



Versand per E-Mail

An das Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen

abteilung-leistungen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Bern, 30.10.2018

8-2-1 / MJ / HU / KB / MW / KS

Stellungnahme der GDK zum Vorentwurf des EDI vom 14.9.2018 zur Teilrevision des KVG betreffend Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit, zum Vorentwurf und zu den Erläuterungen des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) zur Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) mit dem Titel «Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1» Stellung zu nehmen.

Der GDK-Vorstand hat die Vernehmlassungsvorlage an seiner Sitzung vom 25. Oktober 2018 beraten und nimmt dazu wie folgt Stellung:

1 Allgemeine Bemerkungen

Als zentrale Akteure in der Sicherstