

**Modifica della legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal):  
procedura di consultazione**

**Parere di**

Cognome / Ditta / Organizzazione : Associazione consumatrici e consumatori della Svizzera italiana

Sigla della ditta / dell'organizzazione : ACSI

Indirizzo : Strada di Pregassona 33 - 6963 Pregassona

Persona di contatto : Laura Regazzoni Meli

N° di telefono : 091 922 97 55

E-mail : l.regazzoni@acsi.ch

Data : 14 settembre 2018

**Osservazioni importanti:**

1. Non modificare la formattazione del formulario, ma compilare soltanto gli appositi campi in grigio.
2. Per eliminare singole tabelle nel formulario o aggiungere nuove righe, togliere la protezione attivando i comandi: «Revisione/Proteggi documento/Rimuovi protezione». Vedere le istruzioni allegate.
3. Utilizzare una sola riga per ogni articolo, capoverso, lettera o capitolo del rapporto esplicativo.
4. I pareri devono essere inviati in forma elettronica, **come documento Word**, al più tardi entro il **15 settembre 2018** al seguente indirizzo:  
[abteilung-leistungen@bag.admin.ch](mailto:abteilung-leistungen@bag.admin.ch)
5. La colonna «Cognome / Ditta» non deve essere compilata.

**Grazie per la cortese collaborazione!**

**Modifica della legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal):  
procedura di consultazione**

**Osservazioni generali relative al progetto di revisione e al rapporto esplicativo**

Cognome/ditta	Commento/suggerimento
ACSI	<p>Favoriser un transfert des prestations stationnaires à l'ambulatoire lorsque cela se justifie médicalement est un élément positif pour les consommateurs/assurés/patients. C'est particulièrement le cas lorsque les progrès médicaux permettent de traiter dans les services ambulatoires d'un hôpital des cas qui nécessitaient jusque là une hospitalisation.</p> <p>Il est donc souhaitable que ce transfert soit facilité plutôt qu'empêché par des mécanismes pervers de nature financière ou organisationnelle.</p> <p>Le principe d'un mécanisme uniforme de financement peut être favorable de ce point de vue, mais ce n'est pas certain que cela réussisse à atteindre le but en question.</p> <p>Il y a en effet d'autres moyens pour favoriser le transfert du traitement stationnaire à un traitement ambulatoire peut-être plus efficaces que le financement uniforme (modification OPAS : règle ambulatoire vs. stationnaire pour certaines intervention), et surtout des mécanismes de coordination des soins sur le plan médical (managed care / soins coordonnés) qui ne font pas partie du projet CSSS-N. Le projet évoque une efficacité accrue des modèles particuliers d'assurance avec coordination des soins, qui ont pour effet de freiner la croissance des coûts, mais c'est seulement un vœu qu'aucun article de loi ne viendrait concrétiser.</p>
ACSI	<p>Contribuer à la maîtrise de la hausse des dépenses de santé, et donc à la hausse des primes d'assurance maladie est aussi un élément positif pour les consommateurs/assurés.</p> <p>Il est souhaitable que les mécanismes visant cet objectif soient efficaces. L'élimination de mécanismes pervers est souhaitable.</p> <p>Cependant, ces mécanismes pervers sont nombreux et la différence de financement de l'hôpital entre stationnaire et ambulatoire n'est qu'un aspect partiel, voire mineur parmi d'autres. La réforme des tarifs médicaux (Tarmed surtout) est beaucoup plus essentielle, de même que la limitation des prestations inutiles (« smarter medicine ») et la limitation du prix des médicaments. La planification hospitalière cantonale ou multi-cantonale est aussi un mécanisme de maîtrise des coûts important. Certains cantons ont fait des efforts importants de pilotage du secteur hospitalier et ont réussi à diminuer l'offre et par conséquent la hausse des dépenses. La limitation d'une offre excessive de médecins dans certaines spécialités médicales et certaines régions est aussi un élément très important.</p> <p>Malheureusement, la plupart des mécanismes de maîtrise de la hausse des dépenses de santé sont bloqués par des oppositions d'intérêts ou des oppositions politiques.</p>
ACSI	<p>Le contrôle des factures par les assureurs maladie est une pratique importante pour les consommateurs/assurés, même s'il est parfois</p>

**Modifica della legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal):  
procedura di consultazione**

	<p>contestable ; le contrôle des factures d'hôpital par les cantons est un moyen supplémentaire de maîtrise des coûts. Il n'est pas certain que la situation soit meilleure si le contrôle par les cantons devait disparaître.</p>
ACSI	<p>La répartition du financement des dépenses de santé entre la part payée par l'impôt (progressif selon le revenu), la part payée par les primes maladie (non liées au revenu) et la part payée de la poche des consommateurs est un enjeu important de politique sociale.</p> <p>Le projet de la CSSS-N estime ne rien changer à cette répartition, si on considère l'ensemble des cantons, mais les projections sont contestées. Cela peut aussi changer entre les différents cantons, notamment ceux qui ont déjà bien réussi à piloter le secteur hospitalier en limitant l'offre excédentaire.</p>
ACSI	<p>L'aspect suivant est le plus important, du point de vue de l'ACSI. Le fait que le modèle CSSS-N s'applique à toutes les prestations de santé stationnaires et ambulatoires (sauf les soins de longue durée) signifie que les cantons devraient payer 25,5% de toutes les factures de soins (après déduction des franchises et participations des assurés), également pour toute la médecine ambulatoire et les autres fournisseurs de prestations (laboratoire, physiothérapie, soins infirmiers, médicaments, etc.). Les cantons s'y opposent car ils n'ont dans le domaine non-hospitalier quasiment aucune compétence de planification ni de contrôle de l'offre et de l'activité de ces secteurs. Ils exigent de disposer de compétences de planification, de limitation et de contrôle avant de devoir payer pour ces prestations.</p> <p>L'ACSI partage tout à fait cet avis exprimé par la Conférence des directeurs cantonaux de la santé, car pour les consommateurs/assurés, la hausse des dépenses de santé dans le très vaste secteur ambulatoire (hors hospitalier) est très importante avec un effet direct sur les primes. L'ACSI n'accepte pas que l'argent public cantonal soit ainsi versé pour des prestations pour lesquelles les cantons n'ont aucun moyen de pilotage ni de contrôle.</p>
ACSI	<p>La participation de 10% des assurés aux factures des traitements hospitaliers devrait augmenter vu que la part à charge de l'assurance maladie passerait de 45% à 74% et que la participation est proportionnelle au paiement par l'assurance maladie – jusqu'à concurrence de Fr 700.-. Cela pourrait donc augmenter les dépenses des assurés, mais pourrait peut-être être compensé par une baisse des primes. C'est un aspect difficile à quantifier. De même que l'effet de la participation des cantons pour 25,5% aux factures du domaine ambulatoire qui pourrait aussi avoir pour conséquence de faire un peu moins augmenter les primes.</p> <p>De plus, le projet CSSS-N semble avoir des conséquences avantageuses pour les personnes au bénéfice d'assurances complémentaires, car les assureurs peuvent favoriser par des conventions l'hospitalisation plutôt que le traitement ambulatoire. En effet, en cas d'hospitalisation dans un hôpital hors liste cantonale, la part à prendre en charge par une assurance complémentaire ou par le patient ne sera plus que de 25,5% au lieu de 55% actuellement, ce qui devrait permettre d'abaisser les primes des assurances complémentaires. Ce genre d'avantage n'est pas dans l'intérêt de la majorité des consommateurs (sans assurance complémentaire).</p>

**Modifica della legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal):  
procedura di consultazione**

ACSI	Le projet évoque une efficacité accrue des modèles particuliers d'assurance avec coordination des soins, qui ont pour effet de freiner la croissance des coûts, mais c'est seulement un vœu qu'aucun article de loi ne viendrait concrétiser. L'ACSI a demandé que les modèles particuliers d'assurance soient mieux contrôlés par la Confédération.
ACSI	

Per eliminare singole tabelle nel formulario o aggiungere nuove righe, togliere la protezione attivando i comandi: «Revisione/Proteggi documento/Rimuovi protezione». Vedere le istruzioni allegate.

**Modifica della legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal):  
procedura di consultazione**

<b>Osservazioni sui singoli articoli dalla revisione e spiegazioni relativi ad essi</b>					
<b>Cognome/ditta</b>	<b>art.</b>	<b>cpv.</b>	<b>lett.</b>	<b>Commento/suggerimento</b>	<b>Proposta di modifica (testo proposto)</b>
ACSI	60	1,2,4		<p>L'ACSI approuve un modèle de financement dans lequel les cantons contribuent au financement des prestations stationnaires et ambulatoires des hôpitaux (inscrits sur les listes de planification hospitalière cantonales) dans les mêmes proportions par les cantons et par les assureurs maladie. En revanche, elle s'oppose fondamentalement à généraliser cette contribution des cantons au financement des prestations pour l'ensemble du secteur ambulatoire non-hospitalier (médecine de cabinet, laboratoire, physiothérapie, médicaments, soins infirmiers, etc.) - un secteur pour lequel il n'y a quasiment aucune compétence de planification et où l'augmentation de l'offre de prestation est beaucoup plus forte. Un tel changement ne serait pas tout dans l'intérêt des consommateurs. Deux raisons à cela:</p> <p>Introduire un financement par les cantons (par l'impôt) pour un secteur sans aucune capacité de pilotage, de limitation, de guidance de qualité, etc. est un abus vis-à-vis d'une utilisation saine de l'argent public.</p> <p>Et d'autre part, trop de réformes indispensables dans ce domaine (limitation de l'ouverture de nouveaux cabinets médicaux, révision du Tarmed, développement du managed care, introduction du dossier électronique des patients, smarter medicine...) sont clairement prioritaires. L'introduction d'un financement uniforme pour l'ensemble de l'ambulatoire et du stationnaire pourrait encore retarder les autres réformes</p>	<p>Limiter le mécanisme de financement harmonisé par les cantons et par les assureurs aux secteurs stationnaire et ambulatoire des hôpitaux, exclusivement, avec une clé de répartition entre assureurs et cantons qui soit calculée uniquement sur le montants des dépenses de ces deux secteur</p>

**Modifica della legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal):  
procedura di consultazione**

				indispensables.	
ACSI	60	3		Le mécanisme proposé devrait alourdir la part payée par les assurés au titre de la participation aux coûts (10% de 74,5% des coûts hospitaliers stationnaires, au lieu de 10% de 45% actuellement), alors que l'effet global de la réforme sur une diminution de la hausse des primes est tout à fait incertain.	En limitant la réforme au seul secteur hospitalier (stationnaire et ambulatoire), avec un financement uniforme par les cantons et les assureurs de ces deux domaines, l'impact sur la participation des assurés serait en revanche acceptable.
ACSI					

T +41 (0)31 390 39 39  
E ursula.schaffner@agile.ch

**abteilung-leistungen@bag.admin.ch**  
Thomas de Courten  
Präsident SGK-N  
3003 Bern

23. August 2018

## **09.528 Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus - Stellungnahme zum Entwurf**

Sehr geehrter Herr Kommissionspräsident  
Sehr geehrte Damen und Herren

Am 15. Mai 2018 hat die SGK-N die Vernehmlassung zur oben genannten parlamentarischen Initiative eröffnet. Gerne lassen wir Ihnen fristgerecht unsere Stellungnahme zukommen.

AGILE.CH vertritt als Dachverband von 40 Behindertenselbsthilfe- und Behindertenselbstvertretungsorganisationen Personen mit Behinderungen und chronischen Krankheiten. Viele Mitglieder unserer Mitgliedorganisationen haben aufgrund ihres Gesundheitszustandes einen höheren Bedarf an medizinischen Leistungen als Personen ohne Behinderungen. Sie haben deshalb ein besonders hohes Interesse daran, sich zu Gesundheitsvorlagen zu äussern und auch weiterhin äussern zu können.

### **Endlich das Ei des Kolumbus gefunden?**

Die Mehrheit der SGK-N vermittelt den Eindruck, dass die steigenden Gesundheitskosten auf einen Streich mit einer einfachen Massnahme gebremst werden könnten. Man fragt sich allerdings, weshalb dieses Ei nicht bereits vor bald 10 Jahren ausgebrütet wurde, als die entsprechende parlamentarische Initiative eingereicht wurde.

AGILE.CH ist der Meinung, dass das Gesundheitswesen viel zu komplex ist und dass zu viele Parteien zu gut daran verdienen, als dass eine einfache Umleitung von Finanzflüssen hin zu den Krankenversicherern diese Tendenz umkehren könnte. Unserer Meinung nach fehlen im Übrigen zwei sehr wichtige und kostenintensive Bereiche in der Vorlage: die Spitex und die Langzeitpflege.

Dass in Zukunft der Grundsatz «ambulant vor stationär» weiter gestärkt werden soll, begrüsst AGILE.CH durchaus. Allerdings darf das Vorhaben nicht zu einem unüberwindbaren Spardogma werden. Je nach Situation müssen stationäre Behandlungen weiterhin unbürokratisch möglich sein.

*Die in der Vorlage dargestellte einfache Sicht auf das Gesundheitswesen teilt AGILE.CH in keiner Weise.*

### **Sprache ist verräterisch**

Der Titel der Vorlage lautet «Finanzierung von Gesundheitsleistungen aus einer Hand». In Tat und Wahrheit handelt es sich aber einfach um eine Umleitung von Steuergeldern von den Kantonen hin zur alleinigen Bestimmung und Verwendung durch die Krankenversicherungen – möglichst unter Ausschluss der Zahlenden. Weiter sollen Privatspitäler vermehrt von öffentlichen Geldern profitieren können.

Der erläuternde Bericht verrät vor allem zwischen den Zeilen, worum es der damaligen Initiantin ging und der SGK-N heute geht: Private Krankenversicherungen und Privatspitäler sollen gestärkt und das Gesundheits- und Krankenversicherungswesen sollen von mühsamen demokratischen und transparenten Verfahren befreit werden. In den Erläuterungen kommen wir Versicherten kaum vor. Je nach Kontext wird die Gesamtgesellschaft genannt; am häufigsten erscheinen die Versicherungen als Akteure. Allenfalls kommen noch die Kantone zum Zug, jedenfalls dann, wenn sie als Zahlende erwünscht sind. Vom Zugang zu Informationen sollen sie allerdings mehrheitlich ausgeschlossen und als eigenständige, mitentscheidende Akteure im Gesundheitswesen weitgehend verbannt werden.

*Einen solchen Umbau des Gesundheitswesens lehnt AGILE.CH entschieden ab.*

### **Falscher Zeitpunkt**

Der Zeitpunkt der Vorlage ist im Übrigen unverständlich. Andere Themen waren in der SGK-N während Jahren offenbar wichtiger, obwohl man die wirklich wahre Lösung zur Eindämmung der wachsenden Gesundheitskosten gefunden zu haben glaubte. Ca. Mitte 2019 steht nun die Evaluation der neuen Spitalfinanzierung an, ohne dass deren Ergebnisse abgewartet worden wären.

### **Nicht noch mehr Steuergelder für Privatspitäler**

Die SGK-N schlägt vor, Leistungen von Privatspitälern neu mit bis zu annähernd drei Vierteln aus öffentlichen Geldern und Prämienzahlungen zu finanzieren. Die dafür aufgeführten Argumente vermögen nicht zu überzeugen. Zudem ist als Folge davon mit einer Angebotsausweitung und somit einem erneuten Kostenanstieg und schliesslich mit noch höheren Prämien zu rechnen.

*AGILE.CH ist gegen eine zusätzliche Finanzierung von Privatunternehmen durch die öffentliche Hand.*

### **Gesundheit ist ein Menschenrecht**

Gesundheit ist ein Menschenrecht, der hindernisfreie Zugang zur Gesundheitsversorgung muss durch die Öffentlichkeit gewährleistet werden. Die SGK-N will nun aber zentrale Diskussionen und Entscheide in der Gesundheitspolitik allein den Krankenkassen überlassen. Sie sollen über die «richtigen» Behandlungen, über Verteilungsfragen und Zahlungs- und Vergütungsverpflichtungen hinter verschlossenen Türen und ohne jegliche demokratische Legitimation entscheiden können. Menschen mit Behinderungen und chronischen Krankheiten können wichtige Beiträge im Hinblick auf eine gleichberechtigte, hindernisfreie Gesundheitsversorgung in Diskussionen einbringen, aber auch Beobachtungen zu den Folgen von veränderten Leistungsvergütungen. So stellen sie etwa fest, dass Ärzte aufgrund der Tarmedtarife 2018 sehr viel weniger Zeit zur Verfügung haben, um ihre Patienten anzuhören. Wo früher ein Händedruck und der Blick auf die Patientin genühten, werden sie heute in Röhren gesteckt oder mit andern Apparaten abgeklärt. Durch solche (Tarif-)Politiken werden die Gesundheitskosten kaum gesenkt; ob die Gesundheit der betroffenen Personen besser gesichert ist, darf zumindest bezweifelt werden.

*Den Ansatz einer Politik hinter verschlossenen Türen der SGK-N lehnt AGILE.CH dezidiert ab.*

### **Forderungen von AGILE.CH**

- ▶ *AGILE.CH lehnt die Vorlage ab und tritt darauf nicht ein.*
- ▶ *Die Vorlage muss grundlegend überarbeitet werden, und die wichtigsten Akteure wie die Versicherten und die Kantone müssen weiterhin mitbestimmen und mitentscheiden können.*
- ▶ *Namentlich bei der Festsetzung von Leistungen, bei Tarifverhandlungen und bei der Verteilung von Geldern müssen Prämienzahlende und Kantone mitreden und mitentscheiden können.*
- ▶ *Die Langzeitpflege und Spitexleistungen sind in die Berechnungsmodelle einer allfällig neuen Vorlage einzubeziehen.*
- ▶ *Ebenfalls müssen so wichtige kostentreibende Faktoren wie Tarife für Medikamente, Festlegung von Pflichtleistungen und Tariffestsetzungen für stationäre und ambulante Leistungen in einer neuen Vorlage bei der Berechnung der Kosten enthalten sein.*
- ▶ *Die Ergebnisse der Auswertung der neuen Spitalfinanzierung sind in eine neue Vorlage einzubeziehen.*
- ▶ *Private Spitäler dürfen für ihre Leistungen auch in Zukunft maximal 45 % aus der Grundversicherung erhalten.*
- ▶ *Die Kosten für einen Systemumbau müssen konkreter ausgewiesen und nicht nur vage umrissen werden.*

Für die Berücksichtigung unserer Anliegen bedanken wir uns bestens.

Freundliche Grüsse



Stephan Hüsler  
Präsident



Suzanne Auer  
Zentralsekretärin



**Bündnis  
Freiheitliches  
Gesundheitswesen**

---

Bundesamt für Gesundheit  
Abteilung Leistungen  
Schwarzenburgstrasse 157  
3003 Bern

Basel, 15. 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. Demgemäss lassen wir Ihnen nachstehend fristgerecht unsere Stellungnahme zukommen.

**Das Bündnis befürwortet die Einführung der Finanzierung aus einer Hand (EFAS) unter dem Vorbehalt, dass auf die Verknüpfung mit anderen KVG-Revisionsvorhaben (insbesondere Zulassungssteuerung, aber auch Pflegefinanzierung) verzichtet wird.**

**Es kommt dabei nur ein monistischer Ansatz in Frage, eine Ausweitung der dualen Finanzierung auf den ambulanten Bereich mit zwei Teilrechnungen für jede medizinische Leistung lehnen wir ab. Monistische Zahler sind die Krankenversicherer, egal wie diese sich finanzieren (Prämien, Prämienverbilligungen und weitere Beiträge).**

**Vorbemerkungen: Keine politischen Verbindungen mit anderen Themen**

Das Bündnis begrüsst die Aktivitäten der SGK-N in Bezug auf die einheitliche Finanzierung ausdrücklich.

**Äusserst heikel ist aus unserer Sicht die mittels Beschluss der SGK-N vom 6. Juli 2018 hergestellte Verbindung zur Vorlage über die Zulassungssteuerung.** Der wohl damit verbundene Versuch, den Widerstand der Kantone gegen die einheitliche Finanzierung zu dämpfen, dürfte nicht erfolgreich sein, wie erste Reaktionen bereits zeigen.

Aus diesem Grund lehnen wir auch den diesbezüglichen Minderheitsantrag (Carobbio Guscetti, Feri Yvonne, 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.

Dasselbe gilt für Verbindungen zur Thematik der Globalbudgetierung und der von den Kantonen eingebrachten Forderung nach gleicher Finanzierung der Pflege.

Erfahrungen aus der Vergangenheit zeigen, dass mehrfach gute Reformvorlagen im schweizerischen Gesundheits- und Sozialwesen an der politischen Verbindung zu anderen Themen gescheitert sind, weil sich damit nicht der Konsens eingestellt, sondern vielmehr der Widerstand gegen die einzelnen Themen addiert hat.

Wir plädieren deshalb dezidiert dafür, von heiklen politischen Verbindungen zwischen Themen abzusehen und sich nun mit dieser für die Zukunft des schweizerischen Gesundheitswesens äusserst bedeutsamen Reform zu befassen.

## **1. Systemfehler korrigieren - Kostenwachstum nicht einseitig zu Lasten der Prämienzahlenden**

Seit vielen Jahren stehen sich Versicherer und Kantone mit unterschiedlichen Positionen zur Leistungsfinanzierung gegenüber: Während die Kantone eine Verschiebung von Leistungen in den ausschliesslich mit Prämiegeldern finanzierten ambulanten Bereich mit Listen erzwingen, um die Kantonsfinanzen zu entlasten, gehen die Interessen der Versicherer in die gegenteilige Richtung mit dem Ziel, die Kantone in die Finanzierung einzubinden, um den Prämienanstieg zu entlasten. Die Korrektur des Systemfehlers durch EFAS würde diese Differenz definitiv beenden und Platz für wichtige Entwicklungen schaffen.

## **2. Einheitliche Finanzierung ist eine wichtige Basis für Effizienz und Qualität sowie wichtige Reformen mit grossem Einfluss auf die Kostenentwicklung**

EFAS wird die Finanzierung administrativ massiv vereinfachen, aber per se keine Dämpfung der Kostenentwicklung bewirken. Sie schafft aber Anreize zur Verschiebung von Leistungen vom stationären in den ambulanten Bereich aufgrund medizinischer Fortschritte. Auch die integrierte Versorgung wird durch eine einheitliche Finanzierung vereinfacht und gefördert, weil eine bessere ambulante Versorgung insbesondere bei chronisch Kranken teure Spitalaufenthalte verhindert. Davon profitieren bis jetzt vor allem die Kantone, weil sie stationär 55 Prozent und ambulant nichts bezahlen.

### **3. Technische Umsetzung**

#### **a) Berechnung des Kantonsbeitrags**

Wir weisen darauf hin, dass der in Art. 60 KVG („Berechnung“) genannte, für die gesamte Schweiz geltende Prozentsatz für den Kantonsbeitrag von mindestens 25,5 Prozent nach unseren Berechnungen zu einer Mehrbelastung der Kantone im Bereich von rund CHF 1.5 Mia. pro Jahr und damit zu einer entsprechenden Entlastung der prämierelevanten Ausgaben führt.

Da ausserdem das jeweilige Verhältnis der stationären und ambulanten Kosten von Kanton zu Kanton bzw. je nach Versichertenkollektiv auch von Krankenversicherer zu Krankenversicherer unterschiedlich ist, empfehlen wir wie bei der neuen Spitalfinanzierung Übergangsfristen.

#### **b) Kostenbeteiligung Versicherte**

Wir empfehlen im Sinne der Systemlogik, die Kostenbeteiligung (Franchise und Selbstbehalt) weiterhin auf den mit Prämien finanzierten Anteil der Leistungskosten auszurichten und den jeweiligen Kantonsanteil wie bisher in der Spitalfinanzierung zu ignorieren.

#### **c) Aufteilung des Kantonsanteils auf die Versicherer**

In dieser rein versicherungstechnischen Frage sollten sich die Versicherer einigen.

### **4. Ambulante Listen schaffen Zwang statt Anreize**

Der Bund und einige Kantone versuchen, im bestehenden, inkohärenten System mit Listen die Ärzte und Spitäler zu zwingen, bestimmte Eingriffe nur noch ambulant durchzuführen. Dieser Ansatz ist falsch, weil er nicht die richtigen Anreize setzt, jede Operation dort durchzuführen, wo sie gemäss KVG wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich ist. Nach der Einführung von EFAS sind ambulante Listen konsequenterweise wieder aufzuheben.

### **5. Einwände der Kantone sind politischer Natur**

Die vorstehend geäusserten Vorbehalte des Bündnisses in Bezug auf diese Vorlage haben nichts mit den politischen Einwänden der Kantone zu tun.

Die Kantone, vertreten durch die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), haben bereits vor dem Start der Vernehmlassung klar gegen EFAS Position bezogen.

Die Widerstände gegen diese längst überfällige Revision sind politisch motiviert, wobei es beinahe ausschliesslich um konfliktreiche Rollen der Kantone bei der Durchführung des KVG geht.

Die Kantone ignorieren die Tatsache, dass aufgrund ihrer Mehrfachrollen im Gesundheitswesen bereits heute eine massive Governance-Problematik besteht, die bei Umsetzung ihrer Forderungen weiter verstärkt würde.

Die GDK hat sich in ihrem Positionspapier „Optimierung der Steuerung und Finanzierung in der Gesundheitsversorgung“ vom 19. Mai 2017 kritisch zur einheitlichen Finanzierung geäußert und die aus ihrer Sicht zu deren Einführung notwendigen Rahmenbedingungen formuliert. In ihrer Stellungnahme vom 28. Juni 2018 zum vorliegenden Revisionsvorschlag weicht die GDK von ihrer letztjährigen Position ab, bringt zusätzliche Gegenargumente vor und stellt zusätzliche Forderungen, die in keinem direkten Zusammenhang zur erfolgreichen Umsetzung der neuen Finanzierungsregelung stehen.

Den Einwänden der Kantone ist folgendes zu entgegnen:

- a) Als aus ihrer Sicht stärkstes Argument wenden die Kantone ein, die Einführung einer einheitlichen Finanzierung mit Überweisung von Steuermitteln an die Versicherer verletze das Prinzip der fiskalischen Äquivalenz (Übereinstimmung der Steuerungskompetenz und der Finanzierung).

Hierzu ist folgendes festzuhalten:

- Fiskalische Äquivalenz bedeutet nicht, dass das Gemeinwesen zu allen Verwendungen von Steuermitteln Steuerungsinstrumente etablieren darf oder muss. Das im Entwurf vorgeschlagene Modell verletzt den Grundsatz der fiskalischen Äquivalenz nicht. Wir verweisen hierzu auf das Gutachten des Bundesamtes für Justiz vom 15. Januar 2018: „*Monistische Finanzierung von Gesundheitsleistungen – Verfassungsmässigkeit*“.
  - Aufgrund der Zuständigkeitsordnung im schweizerischen Gesundheitswesen kann das Prinzip ohnehin nicht vorbehaltlos umgesetzt werden. Wir verweisen hierzu auf das Beispiel der Bundesbeiträge an die Prämienverbilligungen. Der Bund richtet hier aus Steuermitteln rund CHF 2 Mia. an die Kantone aus, ohne auf die Verwendung dieser Mittel Einfluss nehmen zu können. Die Kantone waren bis jetzt auch nicht bestrebt, dem Bund die selber geforderte Mitsprache über die Verwendung von Steuermitteln einzuräumen.
  - Analog zu ihrer Argumentation müssten die Kantone die Versicherer als Zahler aktiv in die kantonale Spital- und Versorgungsplanung einbinden. Dies verweigern die Kantone aber konsequent.
- b) Unter anderem machen die Kantone den Einbezug der Pflegefinanzierung in die neue Regelung zur *conditio sine qua non* für eine Reform, obwohl keine systemische Notwendigkeit hierfür besteht. Im Gegenteil, das KVG macht bei der Pflegefinanzierung schon jetzt keinen Unterschied zwischen ambulanten und stationären Pflegeleistungen. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung leistet einen Beitrag an die Pflegeleistungen, welche aufgrund einer ärztlichen Anordnung und eines ausgewiesenen Pflegebedarfs ambulant, auch in Tages- oder Nachtstrukturen, oder im Pflegeheim erbracht werden.
- c) Ausserdem fordern die Kantone weitgehende Mitsprache betreffend Verwendung der von Ihnen zu leistenden Mittel und die Kompetenz zur Beplanung des ambulanten Angebotes. Damit verschärfen die Kantone ihre Rollenkonflikte. Dabei definiert

das KVG die Verwendung der Mittel (Steuern, Prämien und Kostenbeteiligung Patienten) hinreichend klar. Ganz abgesehen davon ist die Einführung weiterer staatlicher Planungsinstrumente grundsätzlich anzulehnen, zumal die jahrelange staatliche Planung im stationären Bereich zu keinem erkennbaren Effekt in Bezug auf die Kostentwicklung geführt hat.

- d) Ebenfalls unzutreffend und nicht durch Fakten respektive Evidenz belegt ist die Behauptung, das Risiko von Verknüpfungen zwischen Grund- und Zusatzversicherung im Rahmen von Tarifverhandlungen nehme wegen der Einführung einer einheitlichen Finanzierung ursächlich zu. Ausserdem ist es die Pflicht der Aufsichtsbehörden BAG und Finma, allfällige gesetzeswidrige Querfinanzierung zwischen Grund- und Zusatzversicherung zu unterbinden.

Diesen Einwänden ist ferner zu entgegnen, dass die Kantone bereits heute im Rahmen von Tarifgenehmigungsverfahren Einfluss auf die Gestaltung ambulanter und stationärer Tarife nehmen.

- e) Schlussendlich vernachlässigen die Kantone im Rahmen ihrer Argumentationsführung, dass der Bund die Aufsicht über die Versicherer im OKP-Bereich ausübt und hierfür seit dem 1. Januar 2017 mit dem Krankenkassenaufsichtsgesetz über ein starkes Instrument verfügt.

