit Wahlfranchisen zu einem geringeren Anteil finanziert, als dies bei Versicherten mit ordentlicher Franchise der Fall ist, selbst wenn sie dieselben Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen. Diese Ungleichbehandlung schafft neue Ungerechtigkeiten und Fehlanreize, denn während der Versicherer dem Versicherten im Gegenzug zur höheren Franchise einen Prämienrabatt geben muss, profitiert der Kanton davon, ohne dass er sich finanziell beteiligen müsste. Möglicherweise müssten aufgrund dieser Tatsache die Rabatte für hohe Wahlfranchisen gar reduziert werden, wodurch die Eigenverantwortung geschwächt würde. Der begrüssenswerte Trend zu höheren Franchisen entlastet vor allem die Kantone und wird langfristig zu einer Verschiebung der Finanzierung hin zu den Krankenversicherern führen. Dies widerspricht der Zielsetzung der einheitlichen Finanzierung. Abs. 3 muss daher wie folgt lauten:

<sup>3</sup> **Basis für die Berechnung des Kantonsbeitrages bilden die Kosten nach Absatz 2. Die mittels Rückgriff nach Artikel 72 Absatz 1 ATSG von den Versicherern durchgesetzten Ansprüche werden für die Berechnung des Kantonsbeitrags abgezogen.**

Mitglieder, die der pauschalierten Berechnung des Kantonsbeitrags den Vorzug geben (vgl. unten lit. j.) unterstützen den Revisionsvorschlag der SGK-NR mit dem Nettoansatz zur Berechnung des Kantonsbeitrags.

g) **Anpassung des Prozentsatzes für den Kantonsbeitrag als Folge der Korrektur auf die Bruttoleistungen in Art. 60 Abs. 3 (Art. 60 Abs. 4 KVG)**

Dieser Absatz ist gemäss obigen Ausführungen (s. lit. f) für die Mehrheit der Mitglieder von santésuisse mit einem noch zu bestimmenden kostenneutralen Prozentsatz wie folgt anzupassen:

<sup>4</sup> Jeder Kanton legt jeweils für das Kalenderjahr spätestens neun Monate vor dessen Beginn den Prozentsatz für den Kantonsbeitrag fest. Der Prozentsatz liegt bei mindestens 25,5 **XX** Prozent.

**h) Ergänzung bei neuer Regelung Bundesbeitrag bei im Ausland wohnhaften Versicherten ohne Anknüpfungspunkt an einen Kanton (Art. 60 Abs. 5 KVG)**

Analog zu Art. 41 Abs. 2 quater KVG (s. oben) fehlt hier eine Regelung für die Entsandten von Schweizer Arbeitgebern ins Nicht EU-/EFTA-Ausland. Es braucht eine Ergänzung wie folgt:

<sup>5</sup> Bei Versicherten, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder in Norwegen wohnen und die eine schweizerische Rente beziehen, sowie bei deren Familienangehörigen **und bei Versicherten gemäss Artikel 3 Absatz 3 lit. b** übernimmt der Bund bei Behandlung in der Schweiz den Anteil an den Kosten, der dem vom Standortkanton nach Absatz 4 festgelegten Prozentsatz für den Kantonsbeitrag entspricht. Die Absätze 2 und 3 gelten sinngemäss.

**i) Datenübermittlung der Krankenversicherer an Bund und Kantone für die Berechnung der Beiträge via gemeinsame Einrichtung KVG (Art. 60 Abs. 6 KVG)**

Eine Mehrheit der Mitglieder von santésuisse schlägt vor, die Daten der Krankenversicherer via gemeinsame Einrichtung KVG dem Bund und den Kantonen zu übermitteln. Dabei stellt die gemeinsame Einrichtung KVG jedem Kanton seinen Anteil in Rechnung. Die dafür zugrundeliegenden Daten sind aufgrund bereits bestehender Prozesse innerhalb der gemeinsamen Einrichtung KVG – die eng durch Gesetz und Verordnung geführt ist - plausibilisiert und revidiert. Abs. 6 und 7 sind deshalb wie folgt anzupassen bzw. neu aufzunehmen:

<sup>6</sup> **Der Bund, die Kantone und die Versicherer übermitteln der gemeinsamen Einrichtung Daten, die für die Berechnung des Kantonsbeitrags und des Bundesbeitrags nötig sind. Der Bundesrat regelt die Einzelheiten.**

<sup>7</sup> **Die Kantone und der Bund entrichten ihren Beitrag der gemeinsamen Einrichtung (Artikel 18).**

Eine Minderheit der santésuisse-Mitglieder ist der Auffassung, dass die kantonalen Beiträge direkt an die Krankenkassen und nicht an die gemeinsame Einrichtung KVG zu bezahlen sind (vgl. dazu die Ausführungen unter lit. b oben) weshalb sie die Ergänzung in Abs. 6 und 7 nicht unterstützt.

**j) Aufteilung der Kantonsbeiträge auf die einzelnen Versicherer – Mehrheitliche Unterstützung der kostenbasierten Methode (Art. 60a KVG)**

Die Mehrheit der Mitglieder von santésuisse unterstützt das von der SGK-NR vorgeschlagene kostenbasierte Modell zur Aufteilung des Kantonsbeitrages. Der kantonale Beitrag an die Versicherer basiert auf den Kosten pro Versicherten des entsprechenden Kantons, welche den einzelnen Versicherern entstanden sind. Diese Berechnungsmethode widerspiegelt die bereits heute geltende Regelung im stationären Bereich und garantiert eine hohe Stabilität und Kontinuität. Dadurch ist die Planbarkeit für Kantone und Versicherer besser. Insbesondere bleibt das finanzielle Risiko der Versicherer konstant. Entsprechende Prämienaufschläge werden vermieden.

Eine Minderheit der Mitglieder von santésuisse befürwortet die pauschale Berechnungsmethode, wie sie von einer Minderheit der SGK-NR vorgeschlagen wird. Der Ansatz stärke die

Umsetzung der integrierten Versorgung und setze Anreize für die Krankenversicherer, die Versicherten im Leistungsfall gezielt und koordiniert betreuen und so Einfluss auf die Entwicklung der eigenen Kosten nehmen zu können. Zudem könne so die Rolle von Kanton und Krankenversicherer besser getrennt werden.

Wir gehen davon aus, dass Fragen technischer Art im weiteren Verlaufe des vorliegenden Geschäfts noch Änderungen erfahren werden, zu denen santésuisse erneut zur Stellungnahme eingeladen wird. Nur so kann ein reibungsloser Ablauf sichergestellt werden, der von allen Beteiligten getragen werden kann.

Wir bedanken uns für Ihre Kenntnisnahme und Berücksichtigung unserer Anmerkungen. Für Fragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

**santésuisse**  
Direktion



Verena Nold  
Direktorin

Abteilung Grundlagen



Dr. Christoph Kilchenmann  
Leiter Abteilung

---

**From:** Dr. med. Jürg Zollikofer <juerg.zollikofer@hin.ch>  
**Sent:** Montag, 6. August 2018 14:15  
**To:** \_BAG-Abteilung Leistungen  
**Subject:** 09.528 Einführung Monismus

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

Sehr geehrte Damen und Herren

Namens der Schweizerischen Gesellschaft der Vertrauens- und Versicherungsärzte (SGV, SSMC) bedanken wir uns für die Einladung zur Vernehmlassung.

Gerne teile ich Ihnen mit, dass wir die beiden Hauptanliegen

- monistische Finanzierung
  - Übernahme der Übergangspflege
- ohne Änderungsvorschläge unterstützen.

Kurze Begründung:

- die monistische Finanzierung verhindert, dass einzelne Versicherer weiterhin befürchten, dass ambulantes Vorgehen die Kosten für die Versicherer wegen der ungleichen Finanzierung ambulant-stationär in die Höhe treibe. Dies obwohl die Zahlen im Kanton Luzern offenbar zeigen, dass sogar im jetzigen System durch das Verschieben in den ambulanten Sektor die Kosten für die Versicherer sinken.
- Die Übernahme der Kosten der Übergangspflege kann dazu beitragen zu verhindern, dass unnötige Verlängerungen des Akutspitalaufenthaltes resp. nicht indizierte Rehabilitationsaufenthalte verordnet werden.

Mit freundlichen Grüßen

Jürg Zollikofer  
Präsident SGV/SSMC

Dr.med. Jürg Zollikofer  
Präsident SGV/SSMC  
im Zinggen 1  
8475 Ossingen  
+41 52 301 25 95  
+41 79 423 79 82  
[juerg.zollikofer@hin.ch](mailto:juerg.zollikofer@hin.ch)

Dr.med. Jürg Zollikofer  
im Zinggen 1  
8475 Ossingen  
+41 52 301 25 95  
+41 79 423 79 82  
[juerg.zollikofer@hin.ch](mailto:juerg.zollikofer@hin.ch)

Kommission für soziale Sicherheit  
und Gesundheit  
3003 Bern

Per E-Mail an: [abteilung-leistungen@bag.admin.ch](mailto:abteilung-leistungen@bag.admin.ch)

Zürich, 14. September 2018

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

Sehr geehrter Herr Kommissionspräsident  
Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 15. Mai 2018 laden Sie uns ein, an der Vernehmlassung zur parlamentarischen Initiative (Pa. Iv.) «Einheitliche Finanzierung der Leistungen im ambulanten und im stationären Bereich», respektive zum Vorentwurf zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) teilzunehmen. Wir danken für diese Möglichkeit und nehmen gerne aus Sicht des Schweizerischen Versicherungsverbandes (SVV) Stellung.

**Empfehlung des Schweizerischen Versicherungsverbandes (SVV)**

Die Mehrheit der Mitglieder des SVV befürwortet die Einführung der einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS). Damit wird ein wichtiger Fehlanreiz behoben, bloss auf Grund der Finanzierung stationäre oder ambulante Leistungen zu wählen. Das heutige System setzt Anreize zu Fehl- und Überversorgung. EFAS dahingegen wird die Verlagerung vom stationären in den kostengünstigeren ambulanten Bereich beschleunigen und die Entwicklung der alternativen Versicherungsmodelle begünstigen.

**Beurteilung**

Der medizinische Fortschritt begünstigt die zunehmende Verlagerung in den ambulanten Bereich. Dadurch wird der Prämienzahler aufgrund des bestehenden Finanzierungsmodells tendenziell stärker belastet. Die einheitliche Finanzierung aller medizinischen Leistungen der Grundversicherung kann Abhilfe schaffen und führt – bei insgesamt gleichbleibendem Kantonsanteil – zu einer transparenten Finanzierung. Zudem macht EFAS alternative Versicherungsmodelle durch tiefere Prämien noch attraktiver und verleiht der integrierten Versorgung zusätzlichen Schub. Mit

integrierter, gut koordinierter Versorgung können Patientinnen und Patienten dank EFAS bedürfnisorientierter behandelt werden.

EFAS vermag wichtige Fehlanreize auf der Ebene der Finanzierung zu beheben. Für eine effiziente Gesundheitsversorgung mit einer Leistungserbringung, deren Entscheid auf ausschliesslich medizinischen Argumenten beruht, bedarf es jedoch zusätzlich einer Überarbeitung der Tarifierung an der Schnittstelle von ambulant und stationär.

Die Einführung von EFAS hat auch Auswirkungen auf die Krankenzusatzversicherung. Gleich lange Spiesse in der Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen kurbeln den Wettbewerb zwischen Listen- und Vertragsspitalern an. Die Auswirkungen sind insgesamt jedoch schwierig abzuschätzen, auch weil die Auswirkungen der Spitalplanung ein wesentlicher Faktor ist.

Freundliche Grüsse

Schweizerischer Versicherungsverband SVV



Urs Arbter  
Leiter Ressort Versicherungspolitik und  
Regulierung, Stellvertretender Direktor



Dominik Gresch  
Leiter Bereich Kranken- und Unfallversicherung

SWICA Gesundheitsorganisation  
Ann-Karin Wicki  
Römerstrasse 38  
8400 Winterthur

Telefon +41 52 244 26 63  
E-Mail ann-karin.wicki@swica.ch  
Internet www.swica.ch

Generaldirektion

Kommission für soziale Sicherheit  
und Gesundheit des Nationalrats  
3003 Bern

Winterthur, 13. September 2018/aw

## **Vernehmlassungsantwort**

### **09.528 Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung Monismus**

Sehr geehrter Herr Kommissionspräsident  
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir bedanken uns für die Möglichkeit, zu Ihrem Vorentwurf zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) mit dem Titel „Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung Monismus“ Stellung nehmen zu können.

Die einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen ist eine wichtige Reform des schweizerischen Gesundheitswesens. SWICA nimmt dazu wie folgt Stellung:

SWICA unterstützt die einheitliche Finanzierung von stationären und ambulanten Leistungen.

Konkret spricht sie sich für die Umsetzung der risikobasierten Methode aus (Vorschlag Minderheit zu Art. 60a Abs. 1 KVG).

SWICA ist entschieden gegen Lösungen, die zu einer direkten Abrechnung der Krankenversicherer mit den Kantonen führen.

Wir kommen aus folgenden Gründen zu unserer Positionierung:

#### **Beseitigung von finanziellen Fehlanreizen**

Die bisherige unterschiedliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen führt zu finanziellen Fehlanreizen. Mit der Einführung der einheitlichen Finanzierung können diese Fehlanreize beseitigt und die Qualität und Effizienz des Gesundheitswesens gestärkt werden. Heute besteht die Gefahr, dass aus finanziellen Gründen nicht die gesamtwirtschaftlich effizienteste oder zweckmässigste Behandlung gewählt wird. Solange ambulante Leistungen einzig durch die Krankenversicherer zu finanzieren sind, haben die Kantone ein grosses Interesse an

einer konsequenten Umsetzung von „ambulant vor stationär“, während die Krankenversicherer bei einem Anstieg der ambulanten Behandlungen mit Prämien erhöhungen rechnen müssen. Sie werden daher den Grundsatz „ambulant vor stationär“ nur bedingt umsetzen, um nicht gegen die Interessen der eigenen Versicherten zu verstossen. Die einheitliche Finanzierung würde für alle Akteure den Anreiz setzen, die qualitativ beste und effizienteste Behandlung zugunsten der Patienten zu wählen.

### **Trennung der Zuständigkeiten von Kantonen und Krankenversicherung**

Mit dem Modell der Minderheit der SGK-N werden die Kantonsbeiträge risikogerecht auf die Krankenversicherer verteilt. Die Krankenversicherer erhalten pro versicherte Person einen Pauschalbetrag, d.h. die Kantone übernehmen einen fixen Anteil an den Gesamtkosten, ohne die einzelnen Spitalrechnungen berücksichtigen zu müssen. Eine Bearbeitung einzelner Rechnungen durch die Kantone ist daher nicht notwendig. Dieses Modell bietet also die Chance, die Aufgaben von Kantonen und Krankenversicherern in diesem Bereich klar zu trennen: Die Kantone können ihren verfassungsmässigen Auftrag erfüllen, dass jede Person die für die Gesundheit notwendige Pflege erhält. Während die Krankenversicherer ihre vom KVG vorgesehene Aufgabe der Rechnungskontrolle wahrnehmen können.

Diese Aufgabentrennung steht in engem Zusammenhang mit der Vorlage 18.047, in der die Zulassung von Leistungserbringern zur ambulanten Gesundheitsversorgung geregelt werden soll. Um eine umsichtige und sinnvolle Umsetzung beider Vorlagen sicherstellen zu können, unterstützt SWICA die Parlamentarische Initiative 18.440 (Befristete Verlängerung der Zulassungsbeschränkung nach Artikel 55a KVG), die die Koordination der beiden Vorlagen ermöglichen soll.

Um den Kantonen eine Kontrollmöglichkeit zu bieten, könnte ein ähnliches Verfahren über eine zu bezeichnende Revisionsstelle diskutiert werden, wie es sich bei den Verlustscheinen gemäss Art. 64a KVG bewährt hat.

### **Stärkung der integrierten Versorgung**

Rund 80 Prozent der bei SWICA versicherten Personen haben sich einem Modell der integrierten Versorgung angeschlossen. Sie profitieren damit nicht nur von tieferen Prämien, sondern auch von einer gut koordinierten Versorgung im Krankheitsfall. Die Behandlung kann bedürfnisgerecht, gezielt und in hoher Qualität erbracht werden und führt so zu Kosteneinsparungen. Der risikobasierte Ansatz (Pauschale pro versicherte Person) setzt Anreize für die Krankenversicherer, die integrierte Versorgung weiter auszubauen. Da der Krankenversicherer den Kantonsanteil pauschal pro versicherte Person erhält, hat er ein Interesse daran, die Kosten zu senken und diese Einsparungen in Form von Prämien senkungen an die Versicherten weiterzugeben. Die Versicherten profitieren also sowohl von einer umfassenden Betreuung als auch von allfälligen Prämienreduktionen.

Eine erste von SWICA mitgetragene Untersuchung zu den effektiven Kosteneinsparungen durch EFAS (Polynomics, Kosteneinsparungen durch EFAS, 7. September 2018) zeigt auf, dass für Versicherungsmodelle der integrierten Versorgung mit Kosteneinsparungen von rund 6 Prozent gerechnet werden kann.

### **Einfache Nachvollziehbarkeit und Umsetzung**

Der Ansatz „Pauschale pro versicherte Person“ hat den Vorteil, dass der Kantonsbeitrag pro Versicherter einfach zu berechnen ist. Dazu würden die Risikogruppen aus dem Risikoausgleich herangezogen. SWICA schlägt im weiteren vor, dass die Datenlieferung an die Gemeinsame Einrichtung erfolgen soll. Die Lieferung grosser Datenmengen an die Gemeinsame Einrichtung ist etabliert und durch Gesetz und Verordnung eng geführt. Der Aufbau eines weiteren Datenstroms direkt an die Kantone ist nicht notwendig.

### **Keine direkte Abrechnung zwischen Kantonen und Krankenversicherer**

Eine direkte Abrechnung zwischen Kantonen und Krankenversicherer, die von einzelnen Krankenversicherern oder den Kantonen unter der Bezeichnung „dual-fix“ angestrebt wird, würde zu einem massiven Mehraufwand führen und die Verwaltungskosten bei Kantonen und Krankenversicherungen entsprechend erhöhen. SWICA lehnt diesen Weg daher ab.

### **Rückmeldungen zur Fahne**

Bis auf die folgenden explizit erwähnten Punkte verweist SWICA auf die Vernehmlassungsantwort von santésuisse:

Art. 60 Abs. 3

SWICA unterstützt den Revisionsvorschlag.

Art. 60 Abs. 4

SWICA unterstützt den Antrag der SGK-N.

Art. 60 Abs. 6

SWICA schlägt eine Datenlieferung an die Gemeinsame Einrichtung vor. (Begründung vgl. oben).

Art. 60a

Wie erwähnt unterstützt SWICA den risikobasierten Ansatz. Sie schlägt vor, ihn allenfalls noch einfacher zu formulieren und dazu den Vorschlag von Curafutura zu berücksichtigen.

Wir bedanken uns für die Berücksichtigung unserer Stellungnahme.

Freundliche Grüsse

**SWICA Krankenversicherung AG**  
Public Affairs

Handwritten signature in blue ink, appearing to read "Ann-Karin Wicki".

Dr. Reto Dahinden    Dr. Ann-Karin Wicki  
CEO                      Leiterin Public Affairs

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

**Stellungnahme von**

Name / Firma / Organisation : SWICA

Abkürzung der Firma / Organisation :

Adresse : SWICA GEsundheitsorganisation, Generaldirektion, Römerstrasse 38, 8401 Winterthur

Kontaktperson : Ann-Karin Wicki, Leiterin Public Affairs

Telefon : 052 244 26 63

E-Mail : [ann-karin.wicki@swica.ch](mailto:ann-karin.wicki@swica.ch)

Datum : 07.09.2018

**Wichtige Hinweise:**

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

<b>Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht</b>	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
	Wir bitten Sie dazu unser Begleitschreiben zu diesem Dokument zu beachten  Zu den einzelnen Gesetzesartikel nimmt SWICA nur Stellung, soweit sich Unterschiede zu den Anträgen von santésuisse ergeben. Ansonsten unterstützt SWICA die Anträge von santésuisse..
	.

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

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

<b>Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen</b>					
<b>Name/Firma</b>	<b>Art.</b>	<b>Abs.</b>	<b>Bst.</b>	<b>Bemerkung/Anregung</b>	<b>Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)</b>
	18	2octies		<p>Unterstützung Antrag santésuisse mit folgender Ergänzung:</p> <p>Um den Kantonen eine Kontrolle ihrer Kostenanteile zu ermöglichen, könnte ein ähnliches Verfahren wie bei den Verlustscheinen gemäss Art. 64a KVG resp. Art. 105j KVV eingeführt werden. Allenfalls als neuer Art. 60 Abs. 8</p>	
	60	1		Annahme des Revisionsvorschlags der SGK-N	
	60a	1		Antrag der SGK-N Minderheit folgen. Begründung ist im Begleitschreiben ausführlich dargestellt.	

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

<b>Weitere Vorschläge</b>			
<b>Name/Firma</b>	<b>Art.</b>	<b>Bemerkung/Anregung</b>	<b>Textvorschlag</b>
	64a KVG	Um den Kantonen eine Kontrollmöglichkeit zu bieten, könnte ein ähnliches Verfahren über eine zu bezeichnende Revisionsstelle diskutiert werden wie es sich bei den Verlustscheinen gemäss Art. 64a KVG bewährt hat.	

Brief per E-Mail  
Bundesamt für Gesundheit  
[abteilung-leistungen@bag.admin.ch](mailto:abteilung-leistungen@bag.admin.ch)  
3000 Bern

Bern, 13. September 2018

**Stellungnahme der Visana-Gruppe im Rahmen der Anhörung zur Parlamentarischen Initiative (09.528). Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus; Einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen (EFAS); Änderung des KVG**

Sehr geehrter Herr Kommissionspräsident  
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir bedanken uns für die Gelegenheit, zum Vorentwurf der SGK-Nationalrat (SGK-N) vom 19. April 2018 zur Änderung des KVG unter dem Titel «Einheitliche Finanzierung der Leistungen im ambulanten und im stationären Bereich» Stellung zu nehmen.

Die einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen ist eine der wichtigsten Reformen des schweizerischen Gesundheitswesens in jüngerer Zeit. Visana unterstützt diese vollumfänglich.

Im Einzelnen spricht sich Visana klar für die Umsetzung der risikobasierten Methode aus (Vorschlag Minderheit SGK-N zu Art. 60a Abs. 1 KVG) und reiht sich so unter jene Versicherer, die zusammen eine Mehrheit der Grundversicherten vertreten (Versicherer curafutura plus einzelne Versicherer santésuisse). Zudem ist Visana entschieden gegen Lösungen, die zu einer direkten Abrechnung der Krankenversicherer mit den Kantonen führen.

Unserer Positionierung ist wie folgt begründet:

**Beseitigung von finanziellen Fehlanreizen**

Die bisherige unterschiedliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen führt zu finanziellen Fehlanreizen. Mit der Einführung der einheitlichen Finanzierung können diese Fehlanreize beseitigt und die Qualität und Effizienz des Gesundheitswesens gestärkt werden. Heute besteht die Gefahr, dass aus finanziellen Gründen nicht die gesamtwirtschaftlich effizienteste oder zweckmässigste Behandlung gewählt wird. Solange ambulante Leistungen einzig durch die Krankenversicherer zu finanzieren sind, haben die Kantone ein grosses Interesse an einer konsequenten Umsetzung von „ambulant vor stationär“, während die Krankenversicherer bzw. die Versicherten bei einem Anstieg der ambulanten Behandlungen mit Prämienerrhöhungen rechnen müssen. Dagegen setzen wir uns im Interesse unserer Versicherten zur Wehr. Die einheitliche Finanzierung würde für alle Akteure den Anreiz setzen, die qualitativ beste und effizienteste Behandlung zugunsten der Patienten zu wählen.

### **Trennung der Zuständigkeiten von Kantonen und Krankenversicherung**

Mit dem risikobasierten Modell (Minderheit der SGK-N) werden die Kantonsbeiträge risikogerecht auf die Krankenversicherer verteilt. Die Krankenversicherer erhalten pro versicherte Person einen Pauschalbetrag. Da die Kantone bei diesem Modell keinen fixen Anteil der Rechnungen begleichen müssen, besteht die Chance, die Aufgaben von Kantonen und Krankenversicherer in diesem Bereich klar zu definieren und zu trennen: Die Kantone können ihren verfassungsmässigen Auftrag, sich dafür einzusetzen, dass jede Person die für die Gesundheit notwendige Pflege erhält, umsetzen, während die Krankenversicherer ihre vom Gesetz vorgesehene Aufgabe der Rechnungskontrolle wahrnehmen können.

### **Stärkung der integrierten Versorgung**

Rund die Hälfte der bei Visana grundversicherten Personen haben sich einem Modell der integrierten Versorgung angeschlossen. Sie profitieren damit nicht nur von tieferen Prämien, sondern auch von einer gut koordinierten Versorgung im Krankheitsfall. Die Behandlung kann bedürfnisgerecht, gezielt und in hoher Qualität erbracht werden und führt so zu Kosteneinsparungen. Der risikobasierte Ansatz setzt Anreize für die Krankenversicherer, die integrierte Versorgung zu stärken. Da der Krankenversicherer den Kantonsanteil pauschal pro versicherte Person erhält, hat er ein Interesse daran, die Kosten zu senken und diese Einsparungen prämienvirksam an die Versicherten weiterzugeben.

### **Einfache Nachvollziehbarkeit und Umsetzung**

Der risikobasierte Ansatz hat den Vorteil, dass der Kantonsanteil einfach zu berechnen ist (Pauschale pro Kopf). Dabei könnten für die Berechnung des Kantonsanteils die Risikogruppen aus dem Risikoausgleich herangezogen werden. Visana schlägt im des Weiteren vor, dass die Datenlieferung an die Gemeinsame Einrichtung erfolgen soll. Die Lieferung grosser Datenmengen an die Gemeinsame Einrichtung ist etabliert und durch Gesetz und Verordnung eng geführt. Der Aufbau eines weiteren Datenstroms direkt an die Kantone ist nicht notwendig.

### **Keine direkte Abrechnung zwischen Kantonen und Krankenversicherer**

Eine direkte Abrechnung zwischen Kantonen und Krankenversicherer, die von einzelnen Krankenversicherern oder den Kantonen unter der Bezeichnung „dual-fix“ angestrebt wird, würde zu einem massiven Mehraufwand führen und die Verwaltungskosten bei Kantonen und Krankenversicherungen entsprechend erhöhen. Visana lehnt daher diesen Weg ab.

### **Rückmeldungen zur Fahne**

Bis auf die folgenden, explizit erwähnten Punkte verweist Visana auf die Stellungnahme von santésuisse:

Art. 60 Abs. 3

Visana unterstützt den Revisionsvorschlag.

Art. 60 Abs. 4

Visana unterstützt den Antrag der SGK-N.

Art. 60 Abs. 6

Visana schlägt eine Datenlieferung an die Gemeinsame Einrichtung vor. (Begründung siehe oben).

Art. 60a

Wie erwähnt unterstützt Visana den risikobasierten Ansatz (Minderheitsantrag SGK-N) und gehört damit zu jenen Versicherern, die zusammen eine Mehrheit der Grundversicherten vertreten. Visana schlägt vor, Art. 60a allenfalls noch einfacher zu formulieren und dazu den Vorschlag von Curafutura zu berücksichtigen.

Wir danken für Ihre Kenntnisnahme und bitten Sie, unsere Stellungnahme zu berücksichtigen.  
Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

Visana Services AG



Urs Roth  
Vorsitzender der Direktion



David Müller  
Leiter Unternehmenskommunikation