



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit

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

Bericht über die Ergebnisse der Vernehmlassung

Bern, 25.01.2019

Inhaltsverzeichnis

1	Ausgangslage	3
2	Stellungnahmen	4
3	Übersicht	5
4	Zusammenfassung der Stellungnahmen	7
4.1	Stellungnahmen zur Vorlage im Allgemeinen	7
4.1.1	Kantone	7
4.1.2	In der Bundesversammlung vertretene politische Parteien	14
4.1.3	Gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft	15
4.1.4	Konsumentenverbände	16
4.1.5	Leistungserbringer	17
4.1.6	Kantonale Ärztesellschaften	23
4.1.7	Versicherer	24
4.1.8	PatientenInnen, BenutzerInnen	26
4.1.9	Andere	27
4.2	Stellungnahmen zu Artikel 16 Absatz 3^{bis}	29
4.3	Stellungnahmen zu Artikel 18	29
4.4	Stellungnahmen zu Artikel 25a Absatz 2 erster Satz	31
4.5	Stellungnahmen zu Artikel 41	31
4.6	Stellungnahmen zu Artikel 42	33
4.7	Stellungnahmen zu Artikel 49a	34
4.8	Stellungnahmen zu Artikel 51 Absatz 1, zweiter Satz	35
4.9	Stellungnahmen zu Artikel 60	35
4.10	Stellungnahmen zu Artikel 60a	38
4.11	Stellungnahmen zu Artikel 79a	39
4.12	Stellungnahmen zu Artikel II	39
4.13	Andere Vorschläge	40
5	Anhang: Liste der Vernehmlassungsteilnehmer	41

1 Ausgangslage

Am 11. Dezember 2009 hat Nationalrätin Ruth Humbel (CVP, AG) die parlamentarische Initiative 09.528 N eingereicht, deren Ziel es ist, mittels einer Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) ein monistisches Finanzierungsmodell einzuführen. Ihrer Meinung zufolge sind bestimmte Fehlanreize im Gesundheitswesen eindeutig auf die unterschiedliche Finanzierung des ambulanten und des stationären Bereichs zurückzuführen. Das monistische System soll so gestaltet werden, dass die Kantone ihre Mittel gezielt und kontrolliert einsetzen und ihren Einfluss und die Kontrolle über die öffentlichen Gelder behalten.

Die geltende Gesetzgebung ist durch Finanzierungsunterschiede gekennzeichnet, die davon abhängen, ob die Leistungen stationär oder ambulant erbracht werden. Die ambulanten Leistungen werden von den Versicherern vollständig über die Prämien finanziert. Die Spitalleistungen werden zu mindestens 55% von den Kantonen und zu höchstens 45% von den Versicherern bestritten. Dieser Unterschied führt zu verschiedenen Fehlanreizen, die einer qualitativ guten und kostengünstigen Behandlung widersprechen. Dies zeigt sich besonders bei den Tarifen, die der Verlagerung der Behandlungen vom stationären in den ambulanten Bereich entgegenstehen. Dieser Unterschied veranlasst die Versicherer, die Leistungen nur dann vom stationären in den ambulanten Bereich zu verlagern, wenn die ambulanten Leistungen mindestens 55% günstiger als die stationären Leistungen ausfallen, wodurch es zu von den Leistungserbringern verursachten Verzerrungen bei der Wahl der Therapieform kommt.

Die vorliegende Initiative ist nicht der erste Versuch, eine einheitliche Finanzierung des ambulanten und stationären Bereichs einzuführen. Unter anderem wollte das Parlament mit der 2. KVG-Revision den Bundesrat beauftragen, eine einheitliche Finanzierung auszuarbeiten, sie wurde aber im Nationalrat 2003 abgelehnt. Bei der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung wollte der Bundesrat 2004 auf einen sofortigen Übergang zur einheitlichen Finanzierung verzichten, die SGK-S erarbeitete darauf 2005 ein Modell mit monistischer Finanzierung. Angesichts des massiven Widerstands der Kantone gab die SGK-S dieses Modell jedoch auf.

Der Vorentwurf zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG), der von der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-N) ausgearbeitet wurde, verfolgt drei Ziele, namentlich den Ansporn zur Leistungsverlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich, die Konsolidierung der jeweiligen von der OKP finanzierten Leistungsanteile durch Steuereinnahmen und durch Prämien sowie die Förderung einer adäquaten Tarifierung für die im ambulanten und stationären Bereich erbrachten Leistungen. Hierbei müssen die Versicherer alle ambulanten und stationären Behandlungen erstatten. Die Kantonsbeteiligung an den durch die Versicherer aufzubringenden Kosten beträgt mindestens 25,5%, nach Abzug von Franchisen und Selbstbehaltsanteilen, welche von den Versicherten getragen werden. Dieser Prozentsatz, der für die Jahre 2012 bis 2015 einem Jahresdurchschnitt von 7,5 Mrd. Franken entsprechen hätte, wird derart bestimmt, dass der Übergang zu einer einheitlichen Finanzierung ohne Folgen für das Budget von Kantonen und Versicherern bleibt.

Eine Minderheit schlägt vor, nicht auf den Vorentwurf einzutreten, da dieser neue Fehlanreize setzen und die Kantone dazu verpflichten könne, die ambulanten Leistungen mitzufinanzieren, ohne aber den ambulanten Bereich steuern und die Rechnungen kontrollieren zu können. Eine weitere Minderheit lehnt es ab, den Versicherern die Kantonsgelder nach dem Prinzip der verursachten Kosten zuzuteilen, es solle vielmehr ein Pauschalbetrag pro versicherte Person erstattet werden (Risikokompensation).

Die Vernehmlassung wurde vom 15. Mai 2018 bis 15. September 2018 bei den Kantonen, den politischen Parteien, den gesamtschweizerischen Dachverbänden der Gemeinden, Städte und Berggebiete, den gesamtschweizerischen Dachverbänden der Wirtschaft, der Konsumenten, der Leistungserbringer, der Versicherer und anderer interessierter Kreise durchgeführt.

2 Stellungnahmen

Insgesamt wurden 122 Adressaten angeschrieben. Die Vernehmlassungsunterlagen wurden auch im Internet auf der Webseite des Bundes¹ veröffentlicht. Im Rahmen der Vernehmlassung sind 111 Stellungnahmen von folgenden Organisationen eingegangen:

- allen Kantonen sowie der GDK und der CLASS;
- 7 in der Bundesversammlung vertretenen politischen Parteien (BDP, CVP, FDP, FDP VD, GLP SPS, SVP);
- 4 gesamtschweizerischen Dachverbänden der Wirtschaft (economiesuisse, sgV, SGB, VPOD), 1 regionalen Dachverband der Wirtschaft (CP);
- 3 Konsumentenverbänden (FRC, SKS und ACSI) und das Konsumentenforum (kf);
- 37 betroffenen Leistungserbringerverbänden (Argomed, CURAVIVA, FMCH, FMH, FSP, H+, Interpharma, K3, Kantonspital BL, Medswiss.net, mfe, pharmaSuisse, Physioswiss, physioswiss RVBB, PKS, sa'ges, SBAP, SBK, SCG, scienceindustries, Senesuisse, SGAIM, SGDv, SGP, SGS, SHV, SNL, Spitex, SVBG, Swiss Orthopedics, SW!SS REHA, unimedsuisse, USB, vips, VLSS, VNS und VSAO);
- der KKA und 6 kantonalen Ärztesgesellschaften (AGBE, GAeSO, OMCT, SMCF, SMVS, SVM);
- 3 Versichererverbänden (santésuisse, curafutura, SVV), 6 Versicherer (Assura, CSS Assurance, Groupe mutuel, Helsana, SWICA, Visana), CSS Institut, SGV, MTK;
- 7 Patientenorganisationen (AGILE.CH, DVSP, Forum Gesundheit Schweiz, IGPZ, SPO, VAPP, VASK);
- des BFG, der GRAAP, der GELIKO und von PH CH.

¹ <http://www.admin.ch/ch/d/gg/pc/pendent.html#PK>

3 Übersicht

Die Vernehmlassung hat gezeigt, dass viele Teilnehmende eine einheitliche Finanzierung zwar im Grundsatz begrüßen, jedoch teilweise auch eine Reihe von Rahmenbedingungen nennen, welche dafür aus ihrer Sicht erfüllt sein müssen. Die aktuelle Vorlage wird allerdings auch von vielen Teilnehmenden aus unterschiedlichen Gründen als ungenügend bezeichnet und abgelehnt.

Die Parteien BDP, CVP, FDP, GLP und SVP sowie *economiesuisse* und der Konsumentenverband KF stehen klar hinter der Vorlage, ebenso wie viele Leistungserbringer (Argomed, FMH, FMCH, interPharma, H+, KSBL, PharmaSuisse, scienceindustries, SGAIM, SGD, SGS, swiss orthopedics, USB, vips, VLSS und VNS sowie mit Einschränkungen Curaviva und Spitex Schweiz) und praktisch alle Versicherer (mit Ausnahme namentlich von Assura) sowie zwei Patientenverbände (SPO, FGS).

Die Mehrheit der Mitglieder des *sgv* und das BFG äussern sich im Grundsatz zustimmend, aber skeptisch gegenüber zusätzlichen Steuerungsmöglichkeiten der Kantone. Weitere Leistungserbringer (FSP, mfe, medswiss.net, SGP, SNL und unimeduisse), zwei Ärztesellschaften (AGBE, GAeSO) sowie zwei Kantone (GL, mit Einschränkungen TG), die Geliko und die IGPZ äussern sich im Grundsatz positiv.

Fast alle Kantone (mit Ausnahme von GL und eingeschränkt TG) verlangen eine vollständige Überarbeitung der Vorlage. Die SP sowie die Gewerkschaften SGB und VPOD und der Leistungserbringer K3 sowie auch Assura lehnen die aktuelle Vorlage ab.

Das CP und PKS lehnen die aktuelle Vorlage ebenfalls ab, weil sie zu viele Eingriffe der Kantone mit sich bringe, einige Ärztesellschaften (KKA, OMCT, SVM, SMVS) verlangen ebenfalls eine grundlegende Überarbeitung oder lehnen sie ab.

Drei Konsumentenverbände (ACSI, FRC und SKS) und vier Patientenverbände (AGILE.CH, DVSP, VAPP, VASK) äussern sich skeptisch bis zumeist ablehnend, ebenso wie verschiedene Leistungserbringer (Physioswiss, Physioswiss RVBB, SBK, SVBG, SHV, SBAP, VSAO) und die GRAAP und PH CH.

Die befürwortenden Gruppen versprechen sich von der Vorlage unter anderem bessere Voraussetzungen, um eine sachgerechte Tarifierung im ambulanten Bereich zu erreichen, eine dadurch beschleunigte und sozialverträgliche Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich mit kostensenkender Wirkung sowie einen Schub für die koordinierte Versorgung. Kosteneinsparungen im stationären Bereich kämen neu vollumfänglich den Prämien zugute, was die Attraktivität solcher Modelle steigern würde.

Die meisten Kantone und weitere skeptische bis ablehnende Teilnehmende sind der Ansicht, dass eine einheitliche Finanzierung als Einzelmassnahme keinen massgeblichen Effekt auf die Kosteneindämmung hat und Fehlanreize primär in der Tarifierung zu suchen seien. Die Verlagerung stationär – ambulant könne schneller mit Operationslisten erreicht werden. Die Stärkung der Rolle der Versicherer schwäche dagegen die Möglichkeiten der Kantone zur Kostensteuerung, etwa über die Relativierung der Spitalplanung. Einige ablehnende Teilnehmende kritisieren auch die Schwächung der demokratischen Kontrolle.

Fast alle Kantone sowie die meisten skeptischen bis ablehnenden Teilnehmenden bezeichnen es als zwingend, dass zu einer Mitfinanzierung von ambulanten Leistungen auch entsprechende Steuerungsmöglichkeiten für das ambulante Angebot gegeben sind.

Verschiedene Leistungserbringer (Curaviva, Interpharma, K3, Mfe, SGAIM, Spitex Schweiz, SNL, USB, vips, VLSS) sowie Parteien (CVP, FDP, SVP) unterstützen eine Steuerung der Zulassung, machen diese aber teilweise von einer einheitlichen Finanzierung und einer schlanken Ausgestaltung abhängig.

Andere Leistungserbringer (FMH, FMCH, PKS, SGD, SGS, SWISS REHA) sind hingegen skeptisch bis ablehnend gegenüber zusätzlichen Steuerungsmöglichkeiten.

CP, *Economiesuisse* und *sgv* wiederum lehnen zusätzliche Steuerungselemente ab, befürworten aber eine Lockerung des Vertragszwangs.

Die Mehrheit der Kantone, der VSAO sowie der DVSP fordern, dass im stationären Bereich die Rechnungen wie bis anhin abgewickelt werden und dass im ambulanten Bereich eine Kontrollmöglichkeit für die Rechnungen besteht, etwa mit einem gemeinsamen Organ.

Verschiedene Leistungserbringer (FMH, H+, mfe, medswiss.net, PharmaSuisse, SGD, USB) und die CVP begrüssen hingegen, dass die Rechnungen über die Versicherer abgewickelt werden. Auch die Versicherer, welche sich dazu äussern (Curafutura, Assura, CSS, SWICA, Visana), lehnen eine dual-fixe Finanzierung ab. Einzelne Versicherer (Groupe Mutuel, SWICA) zeigen sich allerdings offen für Kontrollmöglichkeiten der Kantone, etwa über Stichproben.

Während einige Versicherer (Curafutura, Helsana, kpt, sanitas, Visana, SWICA) wie die Kommissionsminderheit eine Verteilung der Kantonsbeiträge via Risikoausgleich wünschen, bevorzugen andere (Mehrheit der Mitglieder von santésuisse, u.a. Assura, Groupe Mutuel) wie die Kommissionsmehrheit eine Verteilung basierend auf den entstandenen Kosten.

Eine Mehrheit der Versicherer spricht sich dafür aus, dass die gemeinsame Einrichtung der Versicherer für die Verteilung der Kantonsbeiträge zuständig sein soll. Einzelne Versicherer (Assura, Groupe Mutuel) möchten direkt mit den Kantonen abrechnen. Dies erleichtere auch die Prüfung des Wohnsitzes durch den Kanton.

Der sgV, sowie verschiedene Versicherer (Santésuisse, Assura, Groupe Mutuel, SGV) sprechen sich für eine Bemessung des Kantonsbeitrags statt an den Brutto- statt Nettokosten aus, so wie heute im spitalstationären Bereich, um eine Benachteiligung höherer Franchisen zu vermeiden. Curafutura, CSS, SWICA und Visana bevorzugen die Nettokosten, wie von der SGK-N vorgesehen.

Der erwartete leichte Anstieg der Kostenbeteiligung wird von verschiedener Seite (SP, SKS, FMCH, mfe, SBAP, SBK, SGS, SVBG, SHV, SNL, DVSP, Geliko) kritisch gesehen. Die Kostenbeteiligung soll laut verschiedenen Versicherern (Santésuisse, Assura, Groupe Mutuel, SGV), Leistungserbringern (FMCH, SGS), Ärztesgesellschaften (KKA, SMCF) und Geliko deshalb wie heute nur auf dem prämienfinanzierten Anteil erhoben werden.

Fast alle Kantone und verschiedene Leistungserbringer (Mfe, SBAP, SBK, SHV, SVBG, SWISS REHA und SNL) sowie Patientenorganisationen (DVSP, AGILE, VAPP) und die GRAAP verlangen einen Einbezug der Langzeitpflege in eine einheitliche Finanzierung. Einige Kantone (BL, GL, TG) sind offen für einen späteren Einbezug, der aber schon mit dieser Vorlage verbindlich vorgespurt werden müsste. Verschiedene Leistungserbringer (Curaviva, H+, Spitex, USB) finden einen Einbezug zu einem späteren Zeitpunkt nach Klärung offener Fragen sinnvoller. Das KF, Santésuisse, Assura, die MTK sowie das BFG sind explizit mit der Ausklammerung der Langzeitpflege einverstanden.

Eine grosse Mehrheit der Kantone sowie die SP, Curaviva und senesuisse fordern, dass eine paritätisch besetzte nationale Organisation für ambulante Tarife ähnlich der SwissDRG AG geschaffen wird.

Die Mehrheit der Kantone verlangt einen kostenneutralen Übergang für jeden einzelnen Kanton. Verschiedene Teilnehmende halten unter anderem wegen der finanziellen Mehr- und Minderbelastung der einzelnen Kantone Übergangsfristen wie bei der KVG-Revision Spitalfinanzierung für notwendig.

Die Hälfte der Kantone verlangt explizit, dass Fehlanreize durch die Verknüpfung von Grund- und Zusatzversicherung konsequent eliminiert werden. Auch die GLP, die Geliko, die GRAAP und PH CH formulieren Anliegen in diesem Bereich.

Die Erhöhung des Finanzierungsanteils der OKP für Vertragsspitäler wird von einer Mehrheit der Kantone, der SP, verschiedenen Leistungserbringern (K3, KSBL, mfe, SBAP, SBK, SGAIM, SHV, Spitex Schweiz, SVBG, SNL, SWISS REHA, unimedsuisse, USB, GAESO) und weiteren Organisationen (DVSP, AGILE, IGPZ, GRAAP) abgelehnt, einige Kantone und K3 fordern die Abschaffung dieses Instituts. CP und sgV fordern dagegen dass Zusatzversicherte nicht benachteiligt werden, auch die GLP sowie FMCH, PKS, PharmaSuisse und SGS sind mit dem Vorschlag der SGK-N einverstanden.

ACSI, FRC und SVM halten eine einheitliche Finanzierung lediglich der spitalambulanten und stationären Leistungen für zielführender.

4 Zusammenfassung der Stellungnahmen

4.1 Stellungnahmen zur Vorlage im Allgemeinen

4.1.1 Kantone

Generelle Beurteilung

Die GDK verlangt eine vollständige Überarbeitung der aktuellen Vorlage. Sie definiert verschiedene Anforderungen an ein Modell einer einheitlichen Finanzierung des gesamten medizinischen und pflegerisch/therapeutischen Leistungsbereichs. Auch die CLASS beurteilt die Vorlage als unausgereift und weder adäquat noch ausreichend zur Erreichung der angestrebten Ziele. Sie würde schwere, nicht vorhergesehene Nebenwirkungen mit sich bringen und sei in der jetzigen Ausgestaltung nicht akzeptabel.

Die Kantone AI, AG, GL, SG unterstützen ausdrücklich die von der SGK-N formulierten Ziele. Der Kanton TI bezeichnet eine Reform der Finanzierung als grundsätzlich wünschenswert, weil die heutige Form der Finanzierung zu Fehlanreizen führe.

Allerdings ist die Vorlage laut den Kantonen AI, AG, NE, SG, TI, VS kein taugliches Instrument, um die Ziele, insbesondere das Ziel der Kostendämpfung, zu erreichen. Die Kantone AI, AG, NE, NW, OW, SG, UR, TI, VD, VS, ZG lehnen die Vernehmlassungsvorlage daher ab.

Die Kantone AG, BE, BS, GR, OW, SH, SZ, ZH beziehen sich ausdrücklich auf die Stellungnahme der GDK, unterstützen diese und verlangen damit eine vollständige Überarbeitung. Die Kantone LU, GR, UR, TI, VD, VS verlangen ebenfalls eine vollständige Überarbeitung der Vorlage im Sinne der Forderungen der GDK.

Die Kantone SO und ZH beantragen Nichteintreten. Die Kantone GE, JU verlangen einen vollständigen Verzicht auf die Vorlage.

Der Kanton VD kündigt für den Fall, dass den Forderungen der Kantone im Rahmen einer neuen Vorlage nicht Rechnung getragen werde, seine Bereitschaft zu einer Initiative oder einem Referendum an.

Der Kanton GL unterstützt die Einführung einer einheitlichen Finanzierung, da sie zu mehr Effizienz und Qualität führe und Fehlanreize an der Schnittstelle stationär-ambulant, welche zu Fehl- und Überversorgung führten, vermeide. Eine einheitliche Finanzierung mache die Verlagerung in den ambulanten Bereich sozialverträglich und steigere die Attraktivität der integrierten Versorgung.

Der Kanton TG unterstützt die einheitliche Finanzierung ebenfalls, erachtet aber eine gründliche Überarbeitung der aktuellen Vorlage als angezeigt.

Der Kanton NE weist darauf hin, dass die Vorlage eine monistische Finanzierung vorsehe, deren wahres Ziel darin bestehe, alle oder fast alle Kompetenzen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung den Versicherern zu überantworten.

Hauptproblem Kostenentwicklung statt Finanzierung

Das Hauptproblem in Bezug auf die Gesundheitskosten in der Schweiz ist aus Sicht der GDK und der Kantone AG, BE, BL, BS, LU, NW, SO, UR, VD und ZH nicht deren Zusammensetzung und Verteilung auf die einzelnen Finanzierungsquellen, auch wenn der Finanzierungsanteil der Kantone seit 1996 kontinuierlich steige, sondern vielmehr die Entwicklung der Gesamtsystemkosten über die Jahre.

Das Hauptziel müsse deshalb sein, das Kostenwachstum zu bremsen bzw. längerfristig die Kosten des Systems gesamthaft zu senken. Dazu müssten notwendige Leistungen effizienter erbracht und auf Unnötiges verzichtet werden. Die Belastung einzelner Kostenträger sei eine

verteilungs- bzw. sozialpolitische Frage und bedürfe einer anderen Diskussion. Vor diesem Hintergrund sei die Vorlage der SGK-N als ungenügend zu bezeichnen, denn sie reduziere die Komplexität der Einflussfaktoren der Kostenentwicklung auf einen einzigen, nämlich auf die Ausgestaltung der Finanzierung.

Einheitliche Finanzierung als Einzelmassnahme hat keinen massgeblichen Effekt auf Kosteneindämmung

Die GDK und die Kantone AG, AI, BE, BL, GE, FR, JU, NE, NW, SO, SG, SZ, TG, TI, UR, VD, ZG und ZH führen an, dass eine einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen mit dem Versicherer als Monist als Einzelmassnahme keinen massgeblichen Beitrag zur Eindämmung der Systemkosten leiste. Zwei grosse Kostentreiber im schweizerischen Gesundheitswesen, die Fehlanreize im Zusammenhang mit den Tarifen und dem Versicherungsstatus der Patienten, würden durch die vorgeschlagene Reform nicht angetastet.

Anreize in den Bereichen Tarife und Versicherungsstatus müssten laut der GDK und den Kantonen AG, BE, FR, LU, NW, SG, TG, TI, UR, VD, ZG und ZH dort gesetzt werden, wo der Behandlungsentscheid getroffen werde, also primär beim Leistungserbringer. Für diesen sei unerheblich, ob er aus einer oder aus zwei Händen entschädigt werde. Eine reine Umleitung der Finanzflüsse von den Kantonen zu den Versicherern setze keinen neuen Anreiz beim Leistungserbringer und bewirke folglich keine Kostendämpfung.

Vertragsspitäler

Die Vorlage würde laut GDK, CLASS und den Kantonen AG, BE, BL, GE, FR, LU, NW, SG, SZ, TG, TI, UR, VS und VD eine Besserstellung der Vertragsspitäler bedeuten, da die durch sie erbrachten Leistungen neu zu 74,5% statt zu 45% durch die OKP mitfinanziert würden. Es sei anzunehmen, dass durch die damit gesteigerte Attraktivität der Vertragsspitäler Mengen- und Kapazitätsausweitungen entstehen. Die Wirksamkeit der kantonalen Spitalplanungen würde durch die Stärkung der Vertragsspitäler unterlaufen, die Steuerungsinstrumente im stationären Bereich also geschwächt. Dies führe zu Mehrkosten und Prämien erhöhungen. Die Vorlage gehe in leichtfertiger Weise nicht auf diese Auswirkungen ein.

Laut dem Kanton SG verunmöglicht die Besserstellung der Vertragsspitäler die zwingend zu gewährleistende kostenneutrale Überführung. Der Kanton GE bedauert, dass der erläuternde Bericht keine Begründung für die vorgesehene Besserstellung der Vertragsspitäler enthalte.

Konsequent wäre es laut der GDK und den Kantonen TG, VD und ZH, unter diesen Umständen das Institut der Vertragsspitäler abzuschaffen. Finde sich dafür keine Mehrheit, so müsste laut den Kantonen TG und ZH in Erhaltung des Status quo zumindest der Beitrag der Versicherer im Rahmen der einheitlichen Finanzierung auf 45% des Betrages, der einem Listenspital zusteht, festgelegt werden.

Verlagerung stationär-ambulant

Laut GDK und den Kantonen AG, AI, BE, FR, NW, SG, UR, ZG, ZH ist die einheitliche Finanzierung zur Förderung der Verlagerung stationär-ambulant nicht unverzichtbar, wie die Resultate von ambulanten Listen beispielsweise im Kanton LU zeigten, wo die Gesamtkosten verringert wurden, ohne dass für die Versicherer Mehrkosten entstanden seien. Allfällige Schwierigkeiten der Leistungserbringer mit tiefen Tarifen im ambulanten Bereich sollten durch eine Weiterentwicklung der Tarife aufgefangen werden.

Auch die CLASS sowie die Kantone GE, JU und NE weisen darauf hin, dass das Haupthindernis für die Verlagerung in den ambulanten Bereich die unterschiedlichen Vergütungen im stationären und ambulanten Bereich seien sowie die Möglichkeit für die Leistungserbringer, bei Zusatzversicherten zusätzliche Beträge in Rechnung zu stellen. Von einer einheitlichen Finanzierung seien die Leistungserbringer hingegen nicht direkt betroffen, weswegen die Verlagerung damit nicht direkt gefördert werde.

Der Kanton TG bezeichnet ambulante Listen als zusätzliche Massnahme zur Förderung der Verlagerung als Ergänzung zur einheitlichen Finanzierung. Letztere würde dafür sorgen, dass sich die finanziellen Auswirkungen durch die Verlagerung nicht mehr zwischen Kantonen und Versicherern unterscheiden. Die ambulanten Listen hätten bis anhin nicht zu Mehrkosten für die Versicherer geführt.

Kostenneutralität für die Kantone

Die GDK und die Kantone AG, BE, LU, NW, TI und UR halten fest, dass die vorgeschlagene Revision für die Kantone auch bei über alle Kantone hinweg kostenneutraler Einführung mittelfristig eine erhebliche finanzielle Mehrbelastung bedeuten würde. Damit werde die bestehende Tendenz verschärft, zumal der Beitrag der Kantone an die Finanzierung des Gesundheitswesens (bestehend mehrheitlich aus Beiträgen an die medizinische Versorgung, Pflege, Prävention und die individuelle Prämienverbilligung) bereits in letzten 20 Jahren stark angestiegen sei.

Der Kanton LU ergänzt, dass sich die Mehrausgaben der Kantone nicht mit einer Steuererhöhung finanzieren liessen. Die Mehrkosten führten unweigerlich zu Sparmassnahmen im Gesundheitsbereich oder zu Sparmassnahmen in andern staatlichen Ausgabenbereichen. Der Kanton TG schlägt vor, den kantonalen Finanzierungsanteil mittels eines Korrekturfaktors von beispielsweise 0.995 mit jedem Jahr etwas sinken zu lassen, weil die ambulanten Kosten stärker steigen als die stationären, um so die Kantone vor unverhältnismässigen Mehrkosten zu schützen.

Die GDK sowie die Kantone AG, BE, NE, NW, TI, TG, UR, VS, VD und ZH weisen darauf hin, dass die teilweise von bedeutenden Mehrkosten betroffenen Kantone – gerade jene, die sich schon heute besonders stark für die Vermeidung unnötiger stationärer Spitalaufenthalte einsetzen – diese Zusatzlasten ohne Übergangsfrist leisten müssten. In denjenigen Kantonen, die sich entlasten könnten, wäre umgekehrt ein sprunghafter Anstieg der OKP-Prämien für die Versicherten zu erwarten. Beide Effekte könnten so nicht hingenommen werden.

Die GDK und die Kantone AG, AR, BE, BS, GE, NW, SG, TG, UR und ZH bemängeln, dass die Herleitung der hochgerechneten Kantonsbeiträge für die Jahre 2012 bis 2015 unklar sei. Der kantonale Mitfinanzierungsanteil von 25,5 % sei nicht überprüfbar. Eine nachvollziehbare Berechnung des Gesamtvolumens für den Geltungsbereich der Vorlage, an dem sich die Kantone zu 25,5% beteiligen müssten, fehle gänzlich, eine vertiefte Auseinandersetzung mit den finanziellen Auswirkungen sei somit unmöglich.

Gemäss GDK und den Kantonen AG, BE, BL, GR, NW, LU, TI, UR, VD sei die Anforderung einer im Übergang kostenneutralen Umsetzung im Vorschlag der SGK-N für die Gesamtheit der Kantone zwar vermutlich erfüllt, die Kalkulation müsste aber noch plausibilisiert werden können und der erläuternde Bericht sei diesbezüglich ungenügend. Kostenneutralität bei der Umstellung auf die einheitliche Finanzierung hiesse, dass die Beteiligung der Gesamtheit der Kantone bzw. der Versicherer an der Finanzierung der ambulanten und stationären Leistungen nicht höher ausfallen könne als unter dem aktuellen dual-fixen Regime. Dies, damit die Finanzierer im Zeitpunkt des Inkrafttretens mit dem neuen System nicht schlechter gestellt würden. Der gesetzliche kantonale Mindestanteil müsse auch in Zukunft konstant gehalten werden. Eine allfällige punktuelle Erhöhung des Kantonsbeitrags könne nur auf freiwilligen Beschlüssen der jeweiligen Kantone beruhen.

Die GDK, die CLASS sowie die Kantone AG, AI, BE, BL, GR, LU, NW, TI, UR, VS, VD, ZG, ZH fordern jedoch, dass die Kostenneutralität nicht nur für die Gesamtheit der Kantone, sondern auch für jeden einzelnen Kanton gewährleistet werden müsse.

Ansonsten wären gemäss der GDK, der CLASS und den Kantonen AG, BE, BS, GR, LU, NW, SZ, UR, VD, VS, ZG im Übergang zur einheitlichen Finanzierung gerade jene Kantone stärker belastet, deren Versorgungs- und Patientenstrukturen heute im Sinne einer effizienteren Gesundheitsversorgung überdurchschnittlich stark auf ambulante Behandlungen ausgelegt sind.

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

Die GDK sowie die Kantone AG, BE, LU, NW, UR, ZG bezeichnen es als unabdingbar, dass sämtliche Daten und Methoden, die der Ermittlung des gesetzlichen kantonalen Mindestanteils zugrunde liegen, transparent aufgezeigt würden. Nur so seien die Kantone in der Lage, die Konsequenzen der Umstellung auf eine einheitliche Finanzierung für ihre Haushalte zu prüfen und zu beziffern, und könne das Parlament der Öffentlichkeit gegenüber auch Rechenschaft ablegen, welche Folgen die Vorlage für sie als Steuer- und Prämienzahler haben würde.

Im Weiteren ist gemäss der GDK und den Kantonen AG, BE, LU, NW, UR, VD zu beachten, dass die kostenneutrale Überführung mit der Vorlage der SGK-N lediglich für einen Teilbereich der finanziellen Verantwortung der Kantone, nämlich für die Leistungsfinanzierung gewährleistet sei. Nebst ihrer Rolle als Kostenträger für medizinische Leistungen und Pflege würden die Kantone jährlich auch noch mit mehreren Milliarden Franken zur Finanzierung der Gesamtkosten im Gesundheitswesen beitragen, nämlich im Rahmen der individuellen Prämienverbilgung, der Finanzierung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen der Spitäler und der Prävention, sowie nicht zuletzt als Träger der Verwaltungskosten der kantonalen gesundheitspolitischen und gesundheitspolizeilichen Aufgaben.

Der Kanton VD weist darauf hin, dass die vergangenen Revisionen des KVG bereits eine starke Mehrbelastung der Kantone zugunsten der Zusatzversicherungen (Spitalfinanzierung) und der OKP (Pflegefiananzierung) mit sich gebracht hätten.

Steuerungsmöglichkeiten für das ambulante Angebot

Die GDK und die Kantone AG, BE, FR, LU, NW, SO, TI, UR, VS halten fest, dass der Vorschlag der SGK-N bedeuten würde, dass die Kantone mit den geschätzten 7,7 Mia. CHF rund 10 % ihrer Fiskaleinnahmen an die Krankenversicherer überweisen müssten, ohne dass sie eine Möglichkeit hätten, über die sachgerechte und effiziente Verwendung dieser Mittel zu bestimmen oder diese zu kontrollieren. Mit der Umsetzung des vorliegenden Vorschlags würde somit die fiskalische Äquivalenz verletzt und damit ein Konflikt mit der Bundesverfassung geschaffen.

Die GDK, die CLASS und die Kantone AG, AI, BE, BL, FR, GE, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SZ, TI, UR, VD, VS, ZG und ZH fordern, dass den Kantonen das Instrumentarium in die Hand gegeben würde, um das ambulante Versorgungsangebot (Leistung, Menge und Qualität) gezielt zu beeinflussen. Die Kantone müssten bei einem Überangebot sowohl in Bezug auf die ärztlichen Fachdisziplinen als auch hinsichtlich der regionalen Verteilung intervenieren können. Der Entwurf des Bundesrates zur Teilrevision des KVG vom 9. Mai 2018 sei deshalb für die Neuzulassungen notwendig, aber nicht hinreichend, da er primär nur die Neuzulassungen betreffe. In Bezug auf die bestehende ambulante Versorgung gäbe der Entwurf des Bundesrates zwar die Möglichkeit, Kriterien (Fortbildung, Qualität) für heute zugelassene Ärztinnen und Ärzte festzulegen, bei deren Nichterfüllung ihnen gegebenenfalls die Zulassung entzogen werden könne. Hingegen sei für die Kantone noch keine Möglichkeit vorgesehen, aus Bedarfsgründen eine bestehende Zulassung aufzuheben. Im stationären Bereich würde die bedarfsgerechte Planung und Steuerung bereits heute umgesetzt, was nicht zuletzt auch notwendige Strukturbereinigungen zur Folge habe.

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

Die CLASS sowie die Kantone JU, VS weisen darauf hin, dass die geforderten Steuerungsinstrumente nicht nur für die Ärztinnen und Ärzte, sondern für alle Leistungserbringer einzuführen seien, und fordern, dass die bestehenden Steuerungsmöglichkeiten der Kantone im stationären Bereich nicht geschmälert würden.

Der Kanton FR bezeichnet den Mangel an Steuerungsmöglichkeiten in der Vorlage als umso erstaunlicher, weil sich die Kantone bereits im Jahr 2005 aus dem gleichen Grund gegen die damalige Vorlage ausgesprochen hätten.

Die Kantone AG, BE, GL, NW, UR, ZG fordern darüber hinaus, dass auch den Versicherern wirksame Instrumente zur Verfügung zu stellen seien, um das ambulante Versorgungsangebot (Leistung, Menge und Qualität) gezielt beeinflussen zu können.

Rechnungsabwicklung stationär wie bis anhin

Die GDK, die CLASS und die Kantone AG, AI, BE, LU, NW, OW, SG, SO, TG, UR, ZG, VS, VD und ZH fordern, dass die Rechnungen im stationären Bereich analog zu heute abgewickelt würden, mit entsprechend angepasstem Finanzierungsschlüssel. Die Rechnungstellung im ambulanten Bereich solle aufgrund der für die Kantonsbevölkerung effektiv erbrachten Leistungen erfolgen, wie von der Vorlage in Artikel 60a vorgesehen. Eine Rechnungsstellung nur an einen Akteur führe nur zu marginalen Einsparungen, bei spürbarem Verlust an Information und Kontrollmöglichkeiten für die Kantone. Aufgrund der grossen Zahl an Rechnungen könne es hingegen im ambulanten Bereich sinnvoll sein, eine einzige Rechnungs- und Zahlstelle zu definieren und den Finanzierern die Möglichkeit zur Kontrolle des auf sie entfallenden Rechnungsbetrags einzuräumen.

Die CLASS und die Kantone SG und VS weisen darauf hin, dass für die Kantone insbesondere auch deshalb eine Möglichkeit zur Kontrolle der Rechnungen bestehen müsse, weil die Versicherer nicht überprüften, ob die Leistungsaufträge im Rahmen der Spitalplanung von den stationären Leistungserbringern respektiert würden. Die Spitalplanung würde durch das Fehlen von Informationen erschwert. Das aktuelle System im stationären Bereich mit direkter Rechnungsstellung auch an die Kantone solle deshalb beibehalten werden, es behindere eine einheitliche Finanzierung nicht.

Der Kanton OW sieht zwar Handlungsbedarf bei der fragwürdigen Doppelspurigkeit der Rechnungskontrollen, es sei aber fraglich, ob die Versicherer die für die Kantone wichtigen Aspekte (z.B. Wohnsitz, Zuständigkeit, Spitalplanung, usw.) auch ausreichend kontrollieren würden.

Der Kanton GL spricht sich dafür aus, die bisherige, doppelspurige duale Rechnungsstellung zugunsten der dafür (mehrheitlich) kompetenten Versicherer aufzuheben. Der Kanton GL erhofft sich eine administrative Entlastung im Umfang von rund 80'000-100'000 Franken pro Jahr. Der Kanton GL stellt den Antrag, die Versicherer mit einer Ergänzung des KVG zu verpflichten, den zivilrechtlichen Wohnsitz des Patienten zum Zeitpunkt der Leistungserbringung zu prüfen. Dafür sei ihnen ein Zugriff auf die kantonalen bzw. kommunalen Einwohnerregister zu gewähren. Die Kantone sollten jederzeit Stichprobenkontrollen durchführen und von der Revisionsstelle der Versicherer die Korrektheit der eingeforderten Kantonsmittel verlangen können.

Kontrollmöglichkeit für ambulante Rechnungen

Die GDK und die Kantone AG, AI, BE, BL, LU, NW, OW, SO, TG, UR, VD, ZG und ZH fordern eine Kontrollmöglichkeit für die Kantone in Bezug auf die korrekte Abrechnung von ambulanten Leistungen für die Kantonsbevölkerung, beispielsweise durch die Schaffung eines gemeinsamen Organs (Krankenversicherer / Kantone). Dies, um ihre finanzrechtliche Verantwortung wahrnehmen und den effizienten Einsatz von Steuergeldern sicherstellen zu können. Bei einer durchgängig dualen Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen durch Krankenversi-

cherer und Kantone könne die Rechnungskontrolle nicht mehr grundsätzlich als alleinige Aufgabe der Versicherer bezeichnet werden. Notwendig dafür sei volle Transparenz über die Kosten- und Leistungsdaten der Leistungserbringer und Einsicht in die gestellten Rechnungen, möglichst zeitnah nach deren Eingang beim Versicherer. Als Beispiel werden die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) in Deutschland genannt, welche durch die Kostenträger beanstandete Rechnungen nach gemeinsam festgelegten Kriterien überprüften. Ein analoges Modell könnte laut der GDK und den Kantonen BL und VD auch für die Schweiz unter einer einheitlichen Finanzierung zweckmässig sein.

Nationale Tariforganisation für ambulante Tarife

Die GDK, die CLASS und die Kantone AG, AI, BE, GE, FR, GL, JU, NE, NW, OW, SG, SO, TG, UR, ZG, VD und ZH fordern, dass eine nationale Tariforganisation für ambulante Tarife geschaffen werde, an welcher die Kantone und die Tarifpartner paritätisch zu beteiligen seien. Die Tarifstrukturen beeinflussen die Entwicklung des Leistungsvolumens im ambulanten Bereich massgeblich, deren Aktualität und Pflege seien somit entscheidend. Die Organisation solle die erarbeiteten Strukturen und ihre Anpassungen dem Bundesrat zur Genehmigung unterbreiten. Dies entspreche der von der Expertenkommission «Kostendämpfungsmassnahmen» vorgeschlagenen Massnahme M34. Die Kantone seien aufgrund der geforderten Mitfinanzierung im ambulanten Bereich an der Organisation zwingend tripartit zu beteiligen.

Der Kanton FR erwähnt, dass aus der Vorlage nicht hervorgehe, wie konkret eine einheitliche Finanzierung die Anreize für Versicherer und Kantone für eine sachgerechtere Tarifierung stärken würde. Die Vorlage enthalte keine Änderung derjenigen Bestimmungen des Gesetzes, welche die Aufgaben der verschiedenen Akteure in den Tarifverhandlungen festlegen würde, beispielsweise indem den Kantonen in diesem Bereich eine stärkere Rolle gegeben würde.

Der Kanton GL erhofft sich von sachgerechten Tarifen, welche alle Kosten der effizienten Leistungserbringung zulasten der OKP abbilden, dass die heute teilweise praktizierte vollumfängliche Übernahme von ungedeckten Kosten durch die öffentliche Hand beendet würde.

Fehlanreize zwischen Grund- und Zusatzversicherung

Die GDK und die Kantone AG, AI, BE, LU, NW, OW, SG, SO, UR, VD, ZG und ZH fordern, dass Fehlanreize infolge Verknüpfung der vertraglichen Vereinbarungen der Tarifpartner im Grund- und Zusatzversicherungsbereich konsequent eliminiert würden.

Es gelte zu verhindern, dass die Tarifpartner in den Tarifverhandlungen den Grund- und den Zusatzversicherungsbereich miteinander verknüpfen und Bedingungen aushandeln könnten, die ihre Ertragslage insgesamt verbesserten, jedoch einer optimalen Leistungsallokation in der OKP sowie der korrekten (kostendeckenden) Abgeltung der OKP-Leistungen zuwiderliefen. Eine stärkere Trennung von Grund- und Zusatzversicherung könnte insbesondere vier Elemente beinhalten.

Erstens sollte der Leistungseinkauf in den Bereichen OKP und Zusatzversicherung durch voneinander unabhängige Organe erfolgen. Zweitens dürfe bei der Beurteilung der OKP-Pflichtigkeit einer Leistung durch den Versicherer eine allfällige Zusatzversicherung der Patientin oder des Patienten keine Rolle spielen. Drittens dürften zwischen den Organen des Leistungseinkaufs und den vertrauensärztlichen Diensten in der OKP resp. der Zusatzversicherung keine Informationen, die für den jeweiligen Leistungseinkauf relevant sind, ausgetauscht werden. Viertens könnten mit einer Erhöhung der Transparenz bei den Leistungserbringern über die Kosten und Erträge aus dem Zusatzversicherungsgeschäft unzulässige Verknüpfungen zwischen dem OKP- und dem Zusatzversicherungsgeschäft eher erkannt und verhindert werden. Der Kanton ZG ergänzt, dass der Informationsaustausch zwischen den Einkaufsorganen der Grund- und Zusatzversicherung sowie zwischen deren jeweiligen vertrauensärztlichen Diensten blockiert werden sollte.

Einbezug der Langzeitpflege

Die GDK und die Kantone AG, AI, BE, BL, GE, GL, JU, LU, NW, OW, SG, SO, SZ, TG, TI, UR, VD, VS, ZG und ZH halten fest, dass eine einheitliche Finanzierung im ambulanten und im stationären Bereich eine echte Verbesserung der Versorgungsorganisation sowie der Anreize zur koordinierten Versorgung erst entfalten könne, wenn auch die Langzeitpflege (Pflegeheime und Spitex) in das Finanzierungsmodell einbezogen würde.

Auch im Langzeitbereich und an den Schnittstellen zwischen medizinischer Akutversorgung und Pflege seien Fehlanreize zu beobachten. Diese seien im Gegensatz zu den Fehlanreizen in der Spitalfinanzierung tatsächlich auch durch die Finanzierung und nicht nur durch falsche Tarifierreize bedingt. Ob eine Pflegeleistung ambulant oder stationär erbracht werde, solle weder von der Finanzierung, noch von den Tarifen abhängen, sondern sich nach dem effizientesten Pflegesetting richten. Und auch ob jemand früher oder später aus der Spitalversorgung in die Pflege entlassen werde, solle keine Frage der unterschiedlichen Finanzierung in den beiden Bereichen sein. Aufgrund der seit Jahren unveränderten OKP-Beiträge und den im Gegensatz dazu steigenden Kosten für die Restfinanzierung würden Kantone und Gemeinden im Bereich der Pflege finanziell immer stärker belastet. Die Richtung der Belastungsverschiebungen sei deshalb gegenüber der Spitalfinanzierung gerade umgekehrt, eine Ausweitung der einheitlichen Finanzierung auf die Leistungen von Pflegeheimen und Spitex sei nur konsequent. Auch im Hinblick auf die notwendige Stärkung der koordinierten Versorgung sei dies ein wesentliches Element der Reform. Die Kosten der OKP für die Pflegeleistungen nach Art. 25a Abs. 1 KVG und Art. 7 KLV und die Beiträge der Kantone und Gemeinden im Rahmen der KVG-Restfinanzierung (d.h. ohne Betreuungs- oder Hotelleriekosten) seien somit auch in das dual zu finanzierende Kostenvolumen einzurechnen und der Gesamtfinanzierungsschlüssel entsprechend anzupassen.

Der Kanton BL bezeichnet es als verständlich, dass der Pflegebereich noch nicht in die Vorlage eingeschlossen sei, da dort noch grosse Vorarbeiten zu leisten seien (Kosten, Transparenz). Ein Einbezug der Langzeitpflege sollte aber zumindest schon mit der Vorlage verbindlich vorgesehen und die notwendigen Schritte bis dahin unverzüglich in die Wege geleitet werden.

Die Kantone GL und TG sind offen für eine zeitlich versetzte Umsetzung einer einheitlichen Finanzierung im Bereich der Langzeitpflege. Der Einbezug der Langzeitpflege sei aber laut Kanton GL in den Übergangsbestimmungen bereits gesetzlich zu verankern und eine Anpassung des Kostenteilers vorzusehen. Der Kanton TG erachtet eine Ausdehnung auf die Langzeitpflege als sinnvoll, wenn sich in der ersten Etappe zeige, dass die Ziele der einheitlichen Finanzierung erreicht würden.

Koordinierte Versorgung

Die einheitliche Finanzierung möge laut GDK und den Kantonen AG, BE, FR, NW, UR zwar Voraussetzungen schaffen für eine Verbesserung der Leistungsallokation, der Behandlungsabläufe, der Behandlungskette und damit auch der Behandlungsqualität. Dazu seien aber auch entsprechende Versicherungsmodelle gefragt. Es sei bestenfalls nur zu hoffen, dass die Krankenkassen ihre Möglichkeiten besser nutzen würden als heute. Den Kantonen fehlen jegliche Möglichkeiten zur direkten Beeinflussung der künftigen Optimierung der Versorgungskette.

Der Kanton ZH ergänzt, dass eine einheitliche Finanzierung von stationären und ambulanten Leistungen nur auf sehr indirekte Weise eine Verbesserung der koordinierten Versorgung schaffe, da diesbezügliche Fehlanreize vor allem in nicht sachgerechten Tarifstrukturen begründet lägen. Anstatt auf die indirekte Wirkung der einheitlichen Finanzierung zu hoffen, sei es ehrlicher und effizienter, die Fehlanreize direkt anzugehen. Eine einheitliche Finanzierung im stationären und im ambulanten Bereich setze für die Leistungserbringer keine neuen Anreize, welche die Attraktivität koordinierter Versorgungsmodelle erhöhte, da für sie nicht die Herkunft, sondern die Höhe der Vergütung relevant sei.

Die Kantone BL und TG sehen mit einer einheitlichen Finanzierung Vorteile für koordinierte Versorgungsmodelle, weil die Kantongelder gleichermassen auf die verschiedenen Versorgungsmodelle verteilt würden und nicht lediglich bei stationären Spitalaufenthalten eingesetzt würden. Durch die dadurch tieferen Prämien würden Versorgungsmodelle der integrierten Versorgung noch attraktiver. Durch die Stärkung der integrierten Versorgung könnten unter dem Strich mehr Einsparungen bei tendenziell besserer Betreuung realisiert werden.

Weitere Rückmeldungen

Die GDK und die Kantone AG, FR und NW merken an, dass die Vorlage offenlasse, wie die Aufsichtsverantwortung des Bundes ausgeweitet werde. Eine solche Verstärkung wäre aufgrund des stark erhöhten Volumens von KVG-Geldern in den Händen der Versicherer unabdingbar.

Die CLASS und die Kantone GE und NE weisen darauf hin, dass die zu erwartende leichte Prämiensteigerung für Erwachsene zu den Steigerungen hinzukomme, welche bereits durch die vergangenen Änderungen des KVG zur Entlastung von Kindern und jungen Erwachsenen zu verzeichnen waren. Wenn die Vorlage eine Senkung der Gesundheitskosten zum Ziel habe, dürften die Prämien nicht ansteigen.

Der Kanton BE weist darauf hin, dass er durch bereits erfolgte KVG-Änderungen die Kinderprämien stärker verbilligen müsse. Die mit einer einheitlichen Finanzierung zu erwartende Entlastung bei der Prämienverbilligung für Kinder könne er nicht in die Prämienverbilligung für Erwachsene umlagern, da auch so durch die bereits erfolgte KVG-Änderung noch Mehrkosten verblieben würden.

Der Kanton GR weist darauf hin, dass sich in seinem Fall bis anhin auch die Gemeinden an den stationären Kosten ihrer Einwohner beteiligen müssen. Damit diese Bestimmung weiterhin umgesetzt werden könne, seien die Krankenversicherer gesetzlich zu verpflichten, den Kantonen neben Kosten- und Leistungsdaten auch den aktuellen Wohnsitz der versicherten beziehungsweise behandelten Person sowie deren AHV-Nummer aufzuführen. Dies sei auch notwendig, um nicht korrekt den einzelnen Kantonen zugeordnete Gemeinden erkennen zu können sowie um zu prüfen, ob ein Anspruch auf Prämienverbilligung nach wie vor bestehe. Es handle sich somit um ein generelles, nicht für den Kanton spezifisches Anliegen.

Der Kanton VD bemerkt, dass der Vorentwurf anzudeuten scheine, dass Arzneimittel und Mittel und Gegenstände zum Geltungsbereich der einheitlichen Finanzierung gehörten. Der erläuternde Bericht erwähne sie hingegen nicht. Diese Unklarheit sei bedauerlich, gehe es doch um beträchtliche finanzielle Auswirkungen.

Der Kanton VD bedauert, dass der erläuternde Bericht nicht die Konsequenzen für das Personal des Kantons präzisiere, falls dieses entlassen werden müsste aufgrund der Entlastung des Kantons von der Rechnungskontrolle. Gleichzeitig werde nicht darauf eingegangen, dass die Kosten der gemeinsamen Einrichtung für die Rechnungskontrolle, welche von den Versicherern übernommen werden, zu einer Prämienhöhung führen müsse.

4.1.2 In der Bundesversammlung vertretene politische Parteien

Die BDP, die CVP, die FDP, die FDP VD, die GLP und die SVP stimmen der Vorlage zu. Die FDP VD weist allerdings darauf hin, dass gewisse Punkte noch verfeinert werden müssten, damit nicht eine Mengenausdehnung oder aber eine weitere Verstaatlichung der Medizin die Folge sein könnte. Die GLP weist auf die Vorteile für die koordinierte Versorgung hin.

Die SP ist grundsätzlich für eine einheitliche Finanzierung der Gesundheitsleistungen. Die Vorlage der Kommissionsmehrheit sei aber nicht akzeptabel, da lediglich ein Transfer von Mitteln der Kantone an die Versicherer vorgesehen ist. Entsprechend unterstützt die SP den Minderheitsantrag auf Nichteintreten.

Die FDP ist zwar prinzipiell gegen eine kantonale Steuerung des ambulanten Bereichs, würde aber einen Schritt in diese Richtung gehen, wenn tatsächlich eine einheitliche Finanzierung eingeführt wird. Sie möchte die Inkraftsetzungen des Geschäfts 18.047 «KVG. Zulassung von Leistungserbringern», das den Kantonen Instrumente zur Steuerung des ambulanten Bereichs sowie zu einer einheitlichen Finanzierung zur Verfügung stellen will, miteinander verbinden. Die FDP spricht sich zudem für die Implementierung eines Governance-Modells aus, das dazu beitragen soll, die vielschichtigen Rollen zu klären und die Interessenkonflikte zwischen den Kantonen zu reduzieren. Die CVP begrüsst die Vorlage zur «Zulassung von Leistungserbringern» und unterstützt eine gleichzeitige Einführung mit der einheitlichen Finanzierung.

Laut der SP führe die Vorlage dazu, dass die Kantone ihre Mittel ohne entsprechende Steuerungsmöglichkeiten an die Versicherer abliefern müssten. Bestehende Steuerungsmöglichkeiten wie Globalbudgets und Spitalplanung würden sogar geschwächt. Die Kantone müssten die Zulassung der Leistungserbringer steuern können.

Die SVP ist der Meinung, dass es im Sinne der Wahrung des Äquivalenzprinzips darauf zu achten sei, dass den Kantonen auch mit Einführung der einheitlichen Finanzierung eine Möglichkeit geboten werde, die Kosten kontrollieren zu können.

Die GLP und die SP sprechen sich für eine sachgerechte Tarifierung im ambulanten Bereich aus, die SP durch eine nationale Tariforganisation, die GLP weist auf die geplanten Massnahmen des Bundesrates hin.

Die SP hält die finanziellen Auswirkungen für zu wenig geklärt. Ein weiterer Anstieg der Kostenbeteiligung sei inakzeptabel, der Anteil der Steuerfinanzierung sollte erhöht werden.

Die BDP, die FDP und die SVP sprechen sich dafür aus, den Kantonsbeitrag als pauschalen Betrag pro versicherte Person einzuspeisen. Laut CVP schaffen beide Modelle einen Anreiz für die Verlagerung von stationär zu ambulant.

Die FDP VD ist der Meinung, dass der Kantonsbeitrag auf aktuellen Zahlen beruhen sollte und dass es nötig sei, eine Zeitspanne zu definieren, innert deren die Kantone diesen Anteil bezahlen.

Die SP bedauert, dass der Bericht die beiden Modelle nicht miteinander vergleiche und weder ihre Vor- noch ihre Nachteile darlege. Sie geht davon aus, dass derzeit beide Modelle Nachteile aufweisen und dass eine integrierte Patientenversorgung mit anderen Mitteln als ausschliesslich ökonomischen Anreizen gefördert und erreicht werden sollte.

Die CVP begrüsst, dass künftig einzig die Versicherer die Leistungen vergüten. Die Rechnungskontrolle ist eine Kernkompetenz der Versicherer.

Für die SP ist fraglich, ob die Vorlage mit Blick auf Art. 117 BV verfassungskonform sei. Sie weist zudem darauf hin, dass die möglichen Auswirkungen auf das Staatspersonal durch einen Übergang der Rechnungsprüfung zu den Versicherern nicht besprochen würden.

Die GLP verlangt eine stärkere Trennung von Grund- und Zusatzversicherung und mehr Transparenz in diesem Bereich. Die SGK-N sollte nochmals prüfen, ob die vom BAG und der FINMA bislang unternommen Schritte genügen oder ob nicht doch ein gesetzgeberischer Handlungsbedarf bestehe.

Die SP lehnt die Stärkung der Vertragsspitäler durch die Erhöhung des Finanzierungsanteils der OKP ab, dies wäre bereits die zweite Entlastung der Zusatzversicherungen seit der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung. Eine weitere Kostensteigerung in der OKP wäre zu befürchten.

4.1.3 Gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft

Der SGB und der VPOD lehnen den Vorentwurf in dieser Form dezidiert ab.

Das CP und der sgv unterstützen zwar eine einheitliche Finanzierung im Grundsatz, äussern aber starke Skepsis gegenüber einem Ausbau der Möglichkeiten der Kantone zur Steuerung

der Zulassung. Das CP lehnt die Vorlage in der jetzigen Form ab, eine Mehrheit der Mitgliederverbände des sgv stimmt einer einheitlichen Finanzierung zu.

Economiesuisse unterstützt die einheitliche Finanzierung.

Laut SGB ist die medizinische Versorgung ein Teil des Service Public. Die heutigen stationären Tarife seien eher kostendeckend als die ambulanten, dies sei der wichtigste Fehlanreiz. Der Grund dafür sei primär, dass Versicherer im Zusatzbereich Gewinne erzielen. Die Vorlage ändere daran nichts. Für die Verlagerung von stationär zu ambulant seien Eingriffslisten effizienter. Eine Erhöhung des einkommensabhängig finanzierten Anteils am Gesundheitswesen sei unabhängig von dieser Vorlage geboten, beispielsweise über einen Ausbau der Prämienverbilligung.

Der SGB und der VPOD kritisieren einen weiteren Verlust an Steuerungsmöglichkeiten für die Kantone. Globalbudgets würden verunmöglicht. Die Überweisung von Mitteln an die Versicherer ohne Kontrollmöglichkeiten sei finanzrechtlich heikel. Die angeführte Mehrfachrolle der Kantone entspreche ihrer Verantwortung für den Service Public. Der höhere Finanzierungsanteil für Vertragsspitäler würde die Spitalplanung schwächen und die Kosten zulasten der OKP erhöhen. Die Schwächung der Listenspitäler würde auch die Arbeitsbedingungen des Personals verschlechtern, mit negativen Folgen für die Qualität. Dies wiederum erhöhe die Nachfrage nach Zusatzversicherungen.

Der VPOD ergänzt, dass die Zweiklassenmedizin verstärkt werde. Die Frage der konkreten Umsetzbarkeit der gemeinwirtschaftlichen Leistungen in der Zukunft bleibe im erläuternden Bericht offen. Versicherte in wirtschaftlich bescheidenen Verhältnissen würden durch die Vorlage zudem nicht bessergestellt.

Der SGB unterstützt die Mehrzahl der von der GDK geforderten Massnahmen. Sinnvollerweise müsste auch die Langzeitpflege einbezogen werden, dies wird vom SGB aber solange abgelehnt wie das heutige Finanzierungsregime mit Kopfprämien gelte. Eine einheitliche Finanzierung würde zusammen mit einer Aufhebung des Kontrahierungszwangs die Macht der Versicherer maximieren. Eine Regelung zur Zulassungssteuerung sei deshalb unerlässlich. Von einem einheitlichen Finanzierungsschlüssel würden zudem jene Kantone bestraft, welche bereits eine überwiegend ambulante Versorgungsstruktur aufweisen.

Das CP und der sgv führen aus, dass die zusätzlichen Möglichkeiten der Kantone zur Steuerung der Zulassung die Mehrfachrolle der Kantone verschärften. Sie sollten strikt begrenzt werden. Zusatzversicherte sollten nicht benachteiligt werden. Eine starke Minderheit der Mitgliederverbände des sgv ist skeptisch wegen der vorgesehenen zusätzlichen Kompetenzen der Kantone zur Steuerung der Zulassung. Bedingung für die Zustimmung des sgv sei, dass auf eine Verknüpfung mit der Zulassungssteuerung verzichtet werde, faire Wettbewerbsbedingungen für die Leistungserbringer und Versicherer geschaffen würden, die Mehrfachrolle der Kantone entschärft werde und Zusatzversicherte nicht zusätzlich benachteiligt würden.

Economiesuisse lehnt zusätzliche Steuerungselemente der öffentlichen Hand ab, welche in die Leistungserbringung eingreifen. Diese würden die Effizienzgewinne zunichtemachen. Eine sinnvolle Steuerungsmöglichkeit für die Kantone wäre dagegen eine Lockerung des Vertragszwangs. Eine Verteilung der Kantonsbeiträge via Risikoausgleich würde bevorzugt. Ein Einbezug der Pflegefinanzierung würde abgelehnt, da in diesem Bereich die Finanzierung heute nicht von unterschiedlichen Trägern übernommen werde je nachdem ob die Pflege ambulant oder stationär erbracht werde.

4.1.4 Konsumentenverbände

Für die FRC ist die Vorlage nicht zufriedenstellend. Die FRC würde hingegen eine dual-fixe Finanzierung des spitalambulanten und –stationären Bereichs begrüßen. Die praxisambulanten Leistungen sollten hingegen weiterhin vollständig von den Versicherern bezahlt werden.

Eine solche Reform müsste unter anderem ergänzt werden mit ambulanten Listen, verbesserter Spitalplanung und elektronischen Patientendossiers.

Die ACSI sieht eine einheitliche Finanzierung als möglicherweise vorteilhaft an zur Reduktion von Fehlanreizen, es sei aber nicht sicher ob sie ihr Ziel erreiche. Ambulante Listen und die koordinierte Versorgung, welche nicht Teil der Vorlage sind, seien möglicherweise effizientere Mittel.

Laut der SKS könne eine einheitliche Finanzierung grundsätzlich einen Beitrag zur Beseitigung von Fehlanreizen leisten. Die aktuelle Vorlage sei aber nicht effektiv und nicht tragbar.

Das KF befürwortet eine einheitliche Finanzierung. Verschiedene Beispiele zeigten, dass die ambulante Leistungserbringung deutlich günstiger sei.

Die FRC, die ACSI und die SKS bezeichnen die unterschiedliche Finanzierung zwar als mögliche Quelle von Fehlanreizen, aber als sekundär. Wichtiger sei eine sachgerechte Tarifierung, eine Preissenkung bei Arzneimitteln, eine verbesserte Spitalplanung und Zulassungssteuerung sowie die Beschränkung von medizinisch nicht sinnvollen Leistungen. Es sei unsicher, ob die Kostenkontrolle verbessert werde, wenn die Kantone stationäre Rechnungen nicht mehr kontrollieren würden. Allgemein geht die FRC und die ACSI mit der GDK einig, dass ein Transfer von Steuermitteln ohne Kontrollmöglichkeiten inakzeptabel sei.

Laut KF fördere eine einheitliche Finanzierung die koordinierte Versorgung. Dies sollte genutzt werden. Falls die Kantone die Zulassung im ambulanten Bereich steuern möchten, müssten sie sich auch finanziell beteiligen. Die Langzeitpflege solle von der Vorlage ausgenommen werden, um sie nicht zu verzögern. Die Diskussion über die Zukunft der Pflegefinanzierung sollte unabhängig davon rasch geführt werden.

Die Auswirkungen auf Prämien und Kostenbeteiligung der einzelnen Versicherten seien laut FRC und ACSI schwierig einzuschätzen. Die SKS sieht hingegen eine Erhöhung der Kostenbeteiligung, obwohl die Schweiz diesbezüglich bereits heute einen Spitzenplatz aufweise.

Laut ACSI, FRC und SKS sei die Besserstellung von Zusatzversicherten durch den Rückgang des Kostenanteils der Zusatzversicherung in Vertragsspitälern und damit auch der Zusatzversicherungsprämien nicht im Interesse der Mehrheit von Konsumenten ohne Zusatzversicherung.

Laut ACSI und FRC sei die bessere Effizienz von Modellen der koordinierten Versorgung nicht gesichert. Diese Modelle sollten vom Bund besser kontrolliert werden.

Die SKS fordert eine Verbesserung und Überwachung der Qualität ambulanter Leistungen als dringendste Massnahme.

4.1.5 Leistungserbringer

Generelle Beurteilung

Argomed, die FMH, die FMCH, interPharma, das KSBL, PharmaSuisse, scienceindustries, die SGAIM, die SGDV, die SGS, swiss orthopedics, das USB, die vips, der VLSS und der VNS unterstützen die Vorlage zur einheitlichen Finanzierung. Die Verlagerung stationär – ambulant werde sozialverträglich gemacht, die Effizienz werde gefördert, Fehlanreize beseitigt und sachgerechte Tarife und integrierte Versorgungsmodelle erleichtert. PKS, FMCH und mit ihr die SGS und swiss orthopedics fordern eine ersatzlose Streichung der ambulanten Listen und eine entsprechende Übergangsbestimmung in der Vorlage. Auch die K3 bezeichnet die Umsetzung der Listen als aufwändig und bevorzugt eine einheitliche Finanzierung und eine Angleichung im Kostendeckungsgrad der Tarife. Die SGS und swiss orthopedics übernehmen ausdrücklich die Stellungnahme der FMCH.

H+ unterstützt die einheitliche Finanzierung. Eine kostenneutrale Anpassung des Finanzierungsteilers sei sinnvoll. Die Verantwortung für die Versorgung solle weiterhin bei einer demokratisch legitimierten Organisation liegen. Den Versicherern fehle dafür die Legitimation.

Spitex Schweiz unterstützt die einheitliche Finanzierung und die aktuelle Vorlage grundsätzlich, hat aber auch einige Vorbehalte.

Curaviva unterstützt die aktuelle Vorlage, hält aber verschiedene Begleitmassnahmen für notwendig, namentlich Steuerungsmöglichkeiten der Kantone im ambulanten Bereich sowie eine nationale Tariforganisation für den ambulanten Bereich. Curaviva begrüsst langfristig eine Integration auch der Pflegeleistungen, hält dafür aber verschiedene Grundlagenarbeiten für notwendig und ist daher der Ansicht, dass in einem ersten Schritt die Pflegefinanzierung ausgeklammert bleiben sollte.

Mfe und medswiss.net unterstützen die Stossrichtung der Vorlage, auch weil eine längerfristige Lösung für die Zulassung der Leistungserbringer angestrebt werde. Die Finanzierungsanteile würden stabilisiert, die Kantone müssten sich auch im ambulanten Bereich beteiligen. Zwar sei laut medswiss.net die Tarifgestaltung für die Verlagerung von stationär zu ambulant entscheidender als die einheitliche Finanzierung, die Vorlage sei aber der erste Schritt um dieser Problematik effektiv gegenüberzutreten.

SNL befürwortet die einheitliche Finanzierung. Die Psychiatrie und Rehabilitation sollten ebenfalls integriert werden.

Die PKS würden eine einheitliche Finanzierung grundsätzlich begrüssen, durch die Verknüpfung mit der Zulassungssteuerung würden aber die Nachteile überwiegen, weil die Mehrfachrolle der Kantone gestärkt würde. Deshalb lehnt PKS die aktuelle Vorlage ab. Damit eine Vorlage unterstützt werden könne, müsse sie faire Wettbewerbsbedingungen für Leistungserbringer und Versicherer schaffen und die Mehrfachrolle der Kantone entflechten, beispielsweise mit einem unabhängigen nationalen Aufsichtsgremium.

Obwohl die K3 sich grundsätzlich für eine monistische Finanzierung aussprechen, lehnen sie die Vorlage in ihrer jetzigen Form ab. Das Hauptproblem der heutigen Finanzierung des Gesundheitswesens liege nicht in der zweiseitigen Finanzierung, sondern in den nicht sachgerechten, nicht kostendeckenden Tarifen in der OKP. Die Kantone sollen sich auch an den ambulanten Leistungen finanziell beteiligen. Als Folge einer einheitlichen Finanzierung durch die Krankenversicherer erwartet die K3 eine vereinfachte Administration und weniger Interessenkonflikte. Die K3 befürwortet eine einheitliche Finanzierung mit fixen und klaren Spielregeln. K3 verweist auch auf die Stellungnahme von H+.

Unimedsuisse unterstützt grundsätzlich eine einheitliche Finanzierung, rechnet aber nicht damit dass diese die Fehlanreize in der Finanzierung der stationären und ambulanten Leistungen löse. Zentral sei dass die Tarife jeweils die Kosten abbilden und keine Unter- oder Überfinanzierung bestehe. Die Qualität werde von der Vorlage nicht angesprochen, diese sollte für die Finanzierung eine Rolle spielen.

Die SGP unterstützt eine einheitliche Finanzierung, falls diese zu einer sachgerechten Tarifierung des ambulanten Bereichs, insbesondere der Pädiatrie, beitrage und zu einer Abflachung der Prämienentwicklung für Familien mit kleinen und mittleren Einkommen führe. Sie befürchtet aber, dass die Revision weiterhin nicht zu einer sachgerechten Vergütung dieser Bereiche führen wird.

Physioswiss äussert sich kritisch zur Vorlage. Die Versicherer hätten wenig Interesse an der Finanzierung von Koordinationsleistungen und an einer sachgerechten Tarifierung. Die Versicherer erhielten durch die Vorlage eine problematische Mehrfachrolle. Die Kantone dagegen würden marginalisiert. Die Physiotherapie und andere Gesundheitsberufe drohten vergessen zu werden.

Der Physioswiss RVBB unterstützt die einheitliche Finanzierung grundsätzlich, hat aber einige offene Fragen zur Vorlage. Die Steuerungs- und Kontrollmöglichkeiten für die Kantone seien zu gering, die Macht für die Versicherer werde gestärkt.

Die FSP unterstützt die Vorlage in ihren Grundzügen.

Der SBK, der SVBG, der SHV, der SBAP und der VSAO befürworteten eine einheitliche Finanzierung grundsätzlich, weil sie zur Behebung von Fehlanreizen beitragen könne, lehnen aber

die aktuelle Vorlage ab. Der SVBG unterstützt ausdrücklich die Stellungnahme des SBK, der SBAP jene des SVBG. Der SBK und der VSAO sehen in der Vorlage eine reine Verlagerung von Mitteln. Der SBK sieht die hauptsächlich durch die Tarifierung bedingten Fehlanreize nicht korrigiert.

Die sa'ges unterstützt ausdrücklich die Stellungnahme der Geliko.

Senesuisse äussert sich bewusst nicht zu den Details der Vorlage, sondern konzentriert sich auf Feststellungen zum Bereich der Langzeitpflege, für den Fall, dass diese in eine einheitliche Finanzierung einbezogen werden sollte.

Rechnungsstellung und -kontrolle

H+ und Pharmasuisse begrüßen, dass sowohl im stationären wie im ambulanten Bereich nur noch die Versicherer Schuldner der Rechnung sein sollen und diese kontrollierten. Laut Pharmasuisse sollten die Kantone aber Einsicht in die Abrechnungsdaten erhalten. Eine Rechnungskontrolle durch die Kantone werde hingegen abgelehnt. H+ fordert im Gegenzug, dass die Versicherer einer strengeren Kontrolle unterliegen, dass das Kontrollverfahren vereinheitlicht und seine Qualität überprüft wird.

Die FMH und die SGD V erachten eine Rechnungskontrolle durch die Kantone als nicht notwendig, da die Versicherer selbst ein Interesse an einer guten Kontrolle hätten. Doppelte Rechnungskontrollen wären zudem teuer. Die Kantone zeigten deren Mehrwert nicht auf. Die gemeinsame Einrichtung solle auch die von Bund, Kantonen und Versicherern gelieferten Daten zur Berechnung der Kantons- und Bundesbeiträge entgegennehmen.

Mfe und medswiss.net sind der Ansicht, dass die Rechnungskontrolle den Versicherern und den Patienten zu überlassen sei. Die Administration sollte nicht durch eine weitere Kontrollinstanz ergänzt werden. Mfe regt hingegen an, das KVAG mit einer Möglichkeit für die Kantone zu ergänzen, Stichprobenkontrollen im stationären Bereich vorzunehmen.

Das USB hält die Kontrolle der Leistungsabrechnung durch die Kantone für ein verständliches Anliegen, aufgrund der bestehenden Prüfung durch die Versicherer sei dies aber nicht zwingend.

Der VSAO fordert eine dual-fixe Finanzierungslösung und keinen Monismus der Versicherer.

Steuerungsmöglichkeiten für die Kantone

Die FMH, die FMCH, die PKS, die SGD V, die SGS und SWISS REHA äussern sich skeptisch bis ablehnend zu zusätzlichen Steuerungsmöglichkeiten für die Kantone im ambulanten Bereich.

Die FMH und die SGD V sehen keinen Bedarf für eine zusätzliche Steuerung durch die Kantone im Sinne einer Beschränkung ambulanter Leistungserbringer, da die Nachfrage im ambulanten Bereich durch eine einheitliche Finanzierung steigen werde. Eine Bevorzugung des spitalambulanten gegenüber dem praxisambulanten Bereich müsste zudem auf Effizienz geprüft werden. Auch SWISS REHA lehnt zusätzliche Steuerungskompetenzen für die Kantone ab, da die Kantone nur Minderheitsfinanzierer seien und ihre Rollenkonflikte nicht verstärkt werden sollen. FMCH und die SGS sehen auch aus verfassungsrechtlicher Sicht keine Notwendigkeit für zusätzliche Steuerungsmöglichkeiten für die Kantone. Der Bund könne nach Artikel 117 BV die Finanzierung der Krankenversicherung nach eigenem Ermessen regeln. Davon können auch die Kantone betroffen sein. Bereits heute können die Kantone Tarife genehmigen und festsetzen. Bereits dies sorgte für Rollenkonflikte. Die Kantonsbevölkerung steuere zudem bereits durch ihr Konsumverhalten implizit das Angebot und bezahle als Steuerzahler letztlich auch dafür. Die Kantone ihrerseits lebten der fiskalischen Äquivalenz zudem nicht nach, wenn sie den Versicherern und dem Bund als Mitzahlern eine Mitsprache in der Spitalplanung beziehungsweise Prämienverbilligung verweigern. Die PKS lehnen die Verknüpfung der einheitlichen Finanzierung mit der Vorlage zur Zulassungssteuerung ab. Die Steuerung der Zulassung würde die staatliche Steuerung des Gesundheitswesens stärken und

es erlauben, aus reinen Bedarfsgründen bestehende Zulassungen zu entziehen. Die freie Arztwahl würde damit ausgehebelt. Der VLSS warnt vor einer schleichenden Verstaatlichung der Ärzteschaft.

Curaviva, Interpharma, die K3, die SGAIM, Spitex Schweiz, SNL, das USB und die vips unterstützen die Schaffung von Steuerungsmöglichkeiten für die Kantone.

Interpharma und vips bezeichnen den Wunsch der Kantone nach Steuerungsmöglichkeiten als nachvollziehbar. Eine Steuerung der Zulassung bedinge laut Interpharma jedoch eine Mitfinanzierung des ambulanten Bereichs. Spitex Schweiz und Curaviva empfehlen, die Anliegen der Kantone für genügend Steuerungsmöglichkeiten ernst zu nehmen. Die K3 und der VLSS unterstützen zwar Massnahmen zur Qualitätssicherung im ambulanten Bereich wie Voraussetzungen für die Zulassung. Diese sollten aber schlank bleiben, aufwändige Planungen und administrative Verpflichtungen sollten vermieden werden. Das USB bezeichnet die Mitsprache für den Kanton bei der Festlegung der Ärztetarife und die Steuerung der Zahl freipraktizierender Ärzte als dringende Anliegen. Die SGAIM ist der Ansicht, dass den Kantonen allgemein Kontroll- und Steuerungsmöglichkeiten gegeben werden sollten, um Überkapazitäten zu reduzieren. SNL unterstützen schlagkräftige Steuerungsinstrumente für die Kantone wie Mindest- und Höchstzahlen an Leistungserbringern.

Mfe unterstützt eine Koppelung der einheitlichen Finanzierung an die Vorlage zur Zulassungssteuerung, die beiden Vorlagen sollten gleichzeitig in Kraft treten. Die Kantone sollten zudem auch Steuerungsmöglichkeiten für den Fall der Unterversorgung erhalten. Mfe und medswiss.net weisen aber auch darauf hin, dass die Kantone im Rahmen der Zulassungsbeschränkung bereits heute Steuerungsmöglichkeiten hätten.

Argomed und der VSAO äussern sich skeptisch zu einer Verknüpfung von einheitlicher Finanzierung und Zulassungssteuerung, obwohl inhaltlich ein Bezug bestehe.

Der SBAP, der SBK, die SGP, der SHV, der SVBG und der VSAO halten die Steuerungsmöglichkeiten für die Kantone tendenziell bis klar für ungenügend.

Die SGP befürchtet, dass die Kantone ungenügende Steuerungsmöglichkeiten erhielten, um eine Unterfinanzierung kompensieren zu können. Die Versicherer als Hauptkostenträger würden zudem von Bund und Kantonen zu wenig beaufsichtigt. Der SBK, der SHV, der SBAP, der SVBG und der VSAO kritisieren, dass die Kantone mit der Vorlage praktisch keine Steuerungsmöglichkeiten für die Verwendung ihrer zu leistenden Beiträge hätten. Die bereits heute grosse Macht der Versicherer insbesondere in Tarifverhandlungen werde übermässig gestärkt. Der SBK weist zusätzlich darauf hin, dass innovative Kantone wie VD ihre Instrumente verlieren und für die bisherige erfolgreiche Verlagerung in den ambulanten Bereich bestraft würden.

Vertragsspitäler

Die K3, der SBAP, der SBK, die SGAIM, der SHV, Spitex Schweiz, der SVBG, SNL, unimeduisse und das USB äussern sich kritisch zur Erhöhung des Finanzierungsanteils der OKP für die Vertragsspitäler.

Die K3 fordert, dass das Institut der Vertragsspitäler abgeschafft wird. Unimeduisse fordert, dass Vertragsspitäler nicht nach dem gleichen Verteilschlüssel finanziert werden wie Listenspitäler. Der SBK, der SVBG, SBAP, SHV, Spitex Schweiz, SNL und die SGAIM kritisieren die Stärkung der Vertragsspitäler durch die Erhöhung des Finanzierungsanteils der OKP und die daraus folgende Schwächung der Spitalplanung. Es werden auch Mengen-, Kapazitäts- und damit Kostenwachstum befürchtet. Laut USB sollte die Frage geklärt werden, ob die Versicherer durch die OKP die Zusatzversicherten zusätzlich finanzieren, falls ja sollte dies vermieden werden.

Laut FMCH und SGS sei der positive Effekt auf einige wenige Vertragsspitäler vernachlässigbar.

Tarifierung

H+, die K3, der VNS und das USB halten die Revision und Pflege sämtlicher ambulanter Tarifstrukturen für zentral, beispielsweise mit einer Totalrevision des Tarifrechts mit der Abschaffung der bestehenden Veto-Möglichkeiten der Tarifpartner. Die K3 gehen davon aus, dass die einheitliche Finanzierung die aufwändig zu dekretierenden ambulanten Listen unnötig mache und die Pflege der Tarife erleichtert und ihr Kostendeckungsgrad angeglichen werde.

Das KSBL fordert kostendeckende ambulante Tarife. Eine einheitliche Finanzierung sei der erste Schritt dazu. Nur durch kostendeckende Tarife sei gewährleistet, dass die erhoffte Verschiebung stationär – ambulant stattfindet und sich das System nicht andere Hintertüren suche. Mittel für kostendeckende Tarife im ambulanten Bereich würden durch die Verschiebung stationär – ambulant zur Genüge frei.

H+ fordert auch eine Änderung der Abgeltung ausserkantonaler Leistungen, welche heute von den Kantonen teilweise missbräuchlich geregelt werde.

Medswiss.net unterstützt das Ziel, eine sachgerechte Tarifierung zu fördern. PhysioSwiss RVBB erachtet eine sachgerechte Tarifierung als schwierig, solange die Versicherer mehr Macht besässen als die Leistungserbringer.

Curaviva und senesuisse fordern eine paritätisch zusammengesetzte nationale Tariforganisation analog zur SwissDRG AG, um Blockaden zu verhindern. Laut Spitex Schweiz kämen die Mechanismen der Tarifierung im erläuternden Bericht zu kurz.

SNL fordern nicht nur eine einheitliche Finanzierung, sondern auch ein integriertes Vergütungssystem.

FMCH und SGS erwarten, dass eine einheitliche Finanzierung innovative, sachgerechte Tarife fördere.

Einbezug der Langzeitpflege

SW!SS REHA und SNL und implizit auch Mfe, der SBAP, der SBK, der SHV, der SVBG fordern einen Einbezug auch der Langzeitpflege in eine einheitliche Finanzierung.

Curaviva, H+, Spitex Schweiz und das USB erachten einen Einbezug der Langzeitpflege zu einem späteren Zeitpunkt als möglich bis sinnvoll.

H+, das USB, SW!SS REHA und SNL sprechen sich für einen Einbezug der Langzeitpflege in die einheitliche Finanzierung aus. H+ und das USB sind offen für eine Umsetzung der Forderung zu einem späteren Zeitpunkt. SW!SS REHA weist darauf hin, dass sich durch einen Einbezug der Langzeitpflege die Gefahr verringere, dass die Kantone Langzeitpflege-Institutionen Rehabilitations-Leistungsaufträge gewähren, um die Versicherer an der Finanzierung zu beteiligen. Mfe spricht sich für eine Lösung der Finanzierungsprobleme in der Langzeitpflege aus. Die integrierte Versorgung solle über die ganze Leistungskette hinweg gefördert werden. Der SBK, der SHV, der SVBG und der SBAP weisen darauf hin, dass bei einem Ausschluss der Pflegefinanzierung keine positiven Auswirkungen auf die bessere Koordination im Behandlungsverlauf zu erwarten seien.

Spitex Schweiz sieht einen Einbezug der Langzeitpflege zum jetzigen Zeitpunkt kritisch. Notwendig dafür wäre eine klare Regelung zur Restfinanzierung und zur Tariffestlegung, die bessere Durchlässigkeit der Betreuungsformen, die Verringerung des administrativen Aufwands und die Behebung der weiteren Defizite der aktuellen Pflegefinanzierung.

Curaviva begrüsst einen Einbezug der Langzeitpflege in eine einheitliche Finanzierung, allerdings zu einem späteren Zeitpunkt. Die dafür notwendigen Grundlagenarbeiten in Bezug auf Finanzierung, Tarifierung, Kostentransparenz und -wahrheit, Verringerung des administrativen Aufwands sowie patienten- statt angebotsorientierte Finanzierung sollten jedoch parallel an

die Hand genommen werden. Notwendig sei insbesondere eine harmonisierte Vergütung von ambulanter und stationärer sowie intermediärer Formen der Langzeitpflege und eine Behebung der weiteren Defizite der aktuellen Pflegefinanzierung. Laut Curaviva sollte auch untersucht werden, inwiefern die Unterscheidung zwischen Betreuung und Pflege in Bezug auf die Vergütung der Leistungen aufgehoben werden könnte. Eine Abgrenzung sei im Alltag nicht wirklich möglich und führe zu Fehlanreizen.

Senesuisse spricht sich für eine subjektorientierte Finanzierung der Langzeitpflege aus, welche sich nach der benötigten Unterstützung und Infrastruktur richten und unabhängig vom gewählten Angebot sein sollte. Die Finanzierung sollte alle Kosten abbilden und der Finanzierungsteiler zwischen Kantonen und Versicherern stabilisiert werden. Ein gemeinsames Gefäss von Kantonen und Versicherern sollte als einziger Zahler auftreten und die Finanzierung längerfristig direkt an die Pflegebedürftigen gehen.

Koordinierte Versorgung

Argomed, die FMH, die FMCH, interPharma, scienceindustries, die SGD, die SGS, swiss orthopedics und die vips erwarten, dass eine einheitliche Finanzierung die Anreize für die koordinierte Versorgung stärkt.

Medswiss.net und die SGAIM halten weitere Massnahmen für die Förderung der koordinierten Versorgung für notwendig, die einheitliche Finanzierung allein reiche dafür nicht aus.

Physioswiss RVBB, der SBK, der SHV, der SVBG und der SBAP erwarten keine Stärkung der koordinierten Versorgung, weil die Tarife durch eine einheitliche Finanzierung nicht geändert würden. Die Kantone hätten praktisch keine Möglichkeiten mehr, eigene Modelle der koordinierten Versorgung zu entwickeln. Laut SBK und SHV müssen bei der koordinierten Versorgung die Patientensicherheit und die Qualität der Pflege im Zentrum stehen. Wenn die Versicherer verantwortlich sind, gerieten aber die Kosten in den Fokus.

Senesuisse erachtet die Förderung der integrierten Versorgung als sinnvoll, auch in der Langzeitpflege.

Veränderungen von Prämien und Kostenbeteiligung

Laut SBK, SVBG, SHV und SBAP geht der erläuternde Bericht nicht auf den zu erwartenden Anstieg der Kostenbeteiligung im stationären Bereich ein. SNL erwähnen ebenfalls den Anstieg der Kostenbeteiligung. Es sei erst noch zu beweisen dass dieser durch Prämiensenkungen kompensiert werde. Der VSAO bemängelt, dass der erläuternde Bericht keine Aussagen zum erwarteten Einsparpotenzial mache und die Auswirkungen auf die Prämien unklar seien.

Das USB merkt an, dass vermieden werden sollte, dass durch diese Vorlage die Erwachsenenprämien steigen.

Mfe sieht den zu erwartenden leichten Anstieg der Kostenbeteiligung und der Erwachsenenprämien kritisch. Angesichts der sinkenden Prämienverbilligung für Kinder und des Wegfalls der Aufwände für Rechnungsprüfung und Zahlungsabwicklung im stationären Bereich dränge sich ein etwas höherer Kantonsbeitrag auf.

Die FMCH und die SGS fordern, dass der Anstieg der Kostenbeteiligung vermieden werden soll. Die Kostenbeteiligung solle nur auf dem durch Prämien finanzierten Anteil erhoben und der Kantonsbeitrag wie heute im stationären Bereich von der Kostenbeteiligung ausgeklammert bleiben.

Weitere Rückmeldungen

Die FMCH, Pharmasuisse, die SGS und SNL halten Übergangsfristen ähnlich derjenigen bei der KVG-Revision der Spitalfinanzierung für notwendig.

FMCH und SGS sind der Ansicht, dass ein allfälliger Druck auf das Gesundheitspersonal allen Kostendämpfungsmassnahmen gemein sei. Entscheidend sei, dass der Druck gerecht auf alle

Beteiligten verteilt werde und keine Einbussen bei der Qualität verursache. Eine einheitliche Finanzierung sei deshalb einem Globalbudget vorzuziehen. Der Verzicht auf ineffiziente stationäre Strukturen werde zudem Mittel für das Personal freispielen.

PharmaSuisse erachtet es als taktisch unklug, schon jetzt einen Kostenteiler festzulegen. Vielmehr sollte das Prinzip der kostenneutralen Umsetzung in den Vordergrund gestellt werden.

Das KSBL bemängelt, dass im erläuternden Bericht die wirtschaftlichen Auswirkungen auf die Leistungserbringer nicht ebenso betrachtet würden wie die Auswirkungen auf die Versicherten, die Kantone und die Versicherer.

Physioswiss RVBB merkt an, dass auch mit einer einheitlichen Finanzierung diejenigen Versicherten, welche Prämienverbilligung beziehen, nach wie vor Anreize zum übermässigen Bezug von Leistungen hätten, da sie von Prämien erhöhungen faktisch nicht betroffen seien. Zudem sei es ungünstig, bereits vor Vorliegen der Resultate zur Evaluation der neuen Spitalfinanzierung mit DRGs zur einheitlichen Finanzierung Stellung nehmen zu müssen. Eine einheitliche Finanzierung sollte nicht zu Globalbudgets im ambulanten Bereich führen.

Laut der SGAIM sollte die einheitliche Finanzierung nicht dazu führen, dass die Kantone im Bereich der gemeinwirtschaftlichen Leistungen sowie der Weiterbildung und Forschung sparen, gerade mit Blick auf die Qualität.

Die SGP fordert für den Fall eines Kostendachs (Globalbudget), dass die Kindermedizin zuungunsten der Erwachsenenmedizin gefördert werden kann. Der gesamte MTK-Bereich (IV) solle ohne Einschränkungen in die einheitliche Finanzierung miteinbezogen werden, um den administrativen Aufwand zu verringern. Es sei unklar, wie mit der Vorlage der Umgang der Kantone mit ausserkantonaler Behandlung verbessert werde. Die Kantone ohne Kinderspitäler sollten sich ebenfalls an den notwendigen gemeinwirtschaftlichen Leistungen beteiligen.

SNL sieht die fehlenden Regionalisierungsbestrebungen, die zu tiefe Abgeltung der «Nicht-ärzte» sowie Diskussionen um Wertschöpfungsketten aus Sicht der Patientinnen und Patienten und Auseinandersetzungen um «best practice models» als mindestens so wichtige Steuerungshebel für die mit der Vorlage verfolgten Ziele.

Laut SW!SS REHA sollten die «Gemeinwirtschaftlichen Leistungen» besser definiert und Leistungsaufträge dazu ausgeschrieben werden, um Verzerrungen durch verdeckte Subventionen zu vermeiden. Ausserdem sollte der Begriff «teilstationär» wieder eingeführt werden, um sicherzustellen, dass auch teilstationäre Angebote einer einheitlichen Finanzierung unterstehen. SW!SS REHA merkt zudem an, dass im Rahmen einer einheitlichen Finanzierung neben den Rollenkonflikten der Kantone auch diejenigen der Versicherer thematisiert werden sollten, welche mit einer einheitlichen Finanzierung verstärkt würden.

4.1.6 Kantonale Ärztesgesellschaften

Die KKA und die SMCF wenden gegen die Vorlage ein, dass die Abhängigkeit von kantonalen Budgets im Vergleich zur stets ausfinanzierten OKP ein Nachteil sei. Anstatt die Mehrfachrolle der Kantone einzudämmen werde sie ausgeweitet. Die Verbesserung der Tarifsituation habe eine höhere Priorität und dürfte die bestehenden Fehlanreize weitgehend beheben, wenn die ambulanten Tarife kostendeckend wären. Die KKA bittet um eine grundlegende Überarbeitung der Vorlage. Zwar sei ein monistischer Zahlungsfluss vorgesehen, de facto handle es sich aber um eine dual-fixe Finanzierung. Die KKA befürchtet, dass die Kantone nicht nur auf KVG-Basis, sondern auch auf Basis neu geschaffener kantonalgesetzlicher Grundlagen die Versorgung steuern würden. Es sei schleierhaft, wodurch die Anreize zu einer sachgerechten Tarifierung zustande kämen, ganz zu schweigen davon, dass die Sachgerechtigkeit bereits heute durch das KVG verlangt wäre. Laut KKA und SMCF steht es in den Sternen, ob eine Förderung der koordinierten Versorgung mit der Vorlage gelingen würde. Aus Sicht der KKA und der SMCF wäre es zudem einfacher, die Kantonsbeiträge statt an die gemeinsame Einrichtung direkt den einzelnen Versicherern zu überweisen. Die Kostenbeteiligung sollte nur auf dem

prämienfinanzierten Anteil in Rechnung gestellt werden. Aufgrund der unterschiedlichen finanziellen Auswirkungen auf die einzelnen Kantone werde es in der politischen Debatte unvermeidlich sein, die Frage des Kostenteilers differenzierter anzugehen.

Die SVM befürchtet durch den Ausbau der Steuerungsmöglichkeiten der Kantone im ambulanten Bereich eine Bevorzugung des spitalambulanten Bereichs zulasten des praxisambulanten Bereichs und der ausgewiesenen Bedürfnisse der Bevölkerung. Es fehle eine Institution als Gegenwicht zum Kanton mit seinen alleinigen Kontrollmöglichkeiten. Die SVM wünscht sich eine solche paritätisch zwischen Privaten und Kanton zusammengesetzte Institution. Die SVM spricht sich dafür aus, dass eine einheitliche Finanzierung nur diejenigen Leistungen umfasse, welche von der Verschiebung stationär – ambulant betroffen sind, namentlich die auf den «ambulanten Listen» aufgeführten Leistungen.

Die SMVS lehnt die Vorlage ab. Sie führe zu einem Ausbau der kantonalen Steuerung. Diese senke nicht die Kosten, sondern gefährde die freie Arztwahl. Praxisambulant tätige Ärzte würden aufgrund der Interessenkonflikte der Kantone weiter benachteiligt zugunsten des spitalambulanten Bereichs. Zielführender wäre eine sachgerechte Tarifierung, Transparenz über die staatliche Finanzierung von Spitälern und gemeinsame Aktionen von Leistungserbringern, Versicherern und Kantonen nach der Art von «less is more together» und «smarter medicine». Eine einheitliche Finanzierung wäre nur akzeptabel bei gleicher Vergütung innerhalb und ausserhalb des Spitals und bei Behebung der Verzerrungen durch die kantonale Subventionierung der Spitäler.

Die AGBE begrüsst die Vorlage. Hingegen sollte das legitime Interesse der Kantone an einer Steuerung des ambulanten Bereichs mit Augenmass umgesetzt werden. Es brauche so viel Planung wie notwendig und so wenig wie möglich.

Der OMCT spricht sich für eine Reform der Finanzierung aus, welche zu Fehlanreizen führe, ist aber perplex über die Vorlage, welche den Versicherern zu viel Gewicht gebe. Der OMCT regt eine Prüfung alternativer Lösungen an, welche der starken Belastung vieler Haushalte durch die Prämien eher Rechnung trügen und den Kantonen mehr Möglichkeiten zur Kontrolle der Gesundheitsausgaben gäben.

Die GAeSO unterstützt, dass die Kantone ihren Beitrag den Versicherern leisten und diese den kompletten Betrag, inklusive steuerfinanzierten Anteil, an die Leistungserbringer überweisen sollen.

4.1.7 Versicherer

Curafutura, die Mehrheit der Mitglieder von Santésuisse, CSS, das CSS Institut, Helsana, die MTK, Visana, die SGV, die Mehrheit der Mitglieder des SVV und SWICA unterstützen die Einführung der einheitlichen Finanzierung. Sie erwarten eine Reduktion von Fehlanreizen und mehr Anreize für Effizienz und Qualität. Santésuisse und die MTK weisen darauf hin, dass eine einheitliche Finanzierung kostenneutral umzusetzen sei. Die SGV ist der Ansicht, dass die einheitliche Finanzierung die Furcht einzelner Versicherer eliminiere, dass die Verschiebung stationär – ambulant für sie zu Kostensteigerungen führen würde.

Curafutura, Helsana und die MTK sind der Ansicht, dass sich mit einer einheitlichen Finanzierung bessere Anreize für alle Beteiligten ergäben, die effizienteste Versorgung ohne Einbusse an Versorgungsqualität zu wählen, was insgesamt zu geringeren Gesamtkosten führe. Sie begrüssen ebenfalls, dass es mit einer einheitlichen Finanzierung die gleichen Anreize für alle Akteure gebe.

Eine Minderheit der Mitglieder von Santésuisse und Assura lehnen die Vorlage ab, weil sie die Komplexität des Systems erhöhe, ohne dass durch die Änderung der Finanzierung das Kostenwachstum eingedämmt würde.

Assura befürchtet eine Erhöhung der stationären Eingriffe, da ihrer Meinung zufolge die Leistungsverlagerung vom stationären auf den ambulanten Spitalbereich zu einem Einkommensverlust der Spitäler führen würde. Sie ist der Meinung, dass die Spitäler dazu verleitet werden könnten, die Anzahl stationärer Aufenthalte zu erhöhen, um ausreichende Einnahmen zu erzielen und nicht auf Subventionen angewiesen zu sein.

Assura bedauert, dass die Kommission die Massnahme zur «Erhöhung des kantonalen Anteils bei der Finanzierung nicht-ambulanter Spitalleistungen» nicht aufgegriffen hat (Strategie Gesundheit2020). Schliesslich hätte es sich Assura gewünscht, dass der Vernehmlassungsentwurf verbindliche flankierende Massnahmen enthält.

Santésuisse hält fest, dass die mit der „Ambulantisierung“ verknüpften Effizienzgewinne bisher nahezu ausschliesslich den Kantonen zukämen. Die Prämienzahlenden profitierten bisher nicht oder nur bedingt. Bei einer einheitlichen Finanzierung würde das Verhältnis langfristig konstant bleiben.

Curafutura, CSS, die MTK, SWICA und Visana sind der Ansicht, dass die Förderung der koordinierten Versorgung nicht nur zu tieferen Prämien, sondern auch zu einer besseren Versorgung führen werde. Es könne mit Kosteneinsparungen von rund 6 Prozent gerechnet werden.

Curafutura, Assura, CSS, SWICA und Visana lehnen eine dual-fixe Finanzierung ab. Eine solche würde zu einer doppelten Rechnungsstellung bei neu 126 statt wie bisher 1.5 Millionen Rechnungen jährlich führen und mehr administrativem Aufwand verursachen. Assura ist der Ansicht, dass die Leistungsabrechnung an die Krankenversicherer als Monisten und Finanzierer (Tiers payant) oder an die Versicherten (Tiers garant) gerichtet sein sollte, wobei diese die Wirtschaftlichkeit der erbrachten Leistungen zu kontrollieren hätten.

SWICA zeigt sich allerdings offen für Kontrollmöglichkeiten für die Kantone bezüglich Rechnungsstellung, etwa ähnlich wie erfolgreich umgesetzt bei den Verlustscheinen nach Artikel 64a.

Die Mitglieder von curafutura (CSS, Helsana, kpt, sanitas) und eine Minderheit der Mitglieder von santésuisse (u.a. Visana und SWICA), welche zusammen eine Mehrheit der Versicherten vertreten, sprechen sich für eine Verteilung der Kantonsbeiträge via Risikoausgleich aus. Das CSS-Institut beziffert das zusätzliche jährliche Effizienzpotential auf einen hohen zwei- bis dreistelligen Millionenbereich.

Die Mehrheit der Mitglieder von santésuisse (u.a. Assura, Groupe Mutuel) spricht sich für eine Verteilung der Kantonsbeiträge proportional zu den entstandenen Kosten aus. Eine Mehrheit der Mitglieder von Santésuisse unterstützt die Zuständigkeit der gemeinsamen Einrichtung KVG zur Aufteilung des Kantonsbeitrages an die Krankenversicherer. Eine direkte Abrechnung wird abgelehnt, weil dies zu einem Mehraufwand sowie einer entsprechenden Erhöhung der Verwaltungskosten sowohl bei Kantonen als auch Krankenversicherern führen würde. Jedoch wird die Zuständigkeit der gemeinsamen Einrichtung KVG für die Kontrolle der Daten, die die Versicherer den Kantonen nach Art. 60 Abs. 6 KVG zu übermitteln haben, abgelehnt.

Groupe Mutuel und Assura sprechen sich für eine direkte Überweisung des Kantonsbeitrags an die Krankenversicherer aus und lehnen jegliches Eingreifen der Gemeinsamen Einrichtung KVG im Rahmen dieses Prozesses ab. Eine Abrechnung der einzelnen Versicherer mit den Kantonen direkt erleichtert auch die Prüfung des Wohnsitzes durch den Kanton. Groupe Mutuel befürwortet auch den Aufbau eines Prozesses für den Austausch detaillierter Rechnungsinformationen mit den Kantonen sowie die Implementierung von Kontrollprozessen, welche mit Hilfe von Stichprobenerhebungen angepasst werden.

Curafutura, CSS, Helsana, Santésuisse, der SGV, SWICA und Visana schlagen des Weiteren vor, dass die Datenlieferung an die Gemeinsame Einrichtung statt an die Kantone und den Bund erfolgen solle. Die Lieferung grosser Datenmengen an die Gemeinsame Einrichtung sei etabliert und durch Gesetz und Verordnung eng geführt. Der Aufbau eines weiteren Datenstroms direkt an die Kantone sei nicht notwendig.

Santésuisse, Assura, Groupe Mutuel und der SGV sprechen sich für eine Bemessung des Kantonsbeitrags basierend auf den Brutto- statt den Nettokosten aus, also inklusive Kostenbeteiligung. Der kantonale Finanzierungsanteil müsste entsprechend leicht reduziert werden. Damit werde eine Diskriminierung der hohen Franchisen vermieden. Zudem solle die Kostenbeteiligung nur auf dem prämiendifinanzierten Anteil erhoben werden, um deren Anstieg im stationären Bereich zu verhindern.

Die CSS zeigt sich neben der einheitlichen Finanzierung offen für weitere Schritte wie Qualitätsvorgaben, die Umsetzung der Massnahmen im Expertenbericht des Bundesrates sowie als ultima ratio für die Einführung einer Kostenbremse.

Die Assura hält Begleitmassnahmen wie im Expertenbericht zur Kostendämpfung formuliert ebenfalls für wünschenswert.

Auch der SVV erwähnt, dass neben der Finanzierung auch die Tarifierung reformiert werden sollte.

4.1.8 PatientenInnen, BenutzerInnen

Der DVSP befürwortet grundsätzlich eine einheitliche Finanzierung, lehnt aber die Vorlage in dieser Form ab. Entscheidend sei eine demokratische Abgeltungs- und Steuerungskompetenz und zu welchen Anteilen die Gesundheitsleistungen finanziert würden. Die Fehlanreize, welche sich aus den unterschiedlichen Tarifen für den ambulanten und stationären Bereich ergeben, würden nicht korrigiert. Die Steuerungsmöglichkeiten im stationären Bereich, etwa Globalbudgets, würden geschwächt, im ambulanten Bereich nicht ergänzt. Die Stärkung der Vertragsspitäler und Zusatzversicherungen wird abgelehnt. Als Minderheitsfinanzierer würden die Kantone die Spitalplanung vernachlässigen, was zu Kostenwachstum und Qualitätseinbussen führen würde. Die Kantone müssten die Rechnungen kontrollieren können. Eine höhere Kostenbeteiligung sei nicht akzeptabel. Ein Einbezug der Langzeitpflege wäre für die koordinierte Versorgung entscheidend, zumindest in der Zukunft. Der Anteil der Steuerfinanzierung sollte erhöht werden. Insgesamt sollte das heutige undemokratische Versicherungssystem überwunden werden. Die Vorlage stärke die Versicherer aber noch zusätzlich. Dadurch könnte die Ungleichbehandlung der Versicherten noch massiv zunehmen.

Die SPO und das FGS unterstützen die Vorlage. Sie sei eine Grundlage für mehr Effizienz und Qualität und zur Vermeidung von Fehlanreizen, fördere die koordinierte Versorgung und mache die Gesundheitskosten generell und die Verlagerung stationär – ambulant im Besonderen sozial verträglicher. Laut SPO müsse die einheitliche Finanzierung allerdings mit weiteren Massnahmen gestützt werden, um den gewünschten Erfolg zu haben. Die SPO fordert namentlich eine überkantonale Planung, eine Förderung der koordinierten Versorgung, eine Senkung der Medikamentenpreise, eine Überprüfung der Qualität und Transparenz bei den Kosten.

AGILE.CH lehnt die Vorlage ab. Die wichtigsten Akteure wie die Versicherten und die Kantone müssten weiterhin mitbestimmen und mitentscheiden können, die demokratische Kontrolle müsse gewährleistet sein. Die Vorlage führe aber vor allem zu einer Stärkung der Privatspitäler und Zusatzversicherungen und zur Schwächung von demokratischen und transparenten Verfahren. Es sei nicht wünschenswert, dass Privatspitäler noch mehr öffentliche Gelder erhielten. Das Gesundheitswesen sei zu komplex, als dass eine Umleitung von Finanzflüssen die negativen Tendenzen umkehren könne. Der Zeitpunkt der Vorlage sei zudem falsch, da Mitte 2019 die Resultate der Evaluation Spitalfinanzierung anstünden. AGILE fordert eine grundlegende Überarbeitung der Vorlage, eine Mitsprache der Prämienzahlenden und der Kantone bei der Festsetzung von Leistungen und bei Tarifverhandlungen. Die Langzeitpflege sollte in eine einheitliche Finanzierung mit einbezogen werden. Privatspitäler sollen laut AGILE auch in Zukunft maximal 45% aus der OKP erhalten, und die Kosten für einen Systemumbau sollten konkreter ausgewiesen werden.

Die IGPZ unterstützt die Ziele der einheitlichen Finanzierung, bezweifelt aber ob sie mit dieser Vorlage erreicht werden können. Die Einführung der einheitlichen Finanzierung werde unterstützt, wenn sie mit geeigneten Massnahmen ergänzt werde. Entscheidend sei die Auflösung der unterschiedlichen Tarifierung, etwa durch Komplexpauschalen und die Angleichung von stationären und ambulanten Tarifen. Die heutige Art der Leistungsabrechnung sei ein wesentlicher Faktor für das Kostenwachstum. Die Kantone benötigten ein Mitspracherecht im ambulanten Bereich, hier bestehe dringender Anpassungsbedarf. Die Stärkung der Vertragsspitäler führe zu Qualitätseinbussen. Ergänzend sollte die Prämie verpflichtend an die Teuerung gebunden werden, damit das Kostenwachstum nicht einseitig zulasten der Prämien erfolge. Die Versicherten sollten in die Rechnungskontrolle einbezogen und Rückerstattungen sollten bis auf Ebene versicherte Person transparent werden.

Der VASK sieht eine Tarifreform als zielführender, da die Vorlage keines der Finanzierungsprobleme der Psychiatrie, besonders im ambulanten Bereich, löse, sondern zu einer Entlastung von Zusatzversicherungen und zu höheren Prämien der OKP führen könne. Das Fallpauschalensystem und das KVG insgesamt seien gescheitert.

Der VAPP fordert, dass die Langzeitpflege nicht aus dem Gesundheitssystem ausgeklammert wird. Einheitliche Tarife wären einfacher. Eine Entsolidarisierung sei zu vermeiden, ein Prämienwachstum werde abgelehnt.

4.1.9 Andere

Die Geliko begrüsst grundsätzlich eine einheitliche Finanzierung, die konkrete Umsetzung dürfe aber nicht zu Qualitätseinbussen führen. Die Geliko führt an, dass die Fehlanreize im aktuellen System nur teilweise in der Finanzierung lägen, sondern mindestens ebenso sehr in den Differenzen zwischen den unterschiedlichen Tarifsystemen. Die Kantone sollten Steuerungsmöglichkeiten erhalten, auch bei den Tarifen. Die Kostenbeteiligung solle nur auf dem prämierten Anteil erhoben werden, damit sie nicht ansteigt. Vertragliche Verknüpfungen zwischen Grund- und Zusatzversicherung seien zu vermeiden, gefordert sei mehr Transparenz.

Die GRAAP weist die Vorlage integral zurück und verlangt eine vollständige Überarbeitung. Die Versicherer würden übermässig gestärkt, die Anliegen der Kantone, etwa für Steuerungsmöglichkeiten, nicht berücksichtigt. Die Interessen der Patientinnen und Patienten müssten ebenfalls gestärkt werden. Die Langzeitpflege sollte einbezogen werden. Die Zusatzversicherung müsste auf allen Ebenen strukturell und finanziell von der OKP getrennt werden. Stattdessen werde der Finanzierungsanteil der OKP für die Vertragsspitäler erhöht, was zu Kosten- und Prämien erhöhungen führen werde. Es sollte für die Vertragsspitäler mindestens der bisherige Finanzierungsanteil von 45 Prozent beibehalten werden. Für eine neue Vorlage sollten zuerst die Resultate der Evaluation der neuen Spitalfinanzierung vorliegen.

PH CH lehnt eine Reform der Finanzierung der OKP ab, solange sie nicht mit einer wirkungsvollen Begrenzung der Mengenausweitung kombiniert wird. Eine möglichst komplette Trennung zwischen Grund- und Zusatzversicherung sei dringender und bedeutsamer als eine einheitliche Finanzierung. In der Grundversicherung wäre eine einzige Kasse analog zur SUVA das Richtige. Für die Verlagerung stationär – ambulant seien Eingriffslisten das Mittel der Wahl. Das Kostenwachstum sei nicht primär auf die stationäre statt ambulante Leistungserbringung, sondern auf Mengenausweitung zurückzuführen. Zu deren Verhinderung seien Globalbudgets, eine Priorisierung der koordinierten Versorgung und obligatorische wirtschaftlich unabhängige Zweitmeinungen zielführend. Zu befürchten sei, dass die Vorlage keine Wirkungen auf die relevanten Fehlanreize entfalten wird und die Steuerungsmöglichkeiten der Kantone weiter schwächt.

Das BFG befürwortet die Vorlage unter dem Vorbehalt, dass auf eine Verknüpfung mit der Zulassungssteuerung und der Pflegefinanzierung verzichtet wird. Das BFG sieht keine Zunahme von Verknüpfungen zwischen Grund- und Zusatzversicherungen durch die Vorlage.

Allfällige gesetzeswidrige Querfinanzierungen müssten ohnehin von den Aufsichtsbehörden BAG und FINMA unterbunden werden. Die Kantone hätten bereits heute Einfluss auf die ambulanten Tarife, ihre Rollenkonflikte sollten nicht noch verschärft werden. Eine dual-fixe Finanzierung wie heute im stationären Bereich wird abgelehnt. Die fiskalische Äquivalenz für die Kantone sei nicht gefährdet. Ambulante Listen seien nach Einführung der einheitlichen Finanzierung wieder aufzuheben. Es seien Übergangsfristen vorzusehen wie bei der Einführung der neuen Spitalfinanzierung.

4.2 Stellungnahmen zu Artikel 16 Absatz 3^{bis}

In der Bundesversammlung vertretene politische Parteien

Die GLP unterstützt den Vorschlag der Kommissionsminderheit, die den Kantonsbeitrag als Pauschalbetrag pro versicherte Person auf die einzelnen Versicherer aufzuteilen beantragt.

Die FDP VD ist der Ansicht, dass Art. 16 Abs. 3^{bis} gerechtfertigt ist, um eine doppelte Entschädigung zu vermeiden.

Leistungserbringer

PharmaSuisse unterstützt den Vorschlag der Kommissionsminderheit. Der Risikoausgleich solle auch die vom Kanton erhaltenen Mittel einschliessen.

Der RVBB unterstützt die Kommissionsmehrheit. Der Risikoausgleich solle nur die Leistungen nach Abzug des Kantonsbeitrags umfassen.

Kantonale Ärztesellschaften

Die GAeSO ist der Ansicht, dass ein pauschaler Beitrag pro versicherte Person nicht zu empfehlen sei. Sie unterstützt also die Kommissionsmehrheit.

Versicherer

Santésuisse und Groupe mutuel unterstützen den Vorschlag der Kommissionsmehrheit, weil sie sich für eine kostenbasierte Aufteilung der Kantonsbeiträge aussprechen (siehe Artikel 60a). Curafutura und das CSS Institut unterstützen ebenfalls den Vorschlag der Kommissionsmehrheit. Sie sprechen sich zwar wie die Kommissionsminderheit für eine risikobasierte Zuteilung der Kantonsbeiträge aus (siehe Art. 60a), im Verbund mit ihrem Vorschlag für eine abgeänderte Formulierung von Artikel 60a müssten die Kantonsbeiträge aber ebenfalls vom Risikoausgleich ausgenommen werden, wie es die Mehrheitsvariante vorsieht.

Assura möchte Art. 16 Abs. 3^{bis} streichen. Sie vertritt die Ansicht, dass die Bestimmungen zu einer einheitlichen Leistungsfinanzierung und zum Verfahren zur Umverteilung der Kantonsbeiträge in die Art. 60 und folgende eingefügt werden sollten.

4.3 Stellungnahmen zu Artikel 18

Stellungnahmen zu Artikel 18 Absatz 2^{sexies}

In der Bundesversammlung vertretene politische Parteien

Die FDP VD spricht sich für das Prinzip aus «wer bestellt, bezahlt».

Gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft

Der sgV unterstützt den Mehrheitsantrag. Er bittet die Kommission aber, alternative Lösungsansätze eingehender zu prüfen, etwa eine direkte Überweisung der Kantonsbeiträge an die Versicherer.

Leistungserbringer

Die KKA, der SMCF und Physioswiss erachten einen direkten Transfer der Kantonsbeiträge an die einzelnen Versicherer als angemessener, auch die Leistungserbringer müssten mit

mehreren Versicherern abrechnen. Physioswiss RVBB beantragt eine Einführung einer neutralen, von den Versicherern unabhängigen, paritätischen Organisation von Kantonen und Versicherern für die Verwaltung und Verteilung der Kantonsbeiträge.

Medswiss.net begrüsst, dass die Kantone ihre Kantonsbeiträge der gemeinsamen Einrichtung der Versicherer entrichten sollen.

Versicherer

Santésuisse, Groupe mutuel und Assura beantragen, den Art. 18, Abs. 2^{sexies} zu streichen. Allfällige Fragen könnten direkt zwischen den einzelnen Versicherern und dem Kanton geklärt werden.

Curafutura und eine Mehrheit der Mitglieder von santésuisse unterstützen den Vorschlag der Kommission, wonach die gemeinsame Einrichtung den Kantonsbeitrag aufteilt.

Stellungnahmen zu Artikel 18 Absatz 2^{octies}

Kantone

Der Kanton VS unterstützt den Minderheitsantrag und möchte die Kantone in die Datenkontrolle einbeziehen.

In der Bundesversammlung vertretene politische Parteien

Die GLP unterstützt die Kommissionsmehrheit, da ihre Formulierung offen sei und auch die Rechnungskontrolle umfassen könne.

Die SP unterstützt den Minderheitsantrag. Sie bevorzugt hingegen die Variante, bei der die Kontrolle durch ein Gremium ausgeübt werden kann, in dem die Versicherer und die Kantone vertreten sind.

Gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft

Der SGB unterstützt den Minderheitsantrag.

Konsumentenverbände

Die SKS unterstützt die Kommissionsminderheit.

Leistungserbringer

pharmaSuisse unterstützt den Mehrheitsantrag. Die SGP unterstützt den Minderheitsantrag.

Versicherer

Santésuisse, curafutura und Assura unterstützen die Kommissionsmehrheit. Die Daten, welche der gemeinsamen Einrichtung KVG übermittelt werden, würden von der Revision der Krankenversicherer abgenommen. Zudem sei aus Gründen des Datenschutzes die Kontrolle durch die gemeinsame Einrichtung KVG nicht erlaubt.

Groupe Mutuel lehnt den Mehrheitsantrag ab, da sie der Ansicht ist, dass es nicht Aufgabe der Gemeinsamen Einrichtung KVG ist, den Kantonsbeitrag an die Versicherer zu verteilen. Es sei deshalb nicht gerechtfertigt, ihr Aufgaben zu übertragen, die von den Kantonen kommen.

PatientInnen, BenutzerInnen

Die SPO unterstützt den Minderheitsantrag, womit den Kantonen ein Instrument für die Rechnungskontrolle zugestanden wird.

Stellungnahmen zu Artikel 18 Absatz 5 erster Satz

Leistungserbringer

pharmaSuisse begrüsst die einheitliche Finanzierung der Stiftung über die Versicherer und unterstützt den vorgeschlagenen Abs. 5.

Physioswiss RVBB beantragt, den Abs. 5 zu streichen.

Versicherer

Laut Assura und Groupe mutuel solle die gemeinsame Einrichtung nicht die Verteilung der Kantonsbeiträge übernehmen. Deshalb sei auch die Ergänzung von Absatz 5 unnötig.

4.4 Stellungnahmen zu Artikel 25a Absatz 2 erster Satz

In der Bundesversammlung vertretene politische Parteien

Die FDP VD ist der Ansicht, dass die Langzeitpflege Gegenstand einer speziellen Regelung sein sollte.

Leistungserbringer

H+ ist der Ansicht, dass die Übergangspflege vollständig in die Akutsomatik aufzunehmen sei, wo sie medizinisch hingehört. Daher schlägt H+ vor, den Artikel zu streichen.

RVBB schlägt vor, den Artikel neu zu formulieren.

Senesuisse beantragt, dass die Übergangspflege mindestens 4 Wochen statt nur 14 Tage dauert und die Hotellerie- und Betreuungskosten ebenfalls mitfinanziert werden.

Versicherer

Curafutura, Groupe Mutuel und Assura unterstützen den Vorschlag der SGK-N.

4.5 Stellungnahmen zu Artikel 41

Stellungnahmen zu Artikel 41 Absatz 1^{bis}

Leistungserbringer

Pharmasuisse beantragt folgende Anpassung: « Bei stationärer Behandlung in einem Spital (statt «Listenspital»), das auf der Spitalliste des Wohnkantons nicht aufgeführt ist, übernimmt der Versicherer die Vergütung wie folgt: ».

Versicherer

Assura und Groupe Mutuel sind mit der Anpassung einverstanden.

Stellungnahmen zu Artikel 41 Absatz 1^{ter}

Kantonale Ärztesgesellschaften

Die GAeSO möchte den Begriff Wohnkanton streichen, um einen echten Wettbewerb zu ermöglichen, und beantragt folgende Formulierung: «Die versicherte Person kann für die stationäre Behandlung unter allen Spitälern wählen, die von den Kantonen als Listenspital aufgeführt sind.»

Versicherer

Curafutura, Assura und Groupe Mutuel sind mit dem Vorschlag der SGK-N einverstanden.

Stellungnahmen zu Artikel 41 Absatz 2^{bis} bis 2^{quater}

In der Bundesversammlung vertretene politische Parteien

Für die FDP VD ist nicht klar, wie der Anknüpfungspunkt der Versicherten definiert ist.

Leistungserbringer

pharmaSuisse ist der Ansicht, dass der bisherige Abs. 2 gestrichen werden müsste, da sonst ein Widerspruch zwischen Wahlfreiheit bei Listenspitälern und dem neuen Abs. 2^{bis} entstünde. Da Abs.1^{bis} nicht nur die Behandlung in Listenspitälern regelt, sei hier der Begriff Listenspital falsch gewählt und sollte durch Spital ersetzt werden.

Kantonale Ärztesgesellschaften

Die GAeSO beantragt, den Abs. 2^{quater} zu streichen.

Versicherer

Santésuisse und Assura schlagen vor, bei der Kostenübernahme für Versicherte im Ausland ohne Anknüpfungspunkt an einen Kanton auch die im Ausland von einem Arbeitgeber mit Sitz in der Schweiz beschäftigten Versicherten (Art. 3 Abs. 3 Bst. b) zu erwähnen. Der durch den Bundesrat festgelegte Referenzkanton soll durch den Kanton ersetzt werden, in welchem der jeweilige Versicherer seinen Hauptsitz hat.

Curafutura, Assura und Groupe Mutuel unterstützen den Vorschlag der SGK-N.

Stellungnahmen zu Artikel 41 Absatz 3 und 3^{bis}

Versicherer

Curafutura, Assura und Groupe Mutuel unterstützen den Vorschlag der SGK-N.

Stellungnahmen zu Artikel 41 Absatz 4 zweiter bis fünfter Satz

Leistungserbringer

pharmaSuisse ist der Ansicht, dass die Ergänzung mit dem Verweis auf Art. 62 überflüssig sei und beantragt sie zu streichen.

Kantonale Ärztesgesellschaften

Die GAeSO beantragt, nur die ersten beiden Sätze des Absatzes beizubehalten: «Die gesetzlichen Pflichtleistungen sind in jedem Fall versichert. Der Versicherer muss nur die Kosten der

Leistungen übernehmen, die von Leistungserbringern ausgeführt oder veranlasst werden, auf welche die versicherte Person ihr Wahlrecht beschränkt hat.». Der Rest des Absatzes sei zu streichen.

Versicherer

Curafutura, Assura und Groupe Mutuel unterstützen den Vorschlag der SGK-N.

4.6 Stellungnahmen zu Artikel 42

Stellungnahmen zu Artikel 42 Absatz 1

Kantone

Der Kanton NE schlägt vor, das System des Tiers garant (Abs. 1) abzuschaffen, um den Krankenversicherern somit einen Überblick über alle Rechnungen zu gewähren, die durch die obligatorische Krankenversicherung beglichen werden: «wenn zwischen Versicherern und Leistungserbringern nichts anderes vereinbart ist, schuldet der Versicherer dem Leistungserbringer die Vergütung».

Stellungnahmen zu Artikel 42 Absatz 2 zweiter Satz

Kantone

Der Kanton NE vertritt die Ansicht, dass es nicht kohärent sei, im Spitalbereich eine Ausnahme zu machen und schlägt daher, ausgehend von seiner Bemerkung zu Art. 41 Abs. 1, vor, Abs. 2 zu streichen.

In der Bundesversammlung vertretene politische Parteien

Die FDP VD möchte den Patientinnen und Patienten mehr Verantwortung übertragen. Für sie ist es wichtig, dass weiterhin die Möglichkeit des Tiers garant besteht und diese in der Mehrzahl der Fälle angewendet wird.

Versicherer

Curafutura, Groupe Mutuel und Assura unterstützen den Antrag der SGK-N.

Stellungnahmen zu Artikel 42 Absatz 3

Kantone

Der Kanton VS vertritt die Ansicht, dass eine Vereinheitlichung der Leistungsfinanzierung keine Einführung einer monistischen Finanzierung notwendig mache. Die Rechnungen aus dem stationären Bereich könnten weiterhin wie heute behandelt werden. Dadurch hätten die Kantone Zugriff auf die notwendigen Daten, um die Einhaltung der Leistungsmandate überprüfen (eine Aufgabe, die die Versicherer heute nicht übernehmen) und die Menge bewältigen zu können.

In der Bundesversammlung vertretene politische Parteien

Die SP fordert, dass die Kantone eine Möglichkeit zur Kontrolle der Rechnungen haben, idealerweise über ein gemeinsames Organ der Kantone und der Versicherer.

Leistungserbringer

Das KSBL fordert, dass die Versicherer bei Rechnungsbeanstandungen den unbestrittenen Teil der Rechnung auszahlen müssen. Im System des Tiers payant solle die versicherte Person nur auf Verlangen eine Kopie der Rechnung erhalten, um Doppelzahlungen und Missverständnisse zu vermeiden.

Kantonale Ärztegesellschaften

Die GAeSO beantragt eine Ergänzung, welche klarstellt dass im System des Tiers payant die versicherte Person in jedem Fall eine Kopie der Rechnung erhalten muss.

Versicherer

Curafutura, Assura und Groupe Mutuel unterstützen den Antrag der SGK-N.

4.7 Stellungnahmen zu Artikel 49a

Kantone

Die GDK, die CLASS, AG, BS, BE, BL; FR, GE, GR, LU, NW, OW, SG, SH, SZ, TG, TI, UR und VD sprechen sich gegen eine Erhöhung des Finanzierungsanteils der OKP für Vertragsspitäler aus. Die Kantone GL, VS, ZH unterstützen explizit den Minderheitsantrag. Der Kanton ZH fordert darüber hinaus, das Institut der Vertragsspitäler abzuschaffen.

In der Bundesversammlung vertretene politische Parteien

Die FDP VD vertritt die Ansicht, dass der Unterschied zwischen Listen- und Vertragsspitalern im stationären Bereich beibehalten werden solle, da anderweitig die finanziellen Auswirkungen unbekannt seien.

Die SP unterstützt den Minderheitsantrag.

Die GLP lehnt den Minderheitsantrag ab. Es soll für die Versicherer einen Anreiz geben, entsprechende Verträge abzuschliessen. Der Wettbewerb ist zu verstärken.

Gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft

Economiesuisse und der sgv unterstützen den Vorschlag der Kommissionsmehrheit. Laut sgv wäre eine Benachteiligung der Vertragsspitäler nicht zu tolerieren.

Der SGB unterstützt den Minderheitsantrag.

Leistungserbringer

Verschiedene Leistungserbringer (Mfe, K3, KSBL, SBAP, SBK, SGAIM, SHV, Spitex Schweiz, SVBG, SNL, SWISS REHA, unimedsuisse, USB) äussern sich kritisch bis ablehnend zur Erhöhung des Finanzierungsanteils der OKP für Vertragsspitäler. Mfe, SBK und SWISS REHA unterstützen explizit den Minderheitsantrag. Die Steuerungsmöglichkeiten der Kantone sollen in diesem Bereich nicht beschnitten und der Effekt der Listen soll nicht vermindert werden. Das KSBL kritisiert eine faktische Verschiebung der Versorgungsplanung von den Kantonen zu den Versicherern.

Die PKS und Pharmasuisse unterstützen die Kommissionsmehrheit. Die Gleichbehandlung aller Versicherten sei nur mit der analogen Finanzierungsbeteiligung der Krankenkassen in der Höhe von voraussichtlich 74.5 Prozent sichergestellt.

Kantonale Ärztegesellschaften

Die GAeSO unterstützt den Minderheitsantrag und beantragt zusätzlich, dass die vorgesehene Vergütung nicht höher als 30 Prozent sein darf.

Versicherer

Curafutura, Groupe Mutuel und Assura unterstützen den Vorschlag der Kommissionsmehrheit.

PatientInnen, BenutzerInnen

AGILE, der DVSP und die IGPZ lehnen die Erhöhung des Finanzierungsanteils der OKP für die Vertragsspitäler ab.

Andere

Die GRAAP lehnt die Erhöhung des Finanzierungsanteils der OKP für die Vertragsspitäler ab.

4.8 Stellungnahmen zu Artikel 51 Absatz 1, zweiter Satz

Kantone

Der Kanton NE vertritt die Ansicht, dass dieser Artikel in einem monistischen Finanzierungssystem, zumindest was den Spitalbereich anbelangt, seinen Sinn verliere. Er betont, dass, wenn die Kantone den Spitälern OKP-Leistungen nicht mehr direkt finanzierten, es schwierig vorzustellen sei, dass sie für ein Spital ein Gesamtbudget festlegten, auch wenn dies für Leistungen von allgemeinem Interesse möglich bleibe.

Versicherer

Curafutura und Assura unterstützen den Vorschlag der SGK-N.

4.9 Stellungnahmen zu Artikel 60

Leistungserbringer

Aus Sicht der KKA und der SMCF sollte die Kostenbeteiligung nur auf dem prämierten Anteil in Rechnung gestellt werden.

Andere

Das BFG beantragt, die Kostenbeteiligung weiterhin nur auf dem mit Prämien finanzierten Anteil der Leistungskosten zu erheben und den jeweiligen Kantonsanteil wie bisher in der Spitalfinanzierung auszunehmen.

Stellungnahmen zu Artikel 60 Absatz 1

Kantone

Der Kanton NE vertritt die Ansicht, dass, wenn den Kantonen das Mitspracherecht hinsichtlich der von ihnen auszurichtenden Zahlungen abgesprochen würde, eine Bestimmung vorgesehen werden sollte, die es ihnen erlaubt, Kontrollen durchzuführen und gewisse Rechnungen, die ihnen von den Versicherern zugestellt werden, abzulehnen.

Versicherer

Curafutura, Assura, CSS Assurance und Groupe Mutuel unterstützen den Vorschlag der SGK-N.

Stellungnahmen zu Artikel 60 Absatz 2

Kantone

Die GDK und die Kantone AG, AI, BE, BL, GE, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SO, SZ, TG, TI, UR, VD, VS, ZG und ZH wünschen einen Einbezug der Langzeitpflege. Für die Förderung der koordinierten Versorgung sei der Einbezug der Langzeitpflege wichtig.

Konsumentenverbände

Die ACSI und die FRC beantragen, den Kantonsbeitrag nur für die spitalstationären und spitalambulanten Leistungen zu verwenden, mit angepasstem Finanzierungsteiler.

Leistungserbringer

Mfe, SBAP, SBK, SHV, SVBG, SWISS REHA und SNL sprechen sich für einen Einbezug der Langzeitpflege aus.

Versicherer

Santésuisse, Assura und die MTK unterstützen, dass die Langzeitpflege nach Artikel 25a von der einheitlichen Finanzierung ausgenommen werden soll.

Santésuisse, Assura und Groupe Mutuel schlagen vor, auch die Kosten für Leistungen im Ausland nach Artikel 34 Absatz 2 an die Berechnung des Kantonsbeitrags anzurechnen.

Curafutura und CSS unterstützen den Vorschlag der SGK-N.

PatientInnen, BenutzerInnen

AGILE, der DVSP und der VAPP sprechen sich für einen Einbezug der Langzeitpflege aus.

Andere

Das BFG sieht keine Notwendigkeit für einen Einbezug der Langzeitpflege. Die GRAAP wünscht einen Einbezug der Langzeitpflege.

Stellungnahmen zu Artikel 60 Absatz 3

Gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft

Der sgv beantragt, dass für die Berechnung des Kantonsbeitrags die Bruttokosten massgebend sind, also inklusive Kostenbeteiligung. So könne eine Ungleichbehandlung der Versicherten mit hoher Franchise vermieden werden.

Konsumentenverbände

Die FRC erwähnt den Anstieg der Kostenbeteiligung im stationären Bereich. Bei einer Beschränkung der einheitlichen Finanzierung auf die Spitäler (spitalambulanter und -stationärer Bereich) bliebe der Anstieg akzeptabel.

Versicherer

Die Mehrheit der Mitglieder von santésuisse, Assura und Groupe Mutuel und die SGV beantragen, dass für die Berechnung des Kantonsbeitrags die Bruttokosten massgebend sind, also inklusive Kostenbeteiligung. So könne eine Ungleichbehandlung der Versicherten mit hoher Franchise vermieden werden. Die Minderheit der Mitglieder von santésuisse, welche bei Artikel 60a eine pauschale Berechnung des Kantonsbeitrags beantragen, unterstützen in Artikel 60 Absatz 3 den Vorschlag der SGK-N.

Curafutura, CSS, SWICA und Visana unterstützen den Vorschlag der SGK-N.

Stellungnahmen zu Artikel 60 Absatz 4

Kantone

Der Kanton GL beantragt, den Kantonsanteil von 25,5 Prozent nochmals zu überprüfen, nachdem mit ambulanten Listen den WZW-Kriterien mehr Nachachtung verschafft wurde. Der Kantonsanteil sei heute bezogen auf die WZW-Kriterien zu hoch. Der Kanton NE macht auf seine zu erwartenden Mehrkosten aufmerksam, besonders in Kombination mit der stark steigenden Restfinanzierung der Langzeitpflege. Er fordert Übergangsfristen.

Kantonale Ärztesgesellschaften

Die GAeSO beantragt, den kantonalen Finanzierungsanteil in einer Übergangszeit zur Bildung von Reserven auf mindestens 30% zu erhöhen.

Versicherer

Santésuisse und Assura beantragen in Artikel 60 Absatz 3 eine Orientierung an den Bruttokosten, entsprechend ist der Prozentsatz in Absatz 4 anzupassen.

Curafutura, CSS, Groupe Mutuel, SWICA und Visana unterstützen den Vorschlag der SGK-N.

Assura vertritt die Ansicht, dass der Prozentsatz des Kantonsbeitrags insofern angepasst werden solle, als sich der Kantonsbeitrag ausgehend von den Bruttokosten berechnet.

Groupe Mutuel ist der Ansicht, dass Übergangsfristen für die Kantone notwendig seien.

Andere

Das BFG ist der Meinung, dass ein Prozentsatz von 25.5% zu einer massiven Mehrbelastung der Kantone und zu einer Entlastung der Prämien führe. Da ausserdem das jeweilige Verhältnis der stationären und ambulanten Kosten von Kanton zu Kanton unterschiedlich ist, sind wie bei der neuen Spitalfinanzierung Übergangsfristen anzuraten.

Stellungnahmen zu Artikel 60 Absatz 5

Versicherer

Santésuisse und Assura beantragen, dass der Bund auch für die Versicherten im Ausland, welche von einem Arbeitgeber in der Schweiz beschäftigt werden (Artikel 3 Absatz 3 Buchstabe b), einen Bundesbeitrag leisten soll.

Curafutura, CSS und Groupe Mutuel unterstützen den Vorschlag der SGK-N.

Stellungnahmen zu Artikel 60 Absatz 6

In der Bundesversammlung vertretene politische Parteien

Die FDP VD weist darauf hin, dass den Kantonen bei der Berechnung des Kantonsbeitrags nicht zu viel Ermessensspielraum zugestanden werden sollte.

Leistungserbringer

Die FMH und der SGDV sind der Meinung, dass es sich anböte, dass die für die Berechnung der Kantons- und Bundesbeiträge notwendigen Daten an die gemeinsame Einrichtung geliefert würden.

Physioswiss RVBB interpretiert diesen Absatz als Vorschrift des Tiers payant und schlägt vor, auch den Tiers garant nach wie vor zuzulassen.

Versicherer

Curafutura, Santésuisse, CSS, Helsana, SWICA, Visana und der SGV beantragen, dass die notwendigen Daten zur Berechnung des Kantons- und Bundesbeitrags statt an den Bund und die Kantone direkt an die Gemeinsame Einrichtung KVG geliefert werden sollen. Die Bestimmung wonach die Kantone und der Bund ihren Beitrag der gemeinsamen Einrichtung der Versicherer entrichten, soll in einen neuen Absatz 7 verschoben werden.

Assura und Groupe Mutuel beantragen, dass die einzelnen Versicherer direkt mit den Kantonen die Entrichtung der Beiträge regeln sollen, ohne notwendigen Einbezug der gemeinsamen Einrichtung.

4.10 Stellungnahmen zu Artikel 60a

Kantone

Die GDK, die CLASS sowie die Kantone AG, AI, BE, LU, NW, OW, SG, SO, TG, UR, ZG und ZH sprechen sich für die Mehrheitsvariante aus.

Die Kantone BL und GL unterstützen den Minderheitsantrag.

In der Bundesversammlung vertretene politische Parteien

Die BDP, die GLP die FDP und die SVP sprechen sich dafür aus, den Kantonsbeitrag als pauschalen Betrag pro versicherte Person einzuspeisen. Die FDP schlägt eine vereinfachte Formulierung vor. Die FDP VD fände eine Einspeisung der Kantonsbeiträge über die Prämienverbilligung oder über gemeinwirtschaftliche Leistungen nicht wünschenswert.

Gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft

Der sgv unterstützt den Vorschlag der Kommissionsmehrheit, weil sie die Anreize zur Risiko-selektion reduziere und den Reservebedarf nicht erhöhe, wie eine Studie von Polynomics ergebe. Der Minderheitsantrag würde demgegenüber das Risiko der Versicherer und damit den Reservebedarf erhöhen.

Leistungserbringer

Argomed, die FMH, pharmaSuisse, die SGDV und die SGP unterstützen den Minderheitsantrag. Die Formulierung sollte aber vereinfacht werden.

SW!SS REHA unterstützt den Mehrheitsantrag.

Die FMCH, Interpharma und die SGS beziehen ausdrücklich keine Stellung zur Frage, ob die Kantonsbeiträge kosten- oder risikobasiert auf die Versicherer aufgeteilt werden sollen. Laut Interpharma darf die Vorlage nicht an einer solchen Frage scheitern.

Versicherer

Die Mehrheit der Mitglieder von Santésuisse, unter ihnen Assura und Groupe Mutuel, unterstützen den Mehrheitsantrag und damit eine Zuteilung der Kantonsbeiträge basierend auf den entstandenen Kosten.

Curafutura und ihre Mitglieder (CSS, Helsana, kpt, sanitas) und eine Minderheit der santésuisse-Mitglieder, unter ihnen SWICA und Visana, unterstützen den Minderheitsantrag und damit eine risikobasierte Zuteilung der Kantonsbeiträge, schlagen aber eine vereinfachte Formulierung vor: «Die gemeinsame Einrichtung teilt den Kantonsbeitrag und den Bundesbeitrag auf die einzelnen Versicherer auf. Dabei befolgt sie die Grundsätze des Risikoausgleichs nach den Artikeln 16- 17a. Für Versicherte, die vom Risikoausgleich nicht erfasst werden, entspricht der zugeteilte Betrag den durchschnittlichen Kosten dieser Versicherten. Der Bundesrat regelt die Einzelheiten.»

PatientInnen, BenutzerInnen

Das BFG ist der Ansicht, dass sich die Versicherer in dieser rein versicherungstechnischen Frage einigen sollten.

4.11 Stellungnahmen zu Artikel 79a

Kantone

Der Kanton VD findet es inakzeptabel, dass den Kantonen kein direktes Einspruchsrecht gewährt wird.

In der Bundesversammlung vertretene politische Parteien

Die SP empfindet diese Änderung als inakzeptabel.

Versicherer

Curafutura und Groupe Mutuel unterstützen den Vorschlag der SGK-N.

4.12 Stellungnahmen zu Artikel II

Kantone

Der Kanton VS unterstützt den Minderheitsantrag. Eine Finanzierungsverantwortung ohne Steuerungsmöglichkeit sei für die Kantone inakzeptabel. Der Kanton BL verlangt ebenfalls eine Koppelung der ambulanten Steuerung an die Vorlage zur einheitlichen Finanzierung.

In der Bundesversammlung vertretene politische Parteien

Die SP unterstützt den Minderheitsantrag. Die Vorlage sollte auf keinen Fall ohne dauerhafte Lösung für die Zulassungssteuerung in Kraft treten.

Gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft

Der SGB unterstützt den Minderheitsantrag in den Schlussbestimmungen.

Leistungserbringer

Die FMH und die SGDV sind der Meinung, dass eine einheitliche Finanzierung keine Mengenausweitung, aber einen erhöhten Bedarf nach ambulanten und einen tieferen nach stationären Kapazitäten zur Folge hätte. Daher lehnen sie den Minderheitsantrag ab.

PharmaSuisse lehnt den Minderheitsantrag ebenfalls ab.

Curaviva hat ein gewisses Verständnis für den Minderheitsantrag. Die Kantone müssten über Steuerungsmöglichkeiten verfügen.

Versicherer

Assura und Groupe Mutuel sind der Ansicht, dass Möglichkeiten zur Steuerung der Zulassung eine einheitliche Finanzierung bedingen. Die beiden Vorlagen sollten deshalb verbunden werden, allerdings mit einer entsprechenden Bestimmung in der Vorlage zur Zulassungssteuerung.

PatientInnen, BenutzerInnen

Das BFG lehnt den Minderheitsantrag ab.

4.13 Andere Vorschläge

Curaviva stellt nicht in Frage, dass die einheitliche Finanzierung auch in der Akut- und der Übergangspflege angewendet werden muss. Sie erinnert aber daran, dass sie schon seit langem eine Änderung der aktuellen Bedingungen für den Anspruch auf und den Zugang zu Akut- und Übergangspflege fordert.

Der Kanton NE vertritt die Ansicht, dass im Fall einer Projektumsetzung auch die Gelegenheit zum Aufbau kantonaler Krankenversicherungen bestehe, die viel eher dazu legitimiert seien, Steuergelder einzusetzen. Zudem schlägt er vor, zur Steuerung des Gesundheitswesens auf nationaler Ebene ein richtiges Gesundheitsgesetz zu schaffen und nicht mehr das KVG anzuwenden, welches in erster Linie die Finanzierung regelt.

Physioswiss ist der Ansicht, dass ein Kapitel «Auswirkungen auf die Leistungserbringer» leider völlig fehle. Die Sicht «wer» Leistungen bezahlt, blende völlig aus, dass die Sicht «was» damit bezahlt wird mit dem Fokus integrierte Versorgung viel wichtiger wäre.

5 Anhang: Liste der Vernehmlassungsteilnehmer²

Abkürzung	Absender
Kantone	
AG	Staatskanzlei des Kantons Aargau Chancellerie d'État du canton d'Argovie Cancelleria dello Stato del Cantone di Argovia
AI	Ratskanzlei des Kantons Appenzell Innerrhoden Chancellerie d'État du canton d'Appenzell Rhodes-Intérieures Cancelleria dello Stato del Cantone di Appenzello Interno
AR	Kantonskanzlei des Kantons Appenzell Ausserrhoden Chancellerie d'État du canton d'Appenzell Rhodes-Extérieures Cancelleria dello Stato del Cantone di Appenzello Esterno
BE	Staatskanzlei des Kantons Bern Chancellerie d'État du canton de Berne Cancelleria dello Stato del Cantone di Berna
BL	Landeskanzlei des Kantons Basel-Landschaft Chancellerie d'État du canton de Bâle-Campagne Cancelleria dello Stato del Cantone di Basilea Campagna
BS	Staatskanzlei des Kantons Basel-Stadt Chancellerie d'État du canton de Bâle-Ville Cancelleria dello Stato del Cantone di Basilea Città
FR	Staatskanzlei des Kantons Freiburg Chancellerie d'État du canton de Fribourg Cancelleria dello Stato del Cantone di Friburgo
GE	Staatskanzlei des Kantons Genf Chancellerie d'État du canton de Genève Cancelleria dello Stato del Cantone di Ginevra
GL	Regierungskanzlei des Kantons Glarus Chancellerie d'État du canton de Glaris Cancelleria dello Stato del Cantone di Glarona
GR	Standeskanzlei des Kantons Graubünden Chancellerie d'État du canton des Grisons Cancelleria dello Stato del Cantone dei Grigioni
JU	Staatskanzlei des Kantons Jura Chancellerie d'État du canton du Jura Cancelleria dello Stato del Cantone del Giura
LU	Staatskanzlei des Kantons Luzern Chancellerie d'État du canton de Lucerne Cancelleria dello Stato del Cantone di Lucerna
NE	Staatskanzlei des Kantons Neuenburg

² in alphabetischer Reihenfolge der Abkürzungen

	Chancellerie d'État du canton de Neuchâtel Cancelleria dello Stato del Cantone di Neuchâtel
NW	Staatskanzlei des Kantons Nidwalden Chancellerie d'État du canton de Nidwald Cancelleria dello Stato del Cantone di Nidvaldo
OW	Staatskanzlei des Kantons Obwalden Chancellerie d'État du canton d'Obwald Cancelleria dello Stato del Cantone di Obvaldo
SG	Staatskanzlei des Kantons St. Gallen Chancellerie d'État du canton de St-Gall Cancelleria dello Stato del Cantone di San Gallo
SH	Staatskanzlei des Kantons Schaffhausen Chancellerie d'État du canton de Schaffhouse Cancelleria dello Stato del Cantone di Sciaffusa
SO	Staatskanzlei des Kantons Solothurn Chancellerie d'État du canton de Soleure Cancelleria dello Stato del Cantone di Soletta
SZ	Staatskanzlei des Kantons Schwyz Chancellerie d'État du canton de Schwytz Cancelleria dello Stato del Cantone di Svitto
TG	Staatskanzlei des Kantons Thurgau Chancellerie d'État du canton de Thurgovie Cancelleria dello Stato del Cantone di Turgovia
TI	Staatskanzlei des Kantons Tessin Chancellerie d'État du canton du Tessin Cancelleria dello Stato del Cantone Ticino
UR	Standeskanzlei des Kantons Uri Chancellerie d'État du canton d'Uri Cancelleria dello Stato del Cantone di Uri
VD	Staatskanzlei des Kantons Waadt Chancellerie d'État du canton de Vaud Cancelleria dello Stato del Cantone di Vaud
VS	Staatskanzlei des Kantons Wallis Chancellerie d'État du canton du Valais Cancelleria dello Stato del Cantone del Vallese
ZG	Staatskanzlei des Kantons Zug Chancellerie d'État du canton de Zoug Cancelleria dello Stato del Cantone di Zugo
ZH	Staatskanzlei des Kantons Zürich Chancellerie d'État du canton de Zurich Cancelleria dello Stato del Cantone di Zurigo
CLASS	Conférence Latine des Affaires Sanitaires et Sociales

GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirektoren (GDK) Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS)
<i>In der Bundesversammlung vertretene politische Parteien</i>	
BDP	Bürgerlich-Demokratische Partei
PBD	Parti bourgeois-démocratique
PBD	Partito borghese democratico
CVP	Christlichdemokratische Volkspartei
PDC	Parti démocrate-chrétien
PPD	Partito popolare democratico
FDP	Die Liberalen
PLR	Les Libéraux-Radicaux
PLR.I	Liberali Radicali
PLR VD	Les Libéraux-Radicaux Vaudois
GLP	Grünliberale Partei
PVL	Parti vert'libéral
PVL	Partito verde-liberale
SPS	Sozialdemokratische Partei der Schweiz
PSS	Parti socialiste suisse
PSS	Partito socialista svizzero
SVP	Schweizerische Volkspartei
UDC	Union Démocratique du Centre
UDC	Unione Democratica di Centro
<i>Gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft</i>	
CP	Centre patronal (Paudex)
economiesuisse	Verband der Schweizer Unternehmen Fédération des entreprises suisses Federazione delle imprese svizzere Swiss business federation
sgv	Schweizerischer Gewerbeverband
usam	Union suisse des arts et métiers
usam	Unione svizzera delle arti e mestieri
SGB	Schweizerischer Gewerkschaftsbund (SGB)
USS	Union syndicale suisse (USS)
USS	Unione sindacale svizzera (USS)
VPOD	Verband des Personals Öffentlicher Dienste
SSP	Syndicat Services publics
SSP	Sindacato dei servizi pubblici
<i>Interessierte Kreise</i>	

Konsumentenverbände	
ACSI	Associazione consumatrici e consumatori della Svizzera italiana (ACSI) Konsumentenverband der italienischen Schweiz Association des consommateurs de Suisse italienne
FRC	Fédération romande des consommateurs
kf	Konsumentenforum(kf) Forum des consommateurs Forum dei consumatori
SKS	Stiftung für Konsumentenschutz (SKS) Fondation pour la protection des consommateurs Fondazione per la protezione dei consumatori
Organisationen des Gesundheitswesens	
Leistungserbringer	
Argomed	Argomed Ärzte AG
CURAVIVA	Verband Heime und Institutionen Schweiz Association des homes et institutions sociales suisses Associazione degli istituti sociali e di cura svizzeri
FMCH	FMCH
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) Fédération des médecins suisses Federazione dei medici svizzeri
FSP	Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen Fédération suisse des psychologues Federazione svizzera delle psicologhe e degli psicologi
H+	H+ Die Spitäler der Schweiz H+ Les Hôpitaux de Suisse H+ Gli Ospedali Svizzeri
Interpharma	Verband der forschenden pharmazeutischen Firmen der Schweiz Association des entreprises pharmaceutiques suisses pratiquant la recherche
K3	Konferenz kantonale Krankenhausverbände K3
KSBL	Kantonsspital BL
Medswiss.net	Schweizer Dachverband der Ärztenetze Association suisse des réseaux de médecins Associazione svizzera delle reti di medici
mfe	Haus- und Kinderärzte Schweiz Médecins de famille et de l'enfance Medici di famiglia e dell'infanzia Svizzera
pharmaSuisse	Schweizerischer Apothekerverband Société suisse des pharmaciens Società svizzera dei farmacisti
Physioswiss	Schweizerischer Physiotherapie-Verband Association suisse de physiothérapie

	Associazione svizzera di fisioterapia
physioswiss RVBB	Schweizerischer Physiotherapie-Verband Regionalverband Beide Basel
PKS	Privatkliniken Schweiz Cliniques privées suisses Cliniche private svizzere
sa'ges	Soziale Arbeit im Gesundheitswesen
SBAP	Schweizerischer Berufsverband für angewandte Psychologie Association professionnelle suisse de psychologie appliquée Associazione Professionale Svizzera della Psicologia Applicata
SBK	Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI) Associazione svizzera delle infermiere e degli infermieri (ASI)
scienceindustries	Wirtschaftsverband Chemie Pharma Biotech Association des industries Chimie Pharma Biotech Associazione economica per la chimica, la farmaceutica e la biotecnologia
Senesuisse	Verband wirtschaftlich unabhängiger Alters- und Pflegeeinrichtungen Schweiz Association d'établissements économiquement indépendants pour personnes âgées Suisse
SGAIM	Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin Société suisse de médecines interne générale
SGDV	Schweizerische Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie (SGDV) Société suisse de dermatologie et vénéréologie (SSDV) Società svizzera di dermatologia e venereologia (SSDV)
SGP	Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie Société suisse de pédiatrie (SSP) Società svizzera di pediatria (SSP)
SGS	Schweizerische Gesellschaft für Spinalchirurgie
SHV	Schweizerischer Hebammenverband (SHV) Fédération suisse des sages-femmes (FSSF) Federazione svizzera delle levatrici
SNL	Swiss Nurse Leaders
Spitex	Spitex Verband Schweiz Association suisse des services d'aide et de soins à domicile Associazione svizzera dei servizi di assistenza e cura a domicilio
SVBG	Schweizerischer Verband der Berufsorganisationen im Gesundheitswesen (SVBG) Fédération suisse des associations professionnelles du domaine de la santé (FSAS) Federazione Svizzera delle Associazioni professionali Sanitari (FSAS)
	Swiss Orthopedics
SWISS REHA	Vereinigung der Rehabilitationskliniken der Schweiz Association des cliniques de réadaptation de pointe en Suisse Associazione delle cliniche più all'avanguardia per la riabilitazione in Svizzera
unimedsuisse	Universitäre Medizin Schweiz Médecine universitaire suisse

	Associazione medicina universitaria svizzera
USB	Unispital Basel
vips	Vereinigung der Pharmafirmen in der Schweiz Association des entreprises pharmaceutiques en Suisse Associazione delle imprese farmaceutiche in Svizzera
VLSS	Verein der Leitenden Spitalärztinnen und -ärzte der Schweiz (VLSS) Association des médecins dirigeants d'hôpitaux de Suisse (AMDHS) Associazione medici dirigenti ospedalieri svizzeri (AMDOS)
VNS	Verband Nordwestschweizerischer Spitäler
VSAO	Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte (VSAO) Association suisse des médecins-assistants et chefs de clinique (ASMAC) Associazione svizzera dei medici assistenti e capiclinica (ASMAC)
Leistungserbringer – (kantonale oder regionale) Ärztesgesellschaften	
AGBE	Ärztesgesellschaft des Kantons Bern Société des médecins du canton de Berne
GAeSO	Ärztesgesellschaft des Kantons Solothurn
KKA	Konferenz der kantonalen Ärztesgesellschaften (KKA) Conférence des sociétés cantonales de médecine (CCM) Conferenza delle società mediche cantonali (CMC)
OMCT	Ordine di Medici del Cantone di Ticino
SMCF	Société de médecine du canton de Fribourg
SMVS	Walliser Ärztesgesellschaft (VSÄG) Société médicale du Valais (SMVS)
SVM	Waadtländer Medizingesellschaft Société vaudoise de médecine
Versicherer	
	Assura
Curafutura	Die innovativen Krankenversicherer Les assureurs-maladie innovants Gli assicuratori-malattia innovativi
CSS Assurance	CSS Assurance
CSS Institut	CSS Institut
Groupe Mutuel	Groupe Mutuel
Helsana	Helsana
MTK	Medizinaltarif-Kommission UVG
CTM	Commission des tarifs médicaux LAA
CTM	Commissione delle tariffe mediche LAINF
santésuisse	Verband der Schweizer Krankenversicherer Les assureurs-maladie suisses Gli assicuratori malattia svizzeri

SGV	Schweizerische Gesellschaft der Vertrauens- und Versicherungsärzte (SGV) Société Suisse des médecins-conseils et médecins d'assurances (SSMC)
SVV	Schweizerischer Versicherungsverband (SVV) Association suisse d'assurances (ASA) Associazione svizzera d'assicurazioni (ASA)
SWICA	SWICA
Visana	Visana
PatientInnen, BenutzerInnen	
AGILE.CH	Die Organisationen von Menschen mit Behinderung Les organisations de personnes avec handicap Le organizzazioni di persone con andicap
DVSP	Dachverband Schweizerischer Patientenstellen (DVSP) Fédération suisse des patients
Forum Gesundheit Schweiz	Forum Gesundheit Schweiz
IGPZ	Interessengemeinschaft Prämienzahler
SPO	Schweizerische Stiftung SPO Patientenschutz (SPO) Fondation Organisation suisse des patients (OSP) Fondazione Organizzazione svizzera dei pazienti (OSP)
VAPP	Verein ambulante psychiatrische Pflege
VASK	Verein Angehörige Psychisch Kranker Schweiz
Andere	
BFG	Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen (BGF) Entente Système de santé libéral
GRAAP	Groupe action psychiatrie
GELIKO	Schweizerische Gesundheitsligen-Konferenz Conférence nationale suisse des ligues de la santé Conferenza nazionale svizzera delle leghe per la salute
PH CH	Public Health Schweiz Santé publique Suisse Salute pubblica Svizzera