**Zusammenfassend ist nochmals festzuhalten, dass sich das Bündnis unter dem Vorbehalt, dass auf eine Verknüpfung mit anderen KVG-Revisionsvorlagen (insb. Zulassungsstopp) verzichtet wird, für die Einführung einer einheitlichen Finanzierung ausspricht. Damit wird ein wichtiger Anreiz geschaffen, jede medizinische Leistung dort zu erbringen, wo sie im Sinne des KVG am wirksamsten, zweckmässigsten und wirtschaftlichsten erbracht werden kann.**

**Betreffend Kantonsanteil insgesamt weisen wir auf Mehrkosten für die Kantone von rund CHF 1,5 Mia. hin und empfehlen angesichts der unterschiedlichen Ausgangslage der einzelnen Kantone und Krankenversicherer Übergangsfristen wie bei der Einführung der neuen Spitalfinanzierung. Die Kostenbeteiligung der Versicherten sollte sich weiterhin auf den mit Prämien finanzierten Anteil der Leistungskosten beziehen. Über die Zuteilung des jeweiligen Kantonsbeitrags an die Versicherer sollen sich die Versicherer einigen.**

**Den Minderheitsantrag Carobbio Guscetti, Feri Yvonne, Gysi, Heim, Ruiz, Schenker, welcher verlangt, 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, lehnen wir ebenso entschieden ab wie weitere Verknüpfungen mit anderen KVG-Revisionsvorhaben wie beispielsweise mit der Pflegefinanzierung, weil die Pflegefinanzierung schon jetzt keinen Unterschied zwischen stationären und ambulanten Leistungen macht.**

Für die wohlwollende Berücksichtigung unserer Ausführungen danken wir Ihnen im Voraus bestens.

Mit freundlichen Grüssen

Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen



Prof. Dr. Robert Leu, Präsident



Dr. Andy Fischer, Vizepräsident

**Breit abgestützte und branchenübergreifende Vereinigung mit hoher Legitimation**

Am 5. September 2013 ist in Bern das Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen gegründet worden. Mittlerweile gehören dem Bündnis bereits 25 grosse Verbände und Unternehmen aus allen Bereichen des schweizerischen Gesundheitswesens an. Der Vorstand setzt sich aus 11 Top-Exponenten des schweizerischen Gesundheitswesens zusammen.

Das Bündnis ist dank des branchenübergreifenden Charakters und seiner Grösse einzigartig in der schweizerischen Gesundheitslandschaft und schöpft die Legitimation zur Mitwirkung an der Meinungsbildung aus seiner Grösse, seiner breiten Abstützung und der Fachkompetenz seiner Mitglieder.

Das Bündnis engagiert sich für ein marktwirtschaftliches, wettbewerbliches, effizientes, transparentes, faires und nachhaltiges Gesundheitssystem mit einem Minimum an staatlichen Eingriffen und Wahlfreiheit für Patientinnen / Patienten, Versicherte und Akteure unseres Gesundheitswesens. Nur so bleibt genug Raum für Innovation sowie eine Optimierung von Behandlungsqualität und Patientensicherheit.

Das Bündnis kann auf Internet unter [www.freiheitlichesgesundheitswesen.ch](http://www.freiheitlichesgesundheitswesen.ch) besucht werden.

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

**Stellungnahme von**

Name / Firma / Organisation : Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen

Abkürzung der Firma / Organisation : BFG

Adresse : St. Jakobs-Strasse 25, Postfach 135, 4010 Basel

Kontaktperson : Andreas Faller (Geschäftsführer)

Telefon : 079 / 415 33 37

E-Mail : andreas.faller@intergga.ch

Datum : 15.09.2018

**Wichtige Hinweise:**

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

**Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!**

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

### Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
BFG	<p>Das Bündnis begrüsst die Aktivitäten der SGK-N in Bezug auf die einheitliche Finanzierung ausdrücklich und befürwortet die Einführung der Finanzierung aus einer Hand (EFAS) unter dem Vorbehalt, dass auf die Verknüpfung mit anderen KVG-Revisionsguthaben (insbesondere Zulassungssteuerung, aber auch Pflegefinanzierung) verzichtet wird.</p> <p>Äusserst heikel ist aus unserer Sicht die mittels Beschluss der SGK-N vom 6. Juli 2018 hergestellte Verbindung zur Vorlage über die Zulassungssteuerung. Der wohl damit verbundene Versuch, den Widerstand der Kantone gegen die einheitliche Finanzierung zu dämpfen, dürfte nicht erfolgreich sein, wie erste Reaktionen bereits zeigen.</p> <p>Erfahrungen aus der Vergangenheit zeigen, dass mehrfach gute Reformvorlagen im schweizerischen Gesundheits- und Sozialwesen an der politischen Verbindung zu anderen Themen gescheitert sind, weil sich damit nicht der Konsens eingestellt, sondern vielmehr der Widerstand gegen die einzelnen Themen addiert hat.</p> <p>Aus diesem Grund lehnen wir auch den diesbezüglichen Minderheitsantrag (Carobbio Guscetti, Feri Yvonne, 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.</p> <p>Dasselbe gilt für Verbindungen zur Thematik der Globalbudgetierung und der von den Kantonen eingebrachten Forderung nach gleicher Finanzierung der Pflege.</p> <p>Wir plädieren deshalb dezidiert dafür, von heiklen politischen Verbindungen zwischen Themen abzusehen und sich nun mit dieser für die Zukunft des schweizerischen Gesundheitswesens äusserst bedeutsamen Reform zu befassen.</p> <p>In der Umsetzung von EFAS kommt nur ein monistischer Ansatz in Frage, eine Ausweitung der dualen Finanzierung auf den ambulanten Bereich mit zwei Teilrechnungen für jede medizinische Leistung lehnen wir ab. Monistische Zahler sind die Krankenversicherer, egal wie diese sich finanzieren (Prämien, Prämienverbilligungen und weitere Beiträge).</p> <p>Betreffend Kantonsanteil insgesamt weisen wir auf Mehrkosten für die Kantone von rund CHF 1,5 Mia. hin und empfehlen angesichts der unterschiedlichen Ausgangslage der einzelnen Kantone und Krankenversicherer Übergangsfristen wie bei der Einführung der neuen Spitalfinanzierung. Die Kostenbeteiligung der Versicherten sollte sich weiterhin auf den mit Prämien finanzierten Anteil der Leistungskosten beziehen. Über die Zuteilung des jeweiligen Kantonsbeitrags an die Versicherer sollen sich die Versicherer einigen.</p>

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

BFG	<p>Systemfehler korrigieren - Kostenwachstum nicht einseitig zu Lasten der Prämienzahlenden</p> <p>Seit vielen Jahren stehen sich Versicherer und Kantone mit unterschiedlichen Positionen zur Leistungsfinanzierung gegenüber: Während die Kantone eine Verschiebung von Leistungen in den ausschliesslich mit Prämiegeldern finanzierten ambulanten Bereich mit Listen erzwingen, um die Kantonsfinanzen zu entlasten, gehen die Interessen der Versicherer in die gegenteilige Richtung mit dem Ziel, die Kantone in die Finanzierung einzubinden, um den Prämienanstieg zu entlasten. Die Korrektur des Systemfehlers durch EFAS würde diese Differenz definitiv beenden und Platz für wichtige Entwicklungen schaffen.</p>
BFG	<p>Einheitliche Finanzierung ist eine wichtige Basis für Effizienz und Qualität sowie wichtige Reformen mit grossem Einfluss auf die Kostenentwicklung</p> <p>EFAS wird die Finanzierung administrativ massiv vereinfachen, aber per se keine Dämpfung der Kostenentwicklung bewirken. Sie schafft aber Anreize zur Verschiebung von Leistungen vom stationären in den ambulanten Bereich aufgrund medizinischer Fortschritte. Auch die integrierte Versorgung wird durch eine einheitliche Finanzierung vereinfacht und gefördert, weil eine bessere ambulante Versorgung insbesondere bei chronisch Kranken teure Spitalaufenthalte verhindert. Davon profitieren bis jetzt vor allem die Kantone, weil sie stationär 55 Prozent und ambulant nichts bezahlen.</p>
BFG	<p>Ambulante Listen schaffen Zwang statt Anreize</p> <p>Bund und einige Kantone versuchen, im bestehenden, inkohärenten System mit Listen die Ärzte und Spitäler zu zwingen, bestimmte Eingriffe nur noch ambulant durchzuführen. Dieser Ansatz ist falsch, weil er nicht die richtigen Anreize setzt, jede Operation dort durchzuführen, wo sie gemäss KVG wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich ist. Nach der Einführung von EFAS sind ambulante Listen konsequenterweise wieder aufzuheben.</p>
BFG	<p>Einwände der Kantone sind politischer Natur</p> <p>Die Kantone, vertreten durch die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), haben bereits vor dem Start der Vernehmlassung klar gegen EFAS Position bezogen.</p> <p>Die Widerstände gegen diese längst überfällige Revision sind politisch motiviert, wobei es beinahe ausschliesslich um konfliktreiche Rollen der Kantone bei der Durchführung des KVG geht.</p> <p>Die Kantone ignorieren die Tatsache, dass aufgrund ihrer Mehrfachrollen im Gesundheitswesen bereits heute eine massive Governance-Problematik besteht, die bei Umsetzung ihrer Forderungen weiter verstärkt würde.</p> <p>Die GDK hat sich in ihrem Positionspapier „Optimierung der Steuerung und Finanzierung in der Gesundheitsversorgung vom 19. Mai 2017 kritisch zur einheitlichen Finanzierung geäussert und die aus ihrer Sicht zu deren Einführung notwendigen Rahmenbedingungen formuliert. In ihrer Stellungnahme vom 28. Juni 2018 zum vorliegenden Revisionsvorschlag weicht die GDK von ihrer letztjährigen Position ab, bringt zusätzliche</p>

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

Gegenargumente vor und stellt zusätzliche Forderungen, die in keinem direkten Zusammenhang zur erfolgreichen Umsetzung der neuen Finanzierungsregelung stehen.

Den Einwänden der Kantone ist folgendes zu entgegnen:

a) Als aus ihrer Sicht stärkstes Argument wenden die Kantone ein, die Einführung einer einheitlichen Finanzierung mit Überweisung von Steuermitteln an die Versicherer verletze das Prinzip der fiskalischen Äquivalenz (Übereinstimmung der Steuerungskompetenz und der Finanzierung).

Hierzu ist folgendes festzuhalten:

- Fiskalische Äquivalenz bedeutet nicht, dass das Gemeinwesen zu allen Verwendungen von Steuermitteln Steuerungsinstrumente etablieren darf oder muss. Das im Entwurf vorgeschlagene Modell verletzt den Grundsatz der fiskalischen Äquivalenz nicht. Wir verweisen hierzu auf das Gutachten des Bundesamtes für Justiz vom 15. Januar 2018: „Monistische Finanzierung von Gesundheitsleistungen – Verfassungsmässigkeit“.
- Aufgrund der Zuständigkeitsordnung im schweizerischen Gesundheitswesen kann das Prinzip ohnehin nicht vorbehaltlos umgesetzt werden. Wir verweisen hierzu auf das Beispiel der Bundesbeiträge an die Prämienverbilligungen. Der Bund richtet hier aus Steuermitteln rund CHF 2 Mia. an die Kantone aus, ohne auf die Verwendung dieser Mittel Einfluss nehmen zu können. Die Kantone waren bis jetzt auch nicht bestrebt, dem Bund die selber geforderte Mitsprache über die Verwendung von Steuermitteln einzuräumen.
- Analog zu ihrer Argumentation müssten die Kantone die Versicherer als Zahler aktiv in die kantonale Spital- und Versorgungsplanung einbinden. Dies verweigern die Kantone aber konsequent.

b) Unter anderem machen die Kantone den Einbezug der Pflegefinanzierung in die neue Regelung zur *conditio sine qua non* für eine Reform, obwohl keine systemische Notwendigkeit hierfür besteht. Im Gegenteil, das KVG macht bei der Pflegefinanzierung schon jetzt keinen Unterschied zwischen ambulanten und stationären Pflegeleistungen. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung leistet einen Beitrag an die Pflegeleistungen, welche aufgrund einer ärztlichen Anordnung und eines ausgewiesenen Pflegebedarfs ambulant, auch in Tages- oder Nachtstrukturen, oder im Pflegeheim erbracht werden.

c) Ausserdem fordern die Kantone weitgehende Mitsprache betreffend Verwendung der von Ihnen zu leistenden Mittel und die Kompetenz zur Bepanung des ambulanten Angebotes. Damit verschärfen die Kantone ihre Rollenkonflikte. Dabei definiert das KVG die Verwendung der Mittel (Steuern, Prämien und Kostenbeteiligung Patienten) hinreichend klar. Ganz abgesehen davon ist die Einführung weiterer staatlicher Planungsinstrumente grundsätzlich anzulehnen, zumal die jahrelange staatliche Planung im stationären Bereich zu keinem erkennbaren Effekt in Bezug auf die Kostentwicklung geführt hat.

d) Ebenfalls unzutreffend und nicht durch Fakten respektive Evidenz belegt ist die Behauptung, das Risiko von Verknüpfungen zwischen Grund- und Zusatzversicherung im Rahmen von Tarifverhandlungen nehme wegen der Einführung einer einheitlichen Finanzierung ursächlich zu. Ausserdem ist es die Pflicht der Aufsichtsbehörden BAG und Finma, allfällige gesetzeswidrige Querfinanzierung zwischen Grund- und

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

	<p>Zusatzversicherung zu unterbinden. Diesen Einwänden ist ferner zu entgegnen, dass die Kantone bereits heute im Rahmen von Tarifgenehmigungsverfahren Einfluss auf die Gestaltung ambulanter und stationärer Tarife nehmen.</p> <p>e) Schlussendlich vernachlässigen die Kantone im Rahmen ihrer Argumentationsführung, dass der Bund die Aufsicht über die Versicherer im OKP-Bereich ausübt und hierfür seit dem 1. Januar 2017 mit dem Krankenkassenaufsichtsgesetz über ein starkes Instrument verfügt.</p>
BFG	
BFG	

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)
BFG	60	4		<p>Wir weisen darauf hin, dass der in Art. 60 KVG („Berechnung“) genannte, für die gesamte Schweiz geltende Prozentsatz für den Kantonsbeitrag von mindestens 25,5 Prozent nach unseren Berechnungen zu einer Mehrbelastung der Kantone im Bereich von rund CHF 1.5 Mia. pro Jahr und damit zu einer entsprechenden Entlastung der prämierelevanten Ausgaben führt.</p> <p>Da ausserdem das jeweilige Verhältnis der stationären und ambulanten Kosten von Kanton zu Kanton bzw. je nach Versichertenkollektiv auch von Krankenversicherer zu Krankenversicherer unterschiedlich ist, empfehlen wir wie bei der neuen Spitalfinanzierung Übergangsfristen.</p>	
BFG	60			Wir empfehlen im Sinne der Systemlogik, die Kostenbeteiligung (Franchise und Selbstbehalt) weiterhin auf den mit Prämien finanzierten Anteil der Leistungskosten auszurichten und den jeweiligen Kantonsanteil wie bisher in der Spitalfinanzierung zu ignorieren.	
BFG	60a			In dieser rein versicherungstechnischen Frage sollten sich die Versicherer einigen	
BFG	II	2		Übergangsbestimmungen zum Inkrafttreten: Der Minderheitsantrag (Carobbio Guscetti, Feri Yvonne, Gysi, Heim, Ruiz Rebecca, Schenker Silvia), welcher sicherstellen soll, dass die Vorlage zur einheitlichen Finanzierung nur in Kraft tritt, wenn	Verzicht, Streichung

