



ÆRZTEGESELLSCHAFT
DES KANTONS BERN
SOCIÉTÉ DES MÉDECINS
DU CANTON DE BERNE

Postgasse 19, Postfach
CH-3000 Bern 8
T 031 330 90 00
F 031 330 90 03
bekag@hin.ch

Per E-Mail:
lex@fmh.ch
abteilung-leistungen@bag.admin.ch
christina.leutwyler@parl.admin.ch

Per A-Post:

Herr Thomas de Courten
Nationalrat
Präsident Kommission für soziale
Sicherheit und Gesundheit SGK-NR
3003 Bern

Herr Dr. med. Jürg Schlup
Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH)
Elfenstrasse 18
Postfach 300
3000 Bern 15

Bern, 5. September 2018

Vernehmlassung 09.528 Parlamentarische Initiative. Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus (Vernehmlassung) – Verknüpfung mit der Vorlage Zulassung von Leistungserbringern

Sehr geehrter Herr Nationalrat De Courten
Sehr geehrter Herr Dr. Schlup
Sehr geehrte Damen und Herren

Der Kantonalvorstand der Aerztegesellschaft des Kantons Bern (BEKAG) hat sich anlässlich seiner letzten Sitzung sehr intensiv mit den beiden oben erwähnten Vorlagen befasst.

Die Aerzteschaft hatte bereits kurz nach dem Inkrafttreten des KVG gestützt auf ein entsprechendes Gutachten von Prof. Robert Leu darauf hingewiesen, dass im KVG die Beseitigung des Fehlanreizes der unterschiedlichen Finanzierung des ambulanten und stationären Bereichs mit hoher Priorität zuerst angegangen werden sollte. Die Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK, damals noch Sanitätsdirektorenkonferenz SDK) hat sich stets gegen eine solche Gesetzesänderung gewehrt, bekanntlich ohne dass dies vernünftig begründet werden konnte.

Wir verstehen deshalb, wieso die Vorlage – sozusagen als Gegengeschäft – gleichzeitig mit der Nachfolgelösung der Zulassungssteuerung nach Art. 55a KVG in Kraft treten soll.

Die parlamentarische Initiative von CVP-Nationalrätin Ruth Humbel datiert aus dem Jahr 2009. Umso erfreulicher erscheint es aus unserer Sicht, dass die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-NR) hier die Initiative übernommen und am 19. April 2018 einen Vorentwurf für eine Gesetzesänderung verabschiedet hat.



Eine möglichst rasche Umsetzung von EFAS wird in unseren Reihen fast einhellig begrüsst. Dies ist umso dringender notwendig denn je. Es entspricht unseres Erachtens auch dem Grundsatz der Verhältnismässigkeit, einfachere Massnahmen mit grosser Auswirkung zuerst anzugehen, und stattdessen vorderhand auf grobe Systemeingriffe wie Globalbudgets o.ä. zu verzichten. Dementsprechend begrüssen wir die Idee, dass die Kantone inskünftig sowohl bei ambulanten als auch bei stationären Behandlungen nach Abzug von Franchise und Selbstbehalt der Versicherten einen einheitlichen Beitrag von mindestens 25,5% an die Kosten zahlen sollen.

Damit könnten nach über 20 Jahren endlich gleich lange Spiesse und die Voraussetzungen und finanziellen Anreize für vermehrt ambulante anstatt stationäre Behandlungen geschaffen werden. Selbstverständlich nur für gewisse chirurgische Eingriffe oder andere invasive Massnahmen, bezüglich derer dies aus medizinischer Sicht vertretbar erscheint. Das Wohl des Patienten steht für uns nach wie vor im Vordergrund, weshalb wir uns zu gegebener Zeit auch in die entsprechende Listendiskussion auf kantonaler Ebene einbringen werden.

Sorgen bereitet unseren Mitgliedern hingegen eine andere Perspektive, welche mit der Botschaft des Bundesrates zur **Änderung des KVG mit Bezug auf die Zulassung von Leistungserbringern** nun sehr deutlich offenbart wurde.

In unserer Stellungnahme zur Gesetzesvorlage im Herbst 2017 hatten wir dezidiert verschiedene Punkte wie beispielsweise die Einführung einer generellen Wartefrist für junge Ärztinnen und Ärzte beanstandet. Weiter z.B. auch, dass kein Arzt oder keine Ärztin im betreffenden Fachgebiet mehr zugelassen werden soll, wenn die jährlichen Kosten je versicherte Person in einem Fachgebiet in einem Kanton mehr als die jährlichen Kosten der anderen Fachgebiete im selben Kanton oder mehr als die jährlichen Kosten des gesamtschweizerischen Durchschnitts des betroffenen Fachgebiets ansteigen. Auch dies dürfte unter Umständen zu einem Marktverschluss für bestimmte Fachrichtungen führen, obwohl auf den erwähnten, auch durch exogene Faktoren beeinflussten Kostenanstieg vermutlich von keiner Seite rechtzeitig Einfluss genommen werden kann. Gleichzeitig sollen die kantonalen Ärztesgesellschaften die Kosten notwendiger Erhebungen selber tragen. Solche Kosten dürfen indessen nicht alleine und vollumfänglich den Verbänden der Leistungserbringer aufgebürdet werden. Der Gesetzgeber beabsichtigt sozusagen, dass die Ärzte selber unentgeltlich die Zahlengrundlagen für eine Planung auf kantonaler Ebene im ambulanten Bereich liefern sollen, welche inskünftig mit derjenigen im stationären Bereich vergleichbar sein könnte. Auch die Möglichkeit, dass die Bewilligung zur Zulassung der Tätigkeit zulasten KVG mit weiteren Auflagen verbunden werden kann, deren Tragweite nicht absehbar ist, weil die Details auf Verordnungsebene geregelt werden sollen, hat unsere Mitglieder sehr verunsichert.

Die BEKAG hatte sich im Herbst 2017 zusammenfassend wie folgt geäussert: *„Im Gegensatz zur Vorlage 2014 werden wir die vorgeschlagene Anpassung des KVG, mit welcher eine weitgehende Planwirtschaft im ambulanten Bereich eingeführt würde, und womit eine Abschaffung des freien ärztlichen Berufsstandes verbunden wäre, mit allen uns zur Verfügung stehenden politischen, finanziellen und rechtlichen Mitteln bekämpfen.“*

Wir sind uns dessen bewusst, dass die Kantone über ein legitimes Interesse an mehr Planungsmöglichkeiten im ambulanten Bereich verfügen, sofern EFAS wie geplant umgesetzt würde.

Trotzdem treten wir nach wie vor für eine Umsetzung eines solchen Vorhabens mit Augenmass ein. **Es braucht unseres Erachtens so viel Planung wie notwendig und so wenig wie möglich.**



Der im ambulanten Bereich ausgeübte Beruf der praktizierenden Ärztin und des praktizierenden Arztes ist heute immer noch ein freier Beruf. Unsere Mitglieder arbeiten im ambulanten Bereich kostengünstig und effizient. Der Bürger und als Gesetzgeber allen voran das Parlament müssen sich deshalb zumindest genau überlegen, was es bedeuten könnte, die Ärzteschaft im ambulanten Bereich schleichend zu verstaatlichen.

Die bereits heute aus dem Ruder laufenden Kosten im administrativen Bereich in der Arztpraxis (Bürokratie) bei gleichbleibendem Taxpunktwert, aber auch der Aufwand der BEKAG für die Mitglieder, würden sicher sofort drastisch weiter ansteigen. Dies sobald ein breiterer Planungsansatz umgesetzt wird und die Ärzteschaft selber die Daten hierzu liefern und laufend monitorisieren müsste. Heute sind ältere Mitglieder kurz vor der Pensionierung mit ungerechtfertigten Rückforderungsklagen der Krankenversicherer konfrontiert. Die Attraktivität des Berufs hat durch all dies erheblich gelitten und die Aufrechterhaltung der ärztlichen Grundversorgung im ambulanten Bereich ist (auch im Kanton Bern) stark gefährdet. Zunehmende Planungsunsicherheit und eine immer schlechtere Stimmung an unserer Basis würden sich früher oder später auch negativ auf die qualitativ hochstehende medizinische Versorgung auswirken.

Indem wir Sie darum ersuchen, diese Ausführungen zur Kenntnis zu nehmen, und sich dafür einzusetzen, dass der Planungseingriff im ambulanten Bereich trotz Einführung von EFAS auf ein vernünftiges Mass beschränkt wird, verbleiben wir mit bestem Dank für Ihre Bemühungen und

mit freundlichen Grüssen

AERZTEGESELLSCHAFT DES KANTONS BERN

Die Präsidentin

Dr. med. Esther Hilfiker

Der Sekretär

Dr. Th. Eichenberger, Fürsprecher

Kopie z.K.:

- KKA
- Kantonale Fachgesellschaften
- VSAO Bern

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

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

Lenzburg, 14. September 2018

Betreff

Stellungnahme der Argomed Ärzte AG zur Vernehmlassung Pa.Iv. 09.528 «Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus»

Position der Argomed Ärzte AG

Argomed unterstützt die Einführung der einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS). Sie sieht darin eine wichtige Massnahme zur Förderung der koordinierten Versorgung in verbindlichen, alternativen Versicherungsmodellen wie dem echten Hausarztmodell und die Korrektur eines fundamentalen Fehlanreizes im Versorgungssystem.

Ambulant vor stationär

Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ wird durch die Hausärzteschaft bereits heute tagtäglich gelebt. Durch persönliche Patientenbeziehung und gezielte, auf Nachhaltigkeit und Langfristigkeit angelegte Behandlung können unnötige und kostenintensive stationäre Aufenthalte insbesondere auch von chronisch kranken Patienten vermieden werden. Die Kosteneinsparung im stationären Bereich entlastet im heutigen System zu einem Grossteil die Kantone, die aktuell 55% der stationären Kosten tragen. Einsparungen im ambulanten Bereich hingegen kommen zu 100% den Versicherern zugute, die ihren Versicherten dann eine entsprechende Prämienreduktion gewähren können. Festzuhalten ist, dass der Entscheid ambulant oder stationär aus der medizinisch zu beurteilenden Notwendigkeit der entsprechenden Behandlung gefällt werden soll und nicht durch monetär getriebene Anreize. Aus diesem Grund unterstützen wir die einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen, damit Fehlanreize eliminiert, und die erzielten Einsparungen vollumfänglich den Versicherten weitergegeben werden können.

Push für die koordinierte Versorgung

Versicherte, die alternative Versicherungs-Modelle basierend auf koordinierten Ärztenetzen wählen, können im Vergleich zu Standard-Versicherten von tieferen Prämien profitieren, weil dank der gut koordinierten Versorgung bedürfnisorientierter und gezielter behandelt werden kann. Die so in Ärztenetzwerken erzielten relevanten Einsparungen kommen den Versicherten mit der heutigen ungleichen Finanzierung aber nur teilweise zugute. Zusätzlich zeigen Untersuchungen, dass Versicherte in Standard-Modellen deutlich höhere stationäre Kosten verursachen. Das ist eine doppelte Ungleichheit. Versicherte, die sich aktiv steuern lassen und sich für ein koordiniertes Versorgungs-Modell entscheiden, sollten viel direkter von der Kosteneinsparung profitieren können als heute, das heisst die Prämienrabatte sollten die ganzen Einsparungen abbilden und für diese Versicherten grundsätzlich höher ausfallen. Hier kann EFAS aus unserer Sicht einen wichtigen Beitrag leisten: Beteiligen sich die Kantone gleichermaßen an den ambulanten Kosten und wächst durch die Eliminierung monetärer Anreize für eine stationäre Versorgung auch die Einsparung gegenüber den Standard-Modellen, so werden die Versicherer die erzielte Einsparung direkt und als höheren Prämienrabatt den Versicherten in Modellen mit koordinierter Versorgung weitergeben können. Der Kreis schliesst sich: Die Modelle basierend auf koordinierter Versorgung können entsprechend ihrer nachweislich erbrachten Einsparung höher rabattiert werden und gewinnen damit weiter an Attraktivität. Als Resultat werden weitere Versicherte koordiniert und kostengünstiger versorgt, gleichzeitig die Behandlungsqualität gesteigert.

Risikobasierte Verteilung der Kantonsbeiträge

Um Effizienz und innovative Ansätze zu belohnen und die volle Wirkung von EFAS zu erreichen, befürworten wir eine risikobasierte Verteilung der Kantonsmittel. Die Kantonsbeiträge sollen, genauso wie die heutigen Versicherungsprämien, dem Risikoausgleich unterliegen. Eine Versicherung soll den Anreiz erhalten, ihre Versicherten möglichst optimal und effektiv zu versorgen: Sind die effektiven Kosten unter den erwarteten Kosten des Risikoausgleichs, so profitiert die Versicherung und durch die weitergegebene Einsparung wiederum der Versicherte. Gleiches gilt für Ineffizienz: Steigen die effektiven Kosten über die erwarteten Kosten, so bleibt der Kantonsanteil trotzdem proportional zu den erwarteten Kosten. Für eine Versicherung ist es damit also attraktiv, gerade behandlungsintensive (v.a. chronisch kranke und ältere) Patienten gut zu versorgen, und für diese geeignete Produkte zu lancieren. Dies kann den verbindlichen und koordinierten Hausarzt- und HMO-Modellen zu weiterem Aufschwung verhelfen.

Neue Verknüpfung von EFAS mit den Steuerungsmöglichkeiten der Kantone bei der Zulassung von Leistungserbringern gemäss Medienmitteilung der SGK-N vom 31.8.18

Die eingebundenen Fragen der Zulassungssteuerung (Vorlage KVG. Zulassung von Leistungserbringern (18.047 n) haben inhaltlich im weiteren Sinne mit EFAS zu tun, indem den Kantonen mehr Kompetenzen zugestanden wird.

Bei der Verknüpfung der Vorlage 18.047 n mit dem elektronischen Patientendossier sowie zusätzlich mit EFAS ist dies nicht der Fall. Hier gerät ein völlig sachfremdes Thema in die Vorlage hinein, welches die Kantone überhaupt nicht betrifft und auch nichts zur Umsetzung von EFAS beiträgt.

Für die Kenntnisnahme danken wir bestens.

Argomed Ärzte AG

Dr. Claudine Blaser
Geschäftsführerin

Marco Plüss
Leiter Managed Care

Über die Argomed Ärzte AG

Die Argomed Ärzte AG ist die grösste Managed Care Organisation der Schweiz und vereint 700 Hausärztinnen und Hausärzte in 17 Ärztenetzen. Die Argomed-Ärzte betreuen rund 370'000 Versicherte im echten Hausarztmodell, sowie gesamthaft weit über eine Million Versicherte, die unabhängig von ihrer Versicherungslösung eine qualitativ hochstehende, ärztliche Behandlung in Anspruch nehmen. Ausgehend vom Kanton Aargau erstreckt sich das Einzugsgebiet der Argomed Ärzte AG in die benachbarten Kantone Bern, Luzern, Solothurn und Zug. Eine effiziente und kostensparende Leistungserbringung, hohe Betreuungsqualität sowie innovative Lösungen bei der interdisziplinären und interprofessionellen Zusammenarbeit sind seit 1998 die zentralen Ziele der Argomed Ärzte AG.

Bern, 12. September 2018

Einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Behandlungen

Vernehmlassungsantwort von CURAVIVA Schweiz

Der nationale Branchenverband CURAVIVA Schweiz unterstützt in der vorliegenden Vernehmlassungsantwort die vorgeschlagene Einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Behandlungen (EFAS). Die Vorlage ist geeignet, die Verlagerung von bestimmten stationären Leistungen in den ambulanten Bereich zu fördern und die damit verbundenen Einsparungen zu realisieren. Zudem schafft sie die Voraussetzung für eine Stärkung der integrierten Versorgung, auf die speziell Menschen mit chronischen Krankheiten, Menschen mit lebensbegleitenden Behinderungen und pflegebedürftige Menschen im Alter angewiesen sind. Aus Sicht von CURAVIVA Schweiz braucht es einige flankierende Massnahmen, um dem Projekt EFAS zum Durchbruch zu verhelfen, namentlich geeignete Steuerungsmöglichkeiten der Kantone im ambulanten Bereich sowie die Schaffung einer paritätischen nationalen Tariforganisation für den ambulanten Bereich.

Die Forderung der GDK, dass eine einheitliche Finanzierung auch für die Langzeitpflege eingeführt werden soll, begrüsst CURAVIVA Schweiz ausdrücklich. Zentral ist dabei, dass für ein solches Vorhaben zuerst die richtigen Ziele festgelegt und die nötigen Voraussetzungen geschaffen werden, um diese Ziele erreichen zu können. Dies setzt aufwendige Grundlagenarbeit voraus, die noch nicht geleistet ist. Ein sorgfältiges Vorgehen ist aus diesem Grund wichtiger als die von der GDK geforderte direkte Verknüpfung mit dem EFAS-Projekt der SGK-N. CURAVIVA Schweiz bevorzugt deshalb, die Langzeitpflege nicht in die aktuelle Vorlage zu integrieren, sondern parallel dazu die fehlenden Grundlagen zu erarbeiten. Der Verband ist gerne bereit, sich an diesen Arbeiten engagiert zu beteiligen.

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit vorliegender Vernehmlassungsantwort möchte der nationale Branchenverband CURAVIVA Schweiz seinen Beitrag im Rahmen der laufenden Vernehmlassung über die Einführung einer Einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Behandlungen zu erbringen.

Als Branchen- und Institutionenverband mit arbeitgeberpolitischer Ausrichtung vertritt CURAVIVA Schweiz die Interessen seiner Mitgliederinstitutionen aus den Bereichen Menschen im Alter, Erwachsene Menschen mit Behinderung sowie Kinder und Jugendliche mit besonderen Bedürfnissen. Dem nationalen Branchenverband CURAVIVA Schweiz sind alle Schweizer Kantone sowie das Fürstentum Lichtenstein angeschlossen. Insgesamt vertritt CURAVIVA Schweiz über 2600 Institutionen mit über 120 000 Plätzen, in welchen rund 130 000 Mitarbeitende beschäftigt sind.

1. Ausgangslage

Heute werden Leistungen im ambulanten Bereich vollständig von den Versicherern, also über Prämien, finanziert. Leistungen im stationären Bereich werden zu mindestens 55 Prozent von den Kantonen und zu höchstens 45 Prozent von den Versicherern bezahlt. Es wird allgemein anerkannt, dass diese Regelung direkt und indirekt zu verschiedenen Fehlanreizen führen kann, die dem Ziel einer günstigen und guten Behandlung entgegenstehen.

Am 15. Mai 2018 eröffnete die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-N) eine Vernehmlassung über eine Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand (Monismus oder auch: «einheitliche Finanzierung ambulant und stationär» (EFAS); parl. Geschäftsnummer 09.528).

Mit ihrem Vorentwurf zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) will die SGK-N die Finanzierung der ambulant und der stationär erbrachten Leistungen vereinheitlichen. Neu sollen die Krankenkassen alle ambulanten und stationären Behandlungen – mit Ausnahme der Langzeitpflege – vergüten. An die Kosten, die ihnen nach Abzug von Franchise und Selbstbehalt der Versicherten verbleiben, sollen die Kantone einen Beitrag von mindestens 25,5 Prozent leisten. Dieser Prozentsatz, der im Durchschnitt der Jahre 2012 bis 2015 rund 7,5 Milliarden Franken entsprochen hätte, wird so festgelegt, dass die Umstellung auf die einheitliche Finanzierung für die Kantone und die Versicherer insgesamt kostenneutral ausfällt.

Am 25. Mai und am 28. Juni 2018 befand die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) das Vorhaben der SGK-N als ungenügend (vgl. Stellungnahme der GDK vom 28. Juni 2018). Unter anderem verlangt die GDK, dass die EFAS auf den Bereich der Langzeitpflege ausgedehnt wird (vgl. Punkt 7 der Stellungnahme der GDK vom 28. Juni 2018). Bisher hat sich die GDK aber nicht näher über ihre Vorstellung der Bedingungen eines solchen Einbezugs der Langzeitpflege in die EFAS-Vorlage geäußert.

Während die von CURAVIVA Schweiz vertretenen Institutionen von der Vernehmlassungsvorlage nur indirekt betroffen sind, hätte eine Ausweitung der Vorlage auf die Langzeitpflege direkte und weitführende Auswirkungen auf die Branche. CURAVIVA Schweiz nimmt deshalb in einem ersten Teil zur Vorlage der SGK-N selber („Projekt EFAS“) und in einem zweiten Teil zur Forderung der GDK bezüglich der Langzeitpflege Stellung.

2. Erwägungen von CURAVIVA Schweiz zum Projekt EFAS

a) Grundsätzliche Bemerkungen:

Das Projekt EFAS der SGK-N wird von CURAVIVA Schweiz als grundsätzlich sinnvoll erachtet und unterstützt. Die Vermeidung von Fehlanreizen ist eine wichtige Voraussetzung, um unnötige Kosten zu vermeiden. Die Vorlage ist geeignet, die Verlagerung von bestimmten stationären Leistungen in den ambulanten Bereich zu fördern und die damit verbundenen, beträchtlichen Einsparungen zu realisieren. Zudem setzt sie Anreize für die Finanzierungsträger, sich gemeinsam für eine sachgerechte Tarifierung im gesamten Versorgungsbereich, ambulant und stationär, einzusetzen. Dies schafft die Voraussetzung für eine stärkere integrierte Versorgung, auf die speziell Menschen mit chronischen Krankheiten, Menschen mit lebensbegleitenden Behinderungen und pflegebedürftige Menschen im Alter angewiesen sind.

Aus Sicht von CURAVIVA Schweiz braucht es auch einige zusätzliche Massnahmen, um dem Projekt EFAS zum Durchbruch zu verhelfen. Zentral ist, dass das Projekt durch geeignete Steuerungsmöglichkeiten der Kantone im ambulanten Bereich flankiert wird. Daraus darf aber

keine Überregulierung resultieren. In diesem Zusammenhang würde die Einsetzung einer paritätischen nationalen Tariforganisation eine gute Lösung darstellen.

b) Bemerkungen zu einzelnen Aspekten der Vorlage:

Neuregelung der Ärztezulassung im ambulanten Bereich:

Parallel zur Einführung einer einheitlichen Finanzierung des ambulanten und des stationären Bereichs sollen Instrumente zur Steuerung der im ambulanten Bereich tätigen Ärztinnen und Ärzten im Gesetz verankert werden. So sieht es etwa die Nachfolgeregelung für die Mitte 2019 auslaufende Regelung zur Zulassung von Ärztinnen und Ärzten (Art. 55a KVG) vor. CURAVIVA Schweiz hat sich zum Grundsatz des vom Bundesrat neu vorgeschlagenen Steuerungssystems nicht geäußert, begrüsst aber im vorliegenden Rahmen grundsätzlich, dass eine Steuerungsregelung durch die Kantone vorgesehen ist. Für die Kantone ist es wesentlich, den ambulanten Bereich nicht nur mitfinanzieren zu müssen, sondern auch Einfluss auf das Angebot nehmen zu können.

In diesem Sinne zeigt CURAVIVA Schweiz ein gewisses Verständnis für den Minderheitsantrag Carobbio, Feri, Gysi, Heim, Ruiz, Schenker, wonach die Vorlage zur einheitlichen Finanzierung der Leistungen im ambulanten und im stationären Bereich mit dem Inkrafttreten einer Nachfolgeregelung zu Artikel 55a KVG im Sinne einer Zulassungssteuerung im ambulanten Bereich verknüpft werden sollte.

Akut- und Übergangspflege (AÜP):

Die einheitliche Finanzierung soll gemäss Vorlage der SGK-N für alle stationären und ambulanten OKP-Leistungen mit Ausnahme der Pflegeleistungen gelten – und dadurch insbesondere auch die Akut- und Übergangspflege (AÜP) umfassen (vgl. Begleitbericht, S. 11). Gemäss Vorlage der SGK-N sollen die Kantone die AÜP über den Kantonsbeitrag künftig mitfinanzieren – im gleichen Ausmass wie alle Leistungen, welche von der einheitlichen Finanzierung erfasst werden (vgl. Artikel 60 eKVG sowie Begleitbericht, S. 21).

CURAVIVA Schweiz stellt nicht infrage, dass die EFAS auch die AÜP betreffen soll. Der nationale Branchenverband erinnert jedoch daran, dass er schon seit geraumer Zeit eine Anpassung der aktuellen Anspruchs- und Erteilungsvoraussetzungen der AÜP verlangt, damit diese wirkungsvoll umgesetzt werden kann: Die Leistungen der Akut- und Übergangspflege, welche sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und die ärztlich angeordnet werden, sollen längstens vier Wochen nach den Regeln der Vergütung der stationären Behandlung einschliesslich Aufenthalt und Pflegeleistungen in einem Spital (Art. 49 Abs. 1) und nach den Regeln der Spitalfinanzierung (Art. 49a: Abgeltung der stationären Leistungen) vergütet werden. Die Akut- und Übergangspflege soll bei Bedarf auf ärztliche Anordnung einmal um längstens vier Wochen verlängert werden. Versicherer und Leistungserbringer sollen diesbezügliche Pauschalen vereinbaren.

3. Erwägungen von CURAVIVA Schweiz zur Ausweitung auf die Langzeitpflege

CURAVIVA Schweiz begrüsst grundsätzlich den Vorschlag der GDK, wonach eine einheitliche Finanzierung auch für die Langzeitpflege gelten soll. Dieses Anliegen verdient eine hohe Priorität. Dies wurde von CURAVIVA Schweiz bereits im Rahmen seines Wohn- und Pflegemodells 2030 vorgebracht.

Zentral ist dabei, dass für ein solches Vorhaben zuerst die richtigen Ziele festgelegt und die Voraussetzungen geschaffen werden, um diese Ziele erreichen zu können. Dies setzt aufwendige

Grundlagenarbeit voraus, die noch nicht geleistet ist. Neben den Finanzierungsstellen stellen sich auch zahlreiche Tariffragen, die vertieft geklärt werden müssen. Ein sorgfältiges Vorgehen ist deshalb wichtiger als die von der GDK geforderte direkte Verknüpfung mit dem EFAS-Projekt der SGK-N. Die Verknüpfung würde zu Verzögerungen beim Projekt EFAS führen, zudem würde sie die Komplexität der Vorlage deutlich erhöhen. Deshalb ist es wohl klüger, die Langzeitpflege nicht in die aktuelle Vorlage zu integrieren, sondern parallel dazu die fehlenden Grundlagen zu erarbeiten. CURAVIVA Schweiz ist gerne bereit, sich an diesen Arbeiten zu beteiligen.

Die nachfolgenden Ausführungen dienen einer ersten Auslegeordnung, welche Herausforderungen im Rahmen eines solchen Vorhabens zu meistern sind.

Ziele

Aus Sicht von CURAVIVA Schweiz müsste eine einheitliche Vergütung und Finanzierung im Bereich der Langzeitpflege folgende Ziele verfolgen:

- Die Kostentransparenz und Kostenwahrheit wird sichergestellt: Dies soll dazu führen, dass die heute bestehenden Finanzlücken in der Restfinanzierung eliminiert werden.
- Eine integrierte Versorgung wird gefördert, um die Übergänge zwischen ambulant und stationär zu erleichtern (namentlich mit dem betreuten Wohnen).
- Die Anteile der verschiedenen Kostenträger an der Pflegefinanzierung werden stabilisiert, um schleichende Kostenverschiebungen zu vermeiden.

In diesem Zusammenhang begrüsst CURAVIVA Schweiz die Absicht der SGK-N, die einheitliche Finanzierung sowohl für die Versicherer als auch für die Kantone insgesamt kostenneutral zu gestalten (vgl. Begleitbericht, S. 12).

- Der administrative Aufwand der Leistungserbringung wird verringert.
- Die Finanzierung der Pflegeleistungen erfolgt patientenorientiert – nicht angebotsorientiert. Langfristig wird die Realisierung einer Subjektfinanzierung geprüft. Dies könnte unter anderem die Kostentransparenz erhöhen und den Wettbewerb unter den Leistungserbringern beleben.

Voraussetzungen

Um die oben erwähnten Ziele zu erreichen, müssen aus Sicht von CURAVIVA Schweiz folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

Harmonisierte Vergütungsregeln für die ambulante, die intermediäre und die stationäre Pflege:

Im Rahmen seines Wohn- und Pflegemodells 2030 hat CURAVIVA Schweiz neue Versorgungsstrukturen für die Langzeitpflege vorgeschlagen, die stärker auf die individuellen Bedürfnisse der pflegebedürftigen Menschen eingehen. Die Entwicklung des tatsächlichen Angebots geht in diese Richtung: Immer mehr Leistungserbringer bieten eine integrierte Versorgung an. Die Grenze zwischen ambulanten und stationären Angeboten löst sich angesichts von intermediären Angeboten (Tages-, Nachtstrukturen, betreutes Wohnen) immer mehr auf. Ohne harmonisierte Vergütungsregeln bestehen Fehlanreize, welche die heutigen Strukturen gegenüber neuen, integrierten Angeboten begünstigen und flexible, bedürfnisgerechte Angebote für die betroffenen Menschen behindern.

Berücksichtigung der Vollkosten der Leistungserbringer:

Die gesetzlichen Grundlagen, namentlich die Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) regeln die Pflegeleistungen nur grob. Im Pflegealltag ergeben sich daraus zahlreiche Abgrenzungsprobleme. Nur bei einer klaren und verbindlichen Definition und Abgrenzung der minimalen Leistungen lässt sich bei den Vergütungen Transparenz und Vergleichbarkeit herstellen.

Definition von einheitlichen Pflegestufen im ambulanten und im stationären Bereich:

Um die Pflegeleistungen und deren Kosten im ambulanten, intermediären und stationären Bereich vergleichen zu können, sollte der Pflegebedarf aufgrund der gleichen Grundlagen erhoben werden. Einheitliche Pflegestufen im ambulanten und im stationären Bereich sollen als Vergütungsbasis gelten.

Nur unter dieser Voraussetzung ist eine einheitliche Vergütung und Finanzierung der Leistungen möglich.

Schliessung der Deckungslücken im Übergang:

Die neue EFAS soll nicht auf Basis der aktuellen Defizite der Pflegefinanzierung aufgebaut werden, sondern einer sanierten und konsolidierten Ausgangslage. Neue Finanzierungsregeln müssen von den effektiven Kosten der Langzeitpflege ausgehen. Die bestehende Deckungslücke bei der Abgeltung der Pflegeleistungen, die gemäss SOMED-Statistik allein im stationären Bereich in den letzten Jahren CHF 300-400 Mio. betrug, sind zuvor zu schliessen.

Gewährleistung einer sachgerechten und datenbasierten Festlegung der Tarife und Beiträge:

Die Festlegung von Preisen ist im heutigen System bei der Restfinanzierung oft durch finanzpolitische Vorgaben bestimmt. Eine sachliche Diskussion der Kosten und Preise gestützt auf konsolidierte und von den Partnern akzeptierte Daten ist zwingend.

Schaffung einer nationalen Einrichtung für Tarifstrukturen:

Die Schaffung einer nationalen Einrichtung für Tarifstrukturen nach dem Muster der SwissDRG AG in den Kantonen – wo Versicherer sowie ambulante und stationäre Leistungserbringer gleichberechtigt vertreten sind – stellt eine unumgängliche Voraussetzung zur Einführung einer einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Behandlungen dar.

Die Gesetzgebung lässt für zahlreiche Umsetzungsfragen in der Pflegefinanzierung grossen Spielraum. Die verschiedenen Akteure tendieren dazu, diesen Spielraum zu eigenen Gunsten auszulegen. In der Folge kommt es immer wieder zu Beschwerden und Gerichtsurteilen, die zwar die Rechtslage klären, aber nicht zu sachlich überzeugenden Lösungen führen (aktuell z.B. zur Finanzierung der Mittel- und Gegenstände in der Pflege). Normkosten werden ihrerseits politisch festgelegt, Tarife beruhen hingegen in erster Linie auf Datenerhebungen und Verhandlungen unter Stakeholdern. Eine nationale Einrichtung würde es erleichtern, Fragen der Tarifstruktur unter den beteiligten Akteuren zu analysieren und verbindliche Regelungen zu treffen. Eine solche Einrichtung ist für die Einführung einer einheitlichen Vergütung und Finanzierung in der Langzeitpflege unerlässlich.

Aufhebung der Trennung zwischen Betreuung und Pflege:

CURAVIVA Schweiz ist zudem der Auffassung, dass im Rahmen dieser Diskussion auch vertieft geprüft werden sollte, wie die heutige Trennung zwischen Betreuung und Pflege im Rahmen der Leistungsvergütung aufgelöst werden kann.

Seit der Einführung der Pflegefinanzierung werden die Pflege- und Betreuungsleistungen separat erfasst und abgerechnet. Im Pflegealltag kann diese Unterscheidung nicht wirklich vollzogen werden, da Pflege- und Betreuungshandlungen sich je nach Situation in rascher Folge abwechseln. Ihre unterschiedliche Vergütung hat zahlreiche Abgrenzungsprobleme zur Folge. Speziellen Handlungsbedarf gibt es bei der Abgrenzung von Pflegeleistungen von weiteren Leistungen in gewissen Bereichen (bspw. Demenz, Palliative Care oder Gerontopsychiatrie (vgl. INFRAS-Bericht vom 4. Januar 2018 über die Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung, S. 105-106)).

Eine künstliche Trennung gefährdet die ganzheitliche Pflege und birgt die Gefahr einer einseitigen Leistungspriorisierung aufgrund finanzieller statt pflegefachlicher Überlegungen.

Es braucht deshalb neue Finanzierungsmodelle, damit keine zusätzliche Kostenüberwälzung auf die Krankenkassen entsteht und die Patientinnen und Patienten nicht zusätzlich finanziell belastet werden (siehe Postulat Gysi 17.3808).

Der nationale Branchenverband CURAVIVA Schweiz bedankt sich für die ernsthafte Prüfung und Berücksichtigung des oben aufgeführten Standpunktes.

Mit freundlichen Grüssen

Laurent Wehrli
Präsident CURAVIVA Schweiz

Dr. Daniel Höchli
Direktor CURAVIVA Schweiz

Bei Rückfragen zur vorliegenden Vernehmlassungsantwort wenden Sie sich bitte an:
Herrn Yann Golay Trechsel
Verantwortlicher Public Affairs von CURAVIVA Schweiz
E-Mail: y.golay@curaviva.ch
Tel: 031 385 33 36

Berne, le 12 septembre 2018

Financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires

Prise de position de CURAVIVA Suisse

Dans la présente prise de position, l'association de branche nationale CURAVIVA Suisse soutient la proposition de financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires (abrégé « EFAS » en allemand). Le projet permet d'encourager le transfert de certaines prestations stationnaires vers le domaine ambulatoire et de réaliser les économies qui en résultent. Il crée également les conditions nécessaires au renforcement de la prise en charge intégrée dont dépendent spécialement les personnes souffrant de maladies chroniques, les personnes handicapées à vie ou les personnes âgées ayant besoin de soins. Du point de vue de CURAVIVA Suisse, plusieurs mesures d'accompagnement sont requises afin de permettre au projet EFAS d'aboutir, notamment des possibilités de gestion adaptées pour les cantons dans le domaine ambulatoire ainsi que la création d'une organisation tarifaire nationale paritaire pour le domaine ambulatoire.

CURAVIVA Suisse salue expressément la demande de la CDS en faveur de l'introduction d'un financement uniforme également pour les soins de longue durée. Dans ce contexte, il est essentiel pour un tel projet de fixer dans un premier temps les bons objectifs et de créer les conditions nécessaires à leur réalisation. Cela implique un travail de fond intensif qui n'a pas encore été accompli. Pour cette raison, une démarche minutieuse a plus d'importance que le lien direct avec le projet EFAS de la CSSS-N demandé par la CDS. CURAVIVA Suisse préfère donc ne pas intégrer les soins de longue durée dans le projet actuel, mais plutôt élaborer en parallèle les bases inexistantes. L'association est disposée à participer de façon engagée à ces travaux.

Mesdames, Messieurs,

Par la présente prise de position, l'association de branche nationale CURAVIVA Suisse souhaite apporter sa contribution dans le cadre de la consultation en cours sur l'introduction d'un financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires.

Association au service des institutions et des employeurs de la branche, CURAVIVA Suisse défend les intérêts de ses institutions membres destinées aux personnes âgées, aux adultes avec handicap ainsi qu'aux enfants et adolescents ayant des besoins spécifiques. À l'association de branche nationale CURAVIVA Suisse sont rattachés l'ensemble des cantons suisses ainsi que la principauté du Liechtenstein. Dans l'ensemble, CURAVIVA Suisse représente plus de 2600 institutions avec quelque 120 000 places, et qui emploient environ 130 000 collaborateurs.

1. Etat des lieux

Aujourd'hui, les prestations dans le domaine ambulatoire sont intégralement financées par les assureurs, à savoir via les primes. Les prestations dans le domaine stationnaire sont payées à hauteur d'au moins 55 % par les cantons et au maximum 45 % par les assureurs. On s'accorde généralement à reconnaître que cette règle peut conduire directement et indirectement à différentes incitations inopportunes qui s'opposent à l'objectif d'un traitement de bonne qualité et avantageux.

Le 15 mai 2018, la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N) a ouvert une procédure de consultation sur un financement intégré des prestations de santé (monisme ou également: « financement ambulatoire et stationnaire uniforme » (abrégé « EFAS » en allemand); réf. Parlementaire 09.528).

Avec son avant-projet de révision de la loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal), la CSSS-N veut uniformiser le financement des prestations fournies en ambulatoire et en stationnaire. Désormais, les caisses-maladie devront indemniser toutes les prestations ambulatoires et stationnaires – à l'exception des soins de longue durée. Sur les coûts qui leur restent après la déduction de la franchise et de la quote-part des assurés, les cantons devront apporter une contribution minimale de 25,5 %. Ce pourcentage, qui aurait correspondu à environ 7,5 milliards de francs en moyenne sur les années 2012 à 2015, est défini de telle façon que le passage au financement uniforme n'ait au final pas d'incidence sur les coûts des cantons et des assureurs.

Le 25 mai et le 28 juin 2018, la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) a jugé insuffisant le projet de la CSSS-N (cf. prise de position de la CDS du 28 juin 2018). La CDS a notamment réclamé que l'EFAS soit étendu au domaine des soins de longue durée (cf. point 7 de la prise de position de la CDS du 28 juin 2018). Toutefois, la CDS ne s'est jusqu'ici pas exprimée plus en détails sur sa conception des conditions d'une telle intégration des soins de longue durée dans le projet EFAS.

Tandis que les institutions représentées par CURAVIVA Suisse ne sont concernées qu'indirectement par le projet mis en consultation, une extension du projet aux soins de longue durée aurait des conséquences directes et importantes sur la branche. Par conséquent, CURAVIVA Suisse prend position dans une première partie sur le projet de la CSSS-N lui-même (« projet EFAS ») et dans une seconde partie sur la demande de la CDS concernant les soins de longue durée.

2. Considérations de CURAVIVA Suisse sur le projet EFAS

a) Remarques générales :

CURAVIVA Suisse considère comme fondamentalement utile le projet EFAS de la CSSS-N et le soutient. La prévention des incitations inopportunes est une condition importante afin d'éviter les coûts inutiles. Le projet permet d'encourager le transfert de certaines prestations stationnaires vers le domaine ambulatoire et de réaliser les économies considérables qui en résultent. En outre, il incite les bailleurs de fonds à s'engager ensemble en faveur d'une tarification appropriée dans l'intégralité du domaine des soins, qu'ils soient ambulatoires ou stationnaires. Cela crée les conditions nécessaires à un renforcement de la prise en charge intégrée dont dépendent spécialement les personnes souffrant de maladies chroniques, les personnes handicapées à vie ou les personnes âgées ayant besoin de soins.

Du point de vue de CURAVIVA Suisse, plusieurs mesures supplémentaires sont également nécessaires pour contribuer à faire aboutir le projet EFAS. Il est essentiel que le projet soit accompagné de possibilités de gestion adaptées à la disposition des cantons dans le domaine ambulatoire. Néanmoins, cela ne doit pas entraîner de surrégulation. Dans ce contexte, le recours à une organisation tarifaire nationale paritaire représenterait une bonne solution.

b) Remarques relatives à des aspects particuliers du projet :

Nouvelle réglementation de l'admission des médecins dans le domaine ambulatoire :

Parallèlement à l'introduction d'un financement uniforme des domaines ambulatoire et stationnaire, des instruments de contrôle des médecins travaillant dans le domaine ambulatoire doivent être ancrés dans la loi. C'est ce que prévoit notamment la nouvelle réglementation visant à réguler l'admission des médecins qui remplacera celle arrivant à expiration à la mi-2019 (art. 55a LAMal). CURAVIVA Suisse ne s'est pas exprimée sur le principe du nouveau système de gestion proposé par le Conseil fédéral mais elle salue ici en principe le fait de prévoir une règle de gestion par les cantons. Il est essentiel pour ces derniers de devoir non seulement cofinancer le domaine ambulatoire mais également de pouvoir influencer l'offre.

En ce sens, CURAVIVA Suisse affiche une certaine compréhension pour la proposition minoritaire Carobbio, Feri, Gysi, Heim, Ruiz, Schenker, selon laquelle le projet de financement uniforme des prestations en ambulatoire et en stationnaire doit être associé à l'entrée en vigueur d'une nouvelle règle relative à l'article 55a LAMal au sens d'une gestion de l'admission dans le domaine ambulatoire.