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

				auch eine Nachfolgeregelung zu Artikel 55a KVG im Sinne einer Zulassungssteuerung im ambulanten Bereich in Kraft tritt, wird abgelehnt.	
BFG					

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

### Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Dachverband Schweizerische Patientenstellen

Abkürzung der Firma / Organisation : DVSP

Adresse : Hofwiesenstrasse 3, 8042 Zürich

Kontaktperson : Erika Ziltener

Telefon : 044 361 92 56

E-Mail : [dvsp@patientenstelle.ch](mailto:dvsp@patientenstelle.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](mailto:abteilung-leistungen@bag.admin.ch)
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

**Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!**

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

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
DVSP	<p>Besten Dank für die Einladung zur Vernehmlassung zur Parlamentarischen Initiative: "Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung Monismus.</p> <p>Der DVSP lehnt den drin vorgeschlagenen Umbau der Finanzierung und Steuerung des Gesundheitswesens in dieser Form aus folgenden Gründen ab.</p>
DVSP	<p>Grundsätzlich befürworten wir die einheitliche Finanzierung der stationären und ambulanten Versorgungsbereiche. Jedoch ist entscheidend, zu welchen Anteilen Gesundheitsleistungen finanziert werden und vor allem muss eine demokratische Definition der Abgeltungs- und Steuerungskompetenz in der medizinischen Versorgung gelten.</p>
DVSP	<p>Überwindung des undemokratischen Krankenversicherungssystem</p> <p>Der DVSP engagiert sich seit langem für eine "unechte" monistische Finanzierung, die einhergeht mit einer öffentlichen Steuerung der Grundversicherung als Teil des Service Public. Diesem Grundsatz widerspricht das heute ineffiziente und undemokratische Krankenversicherungssystem. Dieses System sollte dringend überwunden werden. Der Vorschlag der Kommissionsmehrheit könnte jedoch nicht weiter davon entfernt sein, in dem er die einheitliche Finanzierung dazu benützt, die Steuerungskompetenz in der Grundversicherung weg von der öffentlichen Hand, hin zu den privaten Versicherern zu verschieben. Wenn die Mittel von ca. 8 Milliarden Franken für die stationäre Versorgung bedingungslos an die Versicherer gehen, wird das ungerechte System noch weiter zementiert. Bereits heute können die Versicherer mit dem Verteilen der Gelder an die Leistungserbringer selektionieren. Die Versicherer können frei über die Prämien Gelder aus dem gesetzlichen Versicherungsobligatorium verfügen, ohne dass sie einer demokratischen Kontrolle unterliegen würden. Wenn die Versicherer nun auch noch frei über die Verwendung öffentlicher Steuergelder bestimmen könnten, würde die Ungleichbehandlung noch massiv verstärkt. Die Kantone müssen Einfluss auf die Entstehung und Abgeltungshöhe der staatlichen Mitfinanzierung von Leistungsbereichen ausüben können. Bereits heute nehmen die Krankenversicherer ihre Rolle bei der Qualitäts- und Rechnungskontrolle teils nur ungenügend wahr und vor allem bestehen sehr grosse Unterschiede zwischen den verschiedenen Versicherern. Es bleibt zu erwähnen, dass sich jede Person gegen Entschiede der Krankenversicherung selber wehren und finanzieren muss. Insbesondere kranken und betagten Menschen ist der Rechtsweg weder gang noch finanzierbar.</p>
DVSP	<p>Die Versorgungssicherheit kann nur die öffentliche Hand gewährleisten, wird jedoch bereits heute punktuell unterwandert. Mit grosser Besorgnis weisen wir darauf hin, dass mit der vorgeschlagenen Finanzierung die Ungleichbehandlung der Patientinnen, Patienten und Versicherten noch massiv zunehmen könnte.</p>

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

DVSP	<p>Das vorgeschlagene Modell der Krankenversicherungen mit ihrer ungeteilten Macht über die Verteilung der Mittel für die Gesundheitsversorgung könnte auch zu neuen Gewinnquellen in der Gesundheitsversorgung führen. Bereits heute wird diese praktiziert, in dem beispielsweise Krankenversicherer mit Spitälern Verträge abschliessen und dadurch eine Selektion der Patientinnen und Patienten durchführen und trotzdem Gelder aus der Grundversicherung (Sockelbeiträge) erhalten. Dieser Teil hat durch die Mitfinanzierung der Privat- und Halbprivatversicherten Personen bereits zu lukrativen Geschäften der Privatkliniken geführt. Mit dem vorgeschlagenen Modell würde diese Praxis noch gefördert werden.</p>
DVSP	<p>Das Ziel der Stabilisierung der prämierten- und steuerfinanzierten Anteile an den obligatorischen Krankheitskosten ist aus Sicht des DVSP in Bezug auf die Prämien zwingend notwendig. Insofern versteht es sich von selbst, dass die monistische Finanzierung nicht zu höheren Prämien führen darf. Bereits heute gibt es kein anderes OECD-Land, in welchem die private Kostenbeteiligung so hoch ist wie in der Schweiz. Das Ziel kann nur erreicht werden, in dem ein höherer Anteil von Steuergeldern in die Finanzierung fliesst, auch unabhängig von der Diskussion zur Vorlage. Dies vor allem auch vor dem Hintergrund, dass verschiedene Kantone bei der IPV zunehmend kürzen. Dabei ist die IPV als System gedacht, welches einen gewissen Ausgleich schaffen sollte. Eine höhere Kostenbeteiligung ist aus Sicht des DVSP inakzeptabel. Denn in diesem Fall würden sich noch mehr Patientinnen und Patienten mit tiefen Einkommen nicht oder zu spät in medizinische Behandlung begeben. Wie am Beispiel zu spät entdeckter Diabetes können die Folgen zu deutlich höheren Behandlungskosten führen, als dies bei rechtzeitiger Behandlung der Fall wäre.</p>
DVSP	<p>Keine entscheidende Korrektur existierender Fehlanreize</p> <p>Die heutige Finanzierung des Gesundheitswesens bietet zu viele Fehlanreize. Dazu gehört insbesondere auch die unterschiedliche Finanzierung von ambulant und stationär mit den beiden parallel existierenden Tarifsystemen Tarmed und SwissDRG. Das vorgelegte Finanzierungsmodell würde jedoch die Fehlanreize noch fördern, weshalb sie keinesfalls mit der Umleitung eines fixen Betrags an Steuergeldern korrigiert werden können.</p> <p>Entscheidungen über Behandlungen, die den Patientinnen und Patienten Nutzen bringen, müssen aus fachlichen Überlegungen und nicht aufgrund von finanziellen Fehlanreizen erfolgen. Bereits heute finden zu viele Behandlungen aus finanziellem Interesse stationär statt. Die vorgeschlagene Gesetzesrevision würde dieses Problem noch verschärfen, weil auch Zusatzversicherte Patientinnen und Patienten öffentliche Gelder erhalten. Es soll jedoch mit der Vorlage nicht zu Umlagerungen, sondern zu koordinierter Versorgung führen. Für die Patientinnen und Patienten und deren Sicherheit ist die rechtzeitige Behandlung am richtigen Ort zentral. Qualitätsgesicherte Behandlungspfade müssen deshalb mit der Vorlage der monistischen Finanzierung gewährleistet werden. Doch gerade dieser Forderung entspricht die Vorlage der Kommission nicht. Bleibt zu erwähnen, dass die Revision der koordinierten Versorgung - dazu gehört auch die Langzeitpflege - untergeordnet werden sollte. Wenn der Einbezug der Langzeitpflege in dieser Vorlage noch nicht möglich ist, so ist sie doch mindestens künftig miteinzubeziehen.</p> <p>Gefährliche Stärkung von Vertragsspitalern und Zusatzversicherungen</p>

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

Das vorgeschlagene Modell bedeutet eine Stärkung von Privatkliniken und Zusatzversicherungen birgt die Gefahr in sich, dass Patientinnen und Patienten mit einer Zusatzversicherung fehlversorgt (überversorgt) werden. Diese Mengenausweitung schadet insbesondere der Patientinnen und Patienten, schwächt aber auch systematisch die Grundversicherung. Wenn nun der Anteil der Gelder aus der Grundversicherung noch höher wird, fliessen noch mehr Gelder in die gewinnorientierten Spitäler. Heute kann ein Kanton über die Fallzahlen, welche als wichtiges Qualitätsinstrument gelten, Weisungsbefugnisse ausüben, die er mit dem vorgeschlagenen Finanzierungsmodell nicht mehr hätte. Als Minderheitsfinanzierer würde der Kanton im vorgeschlagenen Modell nicht nur die öffentliche Planungskompetenz für den ambulanten Sektor vernachlässigen, es würde auch die kantonale Steuerbarkeit des stationären Bereichs drastisch einschränken. Zwei gravierende Auswirkungen, die sich zu Ungunsten der Qualität der Behandlungsversorgung zeigen würden.

National einheitlicher Finanzierungsschlüssel: Neuer Fehlanreiz

Unabhängig vom Finanzierungsschlüssel begrüssen wir die Verlagerung von stationären zu ambulanten Behandlungen. Voraussetzung hierzu ist, dass die medizinische Begründung den grundsätzlichen Ort der Behandlung definiert.

Verhinderung von Globalbudgets

Die vom Bundesrat vorgelegten 38 Sparmassnahmen mit den Zielvorgaben zum Dämpfung des Kostenwachstums der unterschiedlichen Leistungsbereiche enthalten Massnahme welche wir begrüssen. Unter anderem erachten wir zumindest bei Spitälern die Einführung von Globalbudgets als sinnvoll, insbesondere, weil sie zur Qualitätssteigerung beitragen. Sie gelten als Möglichkeit die Fehlversorgung (Überversorgung) in Spitälern in den Griff zu bekommen und sind gemäss KVG auch möglich. Mit der Einführung des Finanzierungsmodells der Kommission wären Globalbudgets bedeutungslos, weil keine Leistungsvergütungen mehr direkt von den Kantonen an die Spitäler fliessen könnten. Weshalb die Krankenversicherer vehement gegen die Globalbudgets sind, können wir nicht nachvollziehen. Globalbudgets verbessern die Qualität und wirken Kosten dämpfend, weshalb sie demzufolge ebenfalls daran interessiert sein sollten.

Wir bedanken uns für die Zusammenarbeit und bitten Sie um die Berücksichtigung unserer Stellungnahme.

Freundliche Grüsse

Erika Ziltener

Präsidentin DVSP

Rebecca Ruiz

Vizepräsidentin

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

*abteilung-leistungen@bag.admin.ch*

Bern, 06. September 2018

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

**Stellungnahme des Forum Gesundheit Schweiz FGS**

Sehr geehrter Herr Präsident  
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 dazu wie folgt Stellung:

**Einleitende Bemerkungen**

Die Einführung einer einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen ist eine Forderung, welche das Forum Gesundheit Schweiz FGS seit Jahren teilt. **Wir unterstützen die Vorlage der SGK-N 09.528 «Parlamentarische Initiative. Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus», respektive die Mehrheit der SGK-N.**

Wir setzen uns seit Jahren gegenüber Politik, Medien und Öffentlichkeit für eine einheitliche Finanzierung ein. EFAS ist ein zentrales und taugliches Mittel: EFAS ist effizienzfördernd, ermöglicht Qualitätsverbesserungen und hilft, Fehlanreize im System auszumerzen.

Ohne die einheitliche Finanzierung sind weitere Reformschritte nur schwer voranzubringen. Den die drei Ziele der Vorlage sind grundlegender Natur: die Förderung der Verlagerung zu tendenziell günstigeren ambulanten Behandlungen, die Stabilisierung der prämien- und steuerfinanzierten Anteile an den obligatorisch versicherten Krankheitskosten sowie die Förderung einer sachgerechten Tarifierung.

**Nutzen für alle schaffen**

Das FGS unterstützt diese nötige und gerechte Kostenverteilung: EFAS nimmt Kantone wie Versicherer in die Pflicht, weil sie nun beide an der Finanzierung von ambulanten wie stationären Leistungen beteiligt werden.

Wichtig ist: So würden künftig alle von Kantonsbeiträgen profitieren – unabhängig davon, ob eine Behandlung ambulant oder stationär stattfindet: Die Forderung, es sollten die Kantone neu einen Beitrag von mindestens 25.5% an die Nettokosten (nach Abzug von Franchise und Selbstbehalt) leisten, ist sachgerecht. Dieser Prozentsatz dürfte sicherstellen, dass die Umstellung auf die einheitliche Finanzierung für Kantone wie Versicherer kostenneutral ausfällt.

#### **Ambulant vor stationär weiter unterstützen**

EFAS fördert den geltenden Grundsatz, wonach zunehmen die ambulante Versorgung ermöglicht werden soll. Ambulante Versorgungen sind kostengünstiger, weil keine Hospitalisierung stattfindet; sie sind für den Patienten in der Regel von kürzerer Dauer und belasten ihn als Versicherten ebenfalls weniger. Diese heute schon stattfindende, zunehmende Verlagerung in den ambulanten Bereich wird jedoch vollumfänglich über Krankenversicherungsprämien finanziert. Der überproportionale Anstieg des prämierten Anteils an den Kosten, verbunden mit einem relativen Rückgang des steuerfinanzierten Anteils, hat sozialpolitisch unerwünschte Auswirkungen. EFAS korrigiert dies.

#### **Fehlanreize effektiv ausmerzen**

Die ungleiche Finanzierung führt heute zu Fehlanreizen bei den Akteuren. Bei der Wahl der medizinischen Behandlung dürfen und sollen wirtschaftliche Überlegungen durchaus eine Rolle spielen (die WZW-Kriterien sehen das explizit vor), allerdings sollten die Kosten für das Gesamtsystem eine Rolle spielen, nicht die finanziellen Auswirkungen auf die einzelnen Kostenträger.

EFAS kann ferner als Basis dienen, die Effizienz wie die Qualität der Versorgung zu verbessern. Da EFAS möglichst gleiche Anreize schafft für die Krankenversicherer und für die Kantone ist damit die Grundlage für eine tatsächliche Senkung der gesamten Kosten im Gesundheitswesen geschaffen.

Der Ausgleich zwischen der Belastung der Kantone und der Prämienzahlenden schafft gleichzeitig einen Ausgleich, der die Gesundheitskosten sozial verträglicher macht. Sinnvoll ist dabei auch die damit tendenziell stattfindende Förderung integrierter Versorgung, welche kostendämpfend wirken und den Bedürfnissen einer alternden Bevölkerung mit vielen chronisch Kranken entgegen kommt.

Wir danken Ihnen für die Gelegenheit zur Stellungnahme und für die Aufnahme unserer Argumentation.  
Für Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Mit besten Grüßen



Damian Müller  
Präsident Forum Gesundheit Schweiz

Monsieur le Conseiller National Thomas de Courten,  
Président de la Commission de la sécurité sociale et de la  
santé du Conseil National,  
Palais Fédéral  
3003 Berne

Madame Christina Leutwyler  
du secrétariat de la CSSS-N,  
Palais Fédéral  
3003 Berne

et

Division prestations de l'OFSP  
OFSP  
3003 Berne

Lausanne, le 18 septembre 2018

**Objet : Consultation au sujet de l'Initiative parlementaire No 09.528 : Financement moniste / uniforme des prestations de soins**

Monsieur le Président de la Commission de la sécurité sociale et de la santé du Conseil National,  
Madame Christina Leutwyler, du secrétariat de ladite Commission,  
Madame, Monsieur, de la Division des prestations de l'OFSP,

Nous vous remercions d'avoir consulté la Fédération romande des consommateurs (FRC) au sujet de de l'Initiative parlementaire (No 09.528) : Financement moniste / uniforme des prestations de soins.

La FRC juge que la réforme proposée sous le titre « Financement moniste / uniforme des prestations de soins » ne constitue pas du tout une réponse satisfaisante à la problématique de la maîtrise de la hausse des dépenses de santé, et n'est pas non plus adéquate pour faire progresser le transfert des traitements stationnaires vers des traitements ambulatoires lorsque cela est médicalement indiqué.

**La réforme peut néanmoins être soutenue par la FRC s'agissant des traitements effectués dans les secteurs stationnaire et ambulatoire des hôpitaux, , avec un partage dual-fixe entre cantons et assureurs dont le taux devrait être recalculé. Cette réforme devrait être complétée par des mesures souvent plus efficaces, agissant là où les décisions de traitement sont effectivement prises** (coopération interprofessionnelle et managed care/soins intégrés, liste d'interventions devant être effectuées de façon ambulatoire, planification hospitalière et réduction des surcapacités, développement des prises en charge intermédiaires, dossier électronique des patients, etc.).

**En revanche la FRC est opposée à ce que le financement des prestations du secteur ambulatoire hors de l'hôpital (médecine libérale, prestataires medicotechniques, pharmacies, etc.) soit partagé entre les assureurs et les cantons**, de manière uniforme avec ce qui serait mis en place dans le secteur hospitalier. Elle demande que le financement de ce secteur reste à 100% à la charge des assureurs, après déduction des franchises et participations payées par les assurés. Elle soutient par ailleurs les initiatives qui visent à limiter la surmédicalisation avec la participation des sociétés de

médecine et de l'Académie suisse des sciences médicales (« smarter medicine ») et le développement des soins intégrés et de la coopération interprofessionnelle. Ces actions lui semblent nettement préférables dans une démarche de maîtrise des dépenses de santé.

Nous vous remettons en annexe le questionnaire idoine rempli.

Veillez agréer, Monsieur le Président de la Commission de la sécurité sociale et de la santé du Conseil national, nos salutations les meilleures.

Fédération romande des consommateurs



Sophie Michaud Gigon  
Secrétaire générale

Annexe : questionnaire

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

**Avis donné par**

Nom / société / organisation : Fédération romande des consommateurs

Abréviation de la société / de l'organisation : FRC

Adresse : à compléter par la FRC

Personne de référence :

Téléphone :

Courriel :

Date :

**Remarques importantes :**

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

**Nous vous remercions de votre collaboration!**

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

<b>Commentaires généraux sur le projet de révision et sur le rapport explicatif</b>	
<b>nom/société</b>	<b>Commentaire / observation</b>
FRC	<p>Favoriser un transfert des prestations stationnaires à l'ambulatoire lorsque cela se justifie médicalement est un élément positif pour les consommateurs/assurés/patients. C'est particulièrement le cas lorsque les progrès médicaux permettent de traiter dans les services ambulatoires d'un hôpital des cas qui nécessitaient jusque là une hospitalisation.</p> <p>Il est donc souhaitable que ce transfert soit facilité plutôt qu'empêché par des mécanismes pervers de nature financière ou organisationnelle.</p> <p>Le principe d'un mécanisme uniforme de financement peut être favorable de ce point de vue, mais ce n'est pas certain que cela réussisse à atteindre le but en question.</p> <p>Il y a en effet d'autres moyens pour favoriser le transfert du traitement stationnaire à un traitement ambulatoire peut-être plus efficaces que le financement uniforme (modification OPAS : règle ambulatoire vs. stationnaire pour certaines intervention), et surtout des mécanismes de coordination des soins sur le plan médical (managed care / soins coordonnés) qui ne font pas partie du projet CSSS-N. Le projet évoque une efficacité accrue des modèles particuliers d'assurance avec coordination des soins, qui ont pour effet de freiner la croissance des coûts, mais c'est seulement un vœu qu'aucun article de loi ne viendrait concrétiser.</p>
FRC	<p>Contribuer à la maîtrise de la hausse des dépenses de santé, et donc à la hausse des primes d'assurance maladie est aussi un élément positif pour les consommateurs/assurés.</p> <p>Il est souhaitable que les mécanismes visant cet objectif soient efficaces. L'élimination de mécanismes pervers est souhaitable.</p> <p>Cependant, ces mécanismes pervers sont nombreux et la différence de financement de l'hôpital entre stationnaire et ambulatoire n'est qu'un aspect partiel, voire mineur parmi d'autres. La réforme des tarifs médicaux (Tarmed surtout) est beaucoup plus essentielle, de même que la limitation des prestations inutiles (« smarter medicine ») et la limitation du prix des médicaments. La planification hospitalière cantonale ou multi-cantonale est aussi un mécanisme de maîtrise des coûts important. Certains cantons ont fait des efforts importants de pilotage du secteur hospitalier et ont réussi à diminuer l'offre et par conséquent la hausse des dépenses. La limitation d'une offre excessive de médecins dans certaines spécialités médicales et certaines régions est aussi un élément très important.</p> <p>Malheureusement, la plupart des mécanismes de maîtrise de la hausse des dépenses de santé sont bloqués par des oppositions d'intérêts ou des oppositions politiques.</p>

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

FRC	<p>Le contrôle des factures par les assureurs maladie est une pratique importante pour les consommateurs/assurés, même s'il est parfois contestable ; le contrôle des factures d'hôpital par les cantons est un moyen supplémentaire de maîtrise des coûts. Il n'est pas certain que la situation soit meilleure si le contrôle par les cantons devait disparaître.</p>
FRC	<p>La répartition du financement des dépenses de santé entre la part payée par l'impôt (progressif selon le revenu), la part payée par les primes maladie (non liées au revenu) et la part payée de la poche des consommateurs est un enjeu important de politique sociale.</p> <p>Le projet de la CSSS-N estime ne rien changer à cette répartition, si on considère l'ensemble des cantons, mais les projections sont contestées. Cela peut aussi changer entre les différents cantons, notamment ceux qui ont déjà bien réussi à piloter le secteur hospitalier en limitant l'offre excédentaire.</p>
FRC	<p>L'aspect suivant est le plus important, du point de vue de la FRC. Le fait que le modèle CSSS-N s'applique à toutes les prestations de santé stationnaires et ambulatoires (sauf les soins de longue durée) signifie que les cantons devraient payer 25,5% de toutes les factures de soins (après déduction des franchises et participations des assurés), également pour toute la médecine ambulatoire et les autres fournisseurs de prestations (laboratoire, physiothérapie, soins infirmiers, médicaments, etc.). Les cantons s'y opposent car ils n'ont dans le domaine non hospitalier quasiment aucune compétence de planification ni de contrôle de l'offre et de l'activité de ces secteurs. Ils exigent de disposer de compétences de planification, de limitation et de contrôle avant de devoir payer pour ces prestations.</p> <p>La FRC partage tout à fait cet avis exprimé par la Conférence des directeurs cantonaux de la santé, car pour les consommateurs/assurés, la hausse des dépenses de santé dans le très vaste secteur ambulatoire (hors hospitalier) est très importante avec un effet direct sur les primes. La FRC n'accepte pas que l'argent public cantonal soit ainsi versé pour des prestations pour lesquelles les cantons n'ont aucun moyen de pilotage ni de contrôle.</p>
FRC	<p>La participation de 10% des assurés aux factures des traitements hospitaliers devrait augmenter vu que la part à charge de l'assurance maladie passerait de 45% à 74% et que la participation est proportionnelle au paiement par l'assurance maladie – jusqu'à concurrence de Fr 700.-. Cela pourrait donc augmenter les dépenses des assurés, mais pourrait peut-être être compensé par une baisse des primes. C'est un aspect difficile à quantifier. De même que l'effet de la participation des cantons pour 25,5% aux factures du domaine ambulatoire qui pourrait aussi avoir pour conséquence de faire un peu moins augmenter les primes.</p> <p>De plus, le projet CSSS-N semble avoir des conséquences avantageuses pour les personnes au bénéfice d'assurances complémentaires, car les assureurs peuvent favoriser par des conventions l'hospitalisation plutôt que le traitement ambulatoire. En effet, en cas d'hospitalisation dans un hôpital hors liste cantonale, la part à prendre en charge par une assurance complémentaire ou par le patient ne sera plus que de 25,5 % au lieu de 55 % actuellement, ce qui devrait permettre d'abaisser les primes des assurances complémentaires. Ce genre d'avantage n'est pas dans l'intérêt de la majorité des consommateurs (sans assurance complémentaire).</p>

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

FRC	Le projet évoque une efficacité accrue des modèles particuliers d'assurance avec coordination des soins, qui ont pour effet de freiner la croissance des coûts, mais c'est seulement un vœu qu'aucun article de loi ne viendrait concrétiser. La FRC a demandé que les modèles particuliers d'assurance soient mieux contrôlés par la Confédération.
-----	--

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

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

<b>Commentaires concernant les articles individuels du projet de la révision et leurs explications</b>					
<b>nom/ société</b>	<b>art.</b>	<b>al.</b>	<b>let.</b>	<b>commentaire / observation :</b>	<b>Proposition de modification (texte)</b>
	60	1, 2, 4		<p>La FRC approuve un modèle de financement dans lequel les cantons contribuent au financement des prestations stationnaires et ambulatoires des hôpitaux (inscrits sur les listes de planification hospitalière cantonales) dans les mêmes proportions par les cantons et par les assureurs maladie. En revanche, elle s'oppose fondamentalement à généraliser cette contribution des cantons au financement des prestations pour l'ensemble du secteur ambulatoire non-hospitalier (médecine de cabinet, laboratoire, physiothérapie, médicaments, soins infirmiers, etc.) – un secteur pour lequel il n'y a quasiment aucune compétence de planification et où l'augmentation de l'offre de prestation est beaucoup plus forte. Un tel changement ne serait pas du tout dans l'intérêt des consommateurs. Deux raisons à cela :</p> <p>Introduire un financement par les cantons (par l'impôt) pour un secteur sans aucune capacité de pilotage, de limitation, de guidance de qualité, etc. est un abus vis-à-vis d'une utilisation saine de l'argent public.</p> <p>Et d'autre part, trop de réformes indispensables dans ce domaine (limitation de l'ouverture de nouveaux cabinets médicaux, révision du Tarmed, développement du managed care, introduction du dossier électronique des patients, smarter medicine...) sont clairement prioritaires. L'introduction d'un financement uniforme pour l'ensemble de l'ambulatoire et du stationnaire pourrait encore retarder les autres réformes indispensables.</p>	<p>Limiter le mécanisme de financement harmonisé par les cantons et par les assureurs aux secteurs stationnaire et ambulatoire des hôpitaux, exclusivement, avec une clé de répartition entre assureurs et cantons qui soit calculée uniquement sur le montants des dépenses de ces deux secteurs. Maintenir le financement par l'assurance maladie seule pour tout le reste des prestations</p>





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](mailto:abteilung-leistungen@bag.admin.ch)

Zürich, 11. September 2018

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

Sehr geehrter Herr Kommissionspräsident,  
sehr geehrte Damen und Herren Nationalräte

Die GELIKO – Schweizerische Gesundheitsligen-Konferenz vertritt die Interessen von Menschen mit chronischen Krankheiten und ihrer Angehörigen in der Gesundheits- und Sozialpolitik und kämpft gegen negative gesundheitliche, finanzielle und soziale Folgen von chronischen Krankheiten.

Wir danken Ihnen für die Einladung zur Stellungnahme zum Vorentwurf und zu den Erläuterungen der SGK-N zur vorstehend erwähnten Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung. Gerne nehmen wir dazu wie folgt Stellung:

Grundsätzlich begrüsst die GELIKO 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 Gesundheitsligen waren in der Vergangenheit nur am Rande involviert in die Diskussionen betreffend Finanzierungsmechanismen und Tarifsysteme und verfügen diesbezüglich über wenig Detailkenntnisse. Dementsprechend sind die Gesundheitsligen nicht in der Lage, die Stärken und Schwächen der aktuellen Regelung und die Chancen und Risiken der vorgeschlagenen Neuregelung kompetent zu bewerten.

Konsequenterweise beschränkt sich diese Stellungnahme der GELIKO deshalb auf einige grundsätzliche Anliegen aus Sicht der Patientinnen und Patienten.

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 Tarifsyste-  
men.

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. 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 für die Gesundheitsligen 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.

Mit freundlichen Grüßen

GELIKO Schweizerische Gesundheitsligen-Konferenz



Hans Stöckli, Ständerat  
Präsident



Erich Tschirky  
Geschäftsführer

Direction Générale  
Jean-Pierre Zbinden  
jean-pierre.zbinden@graap.ch  
Tél. +41 21 643 16 30

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

Lausanne, le 14 septembre 2018

**Financement moniste des prestations de soins : prise de position et revendications du Graap-Fondation concernant le projet mis en consultation par la CSSS-N**

Madame, Monsieur,

Au vu de l'incidence importante pour les personnes en situation de handicap suite à des troubles psychiques du projet de refonte du financement moniste des prestations de soins, nous vous adressons ci-après la prise de position du Graap-Fondation.

Nous signalons en préambule que le Graap-Fondation a dû renoncer à utiliser le formulaire Word joint à la documentation de consultation, dans la mesure où nous rejetons intégralement l'avant-projet et demandons sa complète révision.

Situation initiale et objectifs du projet

Les possibilités médicales et les offres dans le secteur de la santé augmentent rapidement, entraînant ainsi une hausse des coûts et des primes d'assurance-maladie. En 2016, les coûts de la santé ont totalisé CHF 80,7 milliards de francs. La plupart d'entre nous souhaitent aussi profiter de ces progrès tant vantés, tout en déplorant l'augmentation des primes. Si de nombreuses propositions ont été débattues pendant des années sur la manière de freiner la hausse des coûts, personne n'a encore trouvé l'œuf de Colomb. La montagne d'or que les groupes d'intérêts les plus divers se disputent est trop énorme.

La CSSS-N suggère qu'à l'avenir, seules les caisses-maladie (CM) soient les agents payeurs. Elle souhaite en outre que les pouvoirs publics -à savoir les cantons-puissent déterminer eux-mêmes, dans une large mesure, de ce qu'il advient des primes et des contributions fiscales. La CSSS-N appelle cela «financement moniste». Les modifications proposées devraient pallier aux fausses incitations de notre système de santé et atteindre les trois objectifs suivants: privilégier autant que possible les traitements médicaux ambulatoires plutôt que stationnaires(car meilleur marché); stabiliser les parts des prestations de l'assurance de base obligatoire financées par les primes et les impôts; déterminer les tarifs des prestations stationnaires et ambulatoires de façon plus pertinente-les coûts des soins de longue durée et des soins à domicile étant exclus du modèle.



Aujourd'hui, les cantons paient au moins 55% des prestations stationnaires (hospitalières), le reste étant à charge des assurés. Les cantons gardent un certain contrôle des coûts grâce aux listes d'hôpitaux qu'ils dressent eux-mêmes. Ils reçoivent également les factures des prestations hospitalières et participent à la négociation des tarifs en tant que partenaires. Dans le secteur ambulatoire, nous sommes les seuls, en tant que payeurs de primes, à payer les services. Les caisses-maladie contrôlent les factures des médecins et des thérapeutes et déterminent le remboursement.

**De notre point de vue, le projet de la CSSS-N donne un poids disproportionné aux caisses maladies au détriment des cantons dont les intérêts ne sont pas suffisamment pris en compte. La présence des patients dans la gestion du système doit également être renforcée.**

#### Conséquences sur les personnes en situation de handicap et souffrant de maladies chroniques

Les personnes handicapées et les malades chroniques ont naturellement un intérêt particulier à savoir ce qui se passe dans le domaine des soins de santé et à l'influencer. Cependant, le rapport explicatif sur l'Initiative parlementaire contient très peu d'informations sur l'impact des propositions de modifications pour les assurés, et bien sûr aucune sur les personnes qui doivent recourir particulièrement fréquemment aux services médicaux.

Le rapport explicatif indique vaguement que les propositions sont neutres en termes de coûts pour les assurés. Toutefois, il ajoute que les primes pour les enfants et les jeunes adultes devraient légèrement diminuer et celles pour les adultes légèrement augmenter mais il ne contient aucune information sur l'étendue de cette augmentation.

Le fait que les CM souhaitent rembourser jusqu'à 74,5% au lieu de 45% les prestations de l'assurance de base aux hôpitaux privés conventionnés conduira probablement à une augmentation de l'offre et par conséquent, des coûts et des primes.

À l'avenir, les CM veulent définir seules les catalogues de prestations et participer en tant qu'unique partenaire à la négociation sur le remboursement des médicaments et des prestations. Cela signifie que ni nous, en tant que payeurs de primes, ni les cantons, en tant que co-financeurs importants, n'auraient leur mot à dire. Ceci malgré le fait que l'assurance maladie soit obligatoire et que le secteur de la santé soit un pilier important du service public, financé par des fonds publics.

#### Proposition de positionnement et de revendications du Graap-F

Les personnes en situation de handicap et souffrant de maladie chroniques ont en général des coûts médicaux plus élevés que les personnes sans handicap ni maladie chroniques. En outre, leur budget est en général plus limité. Des primes plus élevées leur imposeraient donc une charge encore plus lourde. De ce fait, elles ont particulièrement intérêt à faire valoir leur point de vue concernant les projets de réforme du système de santé.

Concernant celui de la CSSS-N, on ne comprend pas au premier coup d'œil de quoi il s'agit. Cependant, le choix des mots en dit long sur les intentions : dans l'ensemble de la proposition, nous, assurés, sommes à peine mentionnés. Selon le contexte, il est parfois question de la société dans son ensemble, mais plus généralement des assureurs (c'est-à-dire les CM) et, au mieux, des cantons, censés payer sans avoir leur mot à dire. L'élément essentiel du projet, par le biais des mesures proposées est également, contrairement aux objectifs susmentionnés, un transfert de pouvoir aux assurances maladie privées.

De plus, la CSSS-N donne l'impression que la hausse des coûts de la santé pourrait être freinée d'un seul coup et d'un simple geste. Cependant, le système de santé est beaucoup trop complexe et de nombreux acteurs en tirent un trop bon profit pour qu'un simple renforcement des CM puisse inverser cette tendance. Il n'est pas très crédible de présupposer que les CM, qui gagnent énormément d'argent dans le marché de la santé, agissent de manière altruiste et dans notre intérêt.



Le calendrier est également incompréhensible : l'évaluation du nouveau financement hospitalier (en vigueur depuis le 1.1.2012) aura lieu vers la moitié de 2019.

**Revendication : un projet remanié doit prendre en compte les résultats de l'évaluation.**

Les soins de longue durée et les soins à domicile représentent une part importante des coûts des soins de santé mais ne sont pas inclus dans le projet.

**Revendication : un projet remanié doit inclure les soins de longue durée et les prestations de soins à domicile.**

Les domaines que nous avons identifiés comme étant très problématiques et connus très coûteux - fixation des prix des médicaments, définition des prestations obligatoires de l'assurance de base, fixation des tarifs pour les prestations stationnaires et ambulatoires - ne sont pas inclus dans le projet. Cela veut-il dire que seules les CM en décideraient à l'avenir ?

**Revendication : un projet remanié doit inclure les points susmentionnés.**

Le domaine de la santé est un pilier essentiel des services publics. En tant que contribuables et payeurs de primes, nous voulons avoir notre mot à dire sur le sujet. D'énormes sommes d'argent sont en jeu. Elles devraient être, à l'avenir, presque exclusivement à disposition des CM.

**Revendication : dans un projet remanié, les cantons et les payeurs de primes doivent avoir leur mot à dire dans la fixation des prestations, la fixation des tarifs et la répartition des fonds.**

**Autre revendication : comme jusqu'ici, les prestations des hôpitaux conventionnés ne peuvent être financées que jusqu'à 45% max. par l'assurance de base.**

**Autre revendication : les domaines de l'assurance de base et des complémentaires doivent être structurellement et financièrement séparés, à tous les niveaux.**

**Conclusion : le Graap-F rejette le projet dans sa formulation actuelle et demande une refonte prenant en compte les revendications susmentionnées.**

En vous remerciant de votre attention, nous vous adressons, Madame, Monsieur, nos meilleures salutations.

Jean-Pierre Zbinden  
Directeur général



**Interessengemeinschaft  
Prämienzahler**

**Bundesamt für Gesundheit BAG**

**Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung  
Abteilung Leistungen**

**Frau Sandra Schneider**

**Schwarzenburgstrasse 157  
3003 Bern**

Sehr geehrte Damen und Herren,

Nachfolgend reichen wir unsere Stellungnahme zur «09.528 Parlamentarische Initiative. Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus» im Rahmen des laufenden Vernehmlassungsverfahrens ein.

Wie im erläuternden Bericht dargelegt, werden mit der Vorlage folgende Ziele verfolgt.

«Die Verlagerung von stationär zu ambulant und die koordinierte Versorgung fördern, dadurch das Kostenwachstum bremsen, Stabilisierung der prämien- und steuerfinanzierten Anteile an den obligatorisch versicherten Krankheitskosten und die Förderung einer sachgerechten Tarifierung.»

Wir unterstützen diese Ziele, bezweifeln jedoch, dass mit der vorliegenden Vorlage diese Ziele erreicht werden können. Die Schnittstelle von ambulant zu stationär ist heute unflexibel und bietet eine Reihe von Fehlanreizen. Mit der Vorlage wird die Schnittstelle nicht aufgelöst, sie bleibt erhalten und damit bleiben die Fehlanreize bestehen.

Im bestehenden System gibt es kein Interesse, weniger an den Leistungen im Gesundheitswesen zu verdienen. Diese Interessenslage ändert sich im Zusammenhang mit dieser Vorlage nicht. Hier braucht es Massnahmen, die Fehlanreize auflösen.

Die vorliegende Vorlage zielt ausschliesslich auf die Governance Strukturen, ohne die Schnittstelle stationär-ambulant aufzulösen. Den Kantonen werden so Einflussmöglichkeiten genommen, ohne dass diese im ambulanten Bereich wiederaufgebaut werden. Dies reduziert gesamthaft den Einfluss der Kantone, gleichzeitig wird der Einfluss der Krankenversicherer erhöht. Vertragsspitäler können zukünftig begünstigt werden, dies führt zu Qualitätseinbussen in der Versorgung. Eine alleinige Machtverschiebung zu Gunsten der



**Interessengemeinschaft  
Prämienzahler**

Krankenversicherer scheint uns nicht zielführend. Die Änderung der Finanzierung bedarf einer Anpassung der Verantwortlichkeiten. Hier sehen wir dringenden Ergänzungsbedarf.

Die Kantone benötigen ein Mitspracherecht im ambulanten Bereich. Dabei halten wir es für wesentlich, dass die Kantone zukünftig bei der Tarifierung im ambulanten Bereich mitreden. Gleichzeitig müssen den Krankenversicherern neue Aufgaben für eine qualitativ hochwertige und flächendeckende Versorgung übertragen werden. Der Beitrag der Kantone ist zudem zwingend mit einer nachvollziehbaren Leistungsabrechnung zu verbinden. Ansonsten werden neue Intransparenzen aufgebaut.

Will man erreichen, dass sich die Patientin/ Patient in der medizinisch notwendigen Behandlungsumgebung befindet, bedingt dies die Durchlässigkeit des Systems und die Auflösung von Schnittstellen und deren unterschiedlicher Tarifierung, Grundsätzlich sehen wir hier Handlungsbedarf in Form der Einführung von z.B. Kompletpauschalen. Dies ist ein Schritt zur koordinierten Versorgung. Eine entsprechende Ergänzung der Vorlage erachten wir als sinnvoll. Mindestens müssen stationäre an ambulante Tarife angeglichen werden, um die Schnittstellenproblematik wirksam anzugehen. Parallel braucht es einen Abbau der Anzahl Tarifpositionen ohne Leistungseinbusse auf Kosten der Patientinnen/Patienten und Prämienzahler. Derzeit werden mit rund 400 Positionen 80 % der Leistungen getragen, wozu braucht es rund 10x mehr Positionen. Die Leistungsabrechnung in der bestehenden Art halten wir für fragwürdig und wesentlichen Faktor für das Kostenwachstum im Gesundheitswesen.

Weiterhin sehen wir das Risiko, dass mit dem vorliegenden Vorschlag, das Kostenwachstum einseitig zu Lasten der Prämienzahler gefördert wird. Es ist deshalb notwendig, die einheitliche Finanzierung mit einer Massnahme zur Stabilisierung der Prämien zu verbinden. Wir schlagen vor, in diesem Zusammenhang die Prämie verpflichtend an die Teuerung zu binden.

Ergänzend ist mindestens eine Beteiligung der Prämienzahler an der Rechnungskontrolle notwendig. Eine konsequente Rechnungskontrolle weist ein beträchtliches Kostendämpfungspotenzial auf. Eine systematische Einbindung der Prämienzahler an den Rechnungskontrolltätigkeiten erachten wir als zielführend, um das Kostendämpfungspotenzial in diesem Bereich zu realisieren. Zudem sollen zukünftig Rückzahlungen und Rückabwicklungen transparent und bis auf Stufe des Prämienzahlers umgesetzt werden. Dieser Punkt bleibt in der Vorlage unberücksichtigt und wir fordern eine entsprechende Ergänzung.

Wir sehen den Handlungsbedarf zu den bestehenden Governance Strukturen und unterstützen die Einführung der einheitlichen Finanzierung, sofern obengenannte Massnahmen ergänzt werden.



**Interessengemeinschaft  
Prämienzahler**

Gerne stehen wir für weitere Informationen zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

IGPZ

Interessengemeinschaft Prämienzahler

Gudrun Busch

Präsidentin

[Schweiz. Konsumentenforum kf, Belpstrasse 11, 3007 Bern](#)

*Elektronischer Versand*  
Bundesamt für Gesundheit  
Abteilung Leistungen  
[abteilung-leistungen@bag.admin.ch](mailto:abteilung-leistungen@bag.admin.ch)

Bern, 15. September 2018

## 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

Das Schweizerische Konsumentenforum (kf), die einzige liberale Konsumentenorganisation der Schweiz, bedankt sich für die Einladung zur Stellungnahme zum Vorentwurf der SGK\_NR vom 19. April 2018 zur Änderung des KVG «Einheitliche Finanzierung der Leistungen im ambulanten und stationären Bereich.» Das kf nimmt wie folgt Stellung:

Das kf steht für eine medizinische Grundversorgung ein, die auch zukünftig qualitativ gut und finanzierbar ist. 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 vom kf 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. In diesem Bereich unterstützt das kf die Argumente der Föderation der Schweizerischen Psychologinnen und Psychologen (FSP).

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, Behandlungskoordination). 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.

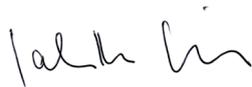
Da kf hat Verständnis für das legitime Anliegen der Kantone nach Steuerungsmöglichkeiten des ambulanten Angebots sowohl im Bezug auf Leistung, Menge und Qualität. Gerade mit dem von der Föderation der Schweizerischen Psychologinnen und Psychologen (FSP) angestrebten Wechsel vom Delegationsmodell zum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

Dass eine Mitfinanzierung der ambulanten Leistungen durch die Kantone unter angemessener Berücksichtigung der Anliegen der Kantone erfolgen soll, wird im Grundsatz unterstützt. Die EFAS- Partner, namentlich curafutura, santésuisse, FMH, GELIKO, fmc, FMCH, Forum Gesundheit Schweiz, Interpharma, das Schweizerische Konsumentenforum kf, pharmaSuisse, SBV, SPO, der Schweizerische Versicherungsverband und vips haben in ihrer Medienmitteilung vom 12. September 2018 die Kantone zur inhaltlichen Diskussion und zu einer gemeinsamen konstruktiven Lösungssuche eingeladen.

Das Anliegen der Kantone, mehr Steuerung im ambulanten Bereich zu erhalten, ist nachvollziehbar. Im aktuellen System stimmen Ergebnis- und Finanzierungsverantwortung nicht überein. Die Zulassungsbeschränkung im ambulanten Bereich als Steuerungsinstrument der Kantone setzt jedoch klar voraus, dass diese auch im ambulanten Bereich finanzielle Mitverantwortung übernehmen. Weiter begrüssen die EFAS-Partner, dass der Kantonsbeitrag gemäss Vernehmlassungsvorlage so festgelegt wird, dass die Umstellung auf EFAS für die Kantone und die Versicherer insgesamt kostenneutral ausfällt.

Die EFAS-Partner signalisieren den Kantonen zudem die Bereitschaft zu einer konstruktiven Diskussion über die Pflegefinanzierung. Diese kann parallel zur aktuellen Reform geführt werden, um zu den diversen Fragestellungen rund um die Langzeitpflege rasch eine Auslegeordnung zu haben. Diese soll aber von der aktuellen Reform abgekoppelt bleiben. Eine Vermischung von EFAS mit den Fragestellungen der Pflegefinanzierung würde das Fuder politisch überladen und die Beseitigung eines bedeutenden Fehlanreizes um Jahre verzögern oder aufgrund der Komplexität beider Dossiers sogar verunmöglichen. Das muss zwingend vermieden werden.

Freundliche Grüsse



Babette Sigg  
Geschäftsführende Präsidentin  
Schweiz. Konsumentenforum kf

## **Stellungnahme von Public Health Schweiz**

Dufourstrasse 30, 3005 Bern

Frau Corina Wirth

+41 31 350 16 00, info@public-health.ch

11. September 2018

Z.H. Public Health Schweiz verfasst von Herrn Felix Wettstein (FHNW Hochschule für Soziale Arbeit)

### **Anregungen für Public Health Schweiz zur Vernehmlassung**

#### **KVG-Teilrevision «Einheitliche Finanzierung der Leistungen im ambulanten und im stationären Bereich»**

##### **Vorbemerkungen:**

Leistungen zur Krankheitsbehandlung im ambulanten und im stationären Bereich werden nicht nur gestützt auf das KVG erbracht und durch die obligatorische Krankenversicherung und durch kantonale Steuergelder zu einem bedeutenden Teil finanziert, sondern auch im Rahmen der überobligatorischen Zusatzversicherungen und dort nach Massgabe des VVG.

Daran zu erinnern ist in der vorliegenden Frage bedeutsam, da dieselben Leistungserbringer über beide Versicherungen abrechnen können. Es ist für die Versicherer betriebswirtschaftlich interessant, ihre Kundinnen und Kunden, die im Rahmen der obligatorischen Krankenpflege (OKP) behandelt werden, von den Zusatzversicherungen zu überzeugen, welche buchstäblich «naheliegen». Es ist auch für die Leistungserbringer interessant, weil die Zusatzleistung mehr Marge verspricht und meist gleich nebenan oder «am gleichen Bett» angeboten werden kann.

Die Frage der «Finanzierung aus einer Hand» der OKP wäre einfacher zu bewerten, wenn es eine klare Trennung gäbe zwischen der dafür zuständigen Versicherung einerseits und allen jenen, die allein im Geschäft der Zusatzversicherungen tätig wären.

Diese klare Trennung ist dringender und bedeutsamer als die Frage der Finanzierung aus einer Hand. Zudem wäre bei einer klaren Trennung für den Teil der obligatorischen Versicherung eine einzige Kasse für alle das Richtige – vergleichbar mit der SUVA im Betriebsunfallbereich.

##### **Bewertung der Ziele des Vernehmlassungsentwurfs**

Gemäss Kapitel 3.1 des Vorentwurfs und erläuternden Berichts vom 19.4.2018 verfolgt die Vorlage drei Ziele:

- **Ziel 1:** Verlagerung der Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich, wo medizinisch sinnvoll. *(Da ambulante erbrachte Leistungen etwas günstiger sind, weil keine Aufenthaltskosten anfallen, würde das gesamte Kostenwachstum leicht gebremst.)*
- **Ziel 2:** Sowohl die steuerfinanzierten als auch die prämiendifinanzierten Anteile an der Finanzierung der OKP-Leistungen (ohne Langzeitpflege) sollen «stabilisiert» werden.
- **Ziel 3:** Die beiden massgeblichen Finanzierungsträger sollen veranlasst werden, stärker auf eine sachgerechte Tarifierung der Leistungen hinzuwirken.

## **Bewertung** (durch Public Health Schweiz):

- Ziel 1 kann geteilt werden. Allerdings lässt es sich auch auf anderem Weg erreichen, möglicherweise sogar wirkungsvoller – siehe nachfolgend.
- Ziel 2 wäre wünschbar, seine Realisierung hängt aber nicht davon ab, ob eine Hand zahlt oder ob zwei Hände zahlen. Nur wenn die Mengenausweitung gestoppt wird stabilisiert sich der Finanzaufwand für die Zahlenden (auch für die dritten wichtigen Zahlenden, die Patientinnen und Patienten selbst).
- Ziel 3 wäre wünschbar, wird aber mit der vorgeschlagenen Änderung in keiner Weise erreicht. Im Gegenteil würde die Möglichkeiten der Einwirkung für die Kantone verringert.

Die **bessere Alternative zur Erreichung von Ziel 1** heisst:

Bund und Kantone führen eine **Liste der Eingriffe und Behandlungsformen, welche in der Regel ambulant durchgeführt werden müssen**, ansonsten nur der Gegenwert der ambulanten Behandlung vergütet wird. Ausnahmen müssen speziell begründet werden (evtl. ab einer Mindestbetragshöhe durch eine Fachperson ohne eigenes ökonomisches Interesse). Die Liste wird dem Fortschritt in den Behandlungsmöglichkeiten laufend angepasst.

Diese Massnahme erfordert keine Gesetzesrevision. Ab 1.1.2019 gilt bundesweit eine erste (kleine) Liste mit entsprechenden Eingriffen. Mehrere Kantone – Luzern, Zürich, Wallis, Aargau, Solothurn – haben zudem bereits eigene, weitergehende Listen eingeführt oder beschlossen. Luzern kann den positiven Effekt bei den Kantonsfinanzen – ohne Zusatzbelastungen für die Versicherer - bereits belegen.

## **Fehlende Ziele des Vernehmlassungsentwurfs**

Die Frage nach der Aufteilung der Finanzierung blendet die Frage nach dem Umfang der erbrachten Leistungen – auch auf die Zukunft bezogen – vollständig aus.

Es trifft wohl zu, dass aktuell ein Fehlanreiz darin bestehen kann, im Zweifelsfall stationär (und damit teurer) als ambulant zu behandeln, weil der Versicherer daran ein finanzielles Interesse haben kann. Allerdings sind die noch weit grösseren Fehlanreize sowohl stationär oder ambulant ein Problem: Jede Mengenausweitung bei den Behandlungen ist für die Behandelnden lukrativ. Sie entscheiden im Wesentlichen auch gleich selber darüber, was getan wird.

Eine Reform im Bereich der Krankheitsbehandlung zur Eindämmung oder Reduktion der Behandlungskosten – nicht deren Verlagerung – ist dringend. Eine solche Reform zeigt nur Wirkung, wenn Umfang und Aufwand der erbrachten Leistungen anders als bisher gesteuert werden.

Eine Reform der Finanzierungswege für den OKP-Bereich lehnen wir darum ab, solange sie nicht im Einklang mit einem wirkungsvollen Stopp der Mengenausweitung vorgenommen wird.

**Warum muss die Mengenausweitung gestoppt werden?** Verschiedene voneinander unabhängige Begutachtungen kommen regelmässig zu ähnlichen Schlüssen: Im Bereich der Krankheitsbehandlung wird zu viel gemacht. Rund 20 Prozent der Eingriffe oder Behandlungen wären mit dem Ziel der Genesung (oder der Vermeidung von Verschlimmerung bei chronischen Erkrankungen) unnötig.

Was noch viel zu wenig Beachtung findet: Überbehandlung geschieht oft zum Schaden für die Gesundheit der Patientinnen und Patienten. Sie erhöht die Gefahr von Komplikationen, bei zu vielen oder zu starken Medikamenten erhöht sich die Belastung durch Nebenwirkungen.

Sollte die Kostenausweitung – welche eine Folge von zu viel und zu teurer Behandlung ist – tatsächlich eingedämmt werden, dann sind folgende Massnahmen zielführend:

- Steuerung der Gesamtkosten für stationäre OKP-Behandlungen mittels **Globalbudgets** (möglichst interkantonal koordiniert, um Ausweichverhalten zu vermeiden)
- Priorisierung – auch mit öffentlichen Anreizen – von **integrierter Versorgung** im ambulanten Bereich. Integrierte Versorgung kann auch in der Nachsorge wichtige Aufgaben an Stelle von stationärer Unterbringung leisten. Damit verbunden: HMO-Versicherungsmodelle ohne Erstzugang zu Spezialistinnen und Spezialisten, sondern konsequent über Hausärztinnen/Hausärzte und übers Case-Management.
- Obligatorisches **Zweiturteil** durch eine externe Fachperson bei jeder Behandlung, deren Kosten eine Mindestschwelle überschreiten wird. Diese Fachperson sollte fix besoldet sein, sie darf kein persönliches Interesse an den Folgen ihres Urteils haben, weder in die eine noch in die andere Richtung.

### **Zu befürchten: Fehlende Wirkung der vorgelegten Änderung**

Wie erwähnt hat die vorgeschlagene monistische Finanzierung für sich gesehen kaum Einfluss auf die Gesamtkosten des Systems – allenfalls bleiben ein paar Spitalbetten leer – und sie würde weder die Steigerung der Gesamtkosten vermeiden können noch bekämen die Zahlenden (Patientinnen und Patienten, Kantone, Versicherer) ein Mittel in die Hand, um Überversorgung und stetig steigende Mengenausweitung zu stoppen.

**Die Kantone hätten jedoch noch weniger Möglichkeiten als heute**, auf die Kostenentwicklung Einfluss zu nehmen, jedenfalls wenn sie die Spitäler nicht selber führen. Sie werden zähneknirschend ihren Anteil von 25.5% an die vielen Versicherer überweisen. Jahr für Jahr wird der weitere Anstieg zu beklagen sein, und angesichts rundum knapp gehaltener Staatsfinanzen steigt der Druck stetig, andere öffentliche Aufgaben zu reduzieren.

**Die Macht der Versicherer würde tendenziell zunehmen.** Dem könnte nur Einhalt geboten werden, wenn

- a) die oben genannten Massnahmen zur Eindämmung der Mengen- und Kostenausweitung greifen;
- b) die Versicherer im Bereich der freiwilligen Zusatzversicherungen nicht auch die obligatorische Versicherung übernehmen dürften.

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

Bern, 13. September 2018

**Vernehmlassung zum Vorentwurf der SGK-NR vom 19. April 2018 zur Änderung des KVG:  
Pa. Iv. 09.528 „Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des  
Monismus“**

Sehr geehrter Herr de Courten,  
Sehr geehrte Damen und Herren

In Ihrem Schreiben vom 15. Mai 2018 haben Sie uns eingeladen, zu oben genannter Teilrevision des KVG Stellung zu nehmen. Wir bedanken uns hierfür und äussern uns wie folgt:

Die Stiftung für Konsumentenschutz teilt die Ansicht, dass eine verstärkte Verlagerung von Spitalbehandlungen vom stationären in den ambulanten Bereich ein hohes Potential für Effizienzsteigerung und somit Kostendämpfung besitzt. Angesichts der Kostenentwicklung und der dadurch mitverursachten Prämiensteigerungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung begrüsst der Konsumentenschutz in diese Richtung unternommene Anstrengungen.

Nach unserer Einschätzung kann eine einheitliche Finanzierung von stationären und ambulanten Leistungen grundsätzlich einen Beitrag zur Beseitigung von Fehlanreizen bei den Kostenträgern leisten. Denn aufgrund der heute existierenden Fehlanreizen nehmen die Kostenträger ihre Verantwortung und Verpflichtungen nach KVG nicht genügend wahr. Die in die Vernehmlassung geschickten Modelle sind jedoch nicht effektiv und aus Konsumentensicht nicht tragbar, wie mit folgenden Argumenten erläutert.

- **AVOS bedarf primär einer sachgerechten Tarifierung**

Eine Verlagerung von Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich (AVOS) ist sowohl aus Kostengründen als auch weiteren Gründen im Interesse der Versicherten. Es gilt zu berücksichtigen, dass die heutige Leistungsallokation auf eine fehlerhafte Anreizstruktur zurückzuführen ist, die sowohl die Kostenträger/Versicherer als auch die Leistungserbringer tangiert. Mit

der einheitlichen Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen (EFAS) werden die Fehlreize für die Kostenträger beseitigt, jene für die Leistungserbringer jedoch nicht entschärft, da für diese eine stationäre Behandlung nach wie vor lukrativer ist. Anreize müssen primär dort gesetzt werden, wo der Behandlungsentscheid getroffen wird, also hauptsächlich beim Leistungserbringer. Um die Verlagerung in den ambulanten Bereich zu fördern, wie das erste Ziel der Vorlage lautet, ist eine sachgerechte Tarifierung mit entsprechenden Anreizen wirksamer und muss vorangetrieben werden.

Das Argument, EFAS können einen massgeblichen Beitrag für eine Kostendämpfung leisten, ist zudem nicht stichhaltig, weil zahlreiche weitere Faktoren entscheidend zur Ausdehnung der Gesundheitskosten beitragen. Eine einheitliche Finanzierung müsste mit entsprechenden Massnahmen ergänzt werden. Dies beinhaltet beispielsweise eine Reduktion der Fehl- und Überversorgung, Senkung der Medikamentenpreise, Förderung der integrierten und interprofessionellen Versorgung und überkantonalen Planung. Entsprechende Anstrengungen wurden stets von gegenteiligen Interessengruppen blockiert.

- ***Erhöhung der Kostenbeteiligung der Versicherten***

Die Kostenbeteiligung der Versicherten wird heute nur auf dem prämienfinanzierten Anteil erhoben. Da in den vorgeschlagenen Modellen die Kassen sämtliche Leistungen zu 100 Prozent vergüten und die Kantone ihren Beitrag erst nach Abzug der Kostenbeteiligung leisten, würde entsprechend auch die Kostenbeteiligung der Versicherten auf den vollen Betrag der Leistungen eingefordert. Trotz der im Bericht postulierten Ziel der Finanzierungsneutralität wird die Kostenbeteiligung der Versicherten also erhöht. Dies stellt eine signifikante Schlechterstellung der Versicherten dar. Es ist zu berücksichtigen, dass die private Kostenbeteiligung der Bevölkerung in der Schweiz bereits jetzt im weltweiten Vergleich einen Spitzenplatz hat.

- ***Keine Planungs- und Kontrollmöglichkeit seitens der Kantone***

Ohne Begleitmassnahmen führt das Modell dazu, dass die Kantone über den ganzen Leistungsbereich zu Minderheitsfinanzierern werden. Die Rechnungsstellung würde allein durch die Versicherer erfolgen, die Kantone hingegen verfügten über keinen direkten Mitteleinsatz mehr, also keine Möglichkeit über die sachgerechte und effiziente Mittelverwendung zu bestimmen, was den finanzrechtlichen Prinzipien der Kantone widerspricht. Diese müssten «blind» 7.7 Milliarden an die Krankenkassen überweisen, was rund 10% der Steuereinnahmen der Kantone entspricht. Da die Rechnungsstellung seitens der Kantone entfällt, verlieren diese auch jegliche Kontrollmöglichkeit in Bezug auf die korrekte Abrechnung der Leistungen. Wir unterstützen daher den Minderheitsantrag Art. 18 Abs. 2<sup>octies</sup>, womit den Kantonen ein Instrument für die Rechnungskontrolle zugestanden wird

- **Stärkung der Privatspitäler und Zusatzversicherten**

Die Krankenkassen haben bereits heute die Möglichkeit, Verträge mit Nicht-Listenspitälern abzuschliessen. Aus der Grundversicherung dürfen aber bloss 45 Prozent der medizinischen Kosten übernommen werden. Mit dem vorgeschlagenen Modell würde dieser Anteil auf 74.5 Prozent erhöht, was die Attraktivität von Vertragsspitälern beträchtlich erhöht. Der Anteil, den die Patienten mit dem Geld aus ihrer Zusatzversicherung begleichen, würde also von 55 auf 25.5 Prozent sinken. Dies bedeutet eine signifikante finanzielle Entlastung der Zusatzversicherten und führt zu sinkenden Prämien in der Zusatzversicherung, wie die SGK-N im erläuternden Bericht schreibt. Mit der zunehmenden Attraktivität von Vertragsspitälern muss zudem ein Ausbau des Angebots befürchtet werden, was zwingend zu mehr Behandlungen, nochmals steigenden Kosten und wiederum höheren Prämien führt. Die Stärkung der privaten Vertragsspitäler und Zusatzversicherungen führt also zu einer systematischen Schwächung der Grundversicherung. Dies liegt nicht im Interesse der Mehrheit der Versicherten, die nicht zusatzversichert ist.

### Fazit

Um die Verlagerung aus dem stationären in den ambulanten Bereich voranzutreiben und eine kostendämpfende Wirkung zu erreichen, fordert die Stiftung für Konsumentenschutz in erster Linie eine sachgerechte Tarifierung, welche die bestehenden Fehlanreize beseitigt. Für eine effektive kostendämpfende Wirkung müsste die einheitliche Finanzierung zudem mit weiteren Massnahmen kombiniert werden.

Zudem fordern wir zwingend ein Qualitätsmanagement: Zurzeit ist die Überwachung und Verbesserung der Qualität ambulanter Leistungen nicht möglich, was aus unserer Sicht dringend und als erste Massnahme behoben werden muss.

Wir bedanken uns für die Berücksichtigung unserer Stellungnahme.

Freundliche Grüsse

Sara Stalder, Geschäftsleiterin

Tonja Iten, stv. Leiterin Gesundheit

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

**Stellungnahme von**

Name / Firma / Organisation : Schweizerische Stiftung SPO Patientenschutz

Abkürzung der Firma / Organisation : SPO

Adresse : Häringstrasse 20, 8001 Zürich

Kontaktperson : Susanne Hochuli, Präsidentin SPO

Telefon : 079 611 19 95

E-Mail : [susanne.hochuli@spo.ch](mailto:susanne.hochuli@spo.ch)

Datum : 12. September 2018

**Wichtige Hinweise:**

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

**Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!**

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

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
SPO	<p>Die SPO unterstützt die Einführung der einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS). Der unbestrittene finanzielle Fehlanreiz an der Schnittstelle stationär/ambulant hat Fehl- und Überversorgung zur Folge. Als Patientenorganisation weist die SPO immer wieder darauf hin, dass jeder unnötiger Eingriff (Überversorgung stellt dies dar) einer Körperverletzung gleichkommt.</p> <p>EFAS ist eine wichtige Reform, um unser Gesundheitssystem in Richtung mehr Effizienz und Qualität weiter entwickeln zu können und um Fehlanreize zu vermeiden. Allerdings sind wir der Meinung, diese Reform müsse mit weiteren Massnahmen gestützt werden, um den für Patientinnen und Patienten wie auch den für Prämienzahlenden erwünschten Erfolg punkto Kosten und Qualität haben zu können.</p> <p>Mit EFAS wird die Verlagerung vom stationären in den kostengünstigeren ambulanten Bereich sozialverträglich vorangetrieben. Die SPO steht ein für ein solidarisches Gesundheitssystem, in dem der Mensch als Patient, aber auch als Prämienzahler im Zentrum steht.</p> <p>Damit EFAS einen massgeblichen Beitrag für eine Kostendämpfung leisten kann, muss diese Reform mit entsprechenden Massnahmen ergänzt werden.</p> <p>Die SPO fordert:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Überkantonale Planung</li> <li>- Förderung der integrierten Versorgung</li> <li>- Senkung der Medikamentenpreise</li> <li>- Überprüfung der Indikationsqualität, damit finanziell motivierte Behandlungen gestoppt werden können</li> <li>- Prozesse/Infrastrukturen sind konsequent auf den Patientennutzen auszurichten: Damit auch bei AVOS der Mensch im Zentrum steht, darf nicht mehr weiter in unnötige stationäre Infrastrukturen investiert werden. Ambulante Behandlungen benötigen andere Infrastruktur.</li> <li>- Transparenz zur Indikations-, Prozess- und Ergebnisqualität inkl. Nutzenbewertung der Patienten und daraus</li> </ul>

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

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verständlich aufgearbeitete Informationen, die den Prämienzahlenden und Patienten leicht zugänglich gemacht werden, damit sie Entscheidungsgrundlagen haben</li> <li>- Um den Prämienzahlenden sowie den Patientinnen und Patienten Finanzkompetenz im Gesundheitssystem zu ermöglichen, braucht es auch Transparenz bei den Kosten: Verständliche Rechnungsdaten sollten im ambulanten wie auch stationären Bereich konsequent und ohne Nachfrage zur Verfügung gestellt werden.</li> </ul>
SPO	

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

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

<b>Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen</b>					
<b>Name/Firma</b>	<b>Art.</b>	<b>Abs.</b>	<b>Bst.</b>	<b>Bemerkung/Anregung</b>	<b>Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)</b>
SPO	Art. 18	2octies		Die SPO unterstützt den Minderheitsantrag Art. 18 Abs. 2octies, womit den Kantonen ein Instrument für die Rechnungskontrolle zugestanden wird.	
SPO					

## **Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand**

### **Einführung Monismus**

Um die Kosten im ambulanten Setting sicherzustellen braucht es die Ausgleiche von den Kantonen und den Gemeinden und darf nicht nur zur Belastung der Versicherer /Prämienzahler werden, weshalb wir Stellung nehmen zur Vernehmlassung der parlamentarischen Initiative.

Das Gesundheitssystem ist auf den Weg zur Endsolidarisierung und Diskriminierung. *Alle stationären und ambulanten Leistungen werden von den Krankenversicherungen finanziert*, klingt im ersten Moment sehr gut.

Wir fragen uns aber werden somit die Prämien nicht drastisch in die Höhe steigen.

Allgemein ist uns bei der Durchsicht der Vernehmlassung aufgefallen, dass die ambulante Pflege zu wenig gewichtet ist. Zu viele Details sind nicht erwähnt.

Die Pflege zu Hause/ ambulant beinhaltet nicht nur die Langzeitpflege.

Ferner werden zu Hause akut und chronisch kranke Menschen, aller Altersgruppen mit ihren (psychiatrische + somatische) Krankheiten gepflegt.

In der häuslichen Pflege werden die Leistungen in drei Stufen eingeteilt. Es wäre einfacher einen Einheitstarif pro Stunde zu verwenden. Hier dürfte nicht unterschieden werden zwischen psychiatrischer- und somatischer Pflege.

Zudem sind wir dafür, dass die Pflege nach der Bedarfsabklärung für die notwendigen Stunden auch honoriert wird.

Irreführend ist, „dass die Kosten im Ambulanten/Spitexbereich von den Versicherungen übernommen werden“. In diesem Bereich wird nur ein ganz kleiner Anteil (der Istzustand zeigt auf, dass im somatischen Bereich zwischen 20 und 30 Stunden/Monat und im psychiatrischen Bereich 8 maximal 12 Stunden/Monat übernommen werden). Jeder Mehraufwand bedarf einen erhöhten administrativen Aufwand und führt erfahrungsgemäss zur Ablehnung der Kostenübernahme von Seiten der Versicherer.

Langzeitpflege

Wo und wie wird diese finanziert?

Was beinhaltet Langzeitpflege? Ist Langzeitpflege nur die Altenpflege? genaue Definition fehlt.

Langzeitpflege auszuklammern aus dem ganzen Gesundheitssystem bedeutet Endsolidarisierung und Diskriminierung.

Chronische Erkrankungen

Chronisch Erkrankte gehören nicht in die Langzeitpflege.

Sie müssen sowohl als auch Ambulant/zu Hause als auch stationär behandelt werden können.

Sie können in ihrer Erkrankung wiederholend akute Phasen erleiden.

Fazit

Uns ist aufgefallen, dass in der Vernehmlassung der parlamentarische Initiative das dipl. Pflegepersonal HF/FH mit dem übrigen Pflegepersonal gleichgestellt wird. Somit ist nicht erkennbar wer dipl. Pflegefachfrauen/Männer HF/FH, FaGe/FaBe, die Pflege ausrichtet und die gesetzliche Grundlage (KVG) erfüllt.

*Allgemein ist zu erklären, warum der Bund die Gesamtzahl des Pflegepersonals dipl. Pflegefachfrauen/Männer HF/FH mit den FaGe/FaBe an den OSZE weitergeleitet hat.*

Jenes hatte zur Folge, dass wir in der europäischen Statistik zu hoch bewertet (Pflegepersonal/ Einwohner) wurden. Dies führte in der Praxis bereits zu drastischen Massnahmen; der Stellenschlüssel dipl. Pflegefachfrauen/Männer HF/FH wurde stark reduziert.

Um die Kostenverlagerung, die wir seit den Siebzigern beobachten/erfahren, stellt sich für uns die Frage: „Braucht es somit ein anderes Finanzierungsmodell im Gesundheitssystem, als in der Vernehmlassung der parlamentarische Initiative vorgestellt wird?“

---

**Von:** Bruno Facci <facci.bruno@bluewin.ch>

**Gesendet:** Donnerstag, 13. September 2018 08:09

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

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

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit uns zu obenerwähntem Geschäft vernehmen zu lassen.

Die VASK Schweiz hat sich mit der oben erwähnten Vernehmlassung nur rudimentär befassen können, weil sie nicht über das nötige Hintergrundwissen verfügt zu einer vertieften Auseinandersetzung. Wir können uns deshalb nur zu grundlegenden Fragen dieser Gesetzesänderung äussern. Es handelt sich um Problembereiche, die der dringenden Verbesserung und Weiterentwicklung bedürfen. Nur damit wird es möglich sein, die zukünftige psychiatrische Versorgung im Sinne der Bedürfnisse von Angehörigen und Betroffenen zu sichern.

1. Aus unserer Sicht ist das KVG gescheitert. Das zeigt sich insbesondere am Fallpauschalensystem. Mit dieser Meinung sind wir nicht allein. Hier ein paar prominente Vertreterinnen und Vertreter dieser Ansicht. Die entsprechenden Berichte wurden wo nichts anderes erwähnt auf [www.medinside.ch](http://www.medinside.ch) veröffentlicht:
  - a. Im Mai 2015 berichtet die Schweiz am Wochenende: Das Bundesamt für Gesundheit ist alarmiert. Fallpauschalen bremsen die Kosten nicht. Die Spitäler behalten die Patienten weniger lange, dafür behandeln sie mehr Patienten.
  - b. September 2017: Peter Fischer plädiert für eine vorurteilsfreie Diskussion über die Fehlanreize der DRG.
  - c. Oktober 2017: Das Obsan-Bulletin 3/17 schreibt: Ob mit der Revision das Kostenwachstum mittel-langfristige gebremst werden kann, lässt sich auf der Grundlage der vorliegenden Daten noch nicht sagen.
  - d. 15. August 2018: Die Chefin des bernischen Spitalamtes sagt es deutlich: „Weiter herumdoktern bringt nichts“ und plädiert für einen tiefgreifenden Systemwechsel.
  - e. 20. August 2018: „GesundheitsökonomInnen wollen neue Versorgungsmodelle“. Die fallfinanzierte Finanzierung im Gesundheitswesen sei gescheitert.
2. Daraus ergibt sich für uns zwingend, dass eine weitere Reform des KVG, das auf einem fallfinanzierten System basiert, niemals zielführend sein kann. Es ist deshalb für uns unverständlich, dass die Schlussberichte des Obsan sowie des Evaluationsmandats im Themenbereich „Kosten und Überprüfungsergebnisse“ nicht abgewartet werden und gestützt darauf die daraus nötigen Schlüsse zu ziehen. Sollte sich nämlich herausstellen, dass sich mit Fallpauschalen das Kostenwachstum nicht bremsen lässt, müsste diese Form der Finanzierung auch politisch in Frage gestellt und nach neuen Lösungen gesucht werden.
3. Statt jetzt eine Finanzierungsreform durchzuwängen, drängt sich für uns eine Tarifreform auf. Dies nicht zuletzt, weil mit EFAS keines der gravierenden Finanzierungsprobleme der Psychiatrie gelöst wird. So hat der Schlussbericht des Büro BASS „Erfolgskriterien mobiler Dienste in der Psychiatrie“ eindrücklich dargelegt, dass mobile Dienste folgende Auswirkungen mit sich bringen
  - a. Durch Verkürzung oder Vermeidung stationärer Aufenthalte ergibt sich auch eine positive finanzielle Bilanz

- b. Behandlungserfolge und Stabilität
- c. Erhöhte Lebensqualität

Diesen positiven Ergebnissen steht jedoch die erschütternde Tatsache gegenüber, dass all diese ambulanten Angebote unterfinanziert sind. Im BASS-Bericht ist dies an über zwanzig Stellen festgehalten. Für uns ist nicht nachvollziehbar, dass allerorten „ambulant vor stationär“ propagiert wird, die Behebung der Probleme rund um die Finanzierung eben dieser ambulanten Dienste jedoch sträflich vernachlässigt wird. Und dies alles zu Lasten von Patienten und ihren Angehörigen.

- 4. Wir halten es mit dem Generalsekretär der Gesundheitsdirektorenkonferenz Michael Jordi, der im Journal von SRF1 vom 18. Juni 2018 sagte, dass nach Einführung von EFAS die Prämien steigen werden und dass die Befürchtung bestehe, dass die exklusiven Spitäler ihr Angebot ausbauen, dass neue Investitionen getätigt werden im Hinblick auf einen potentiellen Markt. Daraus ergäben sich ein grösseres Angebot, mehr Behandlungen, mehr Kosten und höhere Prämien.

Im selben oben erwähnten Beitrag legte die Journalistin dar, dass mit Einführung von EFAS die Prämien für Zusatzversicherte sinken und dadurch entlastet, hingegen bei der Grundversicherung die Prämien und die Grundversicherten zusätzlich belastet würden. Eine solche Neuverteilung der Kosten zu Lasten der Grundversicherung lehnen wir entschieden ab.

Die Mitglieder der VASK und deren betroffenen Familienmitglieder sind mit den Gesetzen, Verordnungen, Erlassen und Vorschriften über die Finanzierung der für sie nötigen Leistungen kaum oder gar nicht vertraut. Aber sie erleben tagtäglich die negativen Auswirkungen derselben. Es ist an der Zeit, dass sich Verwaltung und Politik unserer drängenden Anliegen annehmen und die dringend nötigen Klärungen bezüglich Finanzierung der ambulanten Leistungen mit höchster Priorität behandelt werden. EFAS kann warten, zumal wie oben erwähnt, die Fallpauschalen die in sie gesetzten Erwartungen in keiner Weise erfüllt haben und es kaum noch werden. Zudem gilt es, die negativen Folgen von EFAS (Leistungsausbau, Kostensteigerung, Prämienhöhung und Lastenverschiebung von Zusatzversicherten zu Grundversicherte) zu verhindern.

Wir bitten Sie, diese unsere Anliegen wohlwollend zu prüfen und in die weitere Bearbeitung einfließen zu lassen. Dafür danken wir Ihnen im Voraus bestens.

Freundliche Grüsse  
**VASK Schweiz**  
Bruno Facci, Präsident  
Langstrasse 149  
8004 Zürich  
Telefon: 044 240 12 00  
Email: [info@vask.ch](mailto:info@vask.ch)  
[www.vask.ch](http://www.vask.ch)

**Privat:**  
Geren 282  
9608 Ganterschwil  
[facci.bruno@bluewin.ch](mailto:facci.bruno@bluewin.ch)  
Fon 071 983 11 49  
Mobile 078 793 40 20