Soins aigus et de transition (SAT) :

Selon le projet de la CSSS-N, le financement uniforme doit s'appliquer à toutes les prestations de l'AOS stationnaires et ambulatoires, à l'exception des soins – et donc en particulier également des soins aigus et de transition (cf. rapport explicatif, p. 11). En vertu du projet de la CSSS-N, les cantons devront à l'avenir cofinancer les soins aigus et de transition via la part cantonale – dans la même mesure que toutes les prestations qui sont concernées par le financement uniforme (cf. article 60e LAMal et rapport explicatif, p. 21).

CURAVIVA Suisse ne remet pas en question la nécessité que l'EFAS concerne également les soins aigus et de transition. L'association de branche nationale rappelle cependant qu'elle demande depuis déjà longtemps une modification des conditions actuelles de droit et d'accès aux soins aigus et de transition afin qu'ils puissent être efficacement mis en œuvre: les prestations des soins aigus et de transition qui s'avèrent nécessaires à la suite d'un séjour hospitalier et sont prescrites par un médecin doivent être remboursées au plus tard dans un délai de quatre semaines selon les règles de l'indemnisation de la prise en charge stationnaire, séjour et soins dans un hôpital inclus (art. 49 al. 1) et selon les règles du financement de l'hôpital (art. 49a: rémunération des prestations stationnaires). Au besoin, les soins aigus et de transition doivent être prolongés à une reprise de quatre semaines au plus sur prescription médicale. Les assureurs et les fournisseurs de prestations doivent convenir de forfaits à cet effet.

3. Considérations de CURAVIVA Suisse sur l'extension aux soins de longue durée

CURAVIVA Suisse salue en principe la proposition de la CDS selon laquelle un financement uniforme doit également s'appliquer aux soins de longue durée. Cette préoccupation mérite qu'on lui accorde une priorité élevée. Elle a déjà été présentée par CURAVIVA Suisse dans le cadre de son Modèle d'habitat et de soins 2030.

Dans ce contexte, il est essentiel pour un tel projet de fixer d'abord les bons objectifs et de créer les conditions nécessaires à leur réalisation. Cela implique un travail de fond intensif qui n'a pas encore été réalisé. Outre les questions de financement se posent également de nombreuses questions tarifaires qui requièrent une clarification approfondie. Pour cette raison, une démarche minutieuse revêt plus d'importance que le couplage direct demandé par la CDS avec le projet EFAS de la CSSS-N. En effet, celui-ci retarderait l'EFAS et augmenterait aussi significativement la complexité du projet. Il apparaît donc plus judicieux de ne pas intégrer les soins de longue durée dans le projet actuel mais plutôt d'élaborer en parallèle les bases manquantes à cet effet. CURAVIVA Suisse est disposée à participer de façon engagée à ces travaux.

Les explications suivantes permettent un premier état des lieux sur les défis à maîtriser dans le cadre d'un tel projet.

Objectifs

Du point de vue de CURAVIVA Suisse, une indemnisation et un financement uniformes dans le domaine des soins de longue durée devraient poursuivre les objectifs suivants:

- La transparence et la vérité des coûts sont assurées: cela doit permettre d'éliminer les lacunes financières existant actuellement dans le financement résiduel.
- Une prise en charge intégrée est encouragée afin de faciliter les transitions entre l'ambulatoire et le stationnaire (notamment avec l'habitat protégé).
- Les parts des différents payeurs au financement des soins sont stabilisées afin d'éviter les transferts de coûts insidieux.

Dans ce contexte, CURAVIVA Suisse salue l'intention de la CSSS-N de concevoir le financement uniforme de telle sorte qu'il n'ait aucune incidence au final à la fois pour les assureurs et pour les cantons (cf. rapport explicatif, p. 12).

- La charge administrative liée à la fourniture des prestations est réduite.
- Le financement des soins s'effectue de façon orientée vers le patient – et non vers l'offre. À long terme, on étudie la réalisation d'un financement à la personne. Cela pourrait notamment améliorer la transparence des coûts et dynamiser la concurrence entre les fournisseurs de prestations.

Conditions

Pour atteindre les objectifs mentionnés ci-dessus, CURAVIVA Suisse estime qu'il faut remplir les conditions suivantes:

Règles d'indemnisation harmonisées pour les soins ambulatoires, intermédiaires et stationnaires :

Dans le cadre de son Modèle d'habitat et de soins 2030, CURAVIVA Suisse a proposé de nouvelles structures de prise en charge pour les soins de longue durée qui abordent davantage les besoins individuels des personnes nécessitant des soins. L'évolution de l'offre réelle va dans cette direction: toujours plus de fournisseurs de prestations proposent une prise en charge intégrée. La frontière entre les offres ambulatoires et stationnaires s'estompe de plus en plus au regard des offres intermédiaires (structures de jour et de nuit, habitat protégé). Sans des règles

d'indemnisation harmonisées, il existe des incitations inopportunes qui favorisent les structures actuelles par rapport à de nouvelles offres intégrées et empêchent des offres flexibles adaptées aux besoins pour les personnes concernées.

Prise en considération des coûts totaux des fournisseurs de prestations :

Les bases légales, notamment l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) ne règlent les prestations de soins que de façon approximative. Dans les soins quotidiens, il en résulte de nombreux problèmes de délimitation. Seules une définition et une délimitation à la fois claires et contraignantes des prestations minimales permettent de créer transparence et comparabilité au niveau des indemnités.

Définition de niveaux de soins uniformes dans les domaines ambulatoire et stationnaire :

Afin de pouvoir comparer les prestations de soins et leurs coûts dans les domaines ambulatoire, intermédiaire et stationnaire, il convient d'évaluer les besoins en soins à partir des mêmes bases. Des niveaux de soins uniformes en ambulatoire et en stationnaire doivent servir de base d'indemnité.

C'est seulement sous cette condition qu'il sera possible d'atteindre une indemnité et un financement uniformes des prestations.

Comblement des lacunes de couverture dans le cadre de la transition :

Le nouvel EFAS ne doit pas être développé sur la base des déficits actuels du financement des soins mais d'après une situation de départ assainie et consolidée. De nouvelles règles de financement doivent découler des coûts effectifs des soins de longue durée. Les lacunes de couverture existantes dans la compensation des soins, qui atteignaient ces dernières années entre CHF 300 et 400 millions rien que dans le domaine stationnaire selon la statistique SOMED, doivent être comblées auparavant.

Garantie d'une définition appropriée et basée sur des données des tarifs et des contributions :

Dans le système actuel, la fixation de prix est déterminée pour le financement résiduel souvent par des exigences de politique financière. Une discussion objective des coûts et des prix basée sur des données consolidées et acceptées par les partenaires est impérative.

Création d'une institution nationale pour les structures tarifaires :

La création d'une institution nationale pour les structures tarifaires selon le modèle de la SwissDRG SA – au sein de laquelle cantons, assureurs ainsi que fournisseurs de prestations ambulatoires et stationnaires sont représentés à titre égal – constitue une condition indispensable pour introduire un financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires.

La législation laisse une grande marge de manœuvre pour de nombreuses questions d'application dans le financement des soins. Les différents acteurs tendent à interpréter cette marge de manœuvre dans leur propre intérêt. Par la suite, cela engendre régulièrement des plaintes et des décisions judiciaires qui certes clarifient la situation juridique mais ne trouvent pas de solutions objectivement convaincantes (actuellement p. ex. concernant le financement des moyens et appareils dans les soins). Les coûts normatifs sont quant à eux déterminés politiquement, tandis que les tarifs reposent en premier lieu sur des collectes de données et des négociations entre parties prenantes. Une institution nationale faciliterait l'analyse des questions liées à la structure tarifaire entre les acteurs impliqués et l'adoption de réglementations contraignantes. Une telle

institution est indispensable pour l'introduction d'une indemnisation et d'un financement uniformes dans les soins de longue durée.

Suppression de la séparation entre l'assistance et les soins :

CURAVIVA Suisse considère en outre que dans le cadre de cette discussion, il convient aussi d'examiner en détails comment la séparation actuelle entre l'assistance (Betreuung) et les soins (Pfleger) peut être supprimée dans le contexte de la rémunération des prestations.

Depuis l'introduction du financement des soins, les prestations de soins et d'assistance sont saisies et décomptées séparément. Dans le quotidien des soins, cette distinction ne peut pas être réellement effectuée car les prestations de soins et d'assistance alternent rapidement selon la situation. Leur indemnisation différente entraîne de nombreux problèmes de délimitation. Il existe un besoin spécifique d'intervention dans la délimitation entre les soins et d'autres prestations dans certains domaines (p. ex. démence, soins palliatifs ou psychiatrie gériatrique, cf. rapport INFRAS du 4 janvier 2018 sur la mise en œuvre du nouveau régime de financement des soins, p. 105-106). Une séparation artificielle menace les soins dans leur ensemble et comporte le risque d'une hiérarchisation unilatérale des prestations sur la base de réflexions financières plutôt que professionnelles.

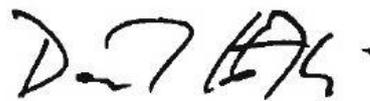
Il y a donc besoin de nouveaux modèles de financement afin que n'apparaisse pas de nouveau transfert de coûts sur les caisses-maladie et pour ne pas faire peser une charge financière supplémentaire sur les patientes et patients (cf. postulat Gysi 17.3808).

L'association de branche nationale CURAVIVA Suisse vous remercie d'avoir examiné et considéré avec sérieux le point de vue exprimé ci-dessus.

Veillez trouver ici, Mesdames, Messieurs, l'expression de notre considération distinguée.



Laurent Wehrli
Président CURAVIVA Suisse



Daniel Höchli
Directeur CURAVIVA Suisse

En cas de questions relatives à la présente prise de position, veuillez vous adresser à:
Monsieur Yann Golay Trechsel
Responsable Public Affairs de CURAVIVA Suisse
E-mail: y.golay@curaviva.ch
Tél.: 031 385 33 36



Dufourstrasse 30
CH—3005 Bern

Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen
Schwarzenburgstrasse 157
CH—3003 Bern

abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Bern, den 14. September 2018

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

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 15. Mai 2018 hat der Präsident der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-N) die Vernehmlassung in oben genanntem Geschäft mit Frist bis 15. September 2018 eröffnet. Wir lassen Ihnen nachstehend die Stellungnahme der FMCH fristgerecht zukommen.

1. Allgemeine Bemerkungen

Die FMCH befürwortet die Einführung der Finanzierung der OKP-Pflichtleistungen aus einer Hand, wie sie von der SGK-N vorgeschlagen wird.

Hingegen lehnt die FMCH die von einer Minderheit der SGK-N vertretene Auffassung, wonach auf die Vorlage nicht einzutreten sei, weil diese neue Fehlanreize schaffe und die Kantone zu einer Mitfinanzierung des ambulanten Bereichs verpflichte ohne ihnen entsprechende Steuerungsmöglichkeiten zu geben, dezidiert ab.

Die FMCH begrüsst die drei Zielsetzungen der Vorlage:

- Förderung einer Verlagerung von Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich, wo dies medizinisch sinnvoll ist;
- Stabilisierung der prämien- und steuerfinanzierten Anteile an den obligatorisch versicherten Krankheitskosten (ohne Langzeitpflege);
- Förderung einer sachgerechten Tarifierung.

Für die Erreichung dieser Ziele, die aus medizinischer und ökonomischer Sicht als prioritär einzustufen sind, schafft die Vorlage wichtige Voraussetzungen.

Im Gegenzug fordert die FMCH, dass die kantonalen und nationalen Listen „ambulant vor stationär“ ersatzlos gestrichen werden. Wenn die vorliegende Teilrevision die Fehl- anreize zum Ort der Leistungserbringung weitgehend eliminiert, werden die medizi- nisch und ethisch problematischen, bürokratisch aufwändigen und damit kosten- treibenden Listen für ambulantes Operieren obsolet. Eine entsprechende Übergangs- bestimmung zur Abschaffung der kantonalen und bundesweiten Operationslisten und ihrer Umsetzungsmassnahmen ist in die vorliegende Teilrevision aufzunehmen.

1.1. Aktuelle Situation

Die heute geltenden, unterschiedlichen Finanzierungsregimes des ambulanten und des stationären Bereichs führen zu Fehlanreizen, die eine effiziente und effektive medizinische Versorgung erschweren oder sogar verhindern.

So haben die Versicherer nur dann einen Anreiz, die Verlagerung von stationären zu ambulanten Leistungen zu fördern, wenn die ambulante Leistungserbringung mindes- tens 55 Prozent günstiger ist als die stationäre.

Umgekehrt haben die Kantone ein finanzpolitisches Interesse, das Volumen von ambulanten Leistungen zu steigern, weil dadurch der kantonale Anteil an stationären Leistungen sinkt, freilich unter dem Vorbehalt, dass die Bettenauslastung nicht mit zusätzlichen stationären Fällen kompensiert wird. Dass es sich hierbei nicht nur um theoretische Überlegungen handelt, haben die Kantone mit der Einführung von AVOS- Listen eindrücklich vor Augen geführt.

Die solchermassen entgegengesetzten Interessen von Kantonen und Versicherern widerspiegeln sich in den Verhandlungen der Tarifpartner und bei Tariffestsetzungen durch die Kantone. Bei der Tarifgestaltung versucht jede Partei, das ihr jeweils zufal- lende Kostenvolumen zulasten der anderen Partei zu minimieren.

Dadurch kann der Fehlanreiz entstehen, Leistungen nicht aufgrund der WZW-Kriterien und kostendeckend zu tarifieren, wie es das KVG vorschreibt, sondern aufgrund der gewünschten Wirkung, die der Tarif auf die Wahl des Behandlungsortes haben soll. Dieses „egoistische“ Verhalten kann den Versicherern und Kantonen jedoch nicht ver- übelt werden. Sie tragen keine Verantwortung für die volkswirtschaftliche Gesamt- rechnung. Der Kanton ist gegenüber dem Steuerzahler, der Krankenversicherer gegenüber dem Prämienzahler Rechenschaft schuldig. Unter den gegebenen Spiel- regeln kann das Verhalten von Kantonen und Versicherern, ihr jeweiliges Kosten- volumen zu minimieren, als ökonomisch rational bezeichnet werden. Darunter leidet

aber das übergeordnete Interesse einer qualitativ hochstehenden und effizienten Versorgung der Bevölkerung. Dem finanziellen Gesamtinteresse des Bürgers, der bekanntlich Steuer- und Prämienzahler in sich vereint, wird mit diesem System ebenfalls nicht Rechnung getragen. Die aufgrund der unterschiedlichen Finanzierung von ambulantem und stationärem Sektor entstehenden tarifarischen Fehlanreize begünstigen eine aus medizinischer und ökonomischer Sicht suboptimale Wahl des Behandlungsortes. Die Indikationsstellung, ob ein Patient ambulant oder stationär behandelt wird, sollte aber – im Idealfall – ausschliesslich von seinem medizinischen und sozialen Zustand abhängen.

Dass die Schweiz relativ weit von diesem Idealzustand entfernt ist, zeigen internationale Vergleiche. So werden in der Schweiz nur gerade 17% der chirurgischen Eingriffe im spitalambulanten Bereich durchgeführt. Dieser Anteil beträgt in den Niederlanden 51%, in den USA 62%.

Für die vergleichsweise schwache Entwicklung des ambulanten Bereichs in der Schweiz sind die tarifarischen Fehlanreize sicher einer der wichtigsten Gründe. Daneben können kulturelle Faktoren ebenfalls eine gewisse Rolle spielen.

1.2. Vorteile einer einheitlichen Finanzierung

Mit einer einheitlichen Finanzierung des ambulanten und stationären Sektors werden die Interessen der beiden Kostenträger, d.h. Krankenversicherer und Kantone, gleichgeschaltet (französisch: «alignement des intérêts, englisch: «alignment of interests»). Beide werden ein Interesse daran haben, dass über alle Sektoren der Versorgung hinweg qualitativ hochstehende Leistungen zu einem kostendeckenden Tarif erbracht werden können. Anreize für sektorielle Über- und Untertarifierungen fallen weg, weil sie aus tarif-taktischer Sicht keinen Sinn mehr machen.

Als monistischer Finanzierer (mit dualer Mittelherkunft aus Steuern und Prämien) wird der Krankenversicherer eine Gesamtsicht auf die Behandlungspfade und deren Kosten erhalten. Er wird besser in der Lage sein, innovative Tarifsysteme zu entwickeln wie z.B. ambulante Leistungspauschalen, Komplexpauschalen und sogenannte *bundled payments*. Mit solchen Tarifsystemen können effiziente, sektorenübergreifende Behandlungsprozesse gefördert und honoriert werden. Eine Verknüpfung der Tarife mit Elementen der Qualitätssicherung, wie sie vom KVG verlangt wird und mit der laufenden KVG-Revision über die Qualitätssicherung¹ gefördert werden soll, wird ebenfalls einfacher werden. Die für den Patienten besonders bedeutende Ergebnisqualität kann als Summe der an den verschiedenen

¹ KVG. Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit (15.083)

Etappen der Behandlungskette erbrachten Qualität definiert werden. Ein Krankenversicherer, der als monistischer Finanzierer die ganze Behandlungskette von A bis Z finanziert, wird die Ergebnisqualität und deren Zustandekommen besser analysieren und in die Tarifverhandlungen einfließen lassen können. Dadurch entsteht ein Anreiz für die Leistungserbringer, die Komponenten der Behandlungskette besser zu koordinieren oder sogar vertikal zu integrieren.

Zu den medizinischen und ökonomischen Aspekten einer Verlagerung von Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Sektor hat sich die FMCH in der Stakeholder-Konsultation vom 4. Oktober bis 3. November 2017 über die Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) betreffend «Ambulant vor Stationär» bereits geäußert. Sie ist weiterhin der Auffassung, dass die AVOS-Listen ein ungeeignetes Instrument zur Förderung der Ambulantisierung darstellen. Daran ändert auch die Tatsache nichts, dass das BAG einen vergleichsweise massvollen Erlass verfügt hat. Deshalb fordert die FMCH, dass eine entsprechende Übergangsbestimmung zur Abschaffung der kantonalen und bundesweiten Operationslisten und ihrer Umsetzungsmassnahmen in die vorliegende Teilrevision aufzunehmen sei.

1.3. Kritiken der Gegner einer einheitlichen Finanzierung

1.3.1. Einwände und Forderungen der GDK

Die GDK behauptet, dass die Einführung einer einheitlichen Finanzierung mit Überweisung von Steuermitteln an die Versicherer das Prinzip der fiskalischen Äquivalenz, welche eine Kongruenz zwischen Nutznießern, Kosten- und Entscheidungsträgern von öffentlichen Leistungen verlangt, verletzen würde. Die fiskalische Äquivalenz müsse aber unter allen Umständen gewahrt bleiben. Dies sei nur dann gewährleistet, wenn mit der Einführung einer einheitlichen Finanzierung die Steuerungskompetenz der Kantone auf den ambulanten Bereich ausgedehnt werde.

Dieser Forderung der GDK sind folgende grundsätzliche Überlegungen und Erkenntnisse aus der Praxis entgegenzuhalten:

- Aufgrund von Art. 117 Abs. 1 BV verfügt der Bund über die ausschliessliche Rechtskompetenz auf dem Gebiet der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Der Bund kann die Finanzierung der Versicherung nach eigenem Ermessen regeln. Er kann festlegen, welcher Anteil der Finanzierung aus öffentlicher Hand zu entrichten ist und welche öffentliche Körperschaft diesen Anteil zu entrichten hat.
- Die in Art. 43a Abs. 2 und 3 BV verankerten Grundsätze über die fiskalische Äquivalenz haben den Charakter von staatspolitischen Maximen und sind nicht justiziabel, das heisst, sie haben rechtlich nur eine beschränkte Tragweite; vgl. Gutachten des Bundesamtes für Justiz vom 15. Januar 2018 „Monistische Finanzierung von Gesundheitsleistungen – Verfassungsmässigkeit“.

- Die Tragweite von Art. 117 BV wird durch Art. 43a BV nicht eingeschränkt². Die Zuweisung einer Finanzierungsverpflichtung an die Kantone verpflichtet den Bund in keiner Weise, diesen eine Gegenleistung in Sinn von finanziellen Mitteln (Art. 46 Abs. 1 BV) oder von zusätzlichen Entscheidungs- oder Steuerungsbefugnissen zu gewähren.
- Eine Mitfinanzierung der ambulanten Leistungen durch die Kantone steht nicht im Widerspruch zum haushälterischen Umgang mit den Ressourcen, dem eigentlichen Zweck der fiskalischen Äquivalenz. Bis zu einem gewissen Grad ist sogar das Gegenteil zu erwarten: Aufgrund der Mitfinanzierung dürften die Kantone ein grösseres Interesse an einer Kostenkontrolle im ambulanten Bereich aufbringen.
- Über die Nachfrage nach ambulanten OKP-Leistungen übt die Kantonsbevölkerung einen steuernden Einfluss auf das Angebot im ambulanten Bereich aus. Mit der dadurch entstehenden, weitgehenden Übereinstimmung zwischen dem Personenkreis, der den Nutzen aus den Leistungen zieht, die finanziellen Konsequenzen trägt und die Leistungserbringung mitsteuert, ist das Prinzip der fiskalischen Äquivalenz bereits in hohem Masse erfüllt.
- Über die Genehmigung oder Festsetzung von Tarifen haben die Kantone heute schon einen grossen Einfluss auf den ambulanten Bereich.
- Mit einer Ausdehnung der kantonalen Steuerungsmöglichkeiten auf den ambulanten Bereich würde sich der ohnehin schon gravierende Governance-Konflikt der Kantone noch weiter verschärfen. Ein prioritäres Ziel des Bundesrates besteht aber gerade darin, diesen Konflikt zu reduzieren. Davon verspricht er sich einen kostendämpfenden Effekt (Massnahme M36). Bei der Güterabwägung zwischen einer puristischen Durchsetzung der fiskalischen Äquivalenz und der Dringlichkeit kostendämpfender Massnahmen sollte auch den Kantonen ein Entscheid zugunsten der zweiten Option nicht schwerfallen, zumal sie an der Kostenentwicklung eine erhebliche Verantwortung mitzutragen haben.
- In der Praxis erweist sich die Anwendung der fiskalischen Äquivalenz als schwierig³. Gründe dafür sind der fehlende Rechtscharakter sowie das Fehlen von Kriterien und eines Prüfprogramms, welches die Anwendung der Prinzipien auf konkrete Sachvorlagen erlauben würde.
- Wie folgende Beispiele zeigen, wird die fiskalische Äquivalenz auch von den Kantonen nicht konsequent und zum Teil einseitig angewendet:
 - Zu Prämienverbilligungen richtet der Bund aus Steuermitteln jährlich rund CHF 2 Milliarden an die Kantone aus. Auf die Verwendung dieser Mittel kann er keinen Einfluss nehmen. Die Kantone waren bis jetzt nicht bestrebt, dem Bund eine Mitsprache über die Verwendung dieser Steuermittel einzuräumen.

² Der Verfassungsgeber hätte mit der Einführung von Art. 43a BV (im Rahmen der NFA) die Tragweite von Art. 117 BV einschränken können und auch müssen, falls er dies so gewollt hätte. Er hat aber Art. 117 BV unverändert belassen. Damit bleibt dessen Tragweite uneingeschränkt bestehen.

³ Vgl. BUNDESRAT, Bericht Postulat Stadler, Seite 17.

- Analog zur Argumentation der GDK müssten die Kantone die Krankenversicherer als Zahler aktiv in die kantonale Spital- und Versorgungsplanung einbinden. Dies verweigern die Kantone aber konsequent.

Im Ergebnis der vorausgehenden Überlegungen und Beispiele kann festgehalten werden, dass eine absolutistische Auslegung der fiskalischen Äquivalenz, wie sie von der GDK vorgetragen wird, weder der Absicht des Verfassungsgebers noch der gängigen Praxis entspricht. Fiskalische Äquivalenz bedeutet nicht, dass das Gemeinwesen zu allen Verwendungen von Steuermitteln Steuerungsinstrumente etablieren darf oder muss. Der Forderung der Kantone stehen Zielsetzungen gegenüber, die höher zu gewichten sind. So kann mit der Einführung einer einheitlichen Finanzierung eine längst fällige Systemkorrektur vollzogen werden. Damit kann auch ein rascher und wirkungsvoller Beitrag zur Kostendämpfung geleistet werden.

1.3.2. Kritiken und Einwände des Schweizerischen Gewerkschaftsbundes (SGB)

Der SGB lehnt die Vorlage aus folgenden Gründen ab:

- Der Kern der Vorlage sei nicht die einheitliche Finanzierung, sondern eine massive Verschiebung der Steuerungskompetenz in der Grundversicherung weg von der öffentlichen Hand hin zu den privaten Versicherern («Privatisierung der Grundversicherung»).
- Die vom Bund und einigen Kantonen erlassenen Eingriffslisten («ambulant vor stationär») seien effizienter, um die Verlagerung von Eingriffen aus dem stationären in den ambulanten Bereich zu fördern.
- Die Vorlage würde trotz postulierter Finanzierungsneutralität die Kostenbeteiligung der Versicherten zusätzlich erhöhen.
- Die Vorlage würde keine entscheidende Korrektur existierender Fehlanreize bewirken.
- Mit der Vorlage würden Vertragsspitäler und Zusatzversicherungen gestärkt werden. Dies sei aber nicht wünschenswert.
- Mit EFAS würde der Druck auf das Gesundheitspersonal steigen.
- Der vorgesehene einheitliche Finanzierungsschlüssel würde neue Fehlanreize schaffen.
- Die einheitliche Finanzierung würde die Einführung von Globalbudgets, wie sie bereits in den Kantonen Tessin, Genf und Waadt existieren, verhindern.

Diesen Einwänden des SGB können folgende Überlegungen entgegengehalten werden:

- Es ist keine Besonderheit der einheitlichen Finanzierung, dass sie den Druck auf das Gesundheitspersonal erhöhen wird. Dieser Effekt ist allen kostendämpfenden Massnahmen gemeinsam. Entscheidend ist vielmehr die Frage, welche

Massnahmen den Kostendruck einigermaßen gerecht verteilen werden ohne Einbussen bei der Qualität der medizinischen und pflegerischen Versorgung zu verursachen. In dieser Hinsicht ist der einheitlichen Finanzierung gegenüber Rasenmäher- oder Deckelungsmethoden, wie sie etwa bei Globalbudgets zur Anwendung kommen, klar der Vorzug zu geben.

- Mit der Verlagerung von Leistungen in den ambulanten Bereich werden neuartige, höchst effiziente Versorgungsbereiche entstehen, die nur dank hochqualifiziertem Personal funktionieren werden. Für dieses Personal wird Geld zur Verfügung stehen, welches aufgrund sinkender Investitionen in ineffiziente stationäre Infrastrukturen frei wird. Insgesamt wird die einheitliche Finanzierung eine wirtschaftliche Dynamik auslösen, von welcher sowohl Patienten, Personal als auch Prämien- und Steuerzahler profitieren werden.
- Eine solche Dynamik wird ungleich viel mehr Wirkung zeitigen als kantonale und nationale Listen, deren Umsetzung sich als wahres Kopfzerbrechen erweist und an Schwerfälligkeit kaum zu überbieten ist.
- Der SGB irrt vollständig, wenn er die einheitliche Finanzierung als Privatisierung der Grundversicherung bezeichnet. Die Vorlage schwächt weder die strengen Vorgaben, welche das KVG an die Krankenversicherer stellt, noch die Aufsichtsbehörde, deren Kompetenzen mit dem Krankenversicherungsaufsichtsgesetz ausgeweitet wurden. Auch werden die Planungskompetenzen der Kantone nicht eingeschränkt. Vielmehr wird deren Ausdehnung erwartet. Von einer Privatisierung der Grundversicherung kann demnach keine Rede sein. Vielmehr ist davon auszugehen, dass Kantone und Krankenversicherer aufgrund gleichgeschalteter Interessen die von der OKP garantierte qualitativ hochstehende Versorgung der Bevölkerung gemeinsam stärken werden. Dass im Gegenzug auch einige wenige Vertragsspitäler profitieren werden, kann von denjenigen, die das stören sollte, getrost vernachlässigt werden.
- In einem Punkt ist dem SGB jedoch recht zu geben: Die Vorlage könnte trotz postulierter Finanzierungsneutralität die Kostenbeteiligung der Versicherten zusätzlich erhöhen. Deshalb fordert die FMCH, die Kostenbeteiligung (Franchise und Selbstbehalt) weiterhin auf den mit Prämien finanzierten Anteil der Leistungskosten auszurichten und den jeweiligen Kantonsanteil wie bisher in der Spitalfinanzierung auszuklammern.
- Es ist zwar richtig, dass die einheitliche Finanzierung an sich noch keine Fehlansätze beseitigt. Aber sie ist die notwendige Voraussetzung dafür, dass sich die ambulanten und stationären Tarife angleichen. Damit würde aber der wichtigste Hemmschuh für die „Ambulantisierung“ der Medizin wegfallen.

2. Technische Aspekte

a) Berechnung des Kantonsbeitrags

Das jeweilige Verhältnis der stationären und ambulanten Kosten ist von Kanton zu Kanton bzw. je nach Versichertenkollektiv auch von Krankenversicherer zu Krankenversicherer unterschiedlich. Deshalb empfiehlt es sich, den Anteil des Kantonsbeitrags innerhalb einer Übergangsfrist auf ähnliche Weise anzupassen, wie dies im Rahmen der Neuen Spitalfinanzierung erfolgte.

b) Kostenbeteiligung Versicherte

Die FMCH empfiehlt, die Kostenbeteiligung (Franchise und Selbstbehalt) weiterhin auf den mit Prämien finanzierten Anteil der Leistungskosten auszurichten und den jeweiligen Kantonsanteil wie bisher in der Spitalfinanzierung auszuklammern.

c) Aufteilung des Kantonsanteils auf die Versicherer

Die FMCH bezieht zu dieser versicherungstechnischen Frage keine Stellung.

Mit bestem Dank für Ihre Kenntnisnahme und freundlichen Grüssen

FOEDERATIO MEDICORUM CHIRURGICORUM HELVETICA



Dr. med. Josef E. Brandenburg
Präsident der FMCH
josef.brandenberg@hin.ch
Tel.: 079 304 71 18



Dr. med. Markus Trutmann
Generalsekretär der FMCH
markus.trutmann@fmch.ch
Tel.: 078 836 09 10

Kopie: Mitglieder SGK-N

Die FMCH ist der Dachverband von 21 chirurgisch und invasiv tätigen Fachgesellschaften und 3 Berufsorganisationen mit rund 10'000 Ärztinnen und Ärzten.
Die FMCH vertritt die Interessen ihrer Mitglieder gegenüber Politik, Behörden, Versicherungen, Verbänden und anderen Organisationen des Gesundheitswesens.
Internet: www.fmch.ch

Thomas de Courten
Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit
Nationalrat
3003 Bern

abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Bern, 28. August 2018

**Vernehmlassung zu 09.528 Parlamentarische Initiative. Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus – Eröffnung des Vernehmlassungsverfahrens
Stellungnahme der FMH**

Sehr geehrter Herr Nationalrat de Courten
Sehr geehrte Damen und Herren Nationalräte

Wir danken Ihnen für die Einladung zur Stellungnahme zu oben genannter Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung. Gerne nehmen wir nachfolgend Stellung dazu.

A. Einleitende Bemerkungen

Die FMH unterstützt die Einführung einer einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen. EFAS ist ein wichtiges und taugliches Mittel, um Fehlanreize zu vermeiden, die Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich sowie die integrierte Versorgung zu fördern.

Die Verlagerung in den ambulanten Bereich in indizierten Fällen kann dank und mittels EFAS vollzogen werden, ohne dadurch eine übermässige und aus sozialpolitischer Sicht problematische Mehrbelastung der Prämienzahler zu verursachen. Die Entscheidung, ob eine Behandlung ambulant oder stationär durchgeführt werden soll, muss immer bei dem/der für die Behandlung verantwortlichen Arzt/Ärztin liegen.

EFAS wird dazu beitragen, sowohl die Effizienz als auch die Qualität im Gesundheitswesen zu steigern; beides sind erwünschte Effekte.

Die heutigen Bemühungen der Kantone, eine Verlagerung in den ambulanten Bereich zu erreichen, gehen bei der heutigen Finanzierung zu Lasten der Prämienzahler und Krankenversicherer, beide haben aufgrund der negativen Auswirkung auf die Prämienentwicklung kaum Interesse an einer Verlagerung in den ambulanten Bereich. Eine aus medizinischer Sicht gerechtfertigte Verlagerung in den ambulanten Bereich wird sich erst dann konsequent durchsetzen lassen, wenn alle Parteien davon profitieren.

Zahlstelle und Datentransfer

Die gemeinsame Einrichtung der Krankenversicherer eignet sich als alleinige Zahlstelle. Die Versicherer haben ein grosses Interesse an einer professionellen Rechnungskontrolle, da sie dadurch einen Anstieg der Kosten, aber auch der Prämien verhindern können. Inwiefern eine zusätzliche Kontrolle durch die Kantone diesen einen Mehrwert bringen könnte, zeigen die Kantone nicht auf. Sie dürften selbst ein grosses Interesse daran haben, keine kostspieligen parallelen Organisationen aufbauen oder unterhalten zu müssen. Die Rechnungskontrolle liegt im Interesse beider Kostenträger, entgegenstehende Interessen in dieser Sache sind nicht auszumachen, weshalb das Risiko einer mangelhaften Rechnungsprüfung durch die gemeinsame Einrichtung für die Kantone wohl äusserst gering sein dürfte.

Die Krankenversicherer verfügen heute bereits über eine gemeinsame Einrichtung. Diese wird als Zahlstelle tätig sein, und sie wird die von den Kantonen und dem Bund entrichteten Beiträge empfangen und diese auf die Versicherer aufteilen. Es bietet sich aufgrund dieser Funktion der gemeinsamen Einrichtung deshalb an, ihr weitere Aufgaben im Zusammenhang mit EFAS zu übertragen. Dazu gehört nach Einschätzung der FMH auch die Entgegennahme der von Bund, Kantonen und Versicherern gelieferten Daten, welche für die Berechnung der Kantons- und Bundesbeiträge notwendig sind. Auch in diesem Zusammenhang soll aus Gründen der Effizienz vermieden werden, dass mehrere Stellen als Datenempfänger tätig sind, und dafür entsprechende Organisationen aufbauen oder unterhalten.

Risikoausgleich

Der Risikoausgleich muss auch für den Kantonsanteil übernommen werden. Selbst wenn der Kantonsanteil nur einen Viertel der Gesamtkosten ausmacht, ist dessen Berücksichtigung beim Risikoausgleich wichtig. Immerhin würde der heute bereits vorgesehene Anteil für den Risikoausgleich um ein Drittel erhöht. Die FMH unterstützt deshalb den diesbezüglichen Minderheitsantrag zu Art 60a. Dieser ist aufgrund seiner komplizierten Formulierung aber schwer verständlich, weshalb eine einfachere Formulierung gefunden werden sollte.

Steuerung durch die Kantone

Ein Zulassungsstopp zur Steuerung der ambulanten Versorgung durch die Kantone ist mit Art. 55a KVG bereits in Kraft. Im Zusammenhang mit EFAS wird kein zusätzlicher Steuerungsbedarf aufgezeigt, aber ein solcher behauptet. Da EFAS lediglich zu einer Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich führen wird, wodurch der Bedarf im ambulanten Bereich steigen wird, kann sich die FMH nicht vorstellen, was eine zusätzliche Steuerung im Sinne einer Beschränkung ambulant tätiger Leistungserbringer für Vorteile bringen würde. Im Gegenteil müsste dieser Bereich zulasten der stationären Versorgung ausgebaut werden. Falls es darum gehen sollte, den spitalinternen ambulanten Bereich gegenüber dem spitalexternen zu bevorzugen, müsste geprüft werden, ob dies ein kosteneffizientes und zu unterstützendes Ziel wäre.

B. Bemerkungen zu den einzelnen Artikeln

An dieser Stelle verweisen wir auch auf die beiliegende Synopsis. Nachfolgend kommentieren wir die Gesetzesentwürfe nur, falls wir von der Mehrheit SGK-N abweichende oder ergänzende Vorstellungen haben.

Art. 60 Abs. 6

Die gemeinsame Einrichtung der Krankenversicherer soll die Funktion als alleinige Zahlstelle übernehmen. Eine doppelte Rechnungsprüfungs- und Zahlstelle würde unnötige organisatorische und finanzielle Aufwände mit sich bringen. Einerseits müssten die Kantone entsprechende Organisationen aufbauen oder weiter betreiben, andererseits wären die Leistungserbringer mit doppelter Rechnungsstellung mehrbelastet. Das würde den erwünschten Effizienzgewinn durch die Einführung von EFAS in Frage stellen. Der erhöhte Aufwand in der Rechnungsstellung würde im System des Tiers garant auch den Patienten treffen.

Da bereits eine gemeinsame Einrichtung besteht, welche sich um die Rechnungsstellung kümmert und weitere Vollzugsaufgaben übernehmen kann, bietet es sich aus Sicht der FMH an, dass die für die Berechnung der Kantons- und Bundesbeiträge notwendigen Daten an diese Einrichtung geliefert werden.

Art. 60a

Die FMH unterstützt den Minderheitsantrag, weil der Risikoausgleich über die gesamten Behandlungskosten abgewickelt werden muss. Allerdings erscheint uns die von der Minderheit vorgeschlagene gesetzliche Regelung zu komplex, was ihre Chancen im politischen Prozess verringert. Die Kommission soll einen einfachen und verständlichen Gesetzestext entwickeln, welcher den Risikoausgleich auch auf den Kantonsbeitrag ausdehnt.

Schlusstitel

II Abs. 2

Eine Steuerung der Zulassung ist bereits heute möglich. Sie muss im Zusammenhang mit einer Verlagerung von Leistungen nicht ausgebaut werden. EFAS provoziert keine Mengenausweitung, aber einen erhöhten Bedarf von ambulanten verbunden mit einer ebensolchen Verringerung von stationären Kapazitäten. Dieser ambulante Mehrbedarf muss abgedeckt werden, weshalb eine kantonale Steuerung im Sinne einer Verringerung von ambulanten Kapazitäten unerwünscht ist.

Dem Minderheitsantrag betreffend die Koordination des Inkrafttretens mit dem Inkrafttreten einer Nachfolgeregelung von Art. 55a KVG ist deshalb nicht zu folgen.

Freundliche Grüsse



Dr. med. Jürg Schlup
Präsident FMH



Dr. iur. Ursina Pally Hofmann
Stv. Generalsekretärin FMH



Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen
Fédération Suisse des Psychologues
Federazione Svizzera delle Psicologhe e degli Psicologi

Ansprechpartner: Muriel Brinkrolf
Direktnummer: +41 31 388 88 41
muriel.brinkrolf@fsp.psychologie.ch

Bern, 14. September 2018

Versand per E-Mail
Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen
abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Stellungnahme zum Vorentwurf der SGK_NR vom 19. April 2018 zur Änderung des KVG «Einheitliche Finanzierung der Leistungen im ambulanten und stationären Bereich»

Sehr geehrte Damen und Herren

Die FSP bedankt sich für die Möglichkeit der Stellungnahme zum Vorentwurf der SGK-NR zur Änderung des KVG unter dem Titel «Einheitliche Finanzierung der Leistungen im ambulanten und stationären Bereich». Die FSP nimmt wie folgt Stellung:

Die FSP steht für eine medizinische Grundversorgung ein, die auch zukünftig qualitativ gut und finanzierbar ist. Psychologinnen und Psychologen erbringen im heutigen System sowohl Leistungen im stationären Bereich (als Angestellte in psychiatrischen Kliniken und Institutionen) als auch im ambulanten Bereich (über die delegierte Psychotherapie). **Wir befürworten eine einheitliche Finanzierung im ambulanten und stationären Sektor** um bestehende Fehlanreize in der geltenden Regelung zu reduzieren.

Die Verlagerung von den teureren stationären Leistungen hin zu den günstigeren ambulanten Behandlungen anhand des **Grundsatzes «ambulant vor stationär»** ist von der FSP erwünscht und sinnvoll. Eine einheitliche Finanzierung schafft echte Anreize bei den Kostenträgern in die effizienteste Versorgung zu investieren und dadurch bei gleichbleibender Qualität Kosten einzusparen. Gerade im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung zeigt sich, dass die **ambulante Psychotherapie massiv kostengünstiger ist gegenüber stationärer Behandlung**. Ein Tag Akutklinik, welcher normalerweise in TARPSY Pauschale mit 700.- Fr. vergütet wird, reicht aktuell für mindestens einen Monat ambulante Psychotherapie aus (mit mind. 4 intensiven Sitzungsstunden, Vor- und Nachbereitung, Aufgaben, Behandlungscoordination). Ein besserer Zugang zu ambulanten Leistungen spart nicht nur Geld in der Gesundheitsversorgung, sondern ermöglicht den Betroffenen, weiterhin produktiv in ihrem Beruf zu bleiben.

Die koordinierte Versorgung kann einen Beitrag leisten, unnötige Hospitalisationen zu vermeiden. Durch die einheitliche Finanzierung können die **Kosteneinsparungen der integrierten Versorgungsmodelle** ausgewiesen werden. Dieses Potential der Kostenreduktion integrierter Versorgung gilt es aber zum Wohl der Patientinnen und Patienten zu nutzen, indem nicht nur die Kosteneffizienz, sondern auch die Qualitätssteigerung über den gesamten Behandlungsprozess im Vordergrund stehen.

Die FSP hat Verständnis für das legitime Anliegen der Kantone nach **Steuerungsmöglichkeiten des ambulanten Angebots** sowohl im Bezug auf Leistung, Menge und Qualität. Gerade mit dem von der FSP angestrebten Wechsel vom Delegationsmodell zum **Anordnungsmodell für psychologische Psychotherapie** bietet die FSP Hand eine effiziente psychotherapeutische Grundversorgung von hoher Qualität sicherzustellen.

Die FSP als Vertreterin von Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer im Bereich der psychischen Versorgung unterstützt die Vorlage der Gesundheitskommission des Nationalrats in ihren Grundzügen. Sie ist bereit, in Anbetracht des angestrebten Systemwechsels vom Delegations- zum Anordnungsmodell für psychologische Psychotherapie, die Umsetzung dieser grundlegenden Reform konstruktiv mitzugestalten.

Freundliche Grüsse



Stephan Wenger
Co-Präsident FSP



Sabine Schläppi
Geschäftsleiterin FSP

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

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Gesellschaft der Ärztinnen und Ärzte des kantons Solothurn

Abkürzung der Firma / Organisation : GAeSO

Adresse : Ferchtweg 1, 4612 Egerkingen

Kontaktperson : Lukas Meier

Telefon : 079 202 75 38

E-Mail : lukasmeier@bluewin.ch

Datum : 28.7.2018

Wichtige Hinweise:

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

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

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

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
GAeSO	Grundsätzliches zu EFAS: die Liste der Eingriffe soll staatlich erfolgen. Verschiedene Listen in einzelnen Kantonen sollen unterbleiben. die Finanzierung der (Listen-)Eingriffe soll wirtschaftlich errechnet werden und als Pauschalbeitrag ausgewiesen werden (unter Berücksichtigung von geltenden Tarifverträgen).
GAeSO	

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)
GAeSO	41	1	bis	der Begriff Wohnkanton erübrigt sich ein echter Wettbewerb wird somit ermöglicht	Der versicherte Patient kann für die stationäre Behandlung unter allen Spitälern wählen, die von den Kantonen als Listenspital aufgeführt sind
GAeSO	41	2	quater		entfällt
GAeSO	41	4			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; den Rest streichen
GAeSO	42	3			"Im System des Tiers garant" muss der leistungserbringer dem Schuldner.....im System des Tiers paynat erhalt die versicherte Person... IN JEDEM FALL.....eine Kopie
GAeSO	49a	2		keine Gleichberechtigung zwischen Listen-- und Vertragsspitälern = keine Bevorzugung)	...vorgesehene Vergütung darf nicht höher sein als 30 Prozent (
GAeSO	60	4		die Erhöhung auf 30% ist im Sinne einer Reservebildung zu verstehen und kann im verlauf der folgenden Jahre, je nach	mindestens 30%

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

				Verlauf, wieder reduziert werden	
GAeSO	49	a	Abs 3		nur eine Möglichkeit der Vergütung: "der Kanton leistet seinen Anteil an den Versicherer und dieser überweist dem Spital beide Anteile"
GAeSO	16	3	bis	ein pauschaler Beitrag pro versicherte Person ist nicht zu empfehlen	
GAeSO	49a			die EFAS soll nur in Kombination mit Art 55a KVG erfolgen (Unterstützung des Minderheitsantrages)	
GAeSO					



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit

Thomas de Courten
Kommissionspräsident
CH-3003 Bern

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

Ort, Datum	Bern, 28. August 2018	Direktwahl	031 335 11 13
Ansprechpartner	Martin Bienlein	E-Mail	Martin.bienlein@hplus.ch

09.528 Parlamentarische Initiative. Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus: H+ Vernehmlassungsantwort

Sehr geehrter Herr Präsident
Sehr geehrte Damen und Herren

In Ihrem Schreiben vom 15. Mai 2018 haben Sie uns Gelegenheit zur Stellungnahme zur oben erwähnten Vernehmlassung gegeben.

H+ Die Spitäler der Schweiz ist der nationale Verband der öffentlichen und privaten schweizerischen Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen. Uns sind 236 Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen als Aktivmitglieder an 369 Standorten sowie über 170 Verbände, Behörden, Institutionen, Firmen und Einzelpersonen als Partnerschaftsmitglieder angeschlossen.

Vorbemerkung: Ausgewogenheit der Verantwortungen

Im heutigen KVG tragen die Kantone mit der Spitalliste die Verantwortung und fünfzig Prozent der Kosten. Dies scheint adäquat, auch wenn die Aufgabenkumulation zu überprüfen ist. In Zukunft haben sie zwar noch die volle Versorgungsverantwortung zahlen aber nur noch ein Viertel der Kosten. Dies kann zu Spannungen führen. Trotzdem ist es wichtig, dass die Verantwortung für die medizinische Versorgungssicherheit der Bevölkerung in der Hand von demokratisch legitimierten Organen bleibt. Die Versicherer haben dazu weder das nötige Wissen noch die Legitimation. Ihr eigener Fokus liegt auf der Stabilisierung der Prämien.

Prinzipielle Zustimmung zu EFAS

Nach Konsultation unserer Mitglieder teilen wir Ihnen mit,

- dass Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen die einheitliche Finanzierung unterstützen.
- die Kantone und sozialen Krankenversicherer unter Berücksichtigung der Kostenbeteiligung der Patientinnen und Patienten als Finanzierer beibehalten werden sollen.
- dass der gleiche Kostenteiler in der ganzen Schweiz gelten soll. Ein kostenneutraler schweizweiter Teiler, wie vorgeschlagen mit 74,5 zu 25,5%, ist sinnvoll.

- dass die Schuldner der Rechnung neu nur noch die Versicherer sein sollen und zwar für ambulante und stationäre Leistungen gleichermassen. Auch sollen nur sie die Rechnungen kontrollieren. Dafür müssen sie einer strengeren Kontrolle unterliegen (siehe unten).
- dass die Kantonsbeiträge über die gemeinsame Einrichtung KVG fliessen sollen.

Notwendige Revision der ausserkantonalen Behandlung

Die Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen fordern Änderungen in der Abgeltung von Leistungen ausserkantonalen Spitäler und Kliniken. Die Tarife müssen die standortakzeptierten Preise des Spitals oder der Klinik sein und nicht wie bisher eine fiktive vom Wohnkanton der Patientinnen und Patienten festgelegte Vergütung, die heute immer wieder missbräuchlich ist.

H+ Hauptanliegen: Revision und Pflege der Tarifstrukturen

Aber wichtiger als die einheitliche Finanzierung aller Leistungen ist die Revision des Tarifrechts und die Umsetzung durch die Tarifpartner, namentlich die Revision und Pflege sämtlicher ambulanter Tarifstrukturen. Die einseitigen Eingriffe des Bundesrates haben die Tarifblockade aus Sicht von H+ verschärft statt aufgehoben.

Revision der Übergangspflege

Ebenso ist es notwendig die Übergangspflege vollständig in die Akutsomatik aufzunehmen, wo sie medizinisch hingehört (Streichen Art. 25a Abs. 2 KVG). Ihre Dauer, kann über Anhang 1 KLV begrenzt werden, was medizinisch sinnvoll ist.

Langzeitpflege später

Die Finanzierung der Langzeitpflege gehört in die einheitliche Finanzierung. Zu einem späteren Zeitpunkt muss die Langzeitpflege deshalb (wieder) in die Gesamtfinanzierung zurückgeführt werden, damit auch hier Fehlanreize durch Finanzierungsbrüche aufgehoben und optimale Behandlungsketten durchgeführt werden.

Einheitliche Rechnungsprüfung prüfen

Heute hat jede Versicherung ihr eigenes Prüf- und Rückweisungsverfahren. Das führt bei den Leistungserbringern zu Mehraufwand und Mehrkosten. Deshalb sollte überprüft werden, ob die Rechnungsprüfung und das Rückweisungsverfahren nicht vereinheitlicht werden und wie dies umgesetzt werden kann (Rechnungsprüfungsbüro, siehe 38 Massnahmen der Expertengruppe, Oktober 2017). Die Rechnungsprüfung muss zudem transparenter werden. Erstens sollen die Versicherungen ihrer Erfolgs- und Misserfolgsquote angeben, einzeln und als Branche (Qualitätsnachweis). Zweitens sollen die Versicherungen ihre Prüfmechanismen offenlegen.

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit zur Stellungnahme und stehen Ihnen bei Fragen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse



Dorit Djelid
Direktorin a.i.

Nationalrat
Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit
3003 Bern

abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Basel, 11. September 2018

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

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir nehmen Stellung zum Vernehmlassungs-Verfahren zur Parlamentarischen Initiative 09.528 Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus.

Unterstützung der einheitlichen Finanzierung

Interpharma stellt sich auf den Standpunkt, dass der Problem- und Handlungsdruck im Schweizer Gesundheitswesen weniger aus dem Kostenwachstum per se entsteht als vielmehr durch die ungleiche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen und den damit verbundenen Fehlanreizen mit negativen Kostenfolgen einerseits und der daraus folgenden ungleichen Lastverteilung zwischen einkommensabhängigen Steuern und einkommensunabhängigen Prämien. Interpharma begrüsst deshalb, dass die Gesundheitskommission des Nationalrats die Vernehmlassung zur Einführung einer einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen eröffnet. Interpharma unterstützt die Vorlage der SGK-N 09.528 Parlamentarische Initiative für die Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus. Diese Reform ist notwendig zur Beseitigung von Fehlanreizen und Verzerrungen bei der Wahl der adäquaten Behandlung in stationären oder ambulanten Settings. Die SGK-N schlägt zwei mögliche Modelle für die Verteilung der Kantonsmittel auf die Krankenversicherer vor. Die genaue Abwicklung ist eine Umsetzungsfrage, welche die Einführung einer einheitlichen Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen nicht gefährden darf. Beide Abwicklungs-Modelle der SGK-N entsprechen dem Anliegen von Interpharma, Fehlanreize der heutigen Finanzierungslösung zu eliminieren.

Trend in Richtung ambulanter Versorgung

Der medizinische Fortschritt macht es möglich, therapeutische Versorgung, welche früher den stationären Spitalaufenthalt des Patienten erforderte, zunehmend im ambulanten Bereich zu erbringen. Ambulante Versorgung ist kostengünstiger und entspricht in der Regel auch dem Bedürfnis des Patienten nach rascher Rückkehr in die gewohnte häusliche Umgebung. Die zunehmende Verlagerung von teuren stationären Leistungen in den kosteneffizienten ambulanten Bereich erfolgt aber einseitig zu Lasten der Prämienzahlenden, da die ambulante Versorgung vollumfänglich über Prämien finanziert wird.

Unerwünschte Fehlanreize des jetzigen Systems

- Die beteiligten Akteure (Kantone, Leistungserbringer, Versicherer) haben teils entgegengesetzte Anreize, die zu Verzerrungen bei der Wahl der gesamtwirtschaftlich effizienten Therapieform führen können. Von Einsparungen im stationären Bereich können die Versicherten nicht in vollem Umfang profitieren, während sie zusätzliche Kosten im ambulanten Bereich voll und ganz über ihre Prämienbeiträge finanzieren. Solange eine ambulant durchgeführte Operation und Behandlung mehr kostet als 45 Prozent der Kosten einer medizinisch gleichwertigen stationären Durchführung, können gesamtwirtschaftliche Einsparungen durch konsequentes «ambulant vor stationär» Prämien erhöhungen zur Folge haben.
- Kantone, welche gleichzeitig als Betreiber, Finanzierer und Regulator agieren, können Tarife in ihrem Sinne im Hinblick auf die Wahl zwischen stationärer und ambulanter Behandlung beeinflussen.
- Die zunehmende Verlagerung von mehrheitlich steuerfinanzierten stationären hin zu vollständig prämienfinanzierten ambulanten Leistungen muss allein von den Prämienzahlenden geschultert werden. Davon sind insbesondere Prämienzahlende betroffen, welche sich knapp nicht für eine Prämienverbilligung qualifizieren.

Sozialverträglichere Finanzierungslast

Die einheitliche Finanzierung kann die Grundlage zur Erzielung grundlegender Fortschritte im Schweizer Gesundheitswesen schaffen:

- Die Ausgangslage zur Wahl der effizientesten Versorgung wird verbessert. Kantone und Krankenversicherer haben die gleichen Anreize, was insgesamt zu geringeren Gesamtkosten führen sollte.
- Die zunehmend medizinisch mögliche, gesamtwirtschaftlich sinnvolle und politisch gewollte Verlagerung von stationär zu ambulant wird mit einer Mitbeteiligung der Kantone an der Finanzierung der ambulanten Versorgung sozialverträglicher gemacht.
- Bei gleicher Finanzierung versprechen sich die Krankenversicherer grössere Einsparungen mittels integrierter Versorgungsmodelle. Damit verbunden wäre die Gewährung höherer Rabatte. Die Betreuungsform der integrierten Versorgung ist in einer alternden Gesellschaft mit steigender Anzahl chronisch kranker Menschen wirkungsvoll.

Die Einführung einer einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen käme einer grundlegenden Reform unseres Gesundheitswesens auf nationaler Ebene gleich. Die Kantone würden neu die ambulante Versorgung mitfinanzieren. Dass die Kantone die Forderung vieler Akteure im Gesundheitswesen nach Mitfinanzierung mit der Forderung nach Mitsteuerungsmöglichkeiten im ambulanten Bereich verbinden, ist nachvollziehbar. Die Zulassungsbeschränkung im ambulanten Bereich als Steuerungsinstrument der Kantone bedingt jedoch, dass diese auch im ambulanten Bereich finanzielle Mitverantwortung übernehmen. Weiter ist zu begrüssen, dass der Kantonsbeitrag gemäss Vernehmlassungsvorlage so festgelegt wird, dass die Umstellung auf die einheitliche Finanzierung für die Kantone und die Versicherer insgesamt kostenneutral ausfällt.

Wir danken Ihnen für die Gelegenheit zur Stellungnahme und ersuchen Sie um Berücksichtigung unserer Erwägungen. Für Rückfragen oder ergänzende Erläuterungen, sehr geehrte Damen und Herren, stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse



Dr. René Buholzer
Geschäftsführer



Bruno Henggi
Head Governmental Affairs

Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit
3003 Bern



Zürich, 28. September 2018

Vernehmlassungsverfahren Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand – Einführung Monismus

Sehr geehrter Herr Kommissionspräsident
Sehr geehrte Damen und Herren

Besten Dank für die Einladung zur Anhörung in oben erwähnter Angelegenheit. Sehr gerne nehmen wir dazu Stellung. Obwohl die kantonalen Krankenhausverbände sich grundsätzlich für eine monistische Finanzierung aussprechen, lehnen wir die Vorlage in ihrer heutigen Form ab. Nachfolgend gehen wir auf die wichtigsten Kritikpunkte und Positivpunkte ein.

Das Hauptproblem der heutigen Finanzierung des Gesundheitswesens liegt nicht in der zweiteiligen Finanzierung. Für die Leistungserbringer sind die nicht sachgerechten Tarifstrukturen und die bei weitem nicht kostendeckenden Tarife in der OKP das grosse Problem. Obwohl wir auch bei der Finanzierung eine Vereinfachung begrüssen, so wird der Monismus in der vorgeschlagenen Form nicht zu einer entscheidenden Verbesserung und einer Abnahme der Kostensteigerung im Gesundheitswesen führen.

► K3 setzt sich für sachgerechte Tarifstrukturen ein.

Die heutige Regelung der unterschiedlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen nach KVG setzt falsche Anreize. Beispielsweise müssen Bund und Kantone die Regel „ambulant vor stationär“ aufwändig dekretieren und kontrollieren. Besser wäre es, einerseits die ambulanten und stationären Leistungen gleich zu finanzieren (wie im Monismus beabsichtigt) und andererseits die Tarifhöhen bzw. den Grad der Kostendeckung der beiden Bereiche anzugleichen. So würden diese falschen ökonomischen Anreize entfallen und die Behandlungsart wäre ein rein medizinischer Entscheid.

► K3 setzt sich dafür ein, dass ambulante und stationäre Leistungen sachgerecht und kostendeckend entschädigt werden, damit die Behandlungsart rein medizinisch entschieden wird. Bei einem Wechsel zum Monismus sollte dieser Grundsatz berücksichtigt werden.

Vielorts sind kantonale Tarifgenehmigungen oder Tariffestsetzungen inzwischen ein wichtiges Instrument der kantonalen Finanzpolitik. Dies führt in den allermeisten Fällen zu unnötigen und falschen Anreizen. K3 befürwortet deshalb einen Monismus mit möglichst klaren und fixen Spielregeln.

Bei der Zuweisung von neuen Kompetenzen an die Krankenversicherer ist zu beachten, dass auch für die Krankenversicherer eigene Interessen im Spiel sind. Gerade wenn es um die Aufrechterhaltung der Gesundheitsversorgung geht, müssen sie aber keine Verantwortung für ihr Handeln übernehmen.

► **K3 setzt sich dafür ein, dass die Spielregeln für Finanzierer und Leistungserbringer klar sind. Jahrelange Ausmarchungen und Gerichtsentscheide, die Gesetzeslücken füllen, müssen vermieden werden.**

Dass die Kantone weiterhin für eine bedürfnisgerechte und qualitativ gute Gesundheitsversorgung sorgen sollen, ist für uns richtig. Dazu gehören auch Massnahmen zur Qualitätssicherung im ambulanten Bereich, wie beispielsweise Voraussetzungen für eine Zulassung als Leistungserbringer. Allerdings kann das nicht heissen, dass nur aufgrund der Minderheitsbeteiligung an der Finanzierung, die Kantone aufwändige Steuerungen, Planungen und administrative Verpflichtungen aufbauen. Die ambulante Versorgung muss so schlank und kostengünstig bleiben können, wie sie heute ist. Deshalb muss die heute praktizierte freie und wettbewerbliche Ausgestaltung des ambulanten Bereichs unbedingt beibehalten werden.

► **K3 setzt sich dafür ein, dass die Kantone lediglich Anforderungen für die Zulassung von ambulanten Leistungserbringern erlassen, ohne das Gesundheitswesen mit zusätzlichen, unnötigen Planungen, Steuerungen, Kontrollen und administrativen Pflichten zu verteuern.**

Das Vertragsspital und die eingeschränkte Wahl der Leistungserbringer sind Fremdkörper im wettbewerblich orientierten KVG und müssen demnach aus dem KVG entfernt werden.

Ein Vertragsspital muss nicht die gleichen Anforderungen erfüllen wie ein Listenspital, da es nicht Teil der Spitalplanung ist. Dies führt zu einer Ungleichbehandlung und stellt die Qualität in Frage. Konsequenterweise müssen die Vertragsspitäler ganz aus der obligatorischen Krankenpflege nach KVG ausgeschlossen werden. Ein weiterer Widerspruch zum Wettbewerbsgedanken im KVG sind Kantone, die ihre Referenztarife für ausserkantonale Behandlungen dazu missbrauchen, ihre eigenen Spitäler zu schützen.

► **K3 setzt sich für ein wettbewerbliches Gesundheitswesen mit freier Listenspitalwahl und gleich langen Spiessen ein.**

Im Zuge des Strukturwandels in der Gesundheitsversorgung werden künftig noch mehr Leistungen ambulant statt stationär erbracht. Es ist also höchste Zeit, dass sich der Kanton auch an ambulanten Leistungen finanziell beteiligt. Sonst würde der Anteil der Finanzierung durch den Kanton mit der Zeit stetig zurückgehen.

Als Folge der monistischen Finanzierung durch die Krankenversicherer erwarten wir eine vereinfachte Administration, weniger Interessenkonflikte und Verteilungskämpfe, aber auch eine Senkung der Verwaltungskosten.

Schlussbetrachtung

Abschliessend möchten wir nochmals darauf hinweisen, dass ebenso wichtig wie der Monismus ein fixer Teiler zwischen Versicherern und Kantonen wie auch einheitliche Tarife für die gleiche Leistung sind, unabhängig von der Behandlungsart ambulant oder stationär.

Wir danken Ihnen für die Gelegenheit Stellung nehmen zu können und hoffen, dass wir Ihnen zur Umsetzung einige nützliche Hinweise und Vorschläge mitgeben konnten. Für Fragen stehen wir gerne zur Verfügung. Gerne verweisen wir auch auf die Stellungnahme von H+ Die Spitäler der Schweiz.

Freundliche Grüsse

**Konferenz Kantonale Krankenhausverbände K3
c/o Verband Zürcher Krankenhäuser**



Daniel Kalberer, lic. rer. publ. HSG

Die Konferenz Kantonale Krankenhausverbände K3 ist der Zusammenschluss der Spitalverbände und -organisationen der Kantone Aargau, beider Basel, Bern, Graubünden, Solothurn, Zentralschweiz (GL, LU, NW, OW, SZ, UR, ZG) und Zürich und vertritt deren gemeinsame Anliegen.

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

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Kantonsspital Baselland

Abkürzung der Firma / Organisation : KSBL

Adresse : Mühlemattstrasse 26, 4410 Liestal

Kontaktperson : Werner Widmer, Präsident des Verwaltungsrates / Michel König, Leiter Tarife & Verträge

Telefon : 061 553 71 60

E-Mail : michel.koenig@ksbl.ch

Datum : 11.09.2018

Wichtige Hinweise:

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

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

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

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
KSBL	<p>Als Kantonsspital Baselland (KSBL), eines der grösseren öffentlichen Spitäler der Schweiz, stecken wir inmitten des Fusionsprozesses mit dem Universitätsspital Basel (USB) zum Universitätsspital Nordwest (USNW), welches per 01.01.2020 seinen Betrieb aufnehmen soll. Voraussetzung dafür sind die Zustimmungen beider Kantonsparlamente und beider Kantonsbevölkerungen.</p> <p>In Planung befindet sich für den Fall der Realisierung des USNW auch ein ambulanter Gesundheitscampus mit einer Tagesklinik für operative und interventionelle Eingriffe (TOP) am Standort Bruderholz. Dieses innovative Zentrum wird die Trennung der ambulanten von den stationären Spitalbehandlungen konsequent umsetzen, was zu effizienteren Prozessen und damit kostengünstigeren Eingriffen führen wird.</p>
KSBL	<p>Damit ein derartiges Zentrum wirtschaftlich erfolgreich betrieben werden kann, ist eine adäquate Tarifierung und Abgeltung der erbrachten Leistungen zwingend notwendig. Bis wir über kostendeckende ambulante Tarife verfügen, an welchen wir aufgrund obiger Ausführungen ein grosses Interesse haben, sind mehrere Entwicklungsschritte notwendig. Die einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen ist der erste davon. Wie in den Vernehmlassungsunterlagen mehrfach angedeutet, sind danach aber auch die Versicherer, die Kantone und der Bund gefordert, wenn es darum geht, ambulante Behandlungen kostendeckend abzugelten. Die ambulanten Tarife decken heute nur gerade 60-85% der in den Spitälern anfallenden Kosten für ambulante Behandlungen. Nur durch die kostendeckende Abgeltung ambulanter Leistungen wird gewährleistet, dass die erhoffte Verschiebung vom stationären in den ambulanten Bereich tatsächlich stattfinden wird und sich das System nicht andere Hintertüren sucht.</p>
KSBL	<p>> Wir unterstützen daher den längst fälligen Schritt der einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Behandlungen. Gleichzeitig fordern wir in einem zweiten Schritt konstruktive und ernstgemeinte Neuverhandlungen für kostendeckende ambulante Tarife.</p>
KSBL	<p>Weiter erlauben wir uns einige Bemerkungen zu Einzelheiten der Vorlage:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Grundsätzlich stellen wir fest, dass in den Vernehmlassungsunterlagen der Blick ausschliesslich auf mögliche Konsequenzen für die Patientinnen und Patienten, die Kantone und Versicherer gerichtet wird. Mögliche Folgen – insbesondere wirtschaftliche Ertragseinbussen - dieser Vorlage für die betroffenen Leistungserbringer fehlen gänzlich. Mit der angestrebten Verschiebung möglichst vieler Behandlungen in den ambulanten Bereich erleiden vor allem die Leistungserbringer wirtschaftliche Einbussen, weshalb die Erfüllung der obigen Forderung nach adäquaten Tarifen im ambulanten Bereich entscheidend ist. Mittel dafür werden auf Seiten der Kantone und Versicherer durch die Verschiebung in den ambulanten Bereich zur Genüge frei.

**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)
KSBL	42	3		- Als Leistungserbringer begrüßen wir die angedachte administrative Erleichterung, künftig nur noch eine Rechnung an die Versicherer stellen zu müssen und den Kantonsanteil via gemeinsamer Einrichtung einfließen zu lassen. Allerdings machen die Spitäler zunehmend die Erfahrung, dass die Krankenversicherer bei nur teilweise bestrittenen Abrechnungen den ganzen vom Versicherer geschuldeten Rechnungsbetrag zurückbehalten, um Druck auf die Leistungserbringer auszuüben. Mit der neuen Regelung würden	Der Versicherer darf im Rahmen von Rechnungskontrollen nur den bestrittenen Teil des Rechnungsbetrages zurückbehalten; den unbestrittenen Teil muss er innert vereinbarter Zahlungsfrist begleichen.

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

				<p>die Versicherer deutlich mehr Macht erhalten, da sie im Rahmen von Rechnungsbeanstandungen den kompletten Rechnungsbetrag inklusive des bislang vom Kanton erstatteten Anteils zurückhalten können. Dadurch können sie auf die Leistungserbringer einen noch höheren Druck ausüben als bisher, was schnell zu Liquiditätsproblemen bei den Leistungserbringern führen kann.</p> <p>> Wir fordern deshalb eine Regelung, welche die Krankenversicherer verpflichtet, bei Rechnungsbeanstandungen den unbestrittenen Teil der Rechnung auszuführen.</p>	
KSBL	42	3		<p>Der generelle Versand von Rechnungskopien verfehlt das Ziel der möglichen Kontrolle nicht erbrachter Leistungen. Aus DRG-</p>	<p>Im System des Tiers payant erhält die versicherte Person auf Verlangen eine Kopie der Rechnung...</p>

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

				Rechnungen sind keinerlei einzelne Behandlungen oder Behandlungsschritte ersichtlich, die von den Patientinnen oder Patienten kontrolliert werden könnten. Damit der Inhalt von ambulanten TARMED-Rechnungen verstanden werden kann, ist ein medizinisches und tarifarisches Grundwissen erforderlich. Ansonsten führt diese Regelung nur zu erheblichem Mehraufwand seitens der Leistungserbringer und zu Doppelzahlungen, wenn ahnungslose Patienten die Rechnung selber begleichen.	
KSBL	49a	1		Dass Vertragsspitäler künftig 74,5% ihrer Leistungen über das KVG abgegolten erhalten sollen, schmälert die Bedeutung der	

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

				<p>Spitallisten, welche die Erfüllung hoher Anforderungen bedingt. Dies kann dazu führen, dass der Status Vertragsspital gegenüber demjenigen des Listenspitals an Bedeutung zunimmt. Damit würde sich aber auch der faktische Einfluss auf die Versorgungsplanung von den Kantonen hin zu den Versicherern verschieben.</p> <p>Erst diese Entwicklung hätte dann zur Folge, dass die doch eher unwahrscheinliche Prognose einer Reduktion der Prämien der Zusatzversicherungen auch spürbar eintreffen würde.</p>	
KSBL					
KSBL					

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.

Vernehmlassung KKA EFAS

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

Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

Zürich, 14. September 2018

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

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 15. Mai 2018 hat der Präsident der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates die Vernehmlassung in obengenanntem Geschäft mit Frist bis 15. September 2018 eröffnet. Gerne lassen wir Ihnen nachstehend fristgerecht unsere Stellungnahme zukommen.

Grundlegende Einschätzungen der KKA

Abhängigkeit von kantonalen Budgets

Die Finanzierung der Gesundheitsleistungen durch die OKP im ambulanten Bereich erfolgt heute monistisch. Das hat den Vorteil, dass den Leistungserbringern ein einziger Zahler gegenübersteht.

Die von der Kommission vorgeschlagene Lösung sieht vor, die im stationären Bereich geltende dual-fixe Finanzierung auf die ambulanten Leistungen auszudehnen. Es ist zwar ein monistischer Zahlungsfluss zwischen Versicherer und Leistungserbringer vorgesehen, de facto aber soll die Finanzierung dual-fix erfolgen. Das ist insofern von grundlegender Bedeutung, als die ambulanten Leistungen neu auch von kantonalen Budgets finanziert werden sollen. Während der Vorteil der Grundversicherung darin besteht, dass sie aufgrund ihres Mechanismus immer ausfinanziert ist, wird nun der von den innerkantonalen politischen Haltung abhängende kantonale Finanzhaushalt in die Pflicht genommen.

Aus politischen Gründen ist es unseres Erachtens unmöglich, dass die Kantone finanziell fix in die Pflicht genommen werden, ihnen aber keine weiteren Möglichkeiten zur Hand gegeben werden, direkt

steuernd in die ambulante Gesundheitsversorgung einzugreifen. Konkret befürchten wir, dass die Kantone nicht nur auf KVG-rechtlicher Basis sondern auch auf Basis neu geschaffener kantonalgesetzlicher Grundlagen in das Versorgungsgeschehen eingreifen werden. Und dies allenfalls auf kantonal sehr unterschiedlicher Weise.

Die Vorkommnisse rund um die kantonalen Prämienverbilligungsgelder zeigen, welche regulatorischen Reaktionen die Abhängigkeit von kantonalen Budgets auslösen kann. Faktisch vervielfältigt die Vorlage also die seit Jahren kritisierte Mehrfachrolle der Kantone.

Die KKA steht diesem Aspekt der Vorlage grundsätzlich äusserst kritisch gegenüber.

Tarifierung versus Finanzierung: Änderung der Anreizsysteme

Die Vorlage verfolgt unter anderem das Ziel, ambulante Behandlungen zu fördern und damit Kosten zu sparen. Einerseits ist es richtig, dass die heutigen Anreizunterschiede zwischen Versicherer und Kantone wegfallen würden. Andererseits beruhen die Einsparungshoffnungen durch Verlagerung von stationär zu ambulant auf Tarifvergleichen ambulant und stationär und nicht auf Vergleichen der betriebswirtschaftlichen Kosten. Bekanntermassen erfolgt eine Vielzahl von ambulanten Behandlungen im Spital nicht kostendeckend. Seitens der Leistungserbringer, welche gemeinsam mit den Patienten über die Behandlungsform entscheiden, ändert sich allein mit der Finanzierung nichts an den Anreizen, solange die Tarifsituation nicht verbessert wird. Ändert sich daran nichts, dann kann höchstens eine Ausbreitung von ambulanten Listen eine Einsparung auf den Finanzierungsleistungen bringen. Einerseits mit der grossen Gefahr, dass dadurch per regulatorischen Eingriffen Defizite bei den Leistungserbringern erzeugt werden. Andererseits mit der Auswirkung, dass die Kantone und Versicherer den Patienten, Ärzten und anderen Leistungserbringern vorgeben werden, wie sie medizinisch zu entscheiden haben. Für die KKA wäre das inakzeptabel.

Es steht zwar die Behauptung im Raum, die Vorlage solle Anreize für eine sachgerechtere Tarifierung schaffen. Der KKA ist es allerdings schleierhaft, weshalb das so sein soll. Ganz abgesehen davon, dass Sachgerechtigkeit eigentlich bereits heute durch das KVG vorgegeben ist.

Die KKA ist überzeugt, dass mit höchster Priorität zuerst die Tarifbasis verbessert werden muss. Betriebswirtschaftlich sauber hergeleitete Tarife würden nämlich dazu führen, dass die Leistungserbringer eine neutrale Haltung zu ambulant vs stationär erhielten, weil beide Tarife dann nämlich die gleiche Kostendeckung erzielen. Das wichtigste Anreizproblem wäre damit gelöst.

Aus diesen Gründen schätzt die KKA, dass die Kommission mit der Vorlage die falsche Priorität setzt. Mit höchster Dringlichkeit sind zuerst die Tarifprobleme zu lösen.

Einzelne Aspekte der Vorlage

Kantonale Kostenneutralität

Die Vorlage sieht vor, dass die Umstellung auf den fixen Kostenteiler für Versicherer und Kantone kostenneutral erfolgen soll. Mit einem schweizweit identischen Kostenteiler ist das zwar für die Gesamtschweiz möglich, kantonal wirkt sich der schweizweite Kostenteiler je nach Versorgungsstruktur jedoch sehr unterschiedlich aus. Deshalb wird es in der kommenden politischen Debatte unvermeidlich sein, die Kostenteilerlösung differenzierter anzugehen.

Geldfluss

Schliesslich beschäftigt sich die Vorlage auch mit den neu zu gestaltenden Geldflüssen. Gerne geben wir der Kommission den Hinweis, dass die Umleitung der kantonalen Gelder über die gemeinsame Einrichtung für das Funktionieren des Systems nicht notwendig ist.

Aus Sicht der KKA wäre es einfacher, wenn die Versicherer den Kantonen einfach den Kantonsanteil der Bruttoversicherungsleistungen in Rechnung stellen und den Versicherten auf dem verbleibenden Teil die Kostenbeteiligung in Rechnung stellt, bis diese aufgebraucht ist.

Letztlich muss aus Sicht der KKA dann nur noch festgelegt werden, ob die Berechnung des Risikoausgleichs inklusive oder exklusive des kantonalen Anteils erfolgen soll.

Festlegung des Kostenteilers

Die Kommission hat bei der Berechnung des Kostenteilers den Betrag der Kostenbeteiligung herausgerechnet. Dieses Vorgehen ist uns nicht ganz verständlich. Einfach liesse sich der Kostenteiler auf Basis der Bruttoversicherungsleistungen gemäss der sasis-Versichertenstatistik berechnen. Die Kostenbeteiligung liesse sich dann in der Umsetzung dann beschränkt auf den Versicherungsanteil erheben und die Kantonsgelder unabhängig von der KOBE in Rechnung stellen.

Integrierte Versorgung

Die KKA steht einer Erleichterung der Ausbreitung der integrierten Versorgung nicht entgegen. Allerdings steht in den Sternen, ob das mit dieser Vorlage gelingen würde. Denn je mehr Versicherte sich in alternative Modelle begeben, desto weniger wird ein einsparungsbedingter Prämienrabatt in Zukunft noch berechenbar sein, sodass die Prämienrabattierungsregeln zukünftig ohnehin neu ausgestaltet werden müssen.

Fazit

Die KKA hat zwei zentrale Einwände gegen die Vorlage der SGK.

1. Die verstärkte Abhängigkeit der Finanzierung unserer Gesundheitsversorgung von kantonalen Budgets ist im Vergleich zur stets ausfinanzierten OKP ein struktureller Nachteil mit potenziell negativen Auswirkung auf das Versorgungssystem und die ärztliche Tätigkeit. Anstatt die Mehrfachrollen der Kantone einzudämmen werden sie mit der Vorlage weiter ausgebreitet.
2. Die KKA sieht eine viel höhere Priorität in der Verbesserung der Tarifsituation. Die Lösung dieser Problematik dürfte die bestehenden Anreizprobleme weitgehend beheben.

Die KKA anerkennt zwar die Bemühungen für eine Systemverbesserung, bittet allerdings die Kommission, aufgrund der genannten Argumente, die Vorlage grundlegend zu überarbeiten.

Herzlichen Dank für die Berücksichtigung unserer Anliegen und freundliche Grüsse



Dr. med. Josef Widler, Präsident KKA a.i.

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

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : medswiss.net

Abkürzung der Firma / Organisation : msn

Adresse : Moosstrasse 2

Kontaktperson : Christoph Lüssi

Telefon : 031 951 07 87

E-Mail : info@medswiss.net

Datum : 27.08.2018

Wichtige Hinweise:

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

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

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

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
msn	"Erstens will sie, wo medizinisch sinnvoll, die Verlagerung von stationär zu ambulant fördern." medswiss.net unterstützt diese Zielsetzung und unterstreicht die Wichtigkeit der ambulanten und insbesondere der praxisambulanten Medizin im Rahmen der medizinischen Grundversorgung.
msn	"Attraktiver wird auch eine koordinierte Versorgung, die Spitalaufenthalte durch rechtzeitige ambulante Behandlungen vermeidet." Die Koordination der medizinischen Leistungserbringung ist wesentlich für eine effizientere Nutzung bestehender und beschränkter Ressourcen. Alternative Versicherungsmodelle gem. KVV Art. 99 sind zu fördern, damit die Zielsetzung der Umlagerung von stationären Behandlungen in ambulante Leistungen erfolgreich sein kann.
msn	"Drittens soll eine sachgerechte Tarifierung gefördert werden." Auch dieses Ziel wird von medswiss.net unterstützt.
msn	"Eine Minderheit will auf die Vorlage nicht eintreten, da diese neue Fehlanreize schaffe und die Kantone zur Mitfinanzierung von ambulant erbrachten Leistungen verpflichte, ohne dass sie den ambulanten Bereich steuern und die Rechnungen kontrollieren könnten." Die Minderheitsmeinung wird von medswiss.net nicht geteilt. Die Kantone sollen im Rahmen Ihres Auftrages gemäss KVG tätig und für die Umsetzung des KVGs zuständig sein. Im Rahmen der Zulassungsbeschränkung haben die Kantone bereits heute die Möglichkeit den Bereich der ambulanten Medizin zu steuern. Die Rechnungskontrolle ist der Versicherung und den Patienten zu überlassen und die Administration nicht durch eine weitere Kontrollinstanz zu ergänzen.
msn	"Fehlanreize im heutigen System" Im Bericht wird ausgeführt, dass Versicherungen bei kleineren chirurgischen Eingriffen aufgrund unterschiedlicher Tarif- und Finanzierungssysteme die stationäre Behandlung vorziehen, da diesfalls der Kantonsanteil von 55% die Rechnung der Versicherung entlastet, obwohl die Gesamtkosten höher sind. medswiss.net vertritt die Auffassung, dass es primär ein ärztlicher Entscheid sein muss, eine Behandlung ambulant oder stationär durchzuführen. Dies in Absprache mit den Patienten. Ein Fall einer abgewiesenen Kostengutsprache einer ambulanten Behandlung mit der Begründung, der Eingriff müsse stationär erfolgen, ist medswiss.net in keinem Einzelfall bekannt. Der Fehlanreiz ist bei der Vergütung der medizinischen Leistung auf Seiten der Leistungserbringer zu suchen. Bei Bagatellfällen löst die stationäre Behandlung eine DRG-Pauschale für das Spital aus, welche in der Höhe nicht mit der Vergütung der einzelnen Leistungen in ambulanten Tarifen entspricht, sondern wesentlich höher ausfällt. Somit sind Ärzte und Spitäler in diesen Fällen eher versucht, stationäre Behandlungen statt ambulanter Leistungen zu erbringen.
msn	"Ein weiterer Aspekt ist die koordinierte Versorgung. Diese kann einen massgeblichen Beitrag dazu leisten, unnötige Hospitalisationen zu vermeiden und den Gesundheitszustand von Versicherten zu verbessern, beispielsweise durch rechtzeitige ambulante Behandlungen. Die

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

	koordinierte Versorgung birgt somit ein Potential zu Kostenreduktionen und gleichzeitigen Qualitätssteigerungen. Allerdings können dadurch die ambulanten Kosten in geringerem Ausmass ansteigen." medswiss.net unterstützt diese These, weshalb die koordinierte Versorgung in echten Modellen nach KVV 99 zu fördern ist.
msn	"Die Kantone entrichten ihren Anteil an die gemeinsame Einrichtung nach Artikel 18 KVG. Diese überträgt den kantonalen Beitrag den Versicherern, basierend auf den Kosten pro Versicherten, welche den einzelnen Versicherern entstanden sind." Die Neuregelung ist aus Sicht von medswiss.net sinnvoll und zu begrüßen.
msn	Wir teilen das Argument der Minderheitsanträge, dass die Tarifgestaltung für die Verlagerung von stationär zu ambulant entscheidender sei als die einheitliche Finanzierung, sehen aber in der Vorlage den ersten Schritt dieser Problematik effektiv gegenüberzutreten.
msn	Generell ist aus Sicht von medswiss.net festzuhalten, dass die Vorlage leider keine Massnahmen zur Förderung der integrierten und koordinierten Versorgung und den damit verbundenen alternativen Versicherungsmodellen gem. KVV 99 enthält. Diese wären jedoch wünschenswert, damit das Verlagerungsziel erreicht werden kann.

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.



ORDINE DEI MEDICI
DEL CANTONE TICINO

09.528 Iniziativa parlamentare. Finanziamento monista delle prestazioni sanitarie

Breve presa di posizione dell'Ordine dei Medici del Canton Ticino sull'Avamprogetto di modifica della LAMal della CSSS-N

Il 15 maggio 2018 la CSSS-N ha messo in consultazione un Avamprogetto di modifica della LAMal intitolato "*Finanziamento uniforme delle prestazioni ambulatoriali e delle prestazioni stazionarie*", il quale prevede il rimborso uniforme di tutti i trattamenti ambulatoriali e stazionari da parte degli assicuratori malattia. I Cantoni dovranno partecipare ad almeno il 25.5% della spesa che resterà a carico degli assicuratori dopo deduzione delle franchigie e delle quote-parte assunte dagli assicurati.

Oggi il finanziamento delle cure è diverso a dipendenza dell'ambito: se ambulatoriale i trattamenti sono rimborsati dalle casse malati, se stazionario il finanziamento è ripartito tra assicurazioni malattia e Cantoni secondo un sistema chiamato "duale fisso". Il Cantone di domicilio fissa annualmente la sua parte di cofinanziamento, che deve essere di almeno il 55%.

Il sistema di finanziamento in vigore produce direttamente e indirettamente effetti perversi che non giovano al sistema sanitario.

L'OMCT è pertanto persuaso che occorra correggere il sistema di finanziamento trovando nuove soluzioni, ma è perplesso sulle proposte della CSSS-N che darebbero troppo peso e importanza agli assicuratori malattia.

L'OMCT sta studiando soluzioni alternative che tengano maggiormente conto del grave peso sulle economie domestiche dei premi di cassa malati e che diano maggior potere ai singoli Cantoni sul controllo della spesa sanitaria.

ORDINE DEI MEDICI DEL CANTONE TICINO
Dr. med. Franco Denti

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

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Schweizerischer Apothekerverband

Abkürzung der Firma / Organisation : pharmaSuisse

Adresse : Stationsstrasse 12, 3097 Liebefeld

Kontaktperson : Marcel Mesnil

Telefon : 031 978 58 58

E-Mail : marcel.mesnil@pharmasuisse.org

Datum : 14. September 2018

Wichtige Hinweise:

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

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

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

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 2

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 4

Weitere Vorschläge 7

8

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
	Wir begrüßen die beabsichtigte einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen sehr. Die unterschiedliche Finanzierung ist für etliche Fehlanreize im Gesundheitswesen verantwortlich. Dies darf jedoch nicht dazu führen, dass die Leistungserbringer je Träger (Versicherer, Kanton, Patient) eine separate Rechnung ausstellen müssen. Das wäre für die Leistungserbringer mit zu grossen Kosten verbunden.
	Wir erachten es als taktisch unklug, schon jetzt bestimmte Kostenverteiler festzulegen. Vielmehr ist das Prinzip der insgesamt kostenneutralen Umsetzung für Versicherer und Kantone in den Vordergrund zu stellen. Wir empfehlen insbesondere ein Korrekturbudget vorzusehen, welches zur Korrektur von Abweichungen bei der Kostenneutralität verwendet werden kann sowie eine angemessene Übergangszeit, um alle Umsetzungsprobleme zu lösen..
	Es wäre sicherlich hilfreich, wenn den Kantonen die Einsicht in die Abrechnungsdaten sichergestellt wird, damit sie ihren Aufgaben bei der kantonalen Versorgungsplanung nachkommen können. Damit wäre der Vorwurf der Verletzung der fiskalischen Aequivalenz entschärft. Eine Rechnungskontrolle durch die Kantone lehnen wir jedoch ab. Es macht keinen Sinn, ein weiteres Rechnungskontrollsystem aufzubauen, wenn die Versicherer bereits über, von den Prämienzahlern finanzierte, professionelle Kontrollsysteme verfügen. Die Kostensteuerung im ambulanten Bereich erfolgt schon heute grundsätzlich durch die Versicherer und im Rahmen der Versicherungsaufsicht durch das BAG. Im ambulanten Bereich wird zudem ein grosser Teil der Leistungen durch private Leistungserbringer erbracht. Der Markt steuert hier die Versorgung weitgehend und ein staatlicher Eingriff durch die Kantone ist nur selten notwendig. Für die Problematik der Zulassung von Ärzten im ambulanten Bereich ist so oder so eine Lösung zu finden, unabhängig davon, wer die Kosten finanziert. Es ist somit nicht auf eine Lösung bei der Zulassung zu warten. Aus diesem Grund lehnen wir auch den diesbezüglichen Minderheitsantrag (Carobbio Guscelli, Feri Yvonne,

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

	Gysi, Heim, Ruiz Rebecca, Schenker Silvia) entschieden ab, welcher sicherstellen soll, dass die Vorlage zur einheitlichen Finanzierung nur in Kraft tritt, wenn auch eine Nachfolgeregelung zu Artikel 55a KVG im Sinne einer Zulassungssteuerung im ambulanten Bereich in Kraft tritt.
	Wir begrüßen, dass die Rechnungsstellung einheitlich durch die Versicherer erfolgen soll und der Kanton lediglich einen Pauschalbeitrag Kopf als Kostenbeitrag an denjenigen Teil, den der Versicherer nach Abzug von Franchise und Selbstbehalt bezahlt hat, leistet. Der unterschiedlichen Versichertenstruktur wird dann in einem zweiten Schritt der Risikoausgleich gerecht. Wir unterstützen somit die Minderheit zu Art. 16 Abs. 3bis und Art. 60a

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)
	16	3bis		Wir unterstützen die Minderheit (Humbel, Aeschi Thomas, de Courten, Herzog, Hess Lorenz, Sauter, Schmid-Federer, Weibel). Der Kantonsbeitrag ist als pauschaler Betrag pro versicherte Person einzuspeisen, was in Verbindung mit dem Risikoausgleich zu einer risikogerechten Zuteilung an die Versicherer führt. Ein Abzug des Kostenbeitrags der Kantone vor dem Risikoausgleich würde den Risikoausgleich verfälschen.	Art. 16 Abs. 3bis Streichen
	18	2octies		Es macht aus unserer Sicht keinen Sinn, eine zusätzliche Rechnungskontrolle durch die Stiftung einzuführen. Dies soll Aufgabe der Versicherer bleiben.	Wir unterstützen die Mehrheit und somit den bisherigen Text von Abs. 2 sexies.
	18	5		Wir begrüßen die einheitliche Finanzierung der Stiftung über die Versicherer. Damit besteht der Anreiz, die entsprechenden Kosten gering zu halten.	Wir unterstützen den vorgeschlagenen Abs. 5.
	41	1bis	zweiter Satz	Die Formulierung ist widersprüchlich: "Bei stationärer Behandlung in einem Listenspital, das auf der Spitalliste des Wohnkantons nicht aufgeführt ist, übernimmt der Versicherer die Vergütung wie folgt:" Im ersten Satz dieses Absatzes wird das Listenspital als Spital auf der Spitalliste des Wohnkantons definiert. Somit kann im zweiten Satz der Begriff Listenspital nicht für ein	Die Formulierung ist anzupassen: Bei stationärer Behandlung in einem Spital, das auf der Spitalliste des Wohnkantons nicht aufgeführt ist, übernimmt der Versicherer die Vergütung wie folgt:

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

				Spital verwendet werden, das auf der Spitalliste des Wohnkantons nicht aufgeführt ist.	
	41	2bis		Aus unserer Sicht müsste der bisherige Abs. 2 gestrichen werden, da sonst ein Widerspruch zwischen Wahlfreiheit bei Listenspitälern und dem neuen Abs. 2bis entsteht. Da Abs. 1bis nicht nur die Behandlung in Listenspitälern regelt, ist hier der Begriff Listenspital aus unserer Sicht falsch gewählt.	bisheriger Abs. 2 streichen, Listenspital durch Spital ersetzen.
	41	4		Diese Ergänzung ist aus unserer Sicht mit dem Verweis auf Art. 62 überflüssig. Falls Regelungsbedarf besteht, so wäre dieser in Art. 62 anzubringen.	Ergänzung streichen.
	49a			Wir unterstützen die Mehrheit und lehnen den aus unserer Sicht systemfremden Vorschlag der Minderheit (Gysi, Carobbio Guscelli, Feri Yvonne, Häsler, Heim, Ruiz Rebecca, Schenker Silvia) ab.	Der Vorschlag der Mehrheit wird unterstützt.
	60a			Wir unterstützen den Vorschlag der Minderheit (Humbel, Aeschi Thomas, de Courten, Herzog, Hess Lorenz, Sauter, Schmid-Federer, Weibel)	Wir unterstützen den Vorschlag der Minderheit (Humbel, Aeschi Thomas, de Courten, Herzog, Hess Lorenz, Sauter, Schmid-Federer, Weibel)

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

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Schweizer Physiotherapie Verband

Abkürzung der Firma / Organisation : physioswiss

Adresse : Centralstrasse 8b

Kontaktperson : Pia Fankhauser

Telefon : 041 926 69 99

E-Mail : info@physioswiss.ch

Datum : 12.9.18

Wichtige Hinweise:

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

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

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

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
physioswiss	<p>Übersicht:</p> <p>Die genannten Ziele sehen wir kritisch. Koordinierte Versorgung und sachgerechte Tarifierung sind zwar schöne Worte. Unsere Erfahrung zeigt aber, dass wenig Interesse an der Finanzierung der Koordination (Leistungen in Abwesenheit des Patienten) und an einer sachgerechten Tarifierung auf Seite Versicherer besteht. Zuerst müssten die entsprechenden Tarifstrukturen interprofessionell abgeglichen sein und dann die Finanzierung geregelt werden.</p> <p>Im Bericht wird die Mehrfachrolle der Kantone erwähnt. Bei dem vorgeschlagenen Finanzierungsmechanismus besteht die Gefahr, dass die Versicherer Prämien und Steuergelder erhalten, Tarifverhandlungen führen und auch noch die Rechnungen kontrollieren und sanktionieren. Dies gäbe den Versicherern eine hohe Macht. Die Rolle der Kantone, die eigentlich für die Versorgungssicherheit der Bevölkerung verantwortlich sind, wird damit marginalisiert. Die Rolle der Physiotherapie und anderer Gesundheitsberufe droht damit völlig vergessen zu werden.</p>
physioswiss	<p>3.1.1 Geltungsbereich</p> <p>Die Physiotherapie im stationären Bereich umfasst andere Leistungen als im ambulanten Bereich. In den stationären Fallkostenpauschalen inkludiert sind beispielsweise die Leistungen die von Studierenden am Patienten erbrachten Leistungen und die Ausbildungsleistungen durch Lehrpersonen im Betrieb. Die Finanzierung der Ausbildung der Fachhochschulberufe des Gesundheitswesens sind nur im stationären Bereich geregelt. Was ist die Vorstellung der Kommission betreffend ambulanten Bereich? Sind mit "alle Leistungen" dann auch wirklich alle Leistungen gemeint?</p>
physioswiss	<p>3.1.2</p> <p>Die Versicherer sollten vor allem ein Interesse an der qualitativ guten Versorgung ihrer Kunden und Kundinnen haben. Die Rechnungsprüfung sollte nicht nur der Vermeidung von Ausgaben dienen, sondern spezifische Faktoren berücksichtigen. Tiefere Prämien anbieten zu können hat wohl sehr viel mehr mit der Struktur der Kasse als mit der Rechnungsprüfung zu tun,</p>
physioswiss	<p>3.1.3</p>

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

	Falls die monistische Finanzierung wie vorgesehen umgesetzt würde, müssten die Versicherungen ihre Zusatzversicherungsmodelle aufgeben oder würden neue schaffen. Wenn von Fehlanreizen gesprochen wird, ist nicht einsehbar, weshalb diese nicht auch auf Versichererseite eliminiert werden sollten. Es fehlt eine Aussage dazu.
physioswiss	5.1 Finanzielle Auswirkungen Betreffend Kinder gilt es zu beachten, dass Kinder, die längere stationäre Aufenthalte haben, meist über die IV abgerechnet werden. Sie fallen damit nicht unter die stationären Leistungen gemäss OKP. Trotzdem benötigen die Kinderspitäler und der entsprechende ambulante Bereich eine adäquate Finanzierung.
physioswiss	
physioswiss	

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)
physioswiss	18	2		Die Argumentation, weshalb die Kantonsbeiträge an die gemeinsame Einrichtung gehen müssen, ist nicht stichhaltig. Jede Praxis muss mit zahlreichen Versicherern abrechnen.	
physioswiss	18	8		Die Kantone brauchen ein Einsichtsrecht	
physioswiss	49	2		Damit werden die kantonalen Steuerungsmöglichkeiten zugunsten eines Geschäftsmodelles für Zusatzversicherungen aufgehoben. Wir schliessen uns der Minderheit der Kommission an.	
physioswiss					

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

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
physioswiss		Leider fehlt ein Kapitel "Auswirkungen" auf die Leistungserbringer völlig. Die Sicht "wer" Leistungen bezahlt, blendet völlig aus, dass die Sicht "was" damit bezahlt wird (Ausbildungen auf FH-Stufe, Hausbesuche, interprofessioneller Austausch) mit dem Fokus integrierte Versorgung viel wichtiger wäre.	
physioswiss			

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

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Regionalverband beider Basel physioswiss

Abkürzung der Firma / Organisation : RVBB physioswiss

Adresse : c/o Torge-Nils Eistrup, Präsident RVBB, Postfach, 4010 Liestal

Kontaktperson : Evelyn Deeke

Telefon : 078 696 50 59

E-Mail : evelyn.deeke@bb.physioswiss.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
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
RVBB physioswiss	Grundsätzlich ist der RVBB mit der Einführung einer monistischen Finanzierung der Gesundheitsleistungen (Finanzierung aus einer Hand). einverstanden, hat aber einige offene Fragen dazu. Der Einfluss resp. die Steuerung der Kantone ist zu gering (Kontrolle über die Leistungsabrechnungen/Rechnungskontrolle), die Macht der Versicherer wird mit vorliegendem Vorschlag gestärkt.
RVBB physioswiss	Die Argumentation, dass eine koordinierte Versorgung mit der Einführung des vorliegenden "unechten" Monismus gestärkt wird, kann der RVBB nicht nachvollziehen. Der Monismus ist eine Sache, die Förderung von koordinierter Versorgung eine andere (Analogie zum ehemaligen Managed Care Modell). Es wäre ehrlicher eine separate, neue Revision des KVG für die Einführung von integrierten Versorgungsmodellen durchzuführen.
RVBB physioswiss	Es soll gemäss erläuterndem Bericht eine sachgerechte Tarifierung gefördert werden. So lange die Tarifpartner (im vorliegenden Fall tarifsuisse/curafutura/MTK und physioswiss) so unterschiedliche ökonomische und politische Möglichkeiten haben, wird eine sachgerechte Tarifierung schwierig, da die Versicherer unendlich mehr ökonomische und politische Macht besitzen als physioswiss. Daher besteht ein Ungleichgewicht, das durch die Einführung des vorliegenden Vorschlags nicht aus der Welt geschaffen wird.
RVBB physioswiss	Fehlanreize zum Bezug von Gesundheitsleistungen von Versicherten, die Prämienverbilligungen erhalten, werden durch die Einführung des vorliegenden "unechten" Monismus nicht aufgehoben, sie sind davon nicht betroffen. Kantone wie Basel-Stadt haben sehr viele Bezüger von Prämienverbilligungen, eine Kostenreduktion wird durch die Einführung des Monismus hier kaum erreicht werden..
RVBB physioswiss	Der RVBB findet es ungünstig, dass die Analyse der Wirkung der Einführung der DRGs erst im 2019 bekannt sein wird und heute schon die Vernehmlassungsantworten für die Einführung der Finanzierung aus einer Hand bekannt gegeben werden müssen. Was geschieht nach Einführung des vorliegenden Vorschlages mit den DRGs?
RVBB physioswiss	Der vorliegende Vorschlag darf aus Sicht des RVBB nicht als ein grünes Licht für die Einführung eines Globalbudgets in der Ambulanz angesehen und verwendet werden..
RVBB physioswiss	Der RVBB ist der Meinung, dass Versicherer, die nach dem vorliegenden Vorschlag arbeiten werden, keine Angebote mehr in der Zusatzversicherung anbieten dürften, d.h. klare Trennung von KVG und VVG Leistungen.

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)
RVBB physioswiss	16	3 bis		Risikoausgleichsberechnung basierend auf Nettoleistung der Versicherer ist zwingend.	
RVBB physioswiss	18	2 sexties		Zuwendung Kantonsbeiträge an gemeinsame Einrichtung Versicherer(in casu santésuisse / curafutura). Dies erachtet der RVBB als schlechte Lösung, da die Kantone keine Kontrolle darüber haben, was genau mit den Kantonsbeiträgen finanziert werden kann.	Einführung einer "neutralen", von den Versicherern unabhängigen, ev. paritätisch bestückten (Vertreter GDK / Vertreter Versicherer) Organisation für die Verwaltung / Verteilung der Kantonsbeiträge. Hier geht es um Steuergelder!
RVBB physioswiss	18	5		Streichen	
RVBB physioswiss	25 a	2		Neu formulieren, anpassen an Gründung neue Organisation f. Verteilung Kantonsbeiträge	
RVBB physioswiss	60	3		s. Bemerkung b. Art. 16 Abs. 3 bis	
RVBB physioswiss	60	6		Hier wird der tiers payant als alleinige Abrechnungsform formuliert	Tiers garant ebenfalls einbauen als Alternative wie aktuell im KVG vorgesehen.
RVBB physioswiss					
RVBB physioswiss					
RVBB physioswiss					

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

Bern, 17. August 2018

PKS-Vernehmlassungsantwort zur Parlamentarischen Initiative 09.528 Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus

Sehr geehrter Herr Kommissionspräsident

Im Namen der Privatkliniken Schweiz (PKS) danken wir Ihnen für die Gelegenheit, in rubrizierter Angelegenheit Stellung nehmen zu können.

Als Vertreterin der 130 Schweizerischen Privatkliniken lehnen wir die unterbreitete Gesetzesänderung ab.

Die Umsetzung der im Prinzip richtigen parlamentarischen Initiative durch die vorgeschlagene KVG-Revision gerät durch ihre politische Verknüpfung mit der kantonalen Machtausweitung im ambulanten Bereich zum Rohrkrepiere mit verheerenden Nebenwirkungen: Die mit der EFAS-Vorlage politische verknüpfte Zulassungssteuerung der Kantone im ambulanten Bereich verschärft die bereits heute inakzeptable Vielfachrolle zugunsten der Kantone zusätzlich derart, dass die vorliegende KVG-Revision abgelehnt werden muss.

Die parlamentarische Initiative will gemäss dem, erläuternden Bericht der SGK-N die Verlagerung von stationär zu ambulant fördern, die prämiens- und steuerfinanzierten Anteile an den OKP-Kosten stabilisieren und eine sachgerechte Tarifierung fördern.

PKS begrüsst grundsätzlich eine OKP-Finanzierung, die konsequent an der therapeutischen Leistungserbringung anknüpft und nicht mehr am zunehmend künstlich werdenden Kriterium, ob eine Gesundheitsleistung ambulant oder stationär erbracht wird. Damit könnten bestehende Fehlanreize für die Therapiewahl behoben, bürokratischer Leerlauf vermindert und klarere Verantwortlichkeiten in der Finanzierung zugewiesen werden.

Für PKS muss jede gesetzgeberische Intervention in der Gesundheitspolitik, also auch die vorliegende Teilrevision des KVG, jedoch drei Anforderungen genügen:

- Sie muss geeignet sein, die therapeutische Leistungsqualität der Gesundheitsdienstleister zu fördern.
- Sie muss faire Wettbewerbsbedingungen für die Leistungserbringer und die Versicherer schaffen oder mindestens fördern.
- Sie muss die inakzeptable Governance im Bereich der Vielfachrolle der Kantone verbessern.

Die gesetzliche Umsetzung der parlamentarischen Initiative 09.528 kann diese Mussanforderungen von PKS dann und nur dann unterstützen, wenn:

- die ambulante Leistungserbringung trotz der KVG-Revision wettbewerblich ausgestaltet bleibt. Die de facto-Verknüpfung der hier beurteilten Revision mit der Vorlage 18.047 Revision KVG. Zulassung von Leistungserbringern durch Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats (SGK-N) öffnet der kantonalen Planwirtschaft im ambulanten Bereich Tür und Tor. Der Vorstand der kantonalen Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) hat in seiner Stellungnahme vom 28. Juni 2018 zur vorliegenden Teilrevision den Tarif bereits erklärt: Aus reinen Bedarfsgründen sollen selbst bestehende Zulassungen zur Leistungserbringung auch im ambulanten Bereich aufgehoben werden können. Im Klartext: Jeder Kanton könnte aufgrund von verwaltungsinternen Einschätzungen beliebigen Ärztinnen und Ärzten die Zulassung entziehen, und damit de facto individuelle territoriale Berufsverbote aussprechen und die Arztwahlfreiheit der Bevölkerung aushebeln. Zudem könnten, unter Berufung auf einen letztlich willkürlich festgelegten «Bedarf», einzelnen Spitälern und Kliniken das notwendige Fachpersonal nicht bewilligt oder sogar aktiv entzogen werden. Die Kantone erhielten, ohne einen höheren Finanzierungsanteil am Gesundheitssystem zu leisten, auch im ambulanten Bereich eine weitere Rolle, die sie in noch mehr Interessenkonflikte drängt. Nebst der Regulierungs-, der Eigentümer-, der Finanzierungs-, der Aufsichts-, der Gesundheitspolizei- und der Schiedsrichterrolle käme neu noch die umfassende Planerrolle im ambulanten Bereich dazu. Die rechtliche und die politische Verknüpfung der beiden Vorlagen ist zwingend aufzuheben.

- die Entflechtung der systematischen Interessenkonflikte der Kantone in der gleichen Vorlage sichergestellt wird. Das Gegenteil der Ausweitung der kantonalen Kompetenzen ist nötig: In der vorliegenden Revision sind Massnahmen zwingend, welche die kantonalen Interessenkonflikte entflechten. So ist es unverständlich, dass noch immer kein Bericht vorliegt zum längst vom Nationalrat überwiesenen Postulat 15.3464 Postulat Krankenversicherungsgesetz . Roadmap zur Entflechtung der Mehrfachrolle der Kantone. Beispielsweise ist ein unabhängiges nationales Aufsichtsgremium zu schaffen, welches bei diskriminierenden und/oder wettbewerbswidrigen Vorkommnissen im Gesundheitssektor durch einfache Anzeige angerufen werden kann und das Sanktionen aussprechen kann. Mit der vorliegenden Teilrevision ist mindestens der verbindliche Auftrag zur strukturellen Trennung der Funktionen und damit zur Entflechtung der kantonalen Vielfachrollen zu verknüpfen.

- die Gleichbehandlung für alle OKP-Versicherten (unabhängig davon, ob sie Zusatzversichert sind oder nicht) der Listenspitäler und der Vertragsspitäler betreffend der einheitlichen Finanzierung sichergestellt ist. Nur mit der analogen Finanzierungsbeteiligung der Krankenkassen in der Höhe von voraussichtlich 74.5 Prozent (Prozentsatz gemäss der Vorlage, Mehrheitsposition zu Art. 49a) diskriminiert die Vertragsspitäler nicht zusätzlich.

- gleichzeitig die bundesweite und alle kantonalen Umsetzungsmassnahmen zur Umsetzung des Prinzips «Verschiebung zu ambulant» ersatzlos gestrichen werden. Wenn die vorliegende Teilrevision dank der einheitlichen Finanzierung die Fehlanreize zum Ort der Leistungserbringung weitgehend eliminiert, sind die bürokratisch aufwändigen und damit kostentreibenden Listen für ambulantes Operieren obsolet. Eine entsprechend Übergangsbestimmung zur Abschaffung der kantonalen und bundesweiten Operationslisten und ihrer Umsetzungsmassnahmen ist zwingend in die vorliegende Teilrevision aufzunehmen.

Wir danken Ihnen für Ihre Kenntnisnahme sowie für die Berücksichtigung unserer Stellungnahme, und grüssen Sie freundlich.

Mit freundlichen Grüssen

Privatkliniken Schweiz



Beat Walti
Präsident



Guido Schommer
Generalsekretär

sages, Geschäftsstelle, 3010 Bern

Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des
Nationalrates (SGK-NR)
CH-3003 Bern

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

Bern, 12. September 2018

**Vernehmlassung zu 09.528 Parlamentarische Initiative.
Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus
Stellungnahme von *sages***

Sehr geehrter Herr Kommissionspräsident,
sehr geehrte Damen und Herren Nationalräte

Der Schweizerische Fachverband Soziale Arbeit im Gesundheitswesen *sages* vereint Personen und Institutionen der Schweiz, welche professionelle Soziale Arbeit in den Aufgabenfeldern der gesundheitlichen Versorgung und im Kontext von Public Health leisten. Die Mitglieder unseres Fachverbandes kommen aus den Fachbereichen Spital, Rehabilitation, Psychiatrie, Sucht, Gesundheitsligen, Bildung und Forschung sowie Integrierte Versorgung.

Mehr Informationen zu unserem Fachverband finden Sie auf unserer Website unter: www.fv-sages.ch

Gerne unterstützen wir die Stellungnahme der Geliko zum Vorentwurf und zu den Erläuterungen der SGK-N zur vorstehend erwähnten Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung.

Grundsätzlich begrüssen wir die einheitliche Finanzierung der Leistungen im ambulanten und im stationären Bereich (EFAS), soweit diese Änderung der bisherigen Finanzierungsmechanismen Fehlanreize beseitigt und dazu beiträgt, eine medizinisch sinnvolle Verlagerung von stationären zu ambulanten Leistungen zu fördern und das Kostenwachstum in der Gesundheitsversorgung zu bremsen. Die konkrete Ausgestaltung und Umsetzung der EFAS darf aber für die Patientinnen und Patienten nicht zu Einbussen in der Behandlungsqualität führen!

Die Finanzierung der Leistungen im föderal geprägten Gesundheitsversorgungssystem der Schweiz erfolgt aus einem komplexen Zusammenwirken verschiedener Akteure mit teilweise unterschiedlichen Interessen. Die Fehlanreize im aktuellen System scheinen dabei nur teilweise in der uneinheitlichen Finanzierung der ambulanten bzw. stationären Gesundheitsversorgung durch die Kostenträger (Krankenversicherer, Kantone) begründet zu sein, sondern mindestens so sehr in den Differenzen zwischen den unterschiedlichen Tarifsystemen.

Aus Sicht der Patientinnen und Patienten ist entscheidend, dass die zweckmässigste Behandlungsform grundsätzlich gestützt auf medizinisch-fachliche Erwägungen gewählt wird und nicht auf ökonomische

Interessen oder anderer Anreize einzelner Akteure im Gesundheitssystem beruht. Die Qualität der Gesundheitsversorgung darf durch den angestrebten Systemwechsel nicht schlechter werden. Angesichts der im internationalen Vergleich bereits sehr hohen privaten Kostenbeteiligung der Bevölkerung in der Schweiz soll die Kostenbeteiligung der Patientinnen und Patienten nicht zusätzlich erhöht werden. Bisher wurde die private Kostenbeteiligung nur auf dem von den Krankenkassen finanzierten Anteil der Leistungen erhoben; neu würden die Krankenkassen 100% der Leistungen vergüten und die private Kostenbeteiligung auf dem vollen Betrag der Leistungen einfordern. Dies würde eine Zusatzbelastung der Patientinnen und Patienten bewirken, die entschieden abgelehnt wird. Mit der anzustrebenden Lösung soll zudem die Transparenz im Gesundheitsversorgungssystem verbessert werden. Die Transparenz soll sich auch auf vertragliche Vereinbarungen zwischen den Tarifpartnern erstrecken, wobei vertragliche Verknüpfungen zwischen Grund- und Zusatzversicherungsbereich zu verhindern sind (vgl. Stellungnahme der GDK zur Vernehmlassungsvorlage vom 28.06.2018).

Die Kantone, die gemäss verfassungsrechtlicher Kompetenzordnung die Hauptverantwortung tragen für die Gesundheitsversorgung in der Schweiz, haben sich zur vorliegenden Vernehmlassung sehr kritisch geäussert; die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) lehnt die Vorlage aus verschiedenen Gründen ab und verlangt eine vollständige Überarbeitung. Verschiedene Argumente und Vorbehalte der GDK sind durchaus verständlich und sollen bei der weiteren Entwicklung der Vernehmlassungsvorlage angemessen berücksichtigt werden; dazu gehören insbesondere die Steuerungskompetenzen der Kantone bezüglich des Versorgungsangebots und deren Mitwirkung bei der Regelung der Tarife.

Für die Berücksichtigung unserer Anliegen danken wir Ihnen herzlich.

Freundliche Grüsse



Lisa Aeberhard
Co-Präsidentin



Tom Friedli
Co-Präsident



Sandro Bertschinger
Geschäftsführer

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

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Schweizerischer Berufsverband für Angewandte Psychologie

Abkürzung der Firma / Organisation : SBAP

Adresse : Konradstrasse 6, 8005 Zürich

Kontaktperson : Michèle Andermatt

Telefon : 0432680405

E-Mail : michele.andermatt@sbap.ch

Datum : 14.09.2018

Wichtige Hinweise:

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

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

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

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
SBAP	<p>Der Schweizer Berufsverband der Angewandten Psychologie (SBAP) begrüsst grundsätzlich die Absicht, eine einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Behandlungen (EFAS) einzuführen. Den dazu von der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-NR) unterbreiteten Vorentwurf lehnt er jedoch ab.</p> <p>Wir stützen uns dabei auf die Einschätzung und Stellungnahme des Schweizerischer Verband der Berufsorganisation im Gesundheitswesen (svbg).</p>
SBAP	<p>Eine Dämpfung des Prämienwachstums kann nicht erwartet werden</p> <p>Zwar ist es richtig, eine einheitliche Finanzierung als Massnahme mit Potenzial zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen zu betrachten, da sie zur Beseitigung von Fehlanreizen beitragen kann. Die Kommission konzentriert sich bei der Ausgestaltung aber einseitig auf eine rechnerische Umverteilung von Mitteln von den Kantonen zu den Versicherern. Andere zentrale Faktoren insbesondere medizinischer und politischer Natur werden ausser Acht gelassen.</p> <p>Zwei grosse Kostentreiber im schweizerischen Gesundheitssystem, nämlich die Fehlanreize im Zusammenhang mit Tarifstruktur und Tariffhöhe (TARMED ambulant und DRG stationär) werden in der vorgeschlagenen Reform nicht angetastet. Die blosser Umleitung eines fixen Betrags an Steuergeldern würde hingegen kaum Fehlanreize korrigieren und deshalb auch die Leistungsverlagerung von stationär zu ambulant nicht wesentlich beeinflussen.</p>
SBAP	<p>Kostenbeteiligung der Patienten im stationären Bereich steigt</p> <p>Versicherte müssen neben den Prämien zusätzlich über Franchise, Selbstbehalt und Spitalkosten (CHF 15.- pro Tag) direkt an die Kosten ihrer Behandlung beitragen. Heute wird diese Kostenbeteiligung nur auf dem, von den Krankenkassen finanzierten, Teil erhoben. Neu würden die Kassen sämtliche Leistungen zu 100% vergüten und deshalb auch die Kostenbeteiligung auf den vollen Betrag der Leistung einfordern. Der erläuternde Bericht zur Vorlage geht nicht auf diese Thematik ein.</p>
SBAP	<p>Zusätzliche Belastung der Prämienzahler durch Besserstellung der Nicht-Listenspitäler</p> <p>Die Kantone definieren heute mit den Spitallisten jene Spitäler und Kliniken, für die sie bei stationären Eingriffen 55% der Kosten übernehmen. Die Krankenkassen haben ihrerseits die Freiheit, Verträge mit Nicht-Listenspitälern abzuschliessen, dafür dürfen aber aus der Grundversicherung, wie bei Listenspitälern, nur 45% der medizinischen Kosten übernommen werden. Der Rest wird über Zusatzversicherungen oder durch Selbstzahlungen der Patienten übernommen.</p>

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

	<p>Die Vorlage der SGK-NR sieht eine Erhöhung des Beitrags aus der Grundversicherung auf 74.5% vor. Diese 30%ige Erhöhung würde die Attraktivität der Vertragsspitäler (die nicht auf der kantonalen Spitalliste stehen) ungemein erhöhen. Die Grundversicherer müssten diese Zusatzkosten übernehmen. Zusatzversicherungen könnten dadurch wieder attraktiver werden.</p>
SBAP	<p>Die Rolle der Kantone als Steuerungsorgan der Gesundheitsversorgung wird massiv geschwächt</p> <p>Da die Krankenversicherer als Monist festgelegt werden sollen, und zudem Mehrheitsfinanzierer sind, steigt ihre Macht in sämtlichen Tarifverhandlungen. Gegen eine Vereinfachung der Vergütung ist im Grundsatz nichts einzuwenden.</p> <p>Der Entwurf der SGK-NR ist jedoch so ausgestaltet, dass die Steuerungskompetenz von den Kantonen in Richtung Krankenkassen verlagert wird. Die Kantone müssten Steuergelder in der Höhe von rund 8 Milliarden Franken (25.5%) den Versicherern überweisen, ohne das Leistungsangebot und die Qualität noch massgeblich beeinflussen zu können.</p>
SBAP	<p>Der postulierte positive Effekt zur Förderung integrierter Versorgungsmodelle wird kaum eintreten</p> <p>Die Tarifsysteme TARMED für den ambulanten Bereich und DRG (und weitere Pauschalsysteme wie TARPSY) für den stationären Bereich bleiben unverändert.</p> <p>Die Kantone müssten laut Entwurf die Steuerung und Koordination an die Kassen abgeben und hätten kaum noch die Möglichkeit selbst Modelle der integrierten Versorgung zu entwickeln und zu steuern. Qualität und Effizienz von Modellen der integrierten Versorgung hängen stark davon ab, wer für die Koordination zuständig ist. Aus Sicht des SBAP müssen Patientensicherheit und Versorgungsqualität das primäre Ziel jedes Modells im Gesundheitswesen sein. Falls Krankenkassen allein für die Entwicklung und Steuerung solcher Modelle zuständig sein sollten, wäre zu erwarten, dass Kosten- und Effizienz-themen im Vordergrund stehen würden. In der vorliegenden Vorlage wird auch die Spitalplanung durch die Kantone empfindlich geschwächt, weil die Kassen für die Abgeltung der Leistungen zuständig wären und zudem leicht zusätzliche Leistungserbringer definieren könnten (Nicht-Listenspitäler).</p>
SBAP	

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.



Bern, 22. August 2018

Choisystrasse 1
Postfach
CH-3001 Bern
PC 30-1480-9
Tel. 031 388 36 36
Fax 031 388 36 35

E-Mail: info@sbk-asi.ch
Internet: www.sbk-asi.ch

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

Der Vernehmlassungsentwurf

Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-NR) verfolgt mit dieser Vorlage drei Ziele:

- Förderung der Verlagerung von medizinischen Leistungen von stationär zu ambulant, da wo medizinisch sinnvoll
- Stabilisieren der prämien- und steuerfinanzierten Anteile an die OKP versicherten Krankheitskosten – ohne Langzeitpflege
- Förderung einer sachgerechten Tarifierung

Die vorgeschlagene Neuregelung soll für alle stationären und ambulanten OKP-Leistungen gelten. Das heisst auch für die Psychiatrie, die Rehabilitation sowie für die Akut- und Übergangspflege. Hingegen sollen die Pflegeleistungen von der einheitlichen Finanzierung ausgenommen werden. Begründet wird dies mit der seit 1. Januar 2011 eingeführten Neuordnung der Pflegefinanzierung, wo besondere Finanzierungsregeln gelten.

Neu sollen die Krankenkassen alle ambulanten und stationären Behandlungen vergüten (Monismus). An die Kosten, die nach Abzug von Selbstbehalt und Franchise verbleiben, sollen die Kantone einen Beitrag von mindestens 25,5% (CHF 7,5 Milliarden) leisten¹. Die Umstellung auf die einheitliche Finanzierung soll so festgelegt werden, dass sie für die Kantone und die Versicherer insgesamt kostenneutral ausfällt.

Die Kantone sollen ihren Anteil (25,5%) an die gemeinsame Einrichtung KVG überweisen. Diese überweist den kantonalen Beitrag den Versicherern, und zwar basierend auf den Kosten pro Versicherte, welche den einzelnen Versicherern entstanden sind. Die Rechnungsstellung im stationären Bereich erfolgt demnach nicht, wie heute an den Kanton, sondern ausschliesslich an die Krankenkasse (bzw. im System garant an die versicherte Person).

¹ Quelle: Vorentwurf und erläuternder Bericht der Kommission für Soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates vom 19. April 2018

Der vorliegende Entwurf wurde in der Kommission nicht einstimmig angenommen. Es gibt einen Antrag auf Nichteintreten sowie verschiedene Minderheitsanträge zu einzelnen Artikeln.

Einschätzung der Vorlage durch den SBK und Schlüsselpunkte für die Pflege

Diese Einschätzung wurde erarbeitet auf der Basis einer internen Vernehmlassung bei den SBK Gliedverbänden und von Expertengutachten.

1. Die Rolle der Kantone als Steuerungsorgan der Gesundheitsversorgung wird massiv geschwächt

Da die Krankenversicherer als Monist festgelegt werden sollen, und zudem Mehrheitsfinanzierer sind, steigt ihre Macht in sämtlichen Tarifverhandlungen. Gegen eine Vereinfachung der Vergütung ist im Grundsatz nichts einzuwenden. Der Entwurf der SGK-NR ist jedoch so ausgestaltet, dass die Steuerungskompetenz von den Kantonen in Richtung Krankenkassen verlagert wird. Die Kantone müssten Steuergelder in der Höhe von rund 8 Milliarden Franken (25.5%) den Versicherern überweisen, ohne das Leistungsangebot und die Qualität noch massgeblich beeinflussen zu können.

2. Eine Dämpfung des Prämienwachstums kann nicht erwartet werden

Zwei grosse Kostentreiber im schweizerischen Gesundheitssystem, nämlich die Fehlanreize im Zusammenhang mit Tarifstruktur und Tarifhöhe (TARMED ambulant und DRG stationär) werden in der vorgeschlagenen Reform nicht angetastet. Die blosser Umleitung eines fixen Betrags an Steuergeldern würde hingegen kaum Fehlanreize korrigieren und deshalb auch die Leistungsverlagerung von stationär zu ambulant nicht wesentlich beeinflussen.

Eine PWC-Studie² zeigt, dass in der Schweiz mehr Eingriffe stationär gemacht werden als im Ausland. Zur Abschätzung des Verlagerungspotentials und der Kostenfolge hat das BAG das Schweizerische Gesundheitsobservatorium OBSAN beauftragt, einen aktuellen Bericht zu erstellen. Dieser zeigt für das Jahr 2016 ein Verlagerungspotential von 33'000 stationären Fällen, die hätten ambulant operiert werden können. Damit verbunden ergeben sich Einsparungen von über 90 Mio. Franken, in erster Linie für die Kantone. Die Berechnungen zeigen keine Auswirkungen auf die Prämien.

Kantone und Bund haben konkrete Schritte bezüglich Eingriffslisten unternommen. Auf Bundesebene wurde die Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) per 1. Januar 2019 geändert. Sechs Gruppen³ von operativen Eingriffen nur noch bei ambulanter Durchführung von der OKP bezahlt. Eine über drei Jahre laufende Evaluation soll die Auswirkungen der Massnahmen auf Patientinnen und Patienten, sowie auf die Leistungserbringer und Versicherer hinsichtlich Qualität und Kosten aufzeigen.

² PWC (2016). Ambulant vor stationär. Oder wie sich eine Milliarde Franken jährlich einsparen lassen

³ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN

3. **Zusätzliche Belastung der Prämienzahler durch Besserstellung der Nicht-Listenspitäler**

Die Kantone definieren heute mit den Spitalisten jene Spitäler und Kliniken, für die sie bei stationären Eingriffen 55% der Kosten übernehmen. Die Krankenkassen haben ihrerseits die Freiheit, Verträge mit Nicht-Listenspitälern abzuschliessen, dafür dürfen aber aus der Grundversicherung, wie bei Listenspitälern, nur 45% der medizinischen Kosten übernommen werden. Der Rest wird über Zusatzversicherungen oder durch Selbstzahlungen der Patienten übernommen. Die Vorlage der SGK-NR sieht eine Erhöhung des Beitrags aus der Grundversicherung auf 74.5% vor. Diese 30%ige Erhöhung würde die Attraktivität der Vertragsspitäler (die nicht auf der kantonalen Spitalliste stehen) ungemein erhöhen. Die Grundversicherer müssten diese Zusatzkosten übernehmen. Zusatzversicherungen könnten dadurch wieder attraktiver werden.

4. **Der postulierte positive Effekt zur Förderung integrierter Versorgungsmodelle wird insbesondere für die Pflege kaum eintreten**

Die Tarifsysteme TARMED für den ambulanten Bereich und DRG (und weitere Pauschalsysteme wie TARPSY) für den stationären Bereich bleiben unverändert. Weil die Vorlage die Pflegefinanzierung ausschliesst, kann demzufolge kein positiver Effekt auf die bessere Zusammenarbeit mit den verschiedenen Pflege-settings (Ambulante Pflege, Pflegeheim, Spital, Klinik, Reha) erwartet werden.

Die Kantone müssten laut Entwurf die Steuerung und Koordination an die Kassen abgeben und hätten kaum noch die Möglichkeit selbst Modelle der integrierten Versorgung zu entwickeln und zu steuern. Qualität und Effizienz von Modellen der integrierten Versorgung hängen stark davon ab, wer für die Koordination zuständig ist. Aus Sicht des SBK müssen Patientensicherheit und Versorgungsqualität das primäre Ziel jedes Modells im Gesundheitswesen sein. Falls Krankenkassen allein für die Entwicklung und Steuerung solcher Modelle zuständig sein sollten, wäre zu erwarten, dass Kosten- und Effizienz-themen im Vordergrund stehen würden. In der vorliegenden Vorlage wird auch die Spitalplanung durch die Kantone empfindlich geschwächt, weil die Kassen für die Abgeltung der Leistungen zuständig wären und zudem leicht zusätzliche Leistungserbringer definieren könnten (Nicht-Listenspitäler).

Insbesondere innovative Kantone wie der Kanton Waadt würden ausgebremst werden, da sie einerseits die Steuerung des Systems den Kassen mehrheitlich überlassen müssten. Andererseits würden durch den vorgeschlagenen nationalen, einheitlichen Finanzierungsschlüssel genau jene Kantone bestraft, die schon einen Teil der Leistungen in den ambulanten Bereich verlagert, und integrierte Modelle eingeführt haben. Laut Stellungnahme der GDK müssten sie mit Mehrkosten in Millionenhöhe rechnen⁴.

⁴ https://www.gdk-cds.ch/index.php?id=766&no_cache=1&tx_news_pi1%5Bnews%5D=488&tx_news_pi1%5Bcontroller%5D=News&tx_news_pi1%5Baction%5D=detail&cHash=cde43d7cfad9c9c8efe1fc21004dd67

5. **Kostenbeteiligung der Patienten im stationären Bereich steigt**

Versicherte müssen neben den Prämien zusätzlich über Franchise, Selbstbehalt und Spalkkosten (CHF 15.- pro Tag) direkt an die Kosten ihrer Behandlung beitragen. Heute wird diese Kostenbeteiligung nur auf dem, von den Krankenkassen finanzierten, Teil erhoben. Neu würden die Kassen sämtliche Leistungen zu 100% vergüten und deshalb auch die Kostenbeteiligung auf den vollen Betrag der Leistung einfordern. Der erläuternde Bericht zur Vorlage geht nicht auf diese Thematik ein.

6. **Position des SBK**

Der Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK würde im Grundsatz eine Vereinheitlichung der Finanzierung begrüssen, lehnt jedoch die aktuelle Vorlage der SGK-NR für eine einheitliche Finanzierung ab.

Damit die Vorlage die deklarierten Ziele erreichen, und der SBK einer solchen Veränderung des KVG zustimmen könnte, braucht es die folgenden Verbesserungen:

1. Auch die Tarifsysteme (somatisch stationär DRG und ambulant TARMED, TARPSY, etc.) werden einbezogen. Gerade mit TARPSY hätte man aktuell die Möglichkeit ein setting-übergreifendes Tarifierungssystem einzuführen und dessen Effekte zu evaluieren.
2. Eine patientenzentrierte und qualitätsbasierte Steuerung des gesamten Finanzierungssystems ist sichergestellt. Die relevanten Stakeholder, inklusive Leistungserbringer und Patienten, werden in die Steuerung involviert.
3. Die Steuerung des Systems- und der Finanzströme- ist demokratisch legitimiert, denn es geht um die Verwendung von Steuergeldern und obligatorischen Abgaben in Milliardenhöhe. Die Steuerung kann nicht den Kassen überlassen werden.
4. Zur Förderung der integrierten Versorgung wird die Integration / Zusammenarbeit zwischen Spitälern, Kliniken, Arztpraxen und stationären und ambulanten pflegerischen Organisationen verbessert und der jeweilige Koordinationsaufwand sichtbar gemacht und abgegolten.
5. Auf die massive finanzielle Besserstellung von Nicht-Listen Spitälern wird verzichtet.

15.08.2018, SBK Zentralvorstand



Berne, le 3. September 2018

Choisystrasse 1
Postfach
CH-3001 Bern
PC 30-1480-9
Tel. 031 388 36 36
Fax 031 388 36 35

E-Mail: info@sbk-asi.ch
Internet: www.sbk-asi.ch

Prise de position de l'ASI sur l'avant-projet de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique (CSSN-CN) du 19 avril 2018 concernant la modification de la LAMal (financement moniste iv. Pa. 09.528n)

Le projet mis en consultation

Avec cet avant-projet, la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSN-CN) vise trois objectifs :

- Encourager le transfert de prestations médicales du stationnaire à l'ambulatoire, quand cela fait sens du point de vue médical.
- Stabiliser les parts financées par les primes et les impôts concernant les frais de maladie relevant de l'assurance obligatoire des soins (OAS) – sans les soins de longue durée.
- Favoriser une tarification adéquate.

La nouvelle réglementation proposée devrait valoir pour toutes les prestations stationnaires et ambulatoires concernées par l'OAS, ce qui inclut la psychiatrie, la réhabilitation ainsi que les soins aigus et de transition. En revanche, les soins devraient être exclus du financement moniste. Cette revendication se réfère au nouveau régime de financement des soins, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2011, qui applique des réglementations de financement particulières.

Selon le modèle proposé, les caisses-maladie devront rembourser tous les traitements ambulatoires et stationnaires (monisme). Après déduction de la franchise et de la quote-part, les cantons devront contribuer à hauteur d'au moins 25,5% (CHF 7,5 milliards) des coûts résiduels¹. Le passage au financement moniste doit être effectué de telle manière que cantons et assureurs n'aient pas à en supporter les coûts.

Les cantons devront verser leur part (25,5%) à l'institution commune de la LAMal. Celle-ci transférera la contribution du canton à l'assureur, sur la base des coûts par assuré occasionnés aux assureurs. Contrairement à l'heure actuelle, la facturation des traitements stationnaires ne sera pas adressée aux cantons mais

¹ Source : Avant-projet et rapport explicatif de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national, 19 avril 2018.

uniquement à la caisse-maladie (ou, dans le système du tiers garant, à la personne assurée)

Le présent projet n'a pas été accepté à l'unanimité par la CSSN-CN. Il y a une requête de non-entrée en matière et des propositions de minorités relatives à des articles particuliers.

Evaluation de l'avant-projet par l'ASI et points-clés pour les soins infirmiers

Cette évaluation a été élaborée sur la base d'une consultation interne au sein des associations membres de l'ASI et d'expertises de spécialistes.

1. Le rôle des cantons en tant qu'organe de contrôle du système de santé sera fortement affaibli

Le pouvoir des assureurs sera accru dans les négociations tarifaires, étant donné que, dans un système moniste, ils feront partie des financeurs majoritaires. En principe, l'ASI ne voit pas d'objection à une simplification des remboursements. Cependant, le projet de la CSSN-CN est conçu de manière à transférer la compétence en matière de contrôle des cantons aux caisses-maladie. Les cantons devraient transférer l'argent du contribuable aux assureurs à hauteur d'environ 8 milliards de francs (25,5%) sans pouvoir influencer de manière significative les services proposés et la qualité.

2. On ne peut pas s'attendre à un ralentissement de la croissance des primes

La réforme proposée n'aura pas d'incidence sur deux des principaux facteurs de coûts du système de santé suisse: les incitations inopportunes en lien avec la structure tarifaire et le niveau des tarifs (TARMED pour le secteur ambulatoire et DRG pour le stationnaire). La simple réorientation d'un montant fixe de l'argent du contribuable ne corrigerait pas les incitations inopportunes, et n'aurait donc pas d'impact significatif sur le transfert du stationnaire à l'ambulatoire.

Une étude de PWC² montre qu'il y a davantage d'interventions stationnaires en Suisse qu'à l'étranger. L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a chargé l'Observatoire suisse de la santé (OBSAN) d'évaluer le nombre d'opérations stationnaires qu'il serait possible de réaliser en ambulatoire et les répercussions financières que cela générerait. Le rapport de l'OBSAN indique qu'en 2016, 33'000 opérations stationnaires auraient pu être effectuées en ambulatoire, ce qui correspond à une économie de 90 millions de francs, principalement pour les cantons. Les calculs ne révèlent pas d'incidence sur les primes.

Les cantons et la Confédération ont entrepris des mesures concrètes concernant les listes d'interventions. Au niveau fédéral, l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) sera modifiée à partir du 1^{er} janvier 2019. Six catégories³ d'opérations seront remboursées par l'assurance-maladie obligatoire uniquement si elles sont effectuées en ambulatoire. Une évaluation, qui se fera sur plus de trois ans, devra démontrer l'impact de ces mesures sur les patients, les prestataires de services et les assurances en termes de qualité et des coûts.

² PWC (2016). «Ambulatoire avant stationnaire. Ou comment économiser un milliard de francs chaque année.»

³ Observatoire suisse de la santé OBSAN.

3. Charge supplémentaire pour les payeurs de prime par un traitement plus favorable des hôpitaux non répertoriés

Les cantons utilisent actuellement des listes afin de définir les hôpitaux et cliniques pour lesquels ils supportent 55% des coûts des interventions. De leur côté, les caisses-maladie ont la liberté de conclure des contrats avec les hôpitaux non répertoriés, mais seuls 45% des frais médicaux peuvent être couverts par l'assurance de base, comme c'est le cas pour les hôpitaux répertoriés. Le reste sera assumé par les assurances complémentaires ou par les patients eux-mêmes. L'avant-projet de la CSSN-CN prévoit une hausse de la contribution de l'assurance de base à hauteur de 74.5%. Cette augmentation de 30% a pour but d'accroître considérablement l'attractivité des hôpitaux sous contrats (ceux qui ne se trouvent pas sur les listes cantonales des hôpitaux). L'assurance de base devra assumer ces coûts supplémentaires. Les assurances complémentaires deviendront ainsi à nouveau plus attractives.

4. L'effet positif postulé sur la promotion des modèles de soins intégrés n'aura pratiquement pas lieu, en particulier pour les soins

Les systèmes tarifaires, TARMED pour le domaine ambulatoire et DRG (et d'autres systèmes forfaitaires comme TARPSY) pour le secteur stationnaire, resteront inchangés. Etant donné que l'avant-projet exclut le financement des soins, on ne peut pas s'attendre à des effets positifs sur l'amélioration de la collaboration avec les différents contextes de soins (soins ambulatoires, en maison de retraites, à l'hôpital, en clinique, en réhabilitation).

Dans la présente proposition, les cantons devraient céder le contrôle et la coordination aux caisses-maladie et n'auraient pratiquement plus de possibilité de développer et contrôler eux-mêmes des modèles de soins intégrés. La qualité et l'efficacité de ces modèles dépendent en grande partie de l'autorité responsable de leur coordination. L'ASI estime que la sécurité des patients et la qualité des soins doivent être l'objectif premier de tout modèle de soins. Or, si les caisses-maladie étaient seules responsables de leur développement et de leur contrôle, il est à prévoir que les coûts et l'efficacité deviennent des thèmes de premier plan. La planification hospitalière par les cantons est également fortement affaiblie dans l'avant-projet, car les caisses seraient chargées d'indemniser les prestations et pourraient aisément définir d'autres fournisseurs de prestations (tels que des hôpitaux non répertoriés).

Les cantons particulièrement novateurs comme le canton de Vaud seraient ralentis: d'une part, parce qu'ils devraient céder la majeure partie du contrôle du système, d'autre part, parce que le financement uniforme proposé pénaliserait les cantons qui ont déjà transféré une partie de leurs services dans le domaine ambulatoire et introduit des modèles de soins intégrés. D'après la prise de position de la Conférence suisse des directeurs et directrices cantonaux de la santé (CDS), il faudrait prévoir des coûts supplémentaires à hauteur de plusieurs millions⁴.

⁴ www.gdk-cds.ch/index.php?id=402&no_cache=1&L=1&tx_news_pi1%5Bnews%5D=488&tx_news_pi1%5Bcontroller%5D=News&tx_news_pi1%5Baction%5D=detail&cHash=cde43d7fcfad9c9c8efe1fc21004dd67

5. La participation du patient aux coûts augmente dans le domaine stationnaire

En plus des primes, les assurés doivent directement contribuer aux coûts de leur traitement à travers la franchise, la quote-part et les frais hospitaliers (15 CHF par jour). Aujourd'hui, cette participation aux coûts n'est perçue que sur la part financée par les caisses-maladie. Les caisses devraient à l'avenir rembourser les prestations à hauteur de 100% et exigeraient aussi de ce fait une participation du patient au montant total de la prestation. Le rapport explicatif de l'avant-projet n'aborde pas ce sujet.

6. Position de l'ASI

L'Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI) est favorable à une uniformisation du financement, mais rejette l'avant-projet actuel de la CSSN-CN.

Pour atteindre les objectifs fixés et pour que l'ASI accepte une telle modification de la LAMal, les améliorations suivantes sont nécessaires:

1. Les systèmes tarifaires (DRG pour le domaine stationnaire et somatique, TARMED pour l'ambulatoire, TARPSY, etc.) sont inclus. Il y aurait justement la possibilité avec TARPSY d'introduire un système tarifaire valable pour tous les contextes de soins et d'en évaluer les effets.
2. Un pilotage de l'ensemble du système de financement centré sur le patient et basé sur la qualité est assurée. Les acteurs concernés, y compris les fournisseurs de prestations et les patients, sont impliqués dans le pilotage.
3. Le pilotage du système et des flux financiers est démocratiquement légitimé, car cela concerne l'argent du contribuable et des prélèvements obligatoires à hauteur de plusieurs milliards. Ce pilotage ne peut pas être cédé aux caisses.
4. Afin de favoriser des soins intégrés, l'intégration/collaboration entre les hôpitaux, cliniques, cabinets médicaux et les organisations de soins stationnaires et ambulatoires sera améliorée et les efforts de coordination respectifs rendus visibles et rémunérés.
5. L'amélioration massive sur le plan financier du traitement des hôpitaux non répertoriés est supprimée.

15.08.2018, Comité central de l'ASI

Nationalrat
Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit
3003 Bern

abteilung-leistungen@bag.admin.ch

scienceindustries
Wirtschaftsverband Chemie Pharma Biotech

Nordstrasse 15 · Postfach · 8021 Zürich
info@scienceindustries.ch
T +41 44 368 17 11
F +41 44 368 17 70

Zürich, 13. September 2018

09.528 Parlamentarische Initiative. Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus: Stellungnahme von scienceindustries

Sehr geehrte Damen und Herren

Am 15. Mai 2018 wurde die Vernehmlassung zu eingangs genannter Thematik eröffnet. scienceindustries, der Schweizer Wirtschaftsverband Chemie Pharma Biotech, nimmt mit Blick auf die indirekte Betroffenheit zahlreicher Mitgliederfirmen gerne zur Vorlage Stellung.

Trend zu mehr ambulanter Versorgung

Der medizinische Fortschritt macht es möglich, therapeutische Versorgung, welche früher den stationären Spitalaufenthalt des Patienten erforderte, zunehmend im ambulanten Bereich zu erbringen. In allen Fällen, in welchen die ambulante Versorgung eine äquivalente Therapie gewährleistet, ist eine solche einer stationären Versorgung nur schon deshalb vorzuziehen, weil sie in der Regel auch dem Bedürfnis der Patientinnen und Patienten nach rascher Rückkehr in die gewohnte häusliche Umgebung entspricht. Kommt hinzu, dass die ambulante Behandlung im Vergleich zur stationären Versorgung erfahrungsgemäss kostengünstiger ist. Unter dieser Prämisse ist die zunehmende Verlagerung von teuren stationären Leistungen in den kosteneffizienten ambulanten Bereich deshalb im Grundsatz zu begrüssen.

Unerwünschte Auswirkungen

Aufgrund des heute gültigen Finanzierungssystems führt indes eine eben durchaus gewollte Verlagerung der Behandlungen vom stationären in den ambulanten Bereich zu Verzerrungen. Denn die zu erwartenden Einsparungen bei den Gesundheitskosten kämen in weit grösserem Ausmass den Kantonen zugute, die den grösseren Kostenanteil bei stationären Behandlungen tragen, währenddem sie sich an den ambulanten Kosten nicht beteiligen. Es träte resp. tritt möglicherweise bereits der vielmehr paradoxe Effekt einer gesteigerten Prämienbelastung der einzelnen Bürgerinnen und Bürger ein, auch wenn die Verlagerung effektiv zu Einsparungen führt. Denn die zunehmende Verlagerung von mehrheitlich steuerfinanzierten stationären hin zu vollständig prämierten ambulanten Leistungen muss alleine von den Prämienzahlenden

geschultert werden. Davon empfindlich betroffen sind insbesondere Prämienzahlende, die knapp nicht in den Genuss einer Prämienverbilligung kommen. Ein solcher Effekt erscheint aus sozialpolitischen Überlegungen als unerwünscht und es gilt eine ausgleichende Lösung in diesem Dilemma zu finden, wobei die Interessen der Prämienzahlenden sowie der Kantone gleichsam zu berücksichtigen sind.

Die einheitliche Finanzierung kann dem gegenüber die Grundlage zur Erzielung wesentlicher Fortschritte im Schweizer Gesundheitswesen schaffen. So wird die Ausgangslage zur Wahl der effizientesten Versorgung verbessert, weil die Kantone sowie die Krankenversicherer dieselben Anreize haben, was sich insgesamt in geringeren Gesamtkosten äussern müsste. Zudem wird die medizinisch zunehmend möglich werdende, gesamtwirtschaftlich sinnvolle und politisch gewollte Verlagerung von stationärer zu ambulanter Behandlung mit einer Mitbeteiligung der Kantone an der Finanzierung der ambulanten Versorgung sozialverträglicher gemacht. Schliesslich erleichtert eine einheitliche Finanzierung unseres Erachtens die Förderung integrierter Versorgungsmodelle und damit einhergehend die Aussicht auf Kosteneinsparungen aufgrund von Effizienzgewinnen. Gerade in einer alternden Gesellschaft mit steigender Anzahl chronisch kranker Menschen erscheinen solche Modelle mehr und mehr als unabdingbar und die Anreize müssen so gesetzt werden, dass solche auch greifen können.

Unterstützung einer einheitlichen Finanzierung

Die anhaltenden Diskussionen um den Zustand des Schweizer Gesundheitswesens befassen sich zwischenzeitlich fast ausschliesslich mit der steigenden Kostenentwicklung und dem diesbezüglichen Handlungsbedarf. Unseres Erachtens geht in dieser Debatte der gleichzeitig laufend gesteigerte Nutzen zahlreicher neuer wie auch optimierter bewährter Therapien leider unter. Die Reduktion der gesundheitspolitischen Debatte auf eine reine Kostendiskussion ist aber nicht zielführend und es muss deshalb Raum für einen offeneren Diskurs geschaffen werden. Mit einer verbesserten Finanzierung von ambulant und stationär erbrachten Leistungen bietet sich eine Möglichkeit zur Reduktion von divergierenden Systemanreizen, zur Effizienzsteigerung und zu einer sozialverträglicheren Lastenverteilung der Gesundheitskosten. In der Annahme, dass eine entsprechende Verlagerung von Leistungserbringungen zu Kosteneinsparungen führen wird, begrüsst scienceindustries eine einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen.

Es ist uns bewusst, dass die Einführung einer entsprechenden, einheitlichen Finanzierung einer grundlegenden Reform unseres Gesundheitswesens auf nationaler Ebene gleichkommt. Da die Kantone neu die ambulante Versorgung mitfinanzieren würden, erscheint die Forderung vieler Kantone nach Mitsteuerungsmöglichkeiten im ambulanten Bereich als begründet und nachvollziehbar. Dem Begehren der Kantone ist deshalb mit der Schaffung entsprechender Steuerungsinstrumente für den ambulanten Bereich zu entsprechen. Dabei ist den finanzpolitischen Interessen der Kantone genügend Rechnung zu tragen und ein Lösungsansatz zu erarbeiten, der eben Einsparmöglichkeiten realisiert und diese dann sozialverträglich allen Beteiligten zugutekommen lässt. scienceindustries lehnt eine zusätzliche Belastung der kantonalen Budgets genauso ab, wie eine sozialpolitisch kritische Mehrbelastung der Prämienzahler. Die Lösung muss in einer kostenneutralen Beseitigung von Fehlanreizen, einer Steigerung der Behandlungseffizienz und einer gerechten Verteilung der Kostentragung liegen.

Für die Berücksichtigung unserer Anliegen danken wir Ihnen.

Freundliche Grüsse

Dr. Stephan Mumenthaler
Direktor

Jürg Granwehr
Leiter Pharma Schweiz

Kopie an:

- ASSGP
- Intergenerika
- Interpharma
- vips

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

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : senesuisse, Verband wirtschaftlich unabhängiger Alters- und Pflegeeinrichtungen Schweiz

Abkürzung der Firma / Organisation : senesuisse

Adresse : Kapellenstrasse 14, 3011 Bern

Kontaktperson : Christian Streit, Geschäftsführer

Telefon : 058 796 99 19

E-Mail : info@senesuisse.ch

Datum : 14.09.2018

Wichtige Hinweise:

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

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

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

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
senesuisse	Weil die Finanzierung für senesuisse als Verband der wirtschaftlich unabhängigen Alters- und Pflegeinstitutionen eine Grundvoraussetzung für das Funktionieren des Gesundheitssystems darstellt, erhalten Sie in der angesetzten Frist diese Stellungnahme. Nachdem die GDK als Voraussetzungen zur Einführung von EFAS ausdrücklich auch die einheitliche Finanzierung der Langzeitpflege (Spitex/Pflegeheime) gefordert hat, sind wir auch ganz direkt betroffen.
senesuisse	Im Jahr 1996 wurde der Verband senesuisse gegründet. Seither vertritt er die Interessen und Anliegen von Leistungserbringern im Bereich der Langzeitpflege. Mehr als 400 Institutionen mit rund 25'000 Pflegeplätzen sind Mitglied.
senesuisse	Als Verband der nicht subventionierten Alters- und Pflegeinstitutionen setzt sich senesuisse seit jeher für wirtschaftliche und deregulierende Lösungen in allen Bereichen ein und wehrt sich gegen ständig steigende Bürokratie und zusätzlichen Administrativaufwand, die niemandem nützen. Entsprechend den Prämissen von Wirtschaftlichkeit, Selbstverantwortung, Freiheit und angemessener Finanzierungsregelungen begrüssen wir die einheitliche Finanzierung von gleichen Leistungen. Damit werden Fehlanreize beseitigt und der Fokus wird auf die echten Patientenbedürfnisse gelegt. So haben die am besten geeigneten Leistungen und Leistungserbringer mit optimalem Qualitäts-/Preisverhältnis die beste Ausgangslage.
senesuisse	Als Verband der wirtschaftlich denkenden Alterspflegeinstitutionen ist senesuisse immer wieder mit Situationen konfrontiert, in welchen nicht der Mensch mit seinen Bedürfnissen und Möglichkeiten im Zentrum steht, sondern die Finanzierung. Es bestehen sowohl in der Spital- als auch Langzeitpflege grosse Unterschiede zwischen der Finanzierung von ambulanten und stationären Angeboten. Dies kann nicht im Interesse der Patienten, aber auch nicht in jenem der Prämien- und Steuerzahler sein. Entsprechend macht eine einheitliche Finanzierung Sinn, welche Fehl- und Überversorgung einschränkt und die integrierte Versorgung mit effizienten Patientenpfaden stärkt. Das System sollte in jedem Fall von einer nationalen Tariforganisation getragen und gesteuert werden, damit Blockierungen und Gerichtsverfahren in komplexen Tariffragen möglichst verhindert und die Ausfinanzierung wirtschaftlicher Leistungen garantiert werden können.
senesuisse	Den besten Mehrwert bringt die reine Subjektivfinanzierung, in welcher eine Person nach ihren konkreten Bedürfnissen nach klarer Kostentransparenz finanziert wird – unabhängig vom Leistungserbringer, welchen sie im besten Fall komplett selbstbestimmt wählen kann. Dies wäre nicht nur die patientenfreundlichste Lösung, sondern würde auch sinnvollen Wettbewerb ermöglichen. Für den Bereich der Langzeitpflege, in welcher eine vom Leistungserbringer unabhängige Finanzierung je nach Unterstützung und Infrastruktur noch viel wichtiger ist, hat denn das Gottlieb Duttweiler Institut im Auftrag von senesuisse auch eine Studie erarbeitet, wie ein optimales Finanzierungsmodell aussehen müsste: http://www.gdi.ch/Media/GDI_Senesuisse_Pflege.pdf .

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

senesuisse	<p>Der Verband senesuisse äussert sich bewusst nicht zu den Details der vorgeschlagenen Gesetzesregelungen, zumal diese den Bereich der Spitäler betreffen. In Anlehnung an die allgemein geführte Diskussion halten wir aber folgende Eckpunkte fest, welche bei einer einheitlichen Finanzierung zu gewährleisten sind - besonders dann, wenn der Bereich der Langzeitpflege (Spitex/Heime) hinzu kommen sollte:</p> <ul style="list-style-type: none">- Die Finanzierung der Pflegeleistungen muss patientenorientiert erfolgen – nicht angebotsorientiert; es müssen also vom Leistungserbringer (ambulant, stationär, teilstationär) komplett unabhängige, auf den Patienten und seine Bedürfnisse harmonisierte Finanzierungsregeln gelten.- Die Kostentransparenz und Kostenwahrheit wird sichergestellt, indem die Finanzierung der wirtschaftlichen Vollkosten berücksichtigt wird (verbindliche Definition von Mindestleistungen, woraus die entsprechende datenbasierte Vollkostenfinanzierung errechnet und bezahlt wird), damit nicht auf Kosten der Patienten aus rein finanziellen Gründen über Mass gespart wird.- Die integrierte Versorgung muss gefördert werden, um die Übergänge zwischen ambulant und stationär zu erleichtern (im Bereich der Langzeitpflege namentlich die sinnvollen Angebote von Betreutem Wohnen).- Die Anteile der verschiedenen Kostenträger an der Pflegefinanzierung bleiben stabil, um schleichende Kostenverschiebungen zu vermeiden.- Indem nur noch ein Zahler (vorzugsweise nicht allein die Versicherer, sondern ein gemeinsames Gefäss mit den Kantonen, welches paritätisch zusammengesetzt ist) für die Rechnungen aufkommt, kann der administrative Aufwand für Leistungserbringer und Zahler verringert werden.- Die Schaffung einer nationalen Einrichtung für Tarifstrukturen (analog SwissDRG) mit gleichmässiger Beteiligung von Bund, Kantonen, Versicherern und Leistungserbringern ermöglicht, Streitigkeiten in der Regel ohne Blockaden oder Gerichtsverfahren zu beseitigen.- Längerfristig ist die Realisierung einer reinen Subjektfinanzierung anzustreben (bezahlung einer Pauschale an die Patienten gemäss dem festgestelltem Bedarf), welche Transparenz schafft und unnötige Reibungen zwischen den unterschiedlichen Leistungserbringern beseitigt.
-------------------	--

**Änderung des 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)
senesuisse	25a	2		<p>Entgegen dem Prinzip, dass wir uns zur EFAS im Bereich der Spitäler nicht äussern wollen, müssten wir es betreffend die Regelung zur Übergangspflege wegen dieser praxisfremden Gesetzesbestimmung tun.</p> <p>Hauptzweck der AÜP ist, nach einem Spitalaufenthalt einen Übergang anzubieten, der den medizinischen oder psychiatrischen Bedürfnissen und der Rekonvaleszenz entspricht, damit Patienten ihre Selbständigkeit im Alltag wieder erlangen. Die Erfahrung zeigt, dass dies in vielen Fällen mit 14 Tagen Maximaldauer nicht realistisch ist. Die heutige Finanzierung der AÜP bietet zudem keinen Anreiz, das Angebot in Heimen zu nutzen (obwohl die Infrastruktur gerade für ein solches Angebot ideal wäre), weil dort der ganze Aufenthalt selber zu bezahlen ist.</p>	<p>Die Übergangspflege muss mindestens 4 Wochen (bedarfsweise zusätzlich einmal verlängerbar) statt nur 14 Tage möglich sein. Zudem ist sie wie vorgelagerte Behandlungen einer akuten Krankheit zu finanzieren: Inklusive anfallender Hotellerie- und Betreuungskosten.</p>

Per Mail übermittelt

BAG

Abteilung Leistungen

abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Bern, 14. September 2018

Stellungnahme zur Parlamentarischen Initiative 09.528: Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus

Sehr geehrter Herr de Courten
Sehr geehrte Damen und Herren

Der Vorstand der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM) bedankt sich bestens für die freundlicherweise eingeräumte Möglichkeit zur Stellungnahme. Die SGAIM hat sich intensiv mit den Revisionsvorschlägen zur parlamentarischen Initiative auseinandergesetzt und nimmt dazu innert der gesetzten Frist Stellung.

Die SGAIM begrüsst grundsätzlich die Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand und damit die Einführung des Monismus. Ob eine medizinische Leistung stationär oder ambulant erbracht wird, darf sich einzig an medizinischen Indikatoren orientieren und nicht auf Basis finanzieller Überlegungen folgen. Dass in der Schweiz nach wie vor viele Eingriffe stationär vorgenommen werden, obwohl sie aus medizinischer Sicht auch ambulant durchgeführt werden könnten, erachtet die SGAIM nicht nur aus Kostengründen, sondern insbesondere auch unter dem Aspekt der medizinischen Qualitätsansprüche als störend. Die SGAIM stellt sich gegen jegliche Verschwendung im Gesundheitswesen, da die beschränkten finanziellen Mittel immer für die beste Behandlung aller Patient/-innen eingesetzt werden sollen und nicht in administrative Abläufe und unnötige Behandlungen investiert werden dürfen. Diesbezüglich muss bei der Umsetzung der Parlamentarischen Initiative besonders darauf geachtet werden, dass der administrative Aufwand durch die Einführung der einheitlichen Finanzierung effektiv abnimmt und nicht weiter zunehmen wird. Nach Einführung des SwissDRG Systems (Fallpauschale) musste leider festgestellt werden, dass die administrativen Arbeiten im stationären Bereich enorm zugenommen haben. Da die Rechnungsstellung mit der Einführung der monistischen Finanzierung nur noch an die Versicherung erfolgen soll, lässt zumindest zu hoffen, dass der administrative Aufwand für Spitäler dadurch abnehmen dürfte, was sehr erstrebenswert ist.

Die beabsichtigte Verlagerung von stationär zu ambulant darf insbesondere auch im Hinblick auf die medizinische Versorgung von älteren und multimorbid erkrankten Patient/-innen nicht einseitig unter dem finanziellen Aspekt beurteilt werden. Hierbei ist der zum Teil komplexen medizinischen und sozialen Situation dieser Patient/-innen Rechnung zu tragen, ohne dass dadurch ein enormer administrativer Aufwand betrieben werden muss. Die SGAIM ist ebenso der Ansicht, dass allein die Einführung der einheitlichen Finanzierung noch nicht zwingend zu einer Verbesserung der integrierten Versorgung führt. Hierzu werden weitere Massnahmen notwendig sein. Die Favorisierung der ambulanten

Behandlung darf insbesondere nicht dazu führen, dass der stationäre Bereich der Allgemeinen Inneren Medizin weiter geschwächt wird. Die SGAIM erachtet es im Gegenteil als zwingend notwendig, dass dem Generalismus in den Spitälern gerade auch im Hinblick auf die Verschiebung der interventionellen Eingriffe vom stationären in den ambulanten Bereich eine noch zentralere Bedeutung zukommt.

Die Einführung der monistischen Finanzierung darf ebenso nicht dazu führen, dass im Bereich der ärztlichen Weiterbildung wie auch der medizinischen Forschung sowie bei den gemeinwirtschaftlichen Leistungen von Seiten der Kantone gespart wird. Bei einer Verlagerung von stationär zu ambulant ist ein besonderes Augenmerk auch auf die Weiterbildung im ambulanten Bereich zu richten. Da zu erwarten ist, dass die finanzielle Belastung der Kantone unter dem Aspekt, dass sie die Langzeitpflege mitfinanzieren (Restfinanzierung), zukünftig zunehmen wird, ist die Befürchtungen nicht von der Hand zu weisen, dass die Kantone in den für die Qualität eminent wichtigen Bereichen sparen werden. Gerade im Hinblick auf die Weiterbildung von Allgemeininternist/-innen und darunter auch Hausarzt/-innen besteht nach wie vor ein erheblicher Nachholbedarf. Diesem Aspekt muss allgemein aber auch unter dem Eindruck eines neuen Finanzierungsmodells besondere Beachtung geschenkt werden.

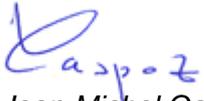
Kritisch stellt sich die SGAIM zum Vorschlag, dass bei den Vertragsspitalern neu im Bereich der OKP maximal 74.5 Prozent der Kosten (statt wie bisher 45 Prozent) übernommen werden sollen. Es ist nicht ersichtlich, wieso in diesem Bereich eine Verschiebung zwischen dem OKP Bereich und den Zusatzversicherungen erfolgen soll. Diesbezüglich kann die SGAIM die Forderung der Kantone nach grösstmöglicher Transparenz nur unterstützen. Es stellt sich die Frage, ob mit dieser neuen Regelung nicht einer Überkapazität im stationären Bereich Vorschub geleistet wird, da die Relevanz kantonaler Spitalplanung im Vergleich zu heute abnehmen würde. Den Kantonen sollten allgemein Kontroll- und Steuerungsmöglichkeiten – allenfalls auch auf überregionale Ebene – eingeräumt werden, um allfälligen Überkapazitäten zu reduzieren oder zu verhindern.

Fraglich erscheinen der SGAIM mit der geänderten Finanzierung auch die Auswirkungen auf den spitalambulanten Bereich. Es bleibt abzuwarten, ob aufgrund dieser Entwicklung weitere Infrastrukturmassnahmen im Bereich der Spitalambulanz notwendig sein werden, und wie diese Investitionen finanziert werden sollen.

Auf eine detaillierte Kommentierung der einzelnen Artikel verzichtet die SGAIM. Wir danken Ihnen für die freundliche Kenntnisnahme und Berücksichtigung dieser Überlegungen.

Freundliche Grüsse

Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM)



Jean-Michel Gaspoz
Prof. Dr. med.
Co-Präsident



Bernadette Häfliger Berger
Rechtsanwältin
Generalsekretärin



François Héritier
Dr. med.
Co-Präsident

Kopie geht an:

- FMH
- mfe
- ICKS

Thomas de Courten
Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit
Nationalrat
CH-3003 Bern

abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Bern, 14. September 2018

**Vernehmlassung zu 09.528 Parlamentarische Initiative.
Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand.
Einführung des Monismus – Eröffnung des Vernehmlassungsverfahrens.**

Stellungnahme der Schweizerischen Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie (SGDV)

Sehr geehrter Herr Nationalrat de Courten
Sehr geehrte Damen und Herren Nationalräte

Wir danken Ihnen für die Einladung zur Stellungnahme zu oben genannter Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung. Gerne nehmen wir nachfolgend Stellung dazu.

A. Einleitende Bemerkungen

Die SGDV unterstützt die Einführung einer einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen. EFAS ist ein wichtiges und taugliches Mittel, um Fehlanreize zu vermeiden, die Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich sowie die integrierte Versorgung zu fördern.

Die Verlagerung in den ambulanten Bereich in indizierten Fällen kann dank und mittels EFAS vollzogen werden, ohne dadurch eine übermässige und aus sozialpolitischer Sicht problematische Mehrbelastung der Prämienzahler zu verursachen. Die Entscheidung, ob eine Behandlung ambulant oder stationär durchgeführt werden soll, muss immer bei dem/der für die Behandlung verantwortlichen Arzt/Ärztin liegen.

EFAS wird dazu beitragen, sowohl die Effizienz als auch die Qualität im Gesundheitswesen zu steigern; beides sind erwünschte Effekte.

Die heutigen Bemühungen der Kantone, eine Verlagerung in den ambulanten Bereich zu erreichen, gehen bei der heutigen Finanzierung zu Lasten der Prämienzahler und Krankenversicherer, beide haben aufgrund der negativen Auswirkung auf die Prämienentwicklung kaum Interesse an einer Verlagerung in den ambulanten Bereich. Eine aus medizinischer Sicht gerechtfertigte Verlagerung in den ambulanten Bereich wird sich erst dann konsequent durchsetzen lassen, wenn alle Parteien davon profitieren.

Zahlstelle und Datentransfer

Die gemeinsame Einrichtung der Krankenversicherer eignet sich als alleinige Zahlstelle. Die Versicherer haben ein grosses Interesse an einer professionellen Rechnungskontrolle, da sie dadurch einen Anstieg der Kosten, aber auch der Prämien verhindern können. Inwiefern eine zusätzliche Kontrolle durch die Kantone diesen einen Mehrwert bringen könnte, zeigen die Kantone nicht auf. Sie dürften selbst ein grosses Interesse daran haben, keine kostspieligen parallelen Organisationen aufbauen oder unterhalten zu müssen. Die Rechnungskontrolle liegt im Interesse beider Kostenträger, entgegenstehende Interessen in dieser Sache sind nicht auszumachen, weshalb das Risiko einer mangelhaften Rechnungsprüfung durch die gemeinsame Einrichtung für die Kantone wohl äusserst gering sein dürfte.

Die Krankenversicherer verfügen heute bereits über eine gemeinsame Einrichtung. Diese wird als Zahlstelle tätig sein, und sie wird die von den Kantonen und dem Bund entrichteten Beiträge empfangen und diese auf die Versicherer aufteilen. Es bietet sich aufgrund dieser Funktion der gemeinsamen Einrichtung deshalb an, ihr weitere Aufgaben im Zusammenhang mit EFAS zu übertragen. Dazu gehört nach Einschätzung der SGDVG auch die Entgegennahme der von Bund, Kantonen und Versicherern gelieferten Daten, welche für die Berechnung der Kantons- und Bundesbeiträge notwendig sind. Auch in diesem Zusammenhang soll aus Gründen der Effizienz vermieden werden, dass mehrere Stellen als Datenempfänger tätig sind, und dafür entsprechende Organisationen aufbauen oder unterhalten.

Risikoausgleich

Der Risikoausgleich muss auch für den Kantonsanteil übernommen werden. Selbst wenn der Kantonsanteil nur einen Viertel der Gesamtkosten ausmacht, ist dessen Berücksichtigung beim Risikoausgleich wichtig. Immerhin würde der heute bereits vorgesehene Anteil für den Risikoausgleich um ein Drittel erhöht. Die SGDVG unterstützt deshalb den diesbezüglichen Minderheitsantrag zu Art 60a. Dieser ist aufgrund seiner komplizierten Formulierung aber schwer verständlich, weshalb eine einfachere Formulierung gefunden werden sollte.

Steuerung durch die Kantone

Ein Zulassungsstopp zur Steuerung der ambulanten Versorgung durch die Kantone ist mit Art. 55a KVG bereits in Kraft. Im Zusammenhang mit EFAS wird kein zusätzlicher Steuerungsbedarf aufgezeigt, aber ein solcher behauptet. Da EFAS lediglich zu einer Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich führen wird, wodurch der Bedarf im ambulanten Bereich steigen wird, kann sich die SGDVG nicht vorstellen, was eine zusätzliche Steuerung im Sinne einer Beschränkung ambulant tätiger Leistungserbringer für Vorteile bringen würde. Im Gegenteil müsste dieser Bereich zu Lasten der stationären Versorgung ausgebaut werden. Falls es darum gehen sollte, den spitalinternen ambulanten Bereich gegenüber dem spitalexternen zu bevorzugen, müsste geprüft werden, ob dies ein kosteneffizientes und zu unterstützendes Ziel wäre.

B. Bemerkungen zu den einzelnen Artikeln

Nachfolgend kommentieren wir die Gesetzesentwürfe nur, falls wir von der Mehrheit SGK-N abweichende oder ergänzende Vorstellungen haben.

Art. 60 Abs. 6

Die gemeinsame Einrichtung der Krankenversicherer soll die Funktion als alleinige Zahlstelle übernehmen. Eine doppelte Rechnungsprüfungs- und Zahlstelle würde unnötige organisatorische und finanzielle Aufwände mit sich bringen. Einerseits müssten die Kantone entsprechende Organisationen aufbauen oder weiter betreiben, andererseits wären die Leistungserbringer mit doppelter Rechnungstellung mehrbelastet. Das würde den erwünschten Effizienzgewinn durch die Einführung

von EFAS in Frage stellen. Der erhöhte Aufwand in der Rechnungsstellung würde im System des Tiersgarant auch den Patienten treffen.

Da bereits eine gemeinsame Einrichtung besteht, welche sich um die Rechnungsstellung kümmert und weitere Vollzugsaufgaben übernehmen kann, bietet es sich aus Sicht der SGDVG an, dass die für die Berechnung der Kantons- und Bundesbeiträge notwendigen Daten an diese Einrichtung geliefert werden.

Art. 60a

Die SGDVG unterstützt den Minderheitsantrag, weil der Risikoausgleich über die gesamten Behandlungskosten abgewickelt werden muss. Allerdings erscheint uns die von der Minderheit vorgeschlagene gesetzliche Regelung zu komplex, was ihre Chancen im politischen Prozess verringert. Die Kommission soll einen einfachen und verständlichen Gesetzestext entwickeln, welcher den Risikoausgleich auch auf den Kantonsbeitrag ausdehnt.

Schlusstitel

II Abs. 2

Eine Steuerung der Zulassung ist bereits heute möglich. Sie muss im Zusammenhang mit einer Verlagerung von Leistungen nicht ausgebaut werden. EFAS provoziert keine Mengenausweitung, aber einen erhöhten Bedarf von ambulanten verbunden mit einer ebensolchen Verringerung von stationären Kapazitäten. Dieser ambulante Mehrbedarf muss abgedeckt werden, weshalb eine kantonale Steuerung im Sinne einer Verringerung von ambulanten Kapazitäten unerwünscht ist.

Dem Minderheitsantrag betreffend die Koordination des Inkrafttretens mit dem Inkrafttreten einer Nachfolgeregelung von Art. 55a KVG ist deshalb nicht zu folgen.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. med. Carlo Mainetti
Präsident SGDVG

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

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie

Abkürzung der Firma / Organisation : SGP

Adresse : Rue de l'Hôpital 15, Postfach 1380, 1701 Freiburg

Kontaktperson : Claudia Baeriswyl, Generalsekretärin

Telefon : 026 350 33 44

E-Mail : secretariat@swiss-paediatrics.org

Datum : 30.07.2018

Wichtige Hinweise:

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

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

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

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung (DER BEGRIFF «KINDER» BETRIFFT KINDER UND JUGENLICHE BIS ZUM ALTER VON 18 JAHREN)
SGP	<p>Die SGP verfolgt bezüglich der Finanzierung der Gesundheitsleistungen für Kinder folgende kurz- und mittelfristigen Ziele:</p> <p>(1) UNTERSTÜTZUNG des Dachverbands mfe bezüglich der Hausarztmedizin für Kinder (Praxispädiatrie, ambulante Grundversorgung). Die SGP schliesst sich bezüglich ambulanter Grundversorgung in Kinder- und Jugendmedizin der Stellungnahme des Berufsverbands Haus- und Kinderärzte Schweiz mfe an.</p> <p>(2) VERBESSERUNG der Finanzierung der ambulanten pädiatrischen Sekundär- und Tertiärversorgung (spezialärztliche Leistungen, die in der Schweiz praktisch ausschliesslich in den Spitalambulatorien der öffentlichen Kinderspitäler/Kinderkliniken erbracht werden).</p> <p>(3) VERBESSERUNG der Finanzierung der ambulanten Interventionen an Kindern (Untersuchungen in Sedation/Narkose, ambulante Eingriffe).</p> <p>(4) HALTEN der Finanzierung der stationären Grund- bis Tertiärversorgung (Katalog SwissDRG und Fallpauschalen) mit Verbesserung der sachgerechten Abbildung der Leistungen.</p>
SGP	<p>Die SGP unterstützt die Revision (Monismus, EFAS), falls</p> <p>(1) sie dazu beiträgt, das strukturelle Defizit der ambulanten Spitalpädiatrie zu beheben.</p> <p>(2) die Vergütung von ambulanten Interventionen an Kindern nachhaltig verbessert wird (Sedation, Narkose, chirurgischer Eingriff).</p> <p>(3) die Krankenkassen die Kosten- und Vergütungsstruktur für Kinder und Jugendliche separat ausweisen (Art. 60a, Minderheit).</p> <p>(4) einer unilateralen Selbstoptimierung der Krankenkassen wirksam vorgebeugt wird.</p> <p>(5) sie zu einer Abflachung der Prämienentwicklung für Familien mit kleinen und mittleren Einkommen führt.</p>
SGP	<p>Die SGP befürchtet, dass</p> <p>(1) die Revision weiterhin nicht zu einer sachgerechten Vergütung der Leistungen für Kinder führt.</p> <p>(2) Kantone ungenügende Steuerungswerkzeuge erhalten, um die bedarfsgerechte Vergütung für unterfinanzierte Gruppen zu kompensieren und dass kantonale Unterschiede Verzerrungen beibehalten, die bereits jetzt die Vergleichbarkeit stören. Die ab 2019 kantonal geregelte Zulassungssteuerung für Ärzte ist aus Sicht der SGP ungenügend. In der Kindermedizin droht nicht eine kostentreibende Überversorgung wie in verschiedenen Spezialgebieten der Erwachsenenmedizin (Daten Gesundheitsobservatorium Obsan, Publikation August 2018). Vielmehr ist</p>

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

	<p>sicherzustellen, dass die Kantone steuern können, dass die spezialärztliche Versorgung von Kindern künftig sachgerecht vergütet wird. Deshalb unterstützt die SGP den Standpunkt der Minderheit zu Art. 60a.</p> <p>(3) Krankenkassen als primäre Kostenträger ungenügend durch die Kantone und Bund kontrolliert werden.</p>
SGP	<p>Die VERLAGERUNG von stationären Leistungen in den ambulanten Bereich ist in der Pädiatrie anders zu gewichten als in der Erwachsenenmedizin. Sie ist in der Praxis bereits weitgehend vollzogen, aber ungenügend finanziert. Bereits jetzt bieten die Spitäler die stationär-ambulante Versorgung für die Sekundär- und Tertiärversorgung von Kindern aus einer Hand oder in enger Kooperation mit den pädiatrischen Grundversorgern und der Kinder-Spitex an. Hier muss die Revision die Kostenträger dazu zwingen, ambulante Leistungen zu vergüten, wenn dadurch die Summe der stationären+ambulanten Fallkosten gesenkt wird.</p>
SGP	<p>Die SGP fordert, dass bei der Anwendung eines Gesamtkostendachs (Globalbudget) die Kindermedizin zu Ungunsten der Erwachsenenmedizin gefördert werden kann. Neben gesellschaftlichen und ethischen Werten, für die ein allgemeiner Konsens zur Respektierung der Bedürfnisse von Kindern besteht, ist die Gesunderhaltung in diesem Alterssegment auch volkswirtschaftlich pro Kopf die nachhaltigste Investition (z.B. QALY von präventiven und therapeutischen Massnahmen). Zudem sind absolute Kostenveränderungen zugunsten von Kindern im Gesamtrahmen von geringer Bedeutung. Deshalb müssen Hebel so wirksam sein, dass die Finanzierung bei vorgegebenem Globalbudget asymmetrisch zugunsten der Kinderpopulation reguliert werden kann. Dafür ist der Kantonsanteil geeignet.</p>
SGP	<p>Die SGP fordert, dass der gesamte MTK Bereich (IV) ohne Einschränkungen in das neue System integriert wird. Ca. 30% der Deckung der stationären Kosten der Kinderspitäler/Kinderkliniken erfolgt über die IV. Ohne Integration der IV bewirkt die Revision für die Kindermedizin nicht den Zweck der Finanzierung aus einer Hand. Diese Dualität belastet die Leistungserbringer mit einem unnötigen administrativen Mehraufwand.</p>
SGP	<p>Die Kinderspitäler und Kinderkliniken sind vorwiegend ÜBERKANTONALE Leistungserbringer. Wie verändert die Revision die in der sekundären und tertiären Kindermedizin fragwürdige Praxis, dass Kantone Einfluss nehmen, damit Patienten aus einzig monetären und nicht qualitätsorientierten Gründen in eigenen Institutionen betreut werden? Wie verändert die Revision die Abgrenzung und Abgeltung für Patienten, die ausserkantonale behandelt werden?</p> <p>Die Revision muss eine Systemvereinfachung bewirken, weil die Qualitätssicherung der Sekundär- und Tertiärpädiatrie keine kantonalen Grenzen respektieren kann (Stichwort «minimale Fallzahlen»).</p> <p>Wie wird künftig sichergestellt, dass sich Kantone, die über keine Kinderspitäler oder keine tertiären Kinderspitäler verfügen, an den gemeinwirtschaftlichen Leistungen der im Behandlungsprozess nachgeschalteten Institutionen beteiligen?</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)
SGP	18	2		Die SGP unterstützt die Minderheit.	
SGP	18	5		Die SGP unterstützt die Minderheit.	
SGP	60	a	2	Die SGP unterstützt die Minderheit. Versicherer sollen Kosten für die genannten Gruppen ermitteln. Kantone sollen die Möglichkeit haben, innerhalb des gesprochenen Globalbudgets Beiträge spezifisch Gruppen wie Kindern zuzusprechen. Versicherer sollen verpflichtet sein, solche Beiträge gruppenspezifisch einzusetzen, um so kurzfristig eine sachgerechte Vergütung der Leistungserbringer zu ermöglichen.	

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.

Schweizerische Gesellschaft für Spinalchirurgie
c/o MediCongress GmbH
Auenstrasse 10
8600 Dübe

Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen
Schwarzenburgstrasse 157
CH—3003 Bern

abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Dübendorf, den 11. September 2018

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

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 15. Mai 2018 hat der Präsident der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-N) die Vernehmlassung in obengenanntem Geschäft mit Frist bis 15. September 2018 eröffnet. Wir lassen Ihnen nachstehend die Stellungnahme der SGS fristgerecht zukommen.

1. Allgemeine Bemerkungen

Die SGS befürwortet die Einführung der Finanzierung der OKP-Pflichtleistungen aus einer Hand, wie sie von der SGK-N vorgeschlagen wird.

Hingegen lehnt die SGS die von einer Minderheit der SGK-N vertretene Auffassung, wonach auf die Vorlage nicht einzutreten sei, weil diese neue Fehlanreize schaffe und die Kantone zu einer Mitfinanzierung des ambulanten Bereichs verpflichte ohne ihnen entsprechende Steuerungsmöglichkeiten zu geben, dezidiert ab.

Die SGS begrüsst die drei Zielsetzungen der Vorlage:

- Förderung einer Verlagerung von Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich, wo dies medizinisch sinnvoll ist;
 - Stabilisierung der prämien- und steuerfinanzierten Anteile an den obligatorisch versicherten Krankheitskosten (ohne Langzeitpflege);
 - Förderung einer sachgerechten Tarifierung.
-

Für die Erreichung dieser Ziele, die aus medizinischer und ökonomischer Sicht als prioritär einzustufen sind, schafft die Vorlage wichtige Voraussetzungen.

Im Gegenzug fordert die SGS, dass die kantonalen und nationalen Listen „ambulant vor stationär“ ersatzlos gestrichen werden. Wenn die vorliegende Teilrevision die Fehlanreize zum Ort der Leistungserbringung weitgehend eliminiert, werden die medizinisch und ethisch problematischen, bürokratisch aufwändigen und damit kostentreibenden Listen für ambulantes Operieren obsolet. Eine entsprechende Übergangsbestimmung zur Abschaffung der kantonalen und bundesweiten Operationslisten und ihrer Umsetzungsmassnahmen ist in die vorliegende Teilrevision aufzunehmen.

1.1. Aktuelle Situation

Die heute geltenden, unterschiedlichen Finanzierungsregimes des ambulanten und des stationären Bereichs führen zu Fehlanreizen, die eine effiziente und effektive medizinische Versorgung erschweren oder sogar verhindern.

So haben die Versicherer nur dann einen Anreiz, die Verlagerung von stationären zu ambulanten Leistungen zu fördern, wenn die ambulante Leistungserbringung mindestens 55 Prozent günstiger ist als die stationäre.

Umgekehrt haben die Kantone ein finanzpolitisches Interesse, das Volumen von ambulanten Leistungen zu steigern, weil dadurch der kantonale Anteil an stationären Leistungen sinkt, freilich unter dem Vorbehalt, dass die Bettenauslastung nicht mit zusätzlichen stationären Fällen kompensiert wird. Dass es sich hierbei nicht nur um theoretische Überlegungen handelt, haben die Kantone mit der Einführung von AVOS-Listen eindrücklich vor Augen geführt.

Die solchermassen entgegengesetzten Interessen von Kantonen und Versicherern widerspiegeln sich in den Verhandlungen der Tarifpartner und bei Tariffestsetzungen durch die Kantone. Bei der Tarifgestaltung versucht jede Partei, das ihr jeweils zufallende Kostenvolumen zulasten der anderen Partei zu minimieren. Dadurch kann der Fehlanreiz entstehen, Leistungen nicht aufgrund der WZW-Kriterien und kostendeckend zu tarifieren, wie es das KVG vorschreibt, sondern aufgrund der gewünschten Wirkung, die der Tarif auf die Wahl des Behandlungsortes haben soll. Dieses „egoistische“ Verhalten kann den Versicherern und Kantonen jedoch nicht verübelt werden. Sie tragen keine Verantwortung für die volkswirtschaftliche Gesamtrechnung. Der Kanton ist gegenüber dem Steuerzahler, der Krankenversicherer gegenüber dem Prämienzahler Rechenschaft schuldig. Unter den gegebenen Spielregeln kann das Verhalten von Kantonen und Versicherern, ihr jeweiliges Kostenvolumen zu minimieren, als ökonomisch rational bezeichnet werden. Darunter leidet aber das übergeordnete Interesse einer medizinisch

effizienten Versorgung der Bevölkerung. Dem finanziellen Gesamtinteresse des Bürgers, der bekanntlich Steuer- und Prämienzahler in sich vereint, wird mit diesem System ebenfalls nicht Rechnung getragen. Die aufgrund der unterschiedlichen Finanzierung von ambulantem und stationärem Sektor entstehenden tarifarischen Fehlanreize begünstigen eine aus medizinischer und ökonomischer Sicht suboptimale Wahl des Behandlungsortes. Die Indikationsstellung, ob ein Patient ambulant oder stationär behandelt wird, sollte aber -- im Idealfall -- ausschliesslich von seinem medizinisch und sozialen Zustand abhängen.

Dass die Schweiz relativ weit von diesem Idealzustand entfernt ist, zeigen internationale Vergleiche. So werden in der Schweiz nur gerade 17% der chirurgischen Eingriffe im spitalambulanten Bereich durchgeführt. Dieser Anteil beträgt in den Niederlanden 51%, in den USA 62%.

Für die vergleichsweise schwache Entwicklung des ambulanten Bereichs in der Schweiz sind die tarifarischen Fehlanreize sicher einer der wichtigsten Gründe. Daneben können kulturelle Faktoren ebenfalls eine gewisse Rolle spielen.

1.2. Vorteile einer einheitlichen Finanzierung

Mit einer einheitlichen Finanzierung des ambulanten und stationären Sektors werden die Interessen der beiden Kostenträger Krankenversicherer und Kantone gleichgeschaltet («alignment of interests»). Beide werden ein Interesse daran haben, dass über alle Sektoren der Versorgung hinweg qualitativ hochstehende Leistungen zu einem kostendeckenden Tarif erbracht werden können. Anreize für sektorielle Über- und Untertarifierungen fallen weg, weil sie aus tarif-taktischer Sicht keinen Sinn mehr machen.

Als monistischer Finanzierer (mit dualer Mittelherkunft aus Steuern und Prämien) wird der Krankenversicherer eine Gesamtsicht auf die Behandlungspfade und deren Kosten erhalten. Er wird besser in der Lage sein, innovative Tarifsysteme zu entwickeln wie z.B. ambulante Leistungspauschalen, Komplexpauschalen und sogenannte *bundled payments*. Mit solchen Tarifsystemen können effiziente, sektorenübergreifende Behandlungsprozesse gefördert und honoriert werden. Eine Verknüpfung der Tarife mit Elementen der Qualitätssicherung, wie sie vom KVG verlangt wird und mit der laufenden KVG-Revision 15.083¹ gefördert werden soll, wird ebenfalls einfacher werden. Die für den Patienten besonders bedeutsame Ergebnisqualität kann als Summe der an den verschiedenen Etappen der Behandlungskette erbrachten Qualität definiert werden. Ein Krankenversicherer, der als monistischer Finanzierer die ganze Behandlungskette von A bis Z finanziert, wird

¹ KVG. Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit (15.083)

die Ergebnisqualität und deren Zustandekommen besser analysieren und in die Tarifverhandlungen einfließen lassen können. Dadurch entsteht ein Anreiz für die Leistungserbringer, die Komponenten der Behandlungskette besser zu koordinieren oder sogar vertikal zu integrieren.

Zu den medizinischen und ökonomischen Aspekten einer Verlagerung von Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Sektor hat sich die SGS in der Stakeholder-Konsultation vom 4. Oktober bis 3. November 2017 über die Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) betreffend «Ambulant vor Stationär» bereits geäußert. Sie ist weiterhin der Auffassung, dass die AVOS-Listen ein ungeeignetes Instrument zur Förderung der Ambulantisierung darstellen. Daran ändert auch die Tatsache nichts, dass das BAG einen vergleichsweise massvollen Erlass verfügt hat. Deshalb fordert die SGS, dass eine entsprechend Übergangsbestimmung zur Abschaffung der kantonalen und bundesweiten Operationslisten und ihrer Umsetzungsmassnahmen in die vorliegende Teilrevision aufzunehmen sei.

1.3. Kritiken der Gegner einer einheitlichen Finanzierung

1.3.1. Einwände und Forderungen der GDK

Die GDK behauptet, dass die Einführung einer einheitlichen Finanzierung mit Überweisung von Steuermitteln an die Versicherer das Prinzip der fiskalischen Äquivalenz, welche eine Kongruenz zwischen Nutzniessern, Kosten- und Entscheidungsträgern von öffentlichen Leistungen verlangt, verletzt würde. Die fiskalische Äquivalenz müsse aber unter allen Umständen gewahrt bleiben. Dies sei nur dann gewährleistet, wenn mit der Einführung einer einheitlichen Finanzierung die Steuerungskompetenz der Kantone auf den ambulanten Bereich ausgedehnt werde.

Dieser Forderung der GDK sind folgende grundsätzliche Überlegungen und Erkenntnisse aus der Praxis entgegenzuhalten:

- Aufgrund von Art. 117 Abs. 1 BV verfügt der Bund über die ausschliessliche Rechtskompetenz auf dem Gebiet der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Der Bund kann die Finanzierung der Versicherung nach eigenem Ermessen regeln. Er kann festlegen, welchen Anteil der Finanzierung aus öffentlicher Hand zu entrichten ist und welche öffentliche Körperschaft diesen Anteil zu entrichten hat.
 - Die in Art. 43a Abs. 2 und 3 BV verankerten Grundsätze über die fiskalische Äquivalenz haben den Charakter von staatspolitischen Maximen und sind nicht justiziabel, das heisst, sie haben rechtlich nur eine beschränkte Tragweite; vgl. Gutachten des Bundesamtes für Justiz vom 15. Januar 2018 „Monistische Finanzierung von Gesundheitsleistungen – Verfassungsmässigkeit“.
 - Die Tragweite von Art. 117 BV wird durch Art. 43a BV nicht eingeschränkt. Die Zuweisung einer Finanzierungsverpflichtung an die Kantone verpflichtet den Bund
-

in keiner Weise, diesen eine Gegenleistung in Sinn von finanziellen Mitteln (Art. 46 BV) oder von zusätzlichen Entscheidungs- oder Steuerbefugnissen zu gewähren.

- Eine Mitfinanzierung der ambulanten Leistungen durch die Kantone steht nicht im Widerspruch zum haushälterischen Umgang mit den Ressourcen, dem eigentlichen Zweck der fiskalischen Äquivalenz. Bis zu einem gewissen Grad ist sogar das Gegenteil zu erwarten: Aufgrund der Mitfinanzierung dürften die Kantone ein grösseres Interesse an einer Kostenkontrolle im ambulanten Bereich aufbringen.
- Über die Nachfrage nach ambulanten OKP-Leistungen übt die Kantonsbevölkerung einen steuernden Einfluss auf das Angebot im ambulanten Bereich aus. Mit der dadurch entstehenden, weitgehenden Übereinstimmung zwischen dem Personenkreis, der den Nutzen aus den Leistungen zieht, die finanziellen Konsequenzen trägt und die Leistungserbringung mitsteuert, ist das Prinzip der fiskalischen Äquivalenz bereits in hohem Masse erfüllt.
- Über die Genehmigung oder Festsetzung von Tarifen haben die Kantone heute schon einen grossen Einfluss auf den ambulanten Bereich.
- Mit einer Ausdehnung der kantonalen Steuerungsmöglichkeiten auf den ambulanten Bereich würde sich der ohnehin schon gravierende Governance-Konflikt der Kantone noch weiter verschärfen. Ein prioritäres Ziel des Bundesrates besteht aber gerade darin, diesen Konflikt zu reduzieren. Davon verspricht er sich einen kostendämpfenden Effekt (Massnahme 36). Bei der Güterabwägung zwischen einer puristischen Durchsetzung der fiskalischen Äquivalenz und der Dringlichkeit kostendämpfender Massnahmen sollte auch den Kantonen ein Entscheid nicht schwerfallen, zumal sie an der Kostenentwicklung eine erhebliche Verantwortung mitzutragen haben.
- In der Praxis erweist sich die Anwendung der fiskalischen Äquivalenz als schwierig². Gründe dafür sind der fehlende Rechtscharakter sowie das Fehlen von Kriterien und eines Prüfprogramms, welches die Anwendung der Prinzipien auf konkrete Sachvorlagen erlauben würde.
- Wie folgende Beispiele zeigen, wird die fiskalische Äquivalenz auch von den Kantonen nicht konsequent und zum Teil einseitig angewendet:
 - Zu Prämienverbilligungen richtet der Bund aus Steuermitteln jährlich rund CHF 2 Milliarden an die Kantone aus. Auf die Verwendung dieser Mittel kann er keinen Einfluss nehmen. Die Kantone waren bis jetzt nicht bestrebt, dem Bund eine Mitsprache über die Verwendung dieser Steuermittel einzuräumen.
 - Analog zur Argumentation der GDK müssten die Kantone die Krankenversicherer als Zahler aktiv in die kantonale Spital- und Versorgungsplanung einbinden. Dies verweigern die Kantone aber konsequent.

² Vgl. BUNDESRAT, Bericht Postulat Stadler, Seite 17.

Im Ergebnis der vorausgehenden Überlegungen und Beispiele kann festgehalten werden, dass eine absolutistische Auslegung der fiskalischen Äquivalenz, wie sie von der GDK vorgetragen wird, weder der Absicht des Verfassungsgebers noch der gängigen Praxis entspricht. Fiskalische Äquivalenz bedeutet nicht, dass das Gemeinwesen zu allen Verwendungen von Steuermitteln Steuerungsinstrumente etablieren darf oder muss. Der Forderung der Kantone stehen Zielsetzungen gegenüber, die höher zu gewichten sind. So kann mit der Einführung einer einheitlichen Finanzierung eine längst fällige Systemkorrektur vollzogen werden. Damit kann auch ein rascher und wirkungsvoller Beitrag zur Kostendämpfung geleistet werden.

1.3.2. Kritiken und Einwände des Schweizerischen Gewerkschaftsbundes (SGB)

Der SGB lehnt die Vorlage aus folgenden Gründen ab:

- Der Kern der Vorlage sei nicht die einheitliche Finanzierung, sondern eine massive Verschiebung der Steuerungskompetenz in der Grundversicherung weg von der öffentlichen Hand hin zu den privaten Versicherern («Privatisierung der Grundversicherung»).
- Die vom Bund und einigen Kantonen erlassenen Eingriffslisten («ambulant vor stationär») seien effizienter, um die Verlagerung von Eingriffen aus dem stationären in den ambulanten Bereich zu fördern.
- Die Vorlage würde trotz postulierter Finanzierungsneutralität die Kostenbeteiligung der Versicherten zusätzlich erhöhen.
- Die Vorlage würde keine entscheidende Korrektur existierender Fehlanreize bewirken.
- Mit der Vorlage würden Vertragsspitäler und Zusatzversicherungen gestärkt werden. Dies sei aber nicht wünschenswert.
- Mit EFAS würde der Druck auf das Gesundheitspersonal steigen.
- Der vorgesehene einheitliche Finanzierungsschlüssel würde neue Fehlanreize schaffen.
- Die einheitliche Finanzierung würde die Einführung von Globalbudgets, wie sie bereits in den Kantonen Tessin, Genf und Waadt existieren, verhindern.

Diesen Einwänden des SGB können folgende Überlegungen entgegengehalten werden:

- Es ist keine Besonderheit der einheitlichen Finanzierung, dass sie den Druck auf das Gesundheitspersonal erhöhen wird. Dieser Effekt ist allen kostendämpfenden Massnahmen gemeinsam. Entscheidend ist vielmehr die Frage, welche Massnahmen den Kostendruck einigermaßen gerecht verteilen werden ohne Einbussen bei der Qualität der medizinischen und pflegerischen Versorgung zu
-

verursachen. In dieser Hinsicht ist der einheitlichen Finanzierung gegenüber Rasenmäher- oder Deckelungsmethoden, wie sie etwa bei Globalbudgets zur Anwendung kommen, klar der Vorzug zu geben.

- Mit der Verlagerung von Leistungen in den ambulanten Bereich werden neuartige, höchst effiziente Versorgungsbereiche entstehen, die nur dank hochqualifiziertem Personal funktionieren werden. Für dieses Personal wird Geld zur Verfügung stehen, welches aufgrund sinkender Investitionen in ineffiziente stationäre Infrastrukturen frei wird. Insgesamt wird die einheitliche Finanzierung eine wirtschaftliche Dynamik auslösen, von welcher sowohl Patienten, Personal als auch Prämien- und Steuerzahler profitieren werden.
- Eine solche Dynamik wird ungleich viel mehr Wirkung zeitigen als kantonale und nationale Listen, deren Umsetzung sich als wahres Kopfzerbrechen erweist und an Schwerfälligkeit kaum zu überbieten ist.
- Der SGB irrt vollständig, wenn er die einheitliche Finanzierung als Privatisierung der Grundversicherung bezeichnet. Die Vorlage schwächt weder die strengen Vorgaben, welche das KVG an die Krankenversicherer stellt, noch die Aufsichtsbehörde, deren Kompetenzen mit dem Krankenversicherungsaufsichtsgesetz ausgeweitet wurden. Auch werden die Planungskompetenzen der Kantone nicht eingeschränkt. Vielmehr wird deren Ausdehnung befürchtet. Von einer Privatisierung der Grundversicherung kann demnach keine Rede sein. Vielmehr ist davon auszugehen, dass Kantone und Krankenversicherer aufgrund gleichgeschalteter Interessen die von der OKP garantierte qualitativ hochstehende Versorgung der Bevölkerung gemeinsam stärken werden. Dass im Gegenzug auch einige wenige Vertragsspitäler profitieren werden, kann in dieser Hinsicht getrost vernachlässigt werden.
- In einem Punkt ist dem SGB jedoch recht zu geben: Die Vorlage könnte trotz postulierter Finanzierungsneutralität die Kostenbeteiligung der Versicherten zusätzlich erhöhen. Deshalb fordert die SGS, die Kostenbeteiligung (Franchise und Selbstbehalt) weiterhin auf den mit Prämien finanzierten Anteil der Leistungskosten auszurichten und den jeweiligen Kantonsanteil wie bisher in der Spitalfinanzierung auszuklammern.
- Es ist zwar richtig, dass die einheitliche Finanzierung an sich noch keine Fehlanreize beseitigt. Aber sie ist die notwendige Voraussetzung dafür, dass sich die ambulanten und stationären Tarife angleichen. Damit würde aber der wichtigste Hemmschuh für die „Ambulantisierung“ der Medizin wegfallen.

2. Technische Aspekte

a) Berechnung des Kantonsbeitrags

Das jeweilige Verhältnis der stationären und ambulanten Kosten ist von Kanton zu Kanton bzw. je nach Versichertenkollektiv auch von Krankenversicherer zu Krankenversicherer unterschiedlich. Deshalb empfiehlt es sich, den Anteil des

Kantonsbeitrags innerhalb einer Übergangsfrist auf ähnliche Weise anzupassen, wie dies im Rahmen der Neuen Spitalfinanzierung erfolgte.

b) Kostenbeteiligung Versicherte

Die SGS empfiehlt, die Kostenbeteiligung (Franchise und Selbstbehalt) weiterhin auf den mit Prämien finanzierten Anteil der Leistungskosten auszurichten und den jeweiligen Kantonsanteil wie bisher in der Spitalfinanzierung auszuklammern.

c) Aufteilung des Kantonsanteils auf die Versicherer

Die SGS bezieht zu dieser versicherungstechnischen Frage keine Stellung.



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

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Schweizerischer Hebammenverband

Abkürzung der Firma / Organisation : SHV

Adresse : Rosenweg 25c, 3007 Bern

Kontaktperson : Andrea Weber

Telefon : 031 332 63 40

E-Mail : a.weber@hebamme.ch

Datum : 12.9.2018

Wichtige Hinweise:

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

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

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

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
SHV	<p>Der Schweizerische Hebammenverband (SHV) begrüsst grundsätzlich die Absicht, eine einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Behandlungen (EFAS) einzuführen. Den dazu von der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-NR) unterbreiteten Vorentwurf lehnt er jedoch ab.</p> <p>Wir stützen uns dabei auf die Einschätzungen und Stellungnahmen des Schweizerischen Berufsverbandes der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) und des Schweizerischen Verbandes der Berufsorganisationen im Gesundheitswesen (SVBG):</p>
SHV	<p>Eine Dämpfung des Prämienwachstums kann nicht erwartet werden</p> <p>Zwar ist es richtig, eine einheitliche Finanzierung als Massnahme mit Potenzial zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen zu betrachten, da sie zur Beseitigung von Fehlanreizen beitragen kann. Die Kommission konzentriert sich bei der Ausgestaltung aber einseitig auf eine rechnerische Umverteilung von Mitteln von den Kantonen zu den Versicherern. Andere zentrale Faktoren insbesondere medizinischer und politischer Natur werden ausser Acht gelassen.</p> <p>Zwei grosse Kostentreiber im schweizerischen Gesundheitssystem, nämlich die Fehlanreize im Zusammenhang mit Tarifstruktur und Tarifhöhe (TARMED ambulant und DRG stationär) werden in der vorgeschlagenen Reform nicht angetastet. Die blosser Umleitung eines fixen Betrags an Steuergeldern würde hingegen kaum Fehlanreize korrigieren und deshalb auch die Leistungsverlagerung von stationär zu ambulant nicht wesentlich beeinflussen.</p>
SHV	<p>Kostenbeteiligung der Patienten im stationären Bereich steigt</p> <p>Versicherte müssen neben den Prämien zusätzlich über Franchise, Selbstbehalt und Spitalkosten (CHF 15.- pro Tag) direkt an die Kosten ihrer Behandlung beitragen. Heute wird diese Kostenbeteiligung nur auf dem, von den Krankenkassen finanzierten, Teil erhoben. Neu würden die Kassen sämtliche Leistungen zu 100% vergüten und deshalb auch die Kostenbeteiligung auf den vollen Betrag der Leistung einfordern. Der erläuternde Bericht zur Vorlage geht nicht auf diese Thematik ein.</p>
SHV	<p>Zusätzliche Belastung der Prämienzahler durch Besserstellung der Nicht-Listenspitäler</p> <p>Die Kantone definieren heute mit den Spitallisten jene Spitäler und Kliniken, für die sie bei stationären Eingriffen 55% der Kosten übernehmen. Die Krankenkassen haben ihrerseits die Freiheit, Verträge mit Nicht-Listenspitälern abzuschliessen, dafür dürfen aber aus der Grundversicherung, wie bei Listenspitälern, nur 45% der medizinischen Kosten übernommen werden. Der Rest wird über Zusatzversicherungen oder durch Selbstzahlungen der Patienten übernommen.</p>

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

	<p>Die Vorlage der SGK-NR sieht eine Erhöhung des Beitrags aus der Grundversicherung auf 74.5% vor. Diese 30%ige Erhöhung würde die Attraktivität der Vertragsspitäler (die nicht auf der kantonalen Spitalliste stehen) ungemein erhöhen. Die Grundversicherer müssten diese Zusatzkosten übernehmen. Zusatzversicherungen könnten dadurch wieder attraktiver werden.</p>
SHV	<p>Die Rolle der Kantone als Steuerungsorgan der Gesundheitsversorgung wird massiv geschwächt</p> <p>Da die Krankenversicherer als Monist festgelegt werden sollen, und zudem Mehrheitsfinanzierer sind, steigt ihre Macht in sämtlichen Tarifverhandlungen. Der Schweizerische Hebammenverband führt seit über 3 Jahren Verhandlungen auf der Tarifstruktur Ebene. Während dieser Zeit hat es viele Phasen der Stagnation gegeben, da die Kassenverbände ihre Machtposition ausnutzen um den Verhandlungspartner durch taktische Zeitverzögerungen unter Druck zu setzen. Tarifverhandlungen sind personal- und kostenintensiv und kleine Berufsverbände im Gesundheitswesen mit einem beschränkten Budget können sich bereits jetzt schon fast nicht mehr gegen diese Übermacht der Krankenkassenverbände zur Wehr setzen.</p>
SHV	<p>Gegen eine Vereinfachung der Vergütung ist im Grundsatz nichts einzuwenden.</p> <p>Der Entwurf der SGK-NR ist jedoch so ausgestaltet, dass die Steuerungskompetenz von den Kantonen in Richtung Krankenkassen verlagert wird. Die Kantone müssten Steuergelder in der Höhe von rund 8 Milliarden Franken (25.5%) den Versicherern überweisen, ohne das Leistungsangebot und die Qualität noch massgeblich beeinflussen zu können. Dem SHV ist die Qualitätssicherung sehr wichtig. Er sieht die Kantone als Verantwortliche für die Steuerung der Grundversorgung in der Pflicht, sich zusammen mit den jeweiligen Berufsverbänden für die Qualitätssicherung einzusetzen. Dazu braucht es dementsprechende Kontrollinstanzen. Durch die Überweisung von Steuergeldern in der Höhe von rund 8 Milliarden Franken an die Versicherer kann der Kanton seine Aufgabe als Kontrollinstanz des Leistungsangebotes und der geforderten Qualität nicht wahrnehmen. Der SHV hat während den Tarifverhandlungen mit den Krankenkassen die Erfahrung gemacht, dass die Versicherer die Qualitätskontrolle nicht wahrnehmen können, dazu fehlen die entsprechenden Kontrollinstanzen, resp. der Wille bei den einzelnen Versicherern nur schon bei der Grundkontrolle der Rechnungen z.Bsp. das obligatorisch zugehörige Vertragswerk, welches zu jeder ZSR-Nummer hinterlegt werden muss, zu kontrollieren. Ist ein Leistungserbringer nicht Mitglied des entsprechenden Berufsverbandes und tritt, um Leistungen (im Falle des SHV) zulasten der OKP abrechnen zu können, dem Krankenkassenverband bei, der dies zulässt, fällt jegliche Qualitätskontrolle weg, da solche Leistungserbringer ausserhalb der Qualitätskontrolle der Berufsverbände agieren und der Krankenkassenverband keine Kontrollmechanismen (bis jetzt) vorsieht.</p>

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

	<p>Der postulierte positive Effekt zur Förderung integrierter Versorgungsmodelle wird insbesondere für die Pflege kaum eintreten</p> <p>Die Tarifsysteme TARMED für den ambulanten Bereich und DRG (und weitere Pauschalsysteme wie TARPSY) für den stationären Bereich bleiben unverändert. Weil die Vorlage die Pflegefinanzierung ausschliesst, kann demzufolge kein positiver Effekt auf die bessere Zusammenarbeit mit den verschiedenen Pflegesettings (Ambulante Pflege, Pflegeheim, Spital, Klinik, Reha) erwartet werden.</p> <p>Die Kantone müssten laut Entwurf die Steuerung und Koordination an die Kassen abgeben und hätten kaum noch die Möglichkeit selbst Modelle der integrierten Versorgung zu entwickeln und zu steuern. Qualität und Effizienz von Modellen der integrierten Versorgung hängen stark davon ab, wer für die Koordination zuständig ist. Aus Sicht des SHV müssen Patientensicherheit und Versorgungsqualität das primäre Ziel jedes Modells im Gesundheitswesen sein. Falls Krankenkassen allein für die Entwicklung und Steuerung solcher Modelle zuständig sein sollten, wäre zu erwarten, dass Kosten- und Effizienz-themen im Vordergrund stehen würden. In der vorliegenden Vorlage wird auch die Spitalplanung durch die Kantone empfindlich geschwächt, weil die Kassen für die Abgeltung der Leistungen zuständig wären und zudem leicht zusätzliche Leistungserbringer definieren könnten (Nicht-Listenspitäler).</p>
SHV	

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

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

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Ärztesgesellschaft des Kantons Freiburg

Abkürzung der Firma / Organisation : SMCF

Adresse : Rue de l'Hôpital 15, 1700 Fribourg

Kontaktperson : Isabelle Rausis, secrétaire générale a.i.

Telefon : 026 350 33 00

E-Mail : secretariat@smcf.ch

Datum : 06.09.2018

Wichtige Hinweise:

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

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

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

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
SMCF	<p>Abhängigkeit von kantonalen Budgets</p> <p>Die Finanzierung der Gesundheitsleistungen durch die OKP im ambulanten Bereich erfolgt heute monistisch. Das hat den Vorteil, dass den Leistungserbringern ein einziger Zahler gegenübersteht.</p> <p>Die von der Kommission vorgeschlagene Lösung sieht vor, die im stationären Bereich geltende dual-fixe Finanzierung auf die ambulanten Leistungen auszudehnen. Es ist zwar ein monistischer Zahlungsfluss zwischen Versicherer und Leistungserbringer vorgesehen, de facto aber soll die Finanzierung dual-fix erfolgen. Das ist insofern von grundlegender Bedeutung, als die ambulanten Leistungen neu auch von kantonalen Budgets finanziert werden sollen. Während der Vorteil der Grundversicherung darin besteht, dass sie aufgrund ihres Mechanismus immer ausfinanziert ist, wird nun der von den innerkantonalen politischen Haltung abhängende kantonale Finanzhaushalt in die Pflicht genommen.</p> <p>Aus politischen Gründen ist es unseres Erachtens unmöglich, dass die Kantone finanziell fix in die Pflicht genommen werden, ihnen aber keine weiteren Möglichkeiten zur Hand gegeben werden, direkt steuernd in die ambulante Gesundheitsversorgung einzugreifen. Konkret befürchten wir, dass die Kantone nicht nur auf KVG-rechtlicher Basis sondern auch auf Basis neu geschaffener kantonalgesetzlicher Grundlagen in das Versorgungsgeschehen eingreifen werden. Und dies allenfalls auf kantonal sehr unterschiedlicher Weise.</p> <p>Die Vorkommnisse rund um die kantonalen Prämienverbilligungsgelder zeigen, welche regulatorischen Reaktionen die Abhängigkeit von kantonalen Budgets auslösen kann. Faktisch vervielfältigt die Vorlage also die seit Jahren kritisierte Mehrfachrolle der Kantone.</p> <p>Die SMCF steht diesem Aspekt der Vorlage grundsätzlich äusserst kritisch gegenüber.</p>
SMCF	Tarifierung versus Finanzierung: Änderung der Anreizsysteme

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

	<p>Die Vorlage verfolgt unter anderem das Ziel, ambulante Behandlungen zu fördern und damit Kosten zu sparen. Einerseits ist es richtig, dass die heutigen Anreizunterschiede zwischen Versicherer und Kantone wegfallen würden. Andererseits beruhen die Einsparungshoffnungen durch Verlagerung von stationär zu ambulant auf Tarifvergleichen ambulant und stationär und nicht auf Vergleichen der betriebswirtschaftlichen Kosten. Bekanntermassen erfolgt eine Vielzahl von ambulanten Behandlungen im Spital nicht kostendeckend. Seitens der Leistungserbringer, welche gemeinsam mit den Patienten über die Behandlungsform entscheiden ändert sich alleine mit der Finanzierung nichts an den Anreizen, solange die Tarifsituation nicht verbessert wird. Ändert sich daran nichts, dann kann höchstens eine Ausbreitung von ambulanten Listen eine Einsparung auf den Finanzierungsleistungen bringen. Einerseits mit der grossen Gefahr, dass dadurch per regulatorischen Eingriffe Defizite bei den Leistungserbringern erzeugt werden. Andererseits mit der Auswirkung, dass die Kantone und Versicherer den Patienten, Ärzten und anderen Leistungserbringern vorgeben werden, wie sie medizinisch zu entscheiden haben. Für die SMCF wäre das inakzeptabel.</p> <p>Es steht zwar die Behauptung im Raum, die Vorlage solle Anreize für eine sachgerechtere Tarifierung schaffen. Der SMCF ist es allerdings schleierhaft, weshalb das so sein soll. Ganz abgesehen davon, dass Sachgerechtigkeit eigentlich bereits heute durch das KVG vorgegeben ist.</p> <p>Die SMCF ist überzeugt, dass mit höchster Priorität zuerst die Tarfbasis verbessert werden muss. Betriebswirtschaftlich sauber hergeleitete Tarife würden nämlich dazu führen, dass die Leistungserbringer eine neutrale Haltung zu ambulant vs stationär erhielten, weil beide Tarife dann nämlich die gleiche Kostendeckung erzielen. Das wichtigste Anreizproblem wäre damit gelöst.</p> <p>Aus diesen Gründen schätzt die SMCF, dass die Kommission mit der Vorlage die falsche Priorität setzt. Mit höchster Dringlichkeit sind zuerst die Tarifprobleme zu lösen.</p>
SMCF	<p>Kantonale Kostenneutralität</p> <p>Die Vorlage sieht vor, dass die Umstellung auf den fixen Kostenteiler für Versicherer und Kantone kostenneutral erfolgen soll. Mit einem schweizweit identischen Kostenteiler ist das zwar für die Gesamtschweiz möglich, kantonale wirkt sich der schweizweite Kostenteiler je nach Versorgungsstruktur jedoch sehr unterschiedlich aus.</p>

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

	<p>So dürfte die Vorlage etwa in den Kantonen GE, NE und VD zu einer Erhöhung der heutigen kantonalen Finanzierungsgelder von rund 15% führen, währenddessen in SG, TG und UR Entlastungen von 10% der heutigen Spitalfinanzierungsgelder anfallen würden.</p> <p>Auf Prämienseite würden die Prämien in SG, UR, Appenzell Prämien erhöhungen von 3-5% erzeugt. In Genf und VD würden die Prämien rund 4% entlastet.</p> <p>Unter diesen Umständen wird es in der kommenden politischen Debatte unvermeidlich sein, die Kostenteilerlösung differenzierter anzugehen.</p>
SMCF	<p>Geldfluss</p> <p>Schliesslich beschäftigt sich die Vorlage auch mit den neu zu gestaltenden Geldflüssen. Gerne geben wir der Kommission den Hinweis, dass die Umleitung der kantonalen Gelder über die gemeinsame Einrichtung für das Funktionieren des Systems nicht notwendig ist.</p> <p>Aus Sicht der SMCF wäre es einfacher, wenn die Versicherer den Kantonen einfach den Kantonsanteil der Bruttoversicherungsleistungen in Rechnung stellen und den Versicherten auf dem verbleibenden Teil die Kostenbeteiligung in Rechnung stellt, bis diese aufgebraucht ist.</p> <p>Letztlich muss aus Sicht der SMCF dann nur noch festgelegt werden, ob die Berechnung des Risikoausgleichs inklusive oder exklusive des kantonalen Anteils erfolgen soll.</p>
SMCF	<p>Festlegung des Kostenteilers</p> <p>Die Kommission hat bei der Berechnung des Kostenteilers den Betrag der Kostenbeteiligung herausgerechnet. Dieses Vorgehen ist uns nicht ganz verständlich. Einfach liesse sich der Kostenteiler auf Basis der Bruttoversicherungsleistungen gemäss der sasis-Versichertenstatistik berechnen. Die Kostenbeteiligung liesse sich dann in der Umsetzung dann beschränkt auf den Versicherungsanteil erheben und die Kantonsfelder unabhängig von der KOBE in Rechnung stellen.</p>
SMCF	<p>Integrierte Versorgung</p>

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

	<p>Die SMCF steht einer Erleichterung der Ausbreitung der integrierten Versorgung nicht entgegen. Allerdings steht in den Sternen, ob das mit dieser Vorlage gelingen würde. Denn je mehr Versicherte sich in alternative Modelle begeben, desto weniger wird ein einsparungsbedingter Prämienrabatt in Zukunft noch berechenbar sein, sodass die Prämienrabattierungsregeln zukünftig ohnehin neu ausgestaltet werden müssen.</p>
SMCF	<p>Die SMCF hat zwei zentrale Einwände gegen die Vorlage der SGK.</p> <ol style="list-style-type: none">1. Die verstärkte Abhängigkeit der Finanzierung unserer Gesundheitsversorgung von kantonalen Budgets ist im Vergleich zur stets ausfinanzierten OKP ein struktureller Nachteil mit potenziell negativen Auswirkungen auf das Versorgungssystem und die ärztliche Tätigkeit. Anstatt die Mehrfachrollen der Kantone einzudämmen werden sie mit der Vorlage weiter ausgebreitet.2. Die SMCF sieht eine viel höhere Priorität in der Verbesserung der Tarifsituation. Die Lösung dieser Problematik dürfte die bestehenden Anreizprobleme weitgehend beheben. <p>Die SMCF anerkennt zwar die Bemühungen der SMCF für eine Systemverbesserung, bittet allerdings die Kommission, aufgrund der genannten Argumente, die Vorlage grundlegend zu überarbeiten.</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.



SMVS / VSÄG
Société Médicale du Valais
Walliser Ärztegesellschaft

Monsieur Thomas de Courten
Président de la Commission
fédérale de la sécurité sociale et
de la santé publique
sgk.csss@parl.admin.ch

abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Sion, le 13.9.2018

Prise de position de la Société Médicale du Valais sur la consultation :
09.528 Initiative parlementaire. Financement moniste des prestations de soins –
Ouverture de la procédure de consultation sur l'avant-projet de modification de la
LAMal par la CSSS-N

Monsieur le Président,
Mesdames et Messieurs les responsables de l'Office fédéral de la santé publique,

Nous vous remercions de nous donner la possibilité de donner notre avis sur cette initiative parlementaire.

Relevons tout d'abord, que celle-ci risque d'empirer la situation de la médecine libérale en Suisse, sans amener **aucun bénéfice pour les assurés, puisque la répartition du financement « moniste » n'engendrera aucun impact financier ni pour les cantons ni pour les assureurs**. Nous nous permettons d'insister sur le fait qu'une partie des médecins suisses ont adhéré, dans un premier temps, à l'idée d'un financement « moniste » puisque cette mesure devait réduire de manière conséquente les primes pour l'assurance maladie obligatoire, dont le poids financier est indiscutable pour de nombreux assurés. A l'évidence, le projet actuel ne satisfera donc pas cette attente importante.

La transparence des coûts quant à elle risquerait de se péjorer à l'instar de ce qui passe dans le financement hospitalier actuel (voir : Dossier politique 2/17 Economie suisse 3.2017 : « Pour un financement hospitalier efficace »).

Nous tenons à faire remarquer que de nombreuses décisions politiques de ces dernières années ont participé, de façon impressionnante, à un déplacement des frais mis à charge de l'assurance de base, tout en déchargeant les assurances complémentaires ; de ce fait, ces dernières ont pu dégager des bénéfices impressionnants. Nous ne citons que deux exemples : élargissement du catalogue des prestations (prise en charge des médecines dites « douces ») et entrée en vigueur du nouveau financement hospitalier en 2012. Ce dernier a induit un déplacement de plus d'un milliard de francs/an sur le compte des cantons et des assurés, au bénéfice d'une assurance de base obligatoire. Ce transfert n'a pas engendré de véritable plus-value médicale fondamentale, hormis le libre-choix étendu au-delà des frontières cantonales. Cette mesure devait soi-disant uniformiser et diminuer les coûts hospitaliers en favorisant la concurrence voulue par le Parlement suisse, dans l'espoir

d'impacter de façon positive les coûts de la santé. Force est, toutefois, de relever que 6 ans après, c'est bien le contraire qu'il faut constater, les cantons luttant avec énergie pour éviter les hospitalisations hors-canton !

Au lieu de remettre en question les décisions politiques de 2012 et d'analyser correctement leurs conséquences pour en tirer les rectifications qui s'imposent, on surenchérit avec une nouvelle proposition ! C'est paradoxal, alors que la planification cantonale n'a pas su maîtriser les coûts mais a, bien au contraire, contribué énormément à l'évolution de l'ambulatoire hospitalier. Celui-ci atteint, à l'heure actuelle, quasiment le même volume que l'ambulatoire extrahospitalier dans certains cantons, comme le Valais, alors qu'une différence importante de la valeur de point tarifaire TARMED a été maintenue pendant toutes ces années, ayant atteint actuellement 82ct pour l'ambulatoire extrahospitalier et 87 ct pour l'ambulatoire hospitalier. Malgré ces faits, on veut poursuivre dans cette voie et mettre sous la tutelle d'une planification cantonale tout ce qui reste encore de médecine libérale dans le domaine ambulatoire, avec les conséquences néfastes qu'on peut imaginer ! Par exemple, comment peut-on croire à un traitement équitable par les pouvoirs publics de l'ambulatoire libéral, qui a fait preuve d'une flexibilité et d'une force d'innovation remarquable malgré de nombreuses embûches tarifaires et de protectionnisme hospitalier durant ces dernières années/décennies ?

Cette initiative parlementaire met en danger le système dual « médecine publique-privée » qui a fait ses preuves pour la prise en charge médicale efficiente de la population suisse. Elle n'apporte aucune plus-value médicale ou qualitative pour les patients. Par contre, elle risque de diminuer le « libre-choix » du médecin suite à des réglementations plus ou moins arbitraires au niveau cantonal.

Il nous semble difficile de comprendre ce revirement de concept qui va clairement **défavoriser les prestataires ambulatoires extrahospitaliers suite aux conflits d'intérêt des cantons, majoritairement propriétaires des hôpitaux publics.** Il ne fera aucun doute que l'autorité cantonale favorisera naturellement le secteur hospitalier, afin de mieux équilibrer son financement. Cela ne pourra se faire qu'en défaveur du milieu ambulatoire extrahospitalier qui se trouve déjà défavorisé à l'heure actuelle !

Il suffit pour cela d'analyser la situation des valeurs de points tarifaires dans les différents cantons. **Dans la majorité des cantons, la valeur du point TARMED ambulatoire extrahospitalier est inférieure, voire égale à celle des hôpitaux pour les mêmes prestations,** alors que les hôpitaux publics bénéficient de subventions et d'économies d'échelles qui ne peuvent être atteintes dans les cabinets des médecins indépendants. Suivant les règles de l'économie de marché, c'est bien le contraire qui devrait être le cas : la valeur du point hospitalier devrait être inférieure à celle appliquée à la médecine libérale !

Nous constatons, depuis des années, qu'il n'est nullement tenu compte des règles d'économie d'entreprise lors de la fixation de la valeur du point tarifaire TARMED extrahospitalier ambulatoire, ni dans les négociations avec les assureurs, ni dans les procédures de fixations tarifaires par les cantons. Ceci est une réalité, malgré plusieurs décisions claires du Tribunal fédéral à cet égard et malgré le fait que, maintenant, l'analyse des coûts par les centres de confiance (trust centers) ou par l'Office fédéral de statistique (OFS), via le projet MAS, soient disponibles (cf « Les cabinets médicaux et centres ambulatoires en 2015 » OFS, Actualité OFS santé, 14 avril 2018) ! Au contraire, on s'acharne à culpabiliser et à punir les médecins extrahospitaliers, soi-disant responsables de l'augmentation des coûts de la santé de façon collective par l'augmentation du volume des prestations, sans aucune analyse cohérente de l'impact du vieillissement de la population, des évolutions technologiques, du prix de l'innovation et du progrès, des déplacements de frais liés à une médecine de moins en moins hospitalo-centrée etc.

Cette appréciation arbitraire de l'augmentation des coûts de santé par les assureurs et l'Etat est utilisée pour exercer une pression sur les valeurs du point tarifaire ambulatoire TARMED extrahospitalier.

En Valais, nous pouvons illustrer de façon parfaite cette pénalisation injuste et injustifiable du domaine ambulatoire extrahospitalier avec le point ambulatoire TARMED le plus bas de Suisse et de 5 ct inférieur à celui des hôpitaux pourtant subventionnés. Nous peinons à faire rectifier cette situation intenable à l'heure où la relève médicale de qualité est de plus en plus incertaine dans ce canton alors qu'elle serait la seule mesure permettant à moyen et à long terme de maintenir une médecine de premier recours économique et adaptée au Valais. Pour pallier cette situation défavorable, il conviendrait de fixer un tarif juste et équitable permettant de gérer correctement un cabinet selon les règles de l'économie du marché, comme le prévoit la LAMal !

Nous pourrions soutenir l'idée d'un financement « moniste » uniquement dans le sens que celui-ci impliquerait la garantie d'un prix égal pour une prestation égale entre le domaine extrahospitalier et l'ambulatoire hospitalier et si on supprimait (ou du moins on prenait en compte) les distorsions liées aux subventionnements cantonaux de l'ambulatoire hospitalier !

Tous les autres mécanismes de « co-financement », en maintenant une « neutralité des coûts » pour les cantons et les assureurs, ne rajouteront que du travail administratif et des frais supplémentaires de facturation et de contrôles inutiles. La transparence ne pourra qu'empirer et le résultat escompté ne pourra certainement pas être atteint par cette initiative. C'est le contraire qu'il faut craindre, suite aux frais supplémentaires liés aux procédures supplémentaires y relatives !

Par rapport aux bénéfices attendus des stratégies « ambulante vor stationär », il ne faut pas se leurrer. Si des économies sont possibles, ce ne sera qu'en lien avec des distorsions tarifaires qui n'ont pas été adaptées malgré l'entrée en vigueur du nouveau financement hospitalier concernant des prestations antérieurement couvertes uniquement par les assurances privées et semi-privées.

Il est choquant de constater que le monde politique a jugé plus simple d'exiger des réorganisations majeures des hôpitaux ou d'autres structures médicales, afin qu'ils s'adaptent à ces nouvelles règles « ambulante vor stationär », au lieu de régler le problème là où il se situe vraiment, soit au niveau de certaines distorsions tarifaires qui touchent au domaine des assurances complémentaires, utilisées, paradoxalement aussi, pour leurs effets de « subventionnement » accessoire.

Il nous semble donc indispensable d'examiner l'initiative 09.528 à la lumière de ces faits et réalités importants, avant de décider de mesures qui mettent en péril, sans aucune justification réelle, la pérennisation d'une médecine libérale en Suisse, qui plus est sans aucune perspective de plus-value médicale ni stratégique ni qualitative !

Nous partageons tout à fait la préoccupation du Parlement par rapport aux coûts de la santé et de l'importance de proposer des mesures adaptées pour économiser des frais, là où cela est possible, sans impact sur la qualité de la prise en charge médicale. La SMVS se penche depuis de nombreuses années sur cette même problématique, mais arrive à des conclusions et propositions différentes de celles contenues dans l'initiative « moniste ».

La SMVS est convaincue que, seule l'amélioration d'une collaboration partenariale et respectueuse avec et entre les partenaires du système sanitaire, permettra de palier les problèmes financiers et la pénurie actuelle de la relève médicale et du domaine des soins. Ceci implique le passage à une gestion et une évaluation pro-active et non plus rétroactive d'une prise en charge médicale interprofessionnelle.

Pour ce faire, un travail constructif et partenarial entre au moins les sociétés médicales cantonales, les assureurs et les départements cantonaux serait indispensable, en vue du lancement d'actions concertées du type « less is more together » / « smarter medicine ». Ces mesures viseraient à une prise de conscience collective et progressive, ainsi qu'à l'amélioration de l'utilisation des différentes ressources locales. **Ce qu'il nous faut, c'est amorcer un changement de culture !**

Un tel changement ne peut se faire de force, mais nécessite un engagement partagé pour une vision commune. Il nécessite aussi une « mise à plat » transparente de tous les financements occultes de l'Etat pour pouvoir enfin apprécier aussi les coûts hospitaliers à leur juste mesure.

Ces principes fondamentaux pour réussir des réformes consistantes et efficaces de notre système sanitaire, découlent, d'ailleurs, des résultats de différentes recherches et études effectuées. Ces principes sont considérés comme des « Gold standards » et sont enseignées actuellement dans les domaines du « leadership », du « change management » et de la gestion d'organisations, y compris, voire même plus particulièrement dans le domaine médical et hospitalier. Il serait grand temps d'appliquer ces connaissances avérées et scientifiquement prouvées dans le domaine de la politique de la santé !

Au lieu des changements proposés dans l'initiative parlementaire 09.528, telle qu'elle est présentée et qui ne servent qu'à une cosmétique et à une prise de pouvoir/mise sous tutelle du système ambulatoire extrahospitalier, qui nous semble peu utile dans le contexte d'aujourd'hui, **nous sommes convaincus qu'il est impératif de corriger la problématique de la tarification inadéquate actuelle par une correction des tarifs applicables en fixant de façon claire, consistante et cohérente les points suivants :**

- Arrêter les principes de base servant à fixer des tarifs économiquement corrects respectant les contraintes de l'économie d'entreprise de façon équitable pour tous les cantons, en cessant de défavoriser systématiquement le domaine ambulatoire extrahospitalier ;
- Définir de façon correcte et scientifique l'impact respectif des différents facteurs qui influent sur les coûts **globaux** de la santé (progrès scientifique, épidémiologie, évolutions sociétales et démographiques etc.) ;
- Déterminer via une instance neutre et compétente la façon la plus appropriée permettant un monitoring transparent des coûts globaux, des déplacements de coûts et des facteurs d'impact en intégrant le savoir des différents acteurs (prestataires de soins, assureurs, cantons) ;
- Garantir l'utilisation correcte et adéquate des différentes analyses statistiques.

Avec l'expérience que la SMVS a acquise au fil des dernières années concernant la tarification et les négociations tarifaires opaques tant dans l'ambulatoire hospitalier qu'extrahospitalier, la SMVS s'oppose vivement à cette initiative pour les raisons développées ci-dessus. Nous nous permettons de relever qu'apparemment le gouvernement soleurois arrive à des conclusions similaires, sans aucune concertation avec notre société (cf Solothurner Zeitung du 12.9.2018 : « Der Vorschlag hinkt gewaltig », Urs Moser).

En lieu et place de cette initiative, nous proposons de favoriser un **financement « moniste » dans le sens d'un prix équitable, sans distorsion injustifiée de concurrence, appliquant le même prix compréhensible et cohérent pour une même prestation, basé sur les réalités économiques connues**, Ceci serait déjà un premier pas pour permettre la mise en place d'un partenariat respectueux, favorisant l'utilisation des ressources communes, afin d'implémenter des stratégies telles que « less is more » / « smarter medicine », de façon pérenne. Pour que cette implémentation puisse se faire, il

convient de passer à une tarification correcte, afin d'éviter la surconsommation en lien avec des tarifs inadéquats.

Nous nous tenons volontiers à disposition de la Commission de la santé pour toute information complémentaire en rapport avec cette problématique que nous avons étudiée à fond pour le canton du Valais, dans le cadre d'un projet d'étude eMBA en 2016, avec différentes stratégies qui répondraient aux critères listés ci-dessus.

En vous remerciant de votre attention, nous vous adressons, Monsieur le Président, Mesdames et Messieurs, nos salutations les meilleures,



Dr. med. Monique Lehky Hagen
Présidente de la Société Médicale du Valais
Executive MBA focus healthcare



Me Dominique Sierro
Secrétaire Général SMVS
Master en économie de santé

Copies :

Mme Esther Waeber -Kalbermatten, Cheffe du Département de la santé publique du Valais

Dr. med. Jürg Schlup, Président de la FMH;

Drs. med. Josef Widler et Remy Boscacci, Président et vice-président a.i. de la CCM

Spitex Schweiz - Sulgenauweg 38 - 3007 Bern

Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit
CH-3003 Bern

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

Bern, 10. September 2018

Pa.Iv. 09.528 «Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus»; Stellungnahme von Spitex Schweiz

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Einladung zu obgenannter Vernehmlassung. Gerne nimmt Spitex Schweiz dazu Stellung.

Als nationaler Dachverband der Schweizer Nonprofit-Spitex vertreten wir die Interessen der Spitex-Verbände aller Kantone und der nahezu 600 lokalen gemeinnützigen Spitex-Organisationen. Diese beschäftigen über 36'500 Mitarbeitende. Über 280'000 Personen werden von der gemeinnützigen Spitex zu Hause gepflegt und rund 110'000 Personen bei der Alltagsbewältigung unterstützt.

Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit verfolgt mit der Vorlage drei Ziele: 1. ambulant vor stationär 2. Stabilisierung der steuer- und prämienfinanzierten Finanzierungsanteile 3. Veranlassung der Finanzierer, stärker auf eine sachgerechte Tarifierung der Leistungen hinzuwirken. Spitex Schweiz teilt diese Ziele.

Aus unserer Sicht können mit EFAS durch eine Vereinfachung der Finanzierungsregelungen administrative Hürden reduziert werden. Spitex Schweiz anerkennt auch, dass mit einer einheitlichen Finanzierung, Anreize für die Kantone und die Krankenversicherer schwinden, Patientinnen und Patienten ambulant statt stationär (Kantone) resp. stationär statt ambulant (Versicherer) zu behandeln und in Planung und Prozessen dahingehend zu wirken.

Spitex Schweiz hat gleichzeitig auch Vorbehalte gegenüber der aktuellen Ausgestaltung von EFAS.

Die Kantone monieren, dass sie künftig die Leistungen wesentlich finanzieren sollen, ohne genügend Steuerungsmöglichkeiten zu haben. Diese Anliegen sind aus unserer Sicht ernst zu nehmen.

Unseres Erachtens muss auch die Besserstellung der Vertragsspitäler überdacht werden. Es ist davon auszugehen, dass eine damit verbundene Mengen- und Kapazitätsausweitung die OKP zusätzlich belasten und damit auch Auswirkungen auf das Gesamtsystem haben wird.

Aus unserer Sicht geraten die Mechanismen der Tarifierung im Bericht zu kurz. Die Tarifierung hat einen wesentlichen Einfluss auf den Entscheid, ob jemand ambulant oder stationär behandelt wird – dies zeigt sich insbesondere auch, wenn man den VVG-Bereich einbezieht (zusatzversicherte Patienten und Patientinnen werden häufiger und länger stationär behandelt). Für den Entscheid des Arztes, der Ärztin oder des Patienten, der Patientin ist weniger entscheidend, ob die Finanzierung durch die Versicherung alleine oder auch noch durch den Kanton erfolgt.

Auf Basis der dargelegten Informationen können wir uns zu den Berechnungen nicht äussern.

Die GDK hat bereits mehrfach Stellung zu EFAS bezogen, letztmals mit ihrer Medienmitteilung vom 6. Juli 2018. Dabei lehnt sie den Vernehmlassungsentwurf ab und stellt Anforderungen an eine steuerbare, effiziente und integrierte Gesundheitsversorgung.

Unter anderem fordert sie den Einbezug der Langzeitpflege. Spitex Schweiz betrachtet diesen Vorschlag zum jetzigen Zeitpunkt kritisch. Damit eine solche Forderung realistisch werden kann, sind verschiedene Voraussetzungen notwendig:

- Eine klare Regelung der Restfinanzierung und der Mechanismen zur Festlegung der Tarife.
- Die bessere Durchlässigkeit der Betreuungsformen, insbesondere auch in Bezug auf das betreute Wohnen.
- Die Verringerung des administrativen Aufwands.
- Das Angehen der weiteren Defizite der aktuellen Pflegefinanzierung (vgl. https://www.spitex.ch/Verband/News/Forderungen-der-IG-Pflegefinanzierung/ol2izQSN/P7sQ3/?m=0&open_c=).

Bei Fragen steht Ihnen Patrick Imhof, Leiter Politik und Grundlagen zur Verfügung (imhof@spitex.ch).

Wir danken Ihnen für die Kenntnisnahme und die Berücksichtigung unserer Stellungnahme.

Freundliche Grüsse

Spit ex Verband Schweiz



Walter Suter
Präsident



Marianne Pfister
Geschäftsführerin

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

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Schweizerischer Verband der Berufsorganisationen im Gesundheitswesen

Abkürzung der Firma / Organisation : svbg

Adresse : Altenbergstr. 29, 3000 Bern 8

Kontaktperson : Claudia Galli

Telefon : 078 746 76 50

E-Mail : cl.galli@svbg-fsas.ch

Datum : 06.09.2018

Wichtige Hinweise:

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

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

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

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
svbg	<p>Der Schweizer Verband der Berufsorganisationen im Gesundheitswesen svbg begrüsst grundsätzlich die Absicht, eine einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Behandlungen (EFAS) einzuführen. Den dazu von der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-NR) unterbreiteten Vorentwurf lehnt er jedoch ab.</p> <p>Wir stützen uns dabei auf eine verbandsinterne Vernehmlassung und unterstützen explizit die Einschätzung und Stellungnahme des Schweizerischen Berufsverbandes der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK:</p>
svbg	<p>Eine Dämpfung des Prämienwachstums kann nicht erwartet werden</p> <p>Zwar ist es richtig, eine einheitliche Finanzierung als Massnahme mit Potenzial zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen zu betrachten, da sie zur Beseitigung von Fehlanreizen beitragen kann. Die Kommission konzentriert sich bei der Ausgestaltung aber einseitig auf eine rechnerische Umverteilung von Mitteln von den Kantonen zu den Versicherern. Andere zentrale Faktoren insbesondere medizinischer und politischer Natur werden ausser Acht gelassen.</p> <p>Zwei grosse Kostentreiber im schweizerischen Gesundheitssystem, nämlich die Fehlanreize im Zusammenhang mit Tarifstruktur und Tariffhöhe (TARMED ambulant und DRG stationär) werden in der vorgeschlagenen Reform nicht angetastet. Die blosser Umleitung eines fixen Betrags an Steuergeldern würde hingegen kaum Fehlanreize korrigieren und deshalb auch die Leistungsverlagerung von stationär zu ambulant nicht wesentlich beeinflussen.</p>
svbg	<p>Kostenbeteiligung der Patienten im stationären Bereich steigt</p> <p>Versicherte müssen neben den Prämien zusätzlich über Franchise, Selbstbehalt und Spitalkosten (CHF 15.- pro Tag) direkt an die Kosten ihrer Behandlung beitragen. Heute wird diese Kostenbeteiligung nur auf dem, von den Krankenkassen finanzierten, Teil erhoben. Neu würden die Kassen sämtliche Leistungen zu 100% vergüten und deshalb auch die Kostenbeteiligung auf den vollen Betrag der Leistung einfordern. Der erläuternde Bericht zur Vorlage geht nicht auf diese Thematik ein.</p>
svbg	<p>Zusätzliche Belastung der Prämienzahler durch Besserstellung der Nicht-Listenspitäler</p> <p>Die Kantone definieren heute mit den Spitallisten jene Spitäler und Kliniken, für die sie bei stationären Eingriffen 55% der Kosten übernehmen. Die Krankenkassen haben ihrerseits die Freiheit, Verträge mit Nicht-Listenspitälern abzuschliessen, dafür dürfen aber aus der Grundversicherung, wie bei Listenspitälern, nur 45% der medizinischen Kosten übernommen werden. Der Rest wird über Zusatzversicherungen oder durch Selbstzahlungen der Patienten übernommen.</p>

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

	<p>Die Vorlage der SGK-NR sieht eine Erhöhung des Beitrags aus der Grundversicherung auf 74.5% vor. Diese 30%ige Erhöhung würde die Attraktivität der Vertragsspitäler (die nicht auf der kantonalen Spitalliste stehen) ungemein erhöhen. Die Grundversicherer müssten diese Zusatzkosten übernehmen. Zusatzversicherungen könnten dadurch wieder attraktiver werden.</p>
svbg	<p>Die Rolle der Kantone als Steuerungsorgan der Gesundheitsversorgung wird massiv geschwächt</p> <p>Da die Krankenversicherer als Monist festgelegt werden sollen, und zudem Mehrheitsfinanzierer sind, steigt ihre Macht in sämtlichen Tarifverhandlungen. Gegen eine Vereinfachung der Vergütung ist im Grundsatz nichts einzuwenden.</p> <p>Der Entwurf der SGK-NR ist jedoch so ausgestaltet, dass die Steuerungskompetenz von den Kantonen in Richtung Krankenkassen verlagert wird. Die Kantone müssten Steuergelder in der Höhe von rund 8 Milliarden Franken (25.5%) den Versicherern überweisen, ohne das Leistungsangebot und die Qualität noch massgeblich beeinflussen zu können.</p>
svbg	<p>Der postulierte positive Effekt zur Förderung integrierter Versorgungsmodelle wird insbesondere für die Pflege kaum eintreten</p> <p>Die Tarifsysteme TARMED für den ambulanten Bereich und DRG (und weitere Pauschalsysteme wie TARPSY) für den stationären Bereich bleiben unverändert. Weil die Vorlage die Pflegefinanzierung ausschliesst, kann demzufolge kein positiver Effekt auf die bessere Zusammenarbeit mit den verschiedenen Pflegesettings (Ambulante Pflege, Pflegeheim, Spital, Klinik, Reha) erwartet werden.</p> <p>Die Kantone müssten laut Entwurf die Steuerung und Koordination an die Kassen abgeben und hätten kaum noch die Möglichkeit selbst Modelle der integrierten Versorgung zu entwickeln und zu steuern. Qualität und Effizienz von Modellen der integrierten Versorgung hängen stark davon ab, wer für die Koordination zuständig ist. Aus Sicht des svbg müssen Patientensicherheit und Versorgungsqualität das primäre Ziel jedes Modells im Gesundheitswesen sein. Falls Krankenkassen allein für die Entwicklung und Steuerung solcher Modelle zuständig sein sollten, wäre zu erwarten, dass Kosten- und Effizienz-themen im Vordergrund stehen würden. In der vorliegenden Vorlage wird auch die Spitalplanung durch die Kantone empfindlich geschwächt, weil die Kassen für die Abgeltung der Leistungen zuständig wären und zudem leicht zusätzliche Leistungserbringer definieren könnten (Nicht-Listenspitäler).</p>
svbg	

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.

Commission de la sécurité sociale et de la
santé publique
Monsieur le Président de la CSSS-N
Thomas de Courten
CH-3003 Berne

Lausanne, le 7 septembre 2018/aro

Initiative parlementaire. Financement moniste des prestations de soins – Avant-projet de modification de la LAMal

Monsieur le Président,

La Société Vaudoise de Médecine (SVM) a pris connaissance de la procédure de consultation de l'avant-projet de modification de la LAMal sur le financement moniste des prestations de soins.

Cet avant-projet, objet d'une initiative parlementaire, est la conséquence logique des critiques longtemps émises à l'encontre du système actuel d'assurance obligatoire des soins visant une prise en charge conjointe, par les cantons et les assureurs maladie, de l'ensemble des prestations hospitalières et ambulatoires. Les critiques se sont renforcées suite à l'introduction du nouveau régime de financement hospitalier en 2012.

Situation initiale

Les travers du système actuel se sont concrétisés, dans le canton de Vaud à tout le moins, par un transfert massif de l'hospitalier vers l'ambulatoire pratiqué dans les murs des hôpitaux et par une augmentation importante des prestations liées aux soins à domicile. Cette tendance a provoqué une augmentation importante des coûts de l'ambulatoire qui a lourdement impacté les montants des primes d'assurances et donc des assurés. A l'inverse, la facturation de prestations en stationnaire diminue continuellement au point que certains hôpitaux sont rentrés dans des chiffres rouges pour leurs activités somatiques (Référence : Dr P. Eggimann. Coûts de la santé : ce que l'on vous cache.... Rev Med Suisse. 2018 Feb 21;14(595):437-440).

Les autorités cantonales tirent à leur manière les conclusions de cette situation dans la mesure où elles planifient le besoin en établissements de soins, pilotent le volume de prestations facturées par les établissements hospitaliers, approuvent les conventions tarifaires entre assureurs et hôpitaux et cherchent à façonner des conventions tarifaires entre assureurs et médecins selon une vision publique en imposant des mécanismes de correction de la valeur du point tarifaire en fonction d'un volume de prestations.

Il est ainsi constaté que le système actuel de l'assurance obligatoire des soins laisse la part belle aux cantons qui, sur le plan politique, prétendent avoir maîtrisé les coûts à charge dans le secteur des hôpitaux reconnus d'intérêt public et qui pointent du doigt l'ambulatoire de ville comme étant le secteur responsable de l'augmentation continue des primes d'assurance maladie.

Le projet de financement moniste

C'est dans ce contexte que le financement moniste fait l'objet de discussions politiques depuis de plusieurs années. Il est constaté que sur le principe, un tel financement suscite l'adhésion tant des médecins que des pharmaciens, des caisses-maladie et des compagnies d'assurances privées.

La solution qui se dessine aujourd'hui par la CSSS-N est que les cantons participent à hauteur de 25,5% au moins des coûts qui resteront à charge des assureurs après déduction des franchises et des quotes-parts assumées par les assurés. Selon l'avant-projet soumis en consultation, c'est la solution pour que le financement uniforme demeure sans incidence sur le budget des cantons et des assureurs. Ce ratio est basé sur la moyenne annuelle assumée dans les prestations prises en charge par les cantons durant les années 2012-2015, soit les trois exercices ayant suivi l'introduction du nouveau système de financement hospitalier.

La nouveauté proposée consiste également dans le fait que les assureurs devront rembourser l'ensemble des traitements et que les cantons versent quant à eux l'ensemble des montants qu'ils doivent prendre en charge à l'Institution commune LAMal.

Les cantons veulent dans ces conditions pouvoir beaucoup mieux contrôler le secteur ambulatoire sur leur territoire dans la mesure où ils participent au financement des prestations ambulatoires. Il est observé que cette volonté se concrétise déjà à travers la modification de l'art. 55a LAMal qui, une fois en vigueur (2019), offrira aux cantons plus de latitude dans la gestion de l'offre ambulatoire¹. Dans ces conditions, la tendance de certains cantons sera ainsi non pas uniquement de vouloir piloter, mais de contrôler et administrer, la médecine de ville.

La conséquence probable est que, dans un canton disposant d'un centre hospitalier universitaire, les médecins cliniciens formés se verront restreints dans leurs projets professionnels d'installation dans les environs du centre hospitalier, non pas parce qu'ils ne répondraient à la demande de patients, mais parce que cela ferait concurrence à celui-ci. Il en va de même pour les hôpitaux privés reconnus d'intérêt public qui ne peuvent développer des services pourtant porteurs en raison de la volonté de l'hôpital cantonal universitaire de disposer de tout l'effectif nécessaire à ses services. On constate dès lors que l'administration cantonale dispose d'un outil extrêmement fort pour favoriser les établissements publics au détriment de la médecine et des besoins avérés de la population. Dans ce contexte, il manque une autorité autre que le canton pour arbitrer le contrôle unilatéral du canton.

Au souhait de la SVM, une telle autorité devrait être paritairement composée par le privé et par le public aux fins de réguler le système avec la garantie de disposer d'un équilibre en la matière.

Plusieurs conseillers d'Etat en charge de la Santé ont publiquement émis des réserves quant au principe de financement moniste proposé par le texte mis en consultation. Ils redoutent, probablement, à bon escient, de perdre une partie de leur capacité à organiser la planification hospitalière au profit des assureurs.

Dans ce contexte, la SVM propose que la participation cantonale au financement ambulatoire ne concerne que les prestations découlant du transfert de l'hospitalier vers l'ambulatoire et de celles permettant le maintien à domicile.

¹ C'est le lieu de préciser que les cantons devraient également être contraints de limiter l'offre hospitalière dans la mesure où il est constaté que les hôpitaux cantonaux vaudois se sont beaucoup développés ces dernières années. Cela est la conséquence de la participation des cantons au financement des infrastructures hospitalières publiques, à leur fonctionnement via les prestations d'intérêt général ainsi qu'au subventionnement des primes d'assurance de la population la moins aisée.

C'est ainsi que les six groupes d'interventions et d'examens électifs qui seront prioritairement être pris en charge en ambulatoire à compter du 01.01.2019, soit les

- **opérations unilatérales des veines variqueuses des jambes**
- **interventions pour hémorroïdes**
- **opérations unilatérales de hernies inguinales**
- **examens / interventions au niveau du col utérin ou de l'utérus**
- **arthroscopies du genou, y c. opérations du ménisque**
- **opérations sur des amygdales et des végétations adénoïdes**

devraient obligatoirement faire l'objet d'une participation des cantons dans la mesure où ces derniers bénéficieront directement des effets de ce transfert de charge à la seule assurance obligatoire des soins.

Nous veillerons avec intérêt aux développements qui suivront cette consultation d'avant-projet.

En vous remerciant pour l'attention que vous porterez aux présentes déterminations, nous vous prions de croire, Monsieur le Président, à l'expression de nos meilleures salutations.

SOCIÉTÉ VAUDOISE DE MÉDECINE



Philippe Eggimann
Président



Pierre-André Repond
Secrétaire général

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

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : SWISS REHA

Abkürzung der Firma / Organisation :

Adresse : reflecta ag, Zieglerstrasse 29, 3007 Bern

Kontaktperson : Guido Schommer, Geschäftsführer

Telefon : 031 387 37 15, mobil 079 300 51 45

E-Mail : schommer@reflecta.ch

Datum : 11.09.2018

Wichtige Hinweise:

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

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

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

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
	Finanzierungsregelungen sind nicht einfach gut oder schlecht, sondern sie können unter unterschiedlichen Rahmenbedingungen unterschiedliche Wirkungen auslösen.
	Bzgl. der einheitlichen Finanzierung sind insbesondere die Klärung der Rollenkonflikte zu thematisieren, welche bei den Kantonen weiterhin existieren und bei den Krankenversicherern zunehmen dürften.
	<p>Bzgl. der Rehabilitation ist insbesondere auch die klare Definition der Rehabilitation von besonderer Bedeutung, da dies bis heute im KVG nicht sichergestellt ist. So erteilen beispielsweise bestimmte Kantone Leistungsaufträge für geriatrische Rehabilitation, andere nicht. Ebenso unterschiedlich interpretiert werden beispielsweise die Begriffe Akut- und Übergangspflege und CTRs (nach der Deutschschweizer Terminologie sollten CTRs grossmehrheitlich keine Leistungsaufträge für Rehabilitation erhalten).</p> <p>Solange solche Begriffs-Unterschiede existieren, besteht die Gefahr, dass die Kantone ihre eigenen CTR-Institutionen weiterhin vor der Konkurrenz schützen bzw. mit der geplanten Änderung der Vertragsspital-Finanzierung Krankenversicherer nicht fachgerechte Angebote aus der Grundversicherung zusammen mit den Kantonen zu Lasten der qualifizierten Rehabilitation finanzieren und damit die Versorgungs-Landschaft gefährden.</p>
	Im Rahmen einer einheitlichen Finanzierung ist darüber hinaus auch der Begriff "Gemeinwirtschaftliche Leistungen" zu klären und dafür zu sorgen, dass die entsprechenden Leistungsaufträge regelmässig ausgeschrieben werden. Andererseits besteht die Gefahr, dass dieser Passus dazu missbraucht werden kann, die einheitliche Finanzierung durch über GWL gewährte Subventionen zu torpedieren.
	Im Sinne der ganzheitlichen Finanzierung sollte aus Rehabilitations-Sicht auch die Langzeitpflege nach den gleichen Prinzipien finanziert werden. Dies dürfte die Gefahr reduzieren, dass Kantone Langzeitpflege-Institutionen Rehabilitations-Leistungsaufträge gewähren, um die Krankenversicherer anteilmässig stärker mitfinanzieren zu lassen.
	Im Rahmen der Gesetzesrevision sollte auch der Begriff "teilstationär" wieder eingeführt werden, damit sichergestellt ist, dass auch für teilstationäre Angebote die einheitliche Finanzierung gilt. Denn der Begriff "teilstationär" ist gerade im Bereich der Psychiatrie und auch der Rehabilitation (vgl. beispielsweise die Qualitäts-Kriterien von SWISS REHA) klar definiert.
	Wenn die Kantone gesamthaft über die ganze Behandlungskette einen geringeren Finanzierungsanteil als die Krankenversicherer übernehmen, kann es keinen Sinn machen, dass die Kantone noch zusätzliche Steuerungskompetenzen im Bereich der ambulanten Zulassungssteuerung

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

	bekommen. Vor allem aber ist eine ambulante Zulassungssteuerung auch unter dem Aspekt der Zusammenlegung von Entscheidungs- und Finanzierungsverantwortung sowie den dadurch noch weiter zunehmenden Rollenkonflikten der Kantone abzulehnen.
--	---

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)
	49a	1			belassen
	49a	2		Solange der Rehabilitations-Begriff gesamtschweizerisch nicht klar definiert wird, führt das Vertragsspital-Konzept mit erweiterter Grundversicherungsfinanzierung zu einer weiteren Subventionierung von nicht rehabilitationsspezifischen Anbietern, welche aus Standortförderungsgründen zusammen mit der Zusatzversicherungs-Entlastung für die Krankenversicherer zu schlechterer Qualität und höheren Kosten führt.	Textvorschlag gemäss Minderheit übernehmen
	60a	1		Spitäler haben sich an einer leistungsorientierten Finanzierung zu orientieren. Daher sind auch die Beiträge leistungsorientiert aufzuteilen und nicht über Pauschalbeiträge.	Textvorschlag gemäss Mehrheit
	60a	2		Spitäler haben sich an einer leistungsorientierten Finanzierung zu orientieren. Daher sind auch die Beiträge leistungsorientiert aufzuteilen und nicht über Pauschalbeiträge.	
	60a	3		Spitäler haben sich an einer leistungsorientierten Finanzierung zu orientieren. Daher sind auch die Beiträge leistungsorientiert aufzuteilen und nicht über Pauschalbeiträge.	
	60a	4		Spitäler haben sich an einer leistungsorientierten Finanzierung zu orientieren. Daher sind auch die Beiträge leistungsorientiert aufzuteilen und nicht über Pauschalbeiträge.	

Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit (SKG-NR)

Thomas de Courten
Kommissionspräsident
3003 Bern

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

Ihre Kontaktperson: Regula Lüthi, Präsidentin
regula.luethi@upkbs.ch

24. August 2018

Vernehmlassung: 09.528 Pa Iv Finanzierung der Gesundheitsleitungen aus einer Hand – Einführung des Monismus

Sehr geehrter Herr de Curten
Sehr geehrte Damen und Herren

Swiss Nurse Leaders bedanken sich für die Gelegenheit, an der obgenannten Vernehmlassung teilzunehmen.

Ganz grundsätzlich können wir festhalten, dass wir den (erneuten) Versuch einer Einführung einer einheitlichen Finanzierung sehr befürworten. Wir sind überzeugt, dass damit ein grosses und wichtiges Puzzleteil einer sinnvollen, integrierten Gesundheitsversorgung entsteht. Wir befürworten auch die Weitfassung mit der Inkludierung der Psychiatrie, der Rehabilitation sowie der Akut- und Übergangspflege.

Wie man im Vernehmlassungstext liest, werden damit drei Ziele verfolgt:

- Die Förderung der Verlagerung von stationär zu ambulant.
- Stabilisierung der prämierten- und steuerfinanzierten Anteile an der OKP.
- Förderung einer sachgerechten Tarifierung.

Swiss Nurse Leaders sind überzeugt, dass mit einer einheitlichen Finanzierung alleine diese Ziele nicht erreicht werden können. Es bräuchte dazu noch ganz andere Steuerungshebel – als Beispiele können die zu hohe Anzahl Spitalbetten pro Kanton genannt werden, oder Neubauten in einem Sektor, wo es schon zu viele Betten gibt, zu tiefe Abgeltung der sogenannten „Nichtärzte“ bei den Tarmedtaxpunkten, fehlende Regionalisierungsbestrebungen, sehr unterschiedliche kantonale

Gestaltung einer integrierten Versorgung etc. Unserer Ansicht nach wären qualitative Diskussionen um Wertschöpfungsketten aus Sicht der Patientinnen und Patienten und Auseinandersetzungen um „best practice models“ oder „choosing wisely“ mindestens so wichtig wie eine neue Aufteilung des schon Bestehenden.

Warum die kantonal so unterschiedlich gehandhabte Pflegefinanzierung nicht integraler Bestandteil dieser neuen Finanzierung sein soll ist uns unverständlich, bzw. sie ist rein fachlich eigentlich nicht begründbar, sondern kann nur politisch/taktische Gründe haben. Wir nehmen mit Bedauern zur Kenntnis, dass von gewissen Kreisen behauptet wird, die Pflegefinanzierung stehe im Gegensatz zum Monismus. Dies stimmt aus Sicht der Pflegefachpersonen sicher nicht. Wir wissen, dass viele Patientinnen und Patienten eben nicht in der stationären Versorgung oder in den ambulanten Eingriffen die grösste Herausforderung bedeuten, sondern in den vor- und nachgelagerten Heimen sowie in der Spitex. Und wir wissen ebenfalls, dass pflegende Angehörige sowie viele Sozialdienste von Gemeinden hier unschätzbare und unbezahlte Unterstützung bieten.

Dass Nicht-Listenspitäler besser gestellt werden sollen, als im heutigen Setting, ist für uns nicht nachvollziehbar und würde unserer Ansicht nach die angestrebte Stabilisierung der Kosten zunichte machen. Vielmehr sehen wir darin eine Bevorzugung dieser Spitäler was zu einer weiteren Erhöhung der Kosten für die einzelnen Bürgerinnen und Bürger führen wird. Überhaupt weisen wiederholte Bemerkungen im Vernehmlassungstext darauf hin, dass eine höhere Kostenbeteiligung der Versicherten nicht ausgeschlossen werden kann. Es wird zwar argumentiert, dass im Gegenzug eine leichte Senkung der Prämien zu erwarten wäre, unserer Ansicht nach ist dies jedoch noch zu beweisen.

Solange die Tarifstrukturen mit DRG, Tarpsy und Tarmed so bleiben wie sie sind, sind Fehlanreize weiterhin systembedingt voraussehbar. Wir plädieren daher nicht nur für ein einheitliches Finanzierungsmodell, sondern ebenso für integrierte Vergütungssysteme. Falls dies nicht berücksichtigt würde, wäre es aus unserer Sicht dann im Grunde nicht relevant, wer die Oberhoheit über die Finanzierung der Gesundheitsleistungen hätte.

Aus dem Text nicht klar ersichtlich wird die zukünftige Rolle der Kantone, wenn alle stationären und ambulanten Leistungen gemäss KVG von den Krankenversicherern getragen würden. Wir verstehen daher die Mitglieder der Minderheit in der Kommission, die den Kantonen schlagkräftige Instrumente zur Steuerung des ambulanten Bereichs zur Verfügung stellen möchten, bevor die Finanzierung alleinige Sache der Krankenversicherer wird. Wir befürworten auch die Kompetenz der Kantone, Mindest- und Höchstzahlungen an Leistungserbringern festlegen zu können sowie die Zulassung der Ärztinnen und Ärzte zu steuern.

Diese von der GDK und von den NR sehr unterschiedlich gewerteten Steuerungsmechanismen bis hin zu einer möglichen Schaffung eines gemeinsamen Organs oder einer stichprobenartigen Überprüfung durch das BAG zeigen auf, wieviel Klärungsbedarf ganz generell noch besteht. Für die Bevölkerung nicht zu verstehen und auch nicht zuzumuten wäre eine Verlagerung von noch mehr Kosten in die privaten Haushalte. Gar nicht eingegangen wird auf Übergangsfristen, die für einen Wechsel des Vergütungsmodells samt der neuen Aufteilung der genannten 25% für die Kantone notwendig wäre.

Fazit:

Die Übertragung der Finanzierung auf die Krankenversicherer alleine, ohne die genaue Darlegung der ausführenden Begleitorgane sowie die genauen Kompetenzen der Kantone können unserer Ansicht nach nicht zu den von der Kommission beschriebenen Ziele führen. Sie löst auch die generelle Problematik der Fehlanreize nicht. Wir plädieren für eine gleichzeitige Implementierung qualitativer Steuerungsmechanismen. Dafür sind die sicher notwendigen Übergangsfristen festzulegen.

So lange nicht andere Steuerungsmechanismen und andere Planungsvorgaben installiert sind und so lange Pflegeheime und Spitex nicht in das Finanzierungsmodell mit eingebunden werden, bleibt die einheitliche Finanzierung ein Stückwerk einer an und für sich sinnvollen Strategie.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Stellungnahme.

Freundliche Grüsse



Regula Lüthi
Präsidentin Swiss Nurse Leaders

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

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : swiss orthopaedics

Abkürzung der Firma / Organisation : so

Adresse : Chemin de la Bovarde 19

Kontaktperson : Rita Zahnd

Telefon : 021 799 24 44

E-Mail : welcome@swissorthopaedics.ch

Datum : 17.7.2018

Wichtige Hinweise:

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

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

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

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
SO	swiss orthopaedics begrüsst und unterstützt den Entwurf sowie den erläuterten Bericht. Für Details verweisen wir auf die Stellungnahme der FMCH.
SO	

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

Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit
Thomas de Courten
Kommissionspräsident
CH-3003 Bern

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

Ort, Datum: Bern, 15. September 2018 Direktwahl: 031 306 93 85
Ansprechpartnerin: Agnes Nienhaus E-Mail: agnes.nienhaus@unimedsuisse.ch

Vernehmlassung der SGK-N zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG): «Einheitliche Finanzierung der Leistungen im ambulanten und Stationären Bereich» (EFAS-Initiative)

Sehr geehrter Herr Präsident
Sehr geehrte Damen und Herren

In Ihrem Schreiben vom 15. Mai 2018 haben Sie uns Gelegenheit zur Stellungnahme zur obenerwähnten Vernehmlassung gegeben. Der Verband Universitäre Medizin Schweiz (unimedsuisse) unterstützt im Allgemeinen die Vorlage von H+, möchte sich aber in mehreren Punkten noch besonders äussern.

1. Grundsätzlich befürwortet unimedsuisse eine einheitliche Finanzierung der ambulanten und stationären Leistungen. Man darf damit jedoch nicht die Vorstellung verbinden, dass damit falsche Anreize und Probleme in der Finanzierung von stationären und ambulanten Leistungen gelöst werden.
2. Für die Universitätsspitäler ist in erster Linie wichtig, dass die Tarife die Kosten finanzieren und keine Fehlanreize beinhalten. Wichtig ist für die Spitäler also das Tarifsystem bzw. die angemessene Ausfinanzierung der Leistungen und erst in zweiter Linie die Frage, wer die Leistungen zu welchen Teilen bezahlt. Im heutigen System sind die universitären Leistungen sowohl im ambulanten Bereich wie in der stationären Versorgung unterfinanziert. Dafür sind die Leistungen in Spitälern und Kliniken überfinanziert, welche sich auf wenig komplexe Patienten spezialisieren, was deren Überversorgung fördert. Gerne legen wir Ihnen dazu aktuelle Grundlagen vor, welche die Unterfinanzierung belegen. Die Vorlage packt diese grundsätzliche Problematik nicht an.
3. Qualität soll relevant sein für die Finanzierung von Leistungen. Die Vorlage stellt keinerlei Verbindung zur Frage her, dass die Qualität der Leistungen gewährleistet werden muss. Wir vertreten die Ansicht, dass die Finanzierung von Spitalleistungen auch mit der Qualität verbunden werden muss.
4. unimedsuisse lehnt es ausdrücklich ab, dass bei Vertragsspitalern der gleiche Verteilschlüssel in der Finanzierung angewandt wird wie bei Spitälern, die einen öffentlichen Leistungsauftrag auf der Spitalliste erhalten haben. Dies ist unseres Erachtens nicht zulässig, denn es würde die Unterscheidung zwischen Listenspitalern und Vertragsspitalern aufheben. Die Vertragsspitäler erhielten die gleiche öffentliche Finanzierung, obwohl sie sich nicht den Anforderungen der Kantone in der Spitalplanung und den damit verbundenen Steuerungsmechanismen unterziehen müssen. Dies schafft ungleiche Spiesse zuungunsten der Spitäler mit öffentlichem Leistungsauftrag.

unimedsuisse fordert entsprechend, dass Vertragsspitäler nicht über öffentliche Gelder mitfinanziert werden.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen in der Vorlage und stehen Ihnen bei Fragen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse



Agnes Nienhaus
Geschäftsführerin Universitäre Medizin Schweiz

Beilage

- Stellungnahme von H+ vom 28.08.2018



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit

Thomas de Courten
Kommissionspräsident
CH-3003 Bern

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

Ort, Datum	Bern, 28. August 2018	Direktwahl	031 335 11 13
Ansprechpartner	Martin Bienlein	E-Mail	Martin.bienlein@hplus.ch

Vernehmlassung der SGK-N zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG)

Sehr geehrter Herr Präsident
Sehr geehrte Damen und Herren

In Ihrem Schreiben vom 15. Mai 2018 haben Sie uns Gelegenheit zur Stellungnahme zur oben-erwähnten Vernehmlassung gegeben.

H+ Die Spitäler der Schweiz ist der nationale Verband der öffentlichen und privaten schweizerischen Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen. Uns sind 236 Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen als Aktivmitglieder an 369 Standorten sowie über 170 Verbände, Behörden, Institutionen, Firmen und Einzelpersonen als Partnerschaftsmitglieder angeschlossen.

Vorbemerkung: Ausgewogenheit der Verantwortungen

Im heutigen KVG tragen die Kantone mit der Spitalliste die Verantwortung und fünfzig Prozent der Kosten. Dies scheint adäquat, auch wenn die Aufgabenkumulation zu überprüfen ist. In Zukunft haben sie zwar noch die volle Versorgungsverantwortung zahlen aber nur noch ein Viertel der Kosten. Dies kann zu Spannungen führen. Trotzdem ist es wichtig, dass die Verantwortung für die medizinische Versorgungssicherheit der Bevölkerung in der Hand von demokratisch legitimierten Organen bleibt. Die Versicherer haben dazu weder das nötige Wissen noch die Legitimation. Ihr eigener Fokus liegt auf der Stabilisierung der Prämien.

Prinzipielle Zustimmung zu EFAS

Nach Konsultation unserer Mitglieder teilen wir Ihnen mit,

- dass Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen die einheitliche Finanzierung unterstützen.
- die Kantone und sozialen Krankenversicherer unter Berücksichtigung der Kostenbeteiligung der Patientinnen und Patienten als Finanzierer beibehalten werden sollen.
- dass der gleiche Kostenteiler in der ganzen Schweiz gelten soll. Ein kostenneutraler schweizweiter Teiler, wie vorgeschlagen mit 74,5 zu 25,5%, ist sinnvoll.

- dass die Schuldner der Rechnung neu nur noch die Versicherer sein sollen und zwar für ambulante und stationäre Leistungen gleichermassen. Auch sollen nur sie die Rechnungen kontrollieren. Dafür müssen sie einer strengeren Kontrolle unterliegen (siehe unten).
- dass die Kantonsbeiträge über die gemeinsame Einrichtung KVG fliessen sollen.

Notwendige Revision der ausserkantonalen Behandlung

Die Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen fordern Änderungen in der Abgeltung von Leistungen ausserkantonalen Spitäler und Kliniken. Die Tarife müssen die standortakzeptierten Preise des Spitals oder der Klinik sein und nicht wie bisher eine fiktive vom Wohnkanton der Patientinnen und Patienten festgelegte Vergütung, die heute immer wieder missbräuchlich ist.

H+ Hauptanliegen: Revision und Pflege der Tarifstrukturen

Aber wichtiger als die einheitliche Finanzierung aller Leistungen ist die Revision des Tarifrechts und die Umsetzung durch die Tarifpartner, namentlich die Revision und Pflege sämtlicher ambulanter Tarifstrukturen. Die einseitigen Eingriffe des Bundesrates haben die Tarifblockade aus Sicht von H+ verschärft statt aufgehoben.

Revision der Übergangspflege

Ebenso ist es notwendig die Übergangspflege vollständig in die Akutsomatik aufzunehmen, wo sie medizinisch hingehört (Streichen Art. 25a Abs. 2 KVG). Ihre Dauer, kann über Anhang 1 KLV begrenzt werden, was medizinisch sinnvoll ist.

Langzeitpflege später

Die Finanzierung der Langzeitpflege gehört in die einheitliche Finanzierung. Zu einem späteren Zeitpunkt muss die Langzeitpflege deshalb (wieder) in die Gesamtfinanzierung zurückgeführt werden, damit auch hier Fehlanreize durch Finanzierungsbrüche aufgehoben und optimale Behandlungsketten durchgeführt werden.

Einheitliche Rechnungsprüfung prüfen

Heute hat jede Versicherung ihr eigenes Prüf- und Rückweisungsverfahren. Das führt bei den Leistungserbringern zu Mehraufwand und Mehrkosten. Deshalb sollte überprüft werden, ob die Rechnungsprüfung und das Rückweisungsverfahren nicht vereinheitlicht werden und wie dies umgesetzt werden kann (Rechnungsprüfungsbüro, siehe 38 Massnahmen der Expertengruppe, Oktober 2017). Die Rechnungsprüfung muss zudem transparenter werden. Erstens sollen die Versicherungen ihrer Erfolgs- und Misserfolgsquote angeben, einzeln und als Branche (Qualitätsnachweis). Zweitens sollen die Versicherungen ihre Prüfmechanismen offenlegen.

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit zur Stellungnahme und stehen Ihnen bei Fragen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse



Dorit Djelid
Direktorin a.i.

Stellungnahme zur Änderung des KVG «Einheitliche Finanzierung der Leistungen im ambulanten und stationären Bereich» (EFAS-Initiative)

1. Grundsätzliche Haltung des Universitätsspitals Basel

Das Universitätsspital Basel unterstützt die EFAS-Initiative grundsätzlich und sieht raschen Handlungsbedarf, die bestehenden Fehlanreize aus dem System zu eliminieren. Die Initiative liefert dazu einen begrüßenswerten Ansatz.

Eine Beteiligung der Kantone an der Finanzierung der ambulanten Leistungen ist aus Sicht des Universitätsspitals Basel dabei zwingend notwendig. Zusätzlich sind das Fokussieren auf medizinische Anreize, um die Verlagerung hin zu ambulanten Behandlungen zu fördern, und die Anpassung des Tarifrechts Voraussetzungen für eine erfolgreiche und medizinisch sinnvolle Umsetzung der einheitlichen Finanzierung.

2. Fokus auf medizinische Anreize und medizinische Qualität

Das Universitätsspital Basel geht mit dem Spitälerverband H+ einig, dass der Fokus auf medizinische Sinnhaftigkeit zu legen ist, nicht auf rein finanzielle Anreize. Das heisst, dass einheitlich finanzierte Pauschalen für Eingriffe an den Schnittstellen von stationär zu ambulant eingeführt werden sollen und medizinisch nicht sinnvolle Zeitbeschränkungen im TARMED z. B. für Notfallbehandlungen bei Kinder und Behandlungen von Krebspatienten wieder abschafft werden.

Ebenso zentral ist die medizinische Qualität der erbrachten Leistungen, die im Universitätsspital über ein neues patientenzentriertes Qualitätssystem mit Hilfe von ICHOM über mehrere Jahre erhoben wird, um medizinische Eingriffe und deren Outcome für die Patienten wissenschaftlich zu überprüfen.

3. Verfahren Tarifsysteem

Die Situation im Bereich der ambulanten Tarife, insbesondere des TARMED, ist weiterhin blockiert, da die Tarifpartner keine Einigung hinsichtlich der Revision des TARMED gefunden haben. In der Folge hat der Bundesrat schon zweimal zu Lasten der Leistungserbringer in die Tarifierung des TARMED eingegriffen. Eine Tatsache, die eine partnerschaftliche Lösung mit den Versicherern nicht fördert, da sie von den Eingriffen des Bundesrats nicht betroffen sind. Gleichermassen werden so betriebswirtschaftliche Tarifberechnungen verhindert.

Als Grundlage für die einheitliche Finanzierung von stationären und ambulanten Leistungen muss eine Lösung für die ambulanten Tarife gefunden werden. Das Universitätsspital Basel geht auch hier einig mit dem Spitälerverband H+ und unterstützt die Forderung einer Totalrevision des KVG-Tarifrechts inkl. der Abschaffung der bestehenden Veto-Möglichkeiten der Tarifpartner.

4. Weitere Punkte aus Sicht des Universitätsspitals Basel

Aus der Sicht des Universitätsspitals Basel tangieren folgende Punkte der EFAS-Initiative die medizinische Leistungserbringung nicht unmittelbar:

- Die Kontrolle der Leistungsabrechnung durch die Kantone ist deren verständliches Anliegen, aber aufgrund der bestehenden Audits im Auftrag der Kassen nicht zwingend.
 - Aus Sicht der Kantone sind hingegen die Mitsprache bei der Festlegung des Ärztetarifs sowie die Steuerung der Anzahl frei praktizierender Ärzte dringend aufzunehmende Regelungen.
-

- Der durch die Kantone geforderte Miteinbezug der Langzeit- und Alterspflege sowie Spitex ist sinnvoll, sollte aber zu einem späteren Zeitpunkt umgesetzt werden, um eine «Überlastung» der Initiative zu verhindern.
- Die Frage, ob die Versicherer durch die OKP zusätzlich die Privatversicherten finanzieren, ist abzuklären und ggf. zu verhindern.
- Es ist bei der Umsetzung der Initiative sicherzustellen, dass die Prämien nicht steigen.

Von: Campos Denise PARL INT <Denise.Campos@parl.admin.ch>

Gesendet: Montag, 17. September 2018 09:03

An: _BAG-Abteilung Leistungen <Abteilung-Leistungen@bag.admin.ch>

Betreff: WG: EFAS - Vernehmlassung der SGK-N - Stellungnahme USB ans BAG, Ergänzung

Zu Ihrer Information.

Freundliche Grüsse

Denise Campos

Administrative Sekretärin
Sekretariate der Kommissionen für soziale Sicherheit
und Gesundheit
Parlamentdienste, CH-3003 Bern

Tel: +41 58 322 97 40

denise.campos@parl.admin.ch <http://www.parlament.ch>

Von: Kuebler Werner, Dr. <Werner.Kuebler@usb.ch>

Gesendet: Montag, 17. September 2018 07:00

An: Campos Denise PARL INT <Denise.Campos@parl.admin.ch>

Cc: Frey Burkhard <Burkhard.Frey@usb.ch>; USB Direktion Stellungnahmen <stellungnahmen@usb.ch>

Betreff: EFAS - Vernehmlassung der SGK-N - Stellungnahme USB ans BAG, Ergänzung

Sehr geehrte Frau Campos,

In Ergänzung zu unserer Stellungnahme vom 10.08.2018 gestatten wir uns, noch auf folgende Punkte hinzuweisen:

Es ist darauf zu achten, dass die erwünschten Wirkungen der Vorlage nicht mit erheblichen Nachteilen erkauft werden, die aufgrund von ungewollten Verschiebungseffekten als Nebenwirkungen entstehen können.

Erstens ist bei der Lösung für die Vertragsspitäler der Minderheitsantrag zu bevorzugen (Vergütung darf nicht höher sein als 45% der Vergütung nach Art. 49 Abs. 1 KVG).

Wenn Vertragsspitäler mehr Grundversicherungs-Gelder bekommen, wird das System qualitativ schlechter und ineffizienter. Ausserdem werden die Zusatzversicherungen damit zulasten der Grundversicherung entlastet, was weder volkswirtschaftlich noch sozialpolitisch sinnvoll ist. Der Mehrheitsantrag dient eigentlich nur den Krankenversicherern zur Entlastung der Zusatzversicherung, weshalb er aus unserer Sicht abzulehnen ist.

Zweitens besteht wie bei der jeder Umlagerung mit pauschalisierenden Methoden eine Regressionswirkung in Richtung Durchschnitt. Deshalb ist davon auszugehen, dass je nach Ausgestaltung städtische Kantone mit bereits höherer Prämienbelastung weiter belastet werden, ländliche eher entlastet. Entsprechend ist bei den Zahlungsflüssen der Kantone über die gemeinsame Einrichtung nach Art. 18 an

die Versicherer darauf zu achten, dass diese nach den effektiven Leistungskosten für jeden einzelnen Versicherten berechnet werden, und nicht nach einem Durchschnittswert pro Versicherung. Der dadurch entstehende administrative Aufwand bleibt mit einer solchen Lösung im heutigen Rahmen, und hilft, unerwünschte Pauschalisierungseffekte zu vermeiden.

Abschliessend halten wir fest, dass wir die Stellungnahmen unseres Spitzenverbandes H+ die Spitäler der Schweiz vom 28.08.2018, sowie die Stellungnahme des Verbands Universitäre Medizin Schweiz (UMS) vom 15.09.2018 vollumfänglich unterstützen.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung dieser Ergänzung.

Freundliche Grüsse
Werner Kübler

Dr. med. Werner Kübler, MBA
Spitaldirektor

Universitätsspital Basel
Hebelstrasse 32
CH- 4031 Basel
Telefon +41 61 265 21 25
Fax +41 61 265 21 77
E-Mail werner.kuebler@usb.ch
www.usb.ch

Direktionssekretariat:
Telefon +41 61 265 21 25
E-Mail: direktionssekretariat@usb.ch

From: Vogler Patricia **On Behalf Of** USB Direktion Stellungnahmen
Sent: Friday, August 10, 2018 2:07 PM
To: denise.campos@parl.admin.ch
Cc: Kuebler Werner, Dr.; Frey Burkhard; USB Direktionssekretariat
Subject: EFAS - Vernehmlassung der SGK-N - Stellungnahme USB ans BAG

Sehr geehrte Frau Campos

Im Auftrag von Dr. Werner Kübler, Spitaldirektor, und Burkhard Frey, Generalsekretär, sende ich Ihnen unsere Stellungnahme zur Vernehmlassung der SGK-N zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) (EFAS-Initiative).

Unimedsuisse, H+ und die VNS haben diese ebenfalls erhalten.

Beste Grüsse,
Patricia Vogler

Lic. phil.
Patricia Vogler
Wissenschaftliche Mitarbeiterin

Direktion
Generalsekretariat

Universitätsspital Basel
Hebelstrasse 32
CH-4031 Basel

Telefon +41 61 556 57 53

Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit
3003 Bern

E-Mailadressen:
abteilung-leistungen@bag.admin.ch
sgk.csss@parl.admin.ch

12. September 2018

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

Sehr geehrter Herr Kommissionspräsident, Nationalrat de Courten
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir nehmen Stellung zum Vernehmlassungs-Verfahren zur Parlamentarischen Initiative 09.528 Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus.

Unterstützung der einheitlichen Finanzierung

Die vips Vereinigung Pharmafirmen in der Schweiz stellt sich auf den Standpunkt, dass der Problem- und Handlungsdruck im Schweizer Gesundheitswesen nicht primär aus dem Kostenwachstum entsteht. Vielmehr sind die ungleiche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen und die damit verbundenen Fehlanreize eine wichtige Teilursache für die fehlende Transparenz und Steuerbarkeit der Gesundheitsausgaben in der Schweiz. Die vips begrüsst es deshalb, dass die Gesundheitskommission des Nationalrats die Vernehmlassung zur Einführung einer einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen eröffnet. Die vips unterstützt die Vorlage der SGK-N 09.528 *Parlamentarische Initiative für eine einheitliche Finanzierung der Gesundheitsleistungen*. Diese Reform ist notwendig zur Beseitigung von Fehlanreizen und Verzerrungen bei der Wahl der adäquaten Behandlung in stationären oder ambulanten Settings.

Trend in Richtung ambulanter Versorgung

Der medizinische Fortschritt macht es möglich, therapeutische Versorgung, welche früher den stationären Spitalaufenthalt des Patienten erforderte, zunehmend im ambulanten Bereich zu erbringen. Ambulante Versorgung ist kostengünstiger und entspricht in der Regel auch dem Bedürfnis des Patienten nach rascher Rückkehr in die gewohnte häusliche Umgebung. Die zunehmende Verlagerung von teuren stationären Leistungen in den kosteneffizienten ambulanten Bereich erfolgt aber einseitig zu Lasten der Prämienzahlenden, da die ambulante Versorgung vollumfänglich über Prämien finanziert wird.

Unerwünschte Fehlanreize:

- Die beteiligten Akteure (Kantone, Leistungserbringer, Versicherer) setzen teils entgegengesetzte Anreize, die zu Verzerrungen bei der Wahl der gesamtwirtschaftlich effizientesten Therapieform führen können. Von Einsparungen im stationären Bereich können die Versicherten nicht profitieren. Die zusätzlichen Kosten im ambulanten Bereich werden aber vollständig über ihre auch deshalb steigenden Prämien finanziert.
- Kantone können die Tarife heute im Hinblick auf die Wahl zwischen stationärer und ambulanter Behandlung beeinflussen.
- Die zunehmende Verlagerung von mehrheitlich steuerfinanzierten stationären zu vollständig prämiendifinanzierten ambulanten Leistungen wird heute allein von den Prämienzahlenden getragen. Davon sind insbesondere Prämienzahlende betroffen, welche knapp nicht in den Genuss einer Prämienverbilligung kommen. Sämtliche Anpassungen sind aber zumindest kostenneutral auszugestalten.

Sozialverträglichere Finanzierungslast

Die einheitliche Finanzierung kann die Grundlage zur Erzielung grundlegender Fortschritte im Schweizer Gesundheitswesen schaffen:

- Die Ausgangslage zur Wahl der effizientesten Versorgung wird verbessert. Kantone und Krankenversicherer haben die gleichen Anreize, was insgesamt zu geringeren Gesamtkosten führen sollte.
- 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 ausgestaltet.
- Bei gleicher Finanzierung versprechen sich die Krankenversicherer grössere Einsparungen mittels integrierter Versorgungsmodelle. Damit verbunden wäre die Gewährung höherer Rabatte. Die Betreuungsfom der integrierten Versorgung ist in einer alternden Gesellschaft mit steigender Anzahl chronisch kranker Menschen wirkungsvoll.

Die Einführung einer einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen käme einer grundlegenden Reform unseres Gesundheitswesens auf nationaler Ebene gleich. Die Kantone würden neu die ambulante Versorgung mitfinanzieren. Dass die Kantone die Forderung nach Mitfinanzierung im Gegenzug mit der Bedingung von Mitsteuerungsmöglichkeiten im ambulanten Bereich verbinden, ist verständlich und begründet. Dem Begehren der Kantone ist deshalb mit der Schaffung passender Steuerungsinstrumente für den ambulanten Bereich zu entsprechen.

Wir danken Ihnen für die Gelegenheit zur Stellungnahme und ersuchen Sie um Berücksichtigung unserer Erwägungen.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

**vips Vereinigung Pharmafirmen
in der Schweiz**



Marcel Plattner
Präsident



Ernst Niemack
Geschäftsführer

vips – Vereinigung Pharmafirmen in der Schweiz

Baarerstrasse 2, 6300 Zug, Telefon +41 41 727 67 80, info@vips.ch, www.vips.ch



Chefärzte und Leitende Spitalärzte Schweiz
Médecins cadres des hôpitaux suisses
Quadri medici degli ospedali svizzeri

Per E-Mail:
lex@fmh.ch
abteilung-leistungen@bag.admin.ch
christina.leutwyler@parl.admin.ch

Per A-Post:
Herr Thomas de Courten
Nationalrat
Präsident Kommission für soziale
Sicherheit und Gesundheit SGK-NR
3003 Bern

Herr Dr. med. Jürg Schlup
Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
(FMH)
Elfenstrasse 18
Postfach 300
3000 Bern 15

Bern, 21. August 2018

Vernehmlassung 09.528 Parlamentarische Initiative. Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus (Vernehmlassung) – Verknüpfung mit der Vorlage Zulassung von Leistungserbringern

Sehr geehrter Herr Nationalrat De Courten
Sehr geehrter Herr Dr. Schlup
Sehr geehrte Damen und Herren

Der Verein der Leitenden Spitalärzte der Schweiz (VLSS) hat sich anlässlich seiner letzten Sitzung sehr intensiv mit den beiden oben erwähnten Vorlagen befasst.

Der VLSS hatte bereits kurz nach dem Inkrafttreten des KVG ein entsprechendes Gutachten von Prof. Robert Leu eingeholt, welches darauf hinwies, dass im KVG die Beseitigung des Fehlanreizes der unterschiedlichen Finanzierung des ambulanten und stationären Bereichs mit hoher Priorität zuerst angegangen werden sollte. Die Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK, damals noch Sanitätsdirektorenkonferenz SDK) hat sich stets gegen eine solche Gesetzesänderung gewehrt, bekanntlich ohne dass dies vernünftig begründet werden konnte.

Wir verstehen deshalb, wieso die Vorlage – sozusagen als Gegengeschäft – gleichzeitig mit der Nachfolgelösung der Zulassungssteuerung nach Art. 55a KVG in Kraft treten soll.

Die parlamentarische Initiative von CVP-Nationalrätin Ruth Humbel datiert aus dem Jahr 2009. Umso erfreulicher erscheint es aus unserer Sicht, dass die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-NR) hier die Initiative übernommen und am 19. April 2018 einen Vorentwurf für eine Gesetzesänderung verabschiedet hat.

Eine möglichst rasche Umsetzung von EFAS wird in unseren Reihen fast einhellig begrüsst. Dies ist umso dringender notwendig denn je. Es entspricht unseres Erachtens auch dem Grundsatz der

Sekretariat
Verein der Leitenden Spitalärzte der Schweiz VLSS
Postgasse 19, Postfach, 3000 Bern 8
T +41 (0)31 330 90 01
F +41 (0)31 330 90 03
info@vlss.ch
www.vlss.ch

Verhältnismässigkeit, einfachere Massnahmen mit grosser Auswirkung zuerst anzugehen, und stattdessen vorderhand auf grobe Systemeingriffe wie Globalbudgets o.ä. zu verzichten. Dementsprechend begrüssen wir die Idee, dass die Kantone inskünftig sowohl bei ambulanten als auch bei stationären Behandlungen nach Abzug von Franchise und Selbstbehalt der Versicherten einen einheitlichen Beitrag von mindestens 25,5% an die Kosten zahlen sollen.

Damit könnten nach über 20 Jahren endlich gleich lange Spiesse und die Voraussetzungen und finanziellen Anreize für vermehrt ambulante anstatt stationäre Behandlungen geschaffen werden. Selbstverständlich nur für gewisse chirurgische Eingriffe oder andere invasive Massnahmen, wo dies aus medizinischer Sicht vertretbar erscheint. Das Wohl des Patienten steht für uns nach wie vor im Vordergrund, weshalb wir uns auch stets in die entsprechende Listendiskussion auf eidgenössischer und kantonaler Ebene einbringen werden.

Sorgen bereitet unseren Mitgliedern hingegen eine andere Perspektive, welche mit der Botschaft des Bundesrates zur Änderung des KVG mit Bezug auf die Zulassung von Leistungserbringern nun sehr deutlich offenbart wurde.

Wir sind uns dessen bewusst, dass die Kantone über ein legitimes Interesse an mehr Planungsmöglichkeiten im ambulanten Bereich verfügen, sofern EFAS wie geplant umgesetzt würde. Trotzdem treten wir nach wie vor für eine Umsetzung eines solchen Vorhabens mit Augenmass ein. Es braucht unseres Erachtens so viel Planung wie notwendig und so wenig wie möglich. Der im ambulanten Bereich ausgeübte Beruf der praktizierenden Ärztin und des praktizierenden Arztes ist heute immer noch ein freier Beruf. Die meisten Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich arbeiten heute kostengünstig und effizient. Der Bürger und als Gesetzgeber allen voran das Parlament müssen sich deshalb zumindest genau überlegen, was es bedeuten könnte, die Ärzteschaft im ambulanten Bereich schleichend zu verstaatlichen.

Indem wir Sie darum ersuchen, diese Ausführungen zur Kenntnis zu nehmen, und sich dafür einzusetzen, dass der Planungseingriff im ambulanten Bereich trotz Einführung von EFAS auf ein vernünftiges Mass beschränkt wird, verbleiben wir mit bestem Dank für Ihre Bemühungen und

mit freundlichen Grüssen

Der Präsident



Prof. Dr. med. Karl-Olof Lövblad

Der Geschäftsleiter



Dr. iur. Th. Eichenberger, Rechtsanwalt

Kopie z.K.:

- FMH
- KKA
- VSAO Schweiz
- GDK
- H+

Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit
3003 Bern

Basel, 6. September 2018

Vernehmlassungsverfahren Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand – Einführung Monismus

Sehr geehrter Herr Kommissionspräsident,
Sehr geehrte Damen und Herren

Besten Dank für die Einladung zur Anhörung in oben erwähnter Angelegenheit. Sehr gerne nehmen wir dazu Stellung.

Das Hauptproblem der heutigen Finanzierung des Gesundheitswesens liegt nicht allein in der zweiteiligen Finanzierung. Für die Leistungserbringer sind die nicht sachgerechten Tarifstrukturen und die bei weitem nicht kostendeckenden Tarife in der OKP das grössere Problem.

Die VNS unterstützt die EFAS-Stossrichtung grundsätzlich und sieht raschen Handlungsbedarf, die bestehenden Fehlanreize aus dem System zu eliminieren. Die EFAS liefert dazu einen begrüssenswerten Ansatz. Eine Beteiligung der Kantone an der Finanzierung der ambulanten Leistungen ist dabei zwingend notwendig.

Die VNS geht mit dem Spitälerverband H+ einig, dass der Fokus auf medizinische Sinnhaftigkeit zu legen ist, nicht auf rein finanzielle Anreize. Das heisst, dass einheitlich finanzierte Pauschalen für Eingriffe an den Schnittstellen von stationär zu ambulant eingeführt werden sollen und medizinisch nicht sinnvolle Zeitbeschränkungen im TARMED.

Die Situation im Bereich der ambulanten Tarife, insbesondere des TARMED, ist weiterhin blockiert, da die Tarifpartner keine Einigung hinsichtlich der Revision des TARMED gefunden haben. In der Folge hat der Bundesrat schon zweimal zu Lasten der Leistungserbringer in die Tarifierung des TARMED eingegriffen. Eine Tatsache, die eine partnerschaftliche Lösung mit den Versicherern nicht fördert, da sie von den Eingriffen des Bundesrats nicht betroffen sind. Gleichermassen werden so betriebswirtschaftliche Tarifberechnungen verhindert. Hervorzuheben ist das ambulante Eingriffe im Spital in der Regel viel komplexer und aufwendiger sind und aus diesem Grund der Taxpunktwert für die Spitäler entsprechend rasch möglichst angehoben wird.

Als Grundlage für die einheitliche Finanzierung von stationären und ambulanten Leistungen muss zwingend eine Lösung für die ambulanten Tarife gefunden werden. Die VNS geht auch hier einig mit dem Spitälerverband H+ und unterstützt die Forderung einer Totalrevision des KVG-Tarifrechts inkl. der Abschaffung der bestehenden Veto-Möglichkeiten der Tarifpartner.

Vereinigung Nordwestschweizer Spitäler



Hans Zeltner
Geschäftsführer VNS

■ **Geschäftsstelle** • Postfach 4540 • 4002 Basel • Tel. 079 191 19 76 • info@vns-nw.ch • www.vns-nw.ch

■ Adullam-Spital • Bethesda Spital AG • Ergolz-Klinik • Felix Platter-Spital • Gesundheitszentrum Fricktal • Hirslanden Klinik Birshof • Hôpital du Jura • Hospiz im Park • Kantonsspital Baselland • Klinik Arlesheim • Merian Iselin Klinik • Palliativzentrum Hildegard • Psychiatrische Klinik Sonnenhalde AG • Praxisklinik Rennbahn AG • Psychiatrie Baselland • REHAB Basel • Reha Chrischona • Schmerzklinik Basel • Spital Dornach • St. Claraspital AG • Universitätsspital Basel • Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel • Universitäts-Kinderspital beider Basel • Vista Klinik

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

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte

Abkürzung der Firma / Organisation : VSAO

Adresse : Bollwerk 10, 3001 Bern

Kontaktperson : Marcel Marti, Leiter Politik und Kommunikation/stv. Geschäftsführer

Telefon : 031 350 44 82

E-Mail : marti@vsao.ch

Datum : 13. 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
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
VSAO	Grundsätzlich begrüsst der VSAO die einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Behandlungen (EFAS). Den dazu von der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-NR) unterbreiteten Vorentwurf lehnt er jedoch ab. Nachfolgend sind die Gründe erläutert.
VSAO	Aus Sicht des VSAO gehört die gesundheitliche Grundversorgung der Bevölkerung zum Service public. Unter diesem Gesichtspunkt weist der Vorschlag der SGK-NR gravierende Mängel auf. Zwar ist es richtig, eine einheitliche Finanzierung als Massnahme mit Potenzial zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen zu betrachten, da sie zur Beseitigung von Fehlanreizen beitragen kann. Die Kommission konzentriert sich bei der Ausgestaltung aber einseitig auf eine rechnerische Umverteilung von Mitteln von den Kantonen zu den Versicherern. Andere zentrale Faktoren insbesondere medizinischer und politischer Natur werden ausser Acht gelassen.
VSAO	So erachtet es der VSAO als wichtig, dass sich die Ärztinnen und Ärzte beim Entscheid über eine ambulante oder stationäre Behandlung einbringen können und im Zweifelsfall ihre fachliche Beurteilung den Ausschlag für den Entscheid gibt. Es darf nicht sein, dass EFAS zu Einbussen bei der Behandlungsqualität führt. Deshalb muss die Änderung des Systems - in welcher Form auch immer sie erfolgt - von einer Evaluation begleitet sein. Denn für die Patientinnen und Patienten sollte letztlich ein Mehrwert in der Versorgung resultieren.
VSAO	Der Vorentwurf der SGK-NR negiert den Aspekt der Steuerungskompetenzen. Jeder Kanton wäre verpflichtet, jährlich einen Prozentsatz - im Minimum 25,5 Prozent - für seinen Beitrag zuhanden der Krankenversicherer festzulegen. Wie mit einer solchen Einweg-Pauschalüberweisung die künftigen Mitsprache- und Mitwirkungsrechte der Kantone bei der Gestaltung der Gesundheitsversorgung sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich geregelt sein sollen, bleibt offen. Hingegen wäre klar, dass die Macht der Krankenversicherer (weiter) gestärkt würde. Damit kann sich der VSAO unter Verweis auf den eingangs erwähnten Service-public-Gedanken sowie die demokratischen Kontrollmöglichkeiten bei der Verwendung von Steuergeldern nicht einverstanden erklären. Ebenso ablehnend steht er der derzeit im Parlament kursierenden Idee gegenüber, die Kantone für EFAS zu gewinnen, indem das Geschäft mit der Neuregelung der Zulassung zum Arztberuf verknüpft und bei Letzterer die kantonalen Kompetenzen quasi als Kompensation erweitert werden. Eine Mitfinanzierung auch der ambulanten Leistungen durch die Kantone muss mit einem angemessenen Instrumentarium zur direkten Mitsteuerung einhergehen. Und Mitfinanzierung bedeutet eine duale Finanzierungslösung und keinen Monismus der Krankenkassen.
VSAO	Zur ungelösten Problematik der Verteilung bzw. Verschiebung der Finanzen und deren effektiver Kontrolle ohne ausufernde Administration kommt ein weiterer Punkt. Zwar argumentiert die SGK-NR, dass sie die Verlagerung von stationär zu ambulant fördern möchte und ambulante

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

	Behandlungen in der Regel günstiger seien, was das Kostenwachstum bremse. Sie liefert jedoch keine näheren oder gar mit Berechnungen unterlegten Angaben zum kostendämpfenden Potenzial ihres Modells. Dessen Auswirkungen auf die Krankenkassenprämien, die zu begleichen für immer mehr Menschen zur Herausforderung wird, und die Konsequenzen für die Kantone sind also mit einem grossen Fragezeichen zu versehen.
VSAO	
VSAO	

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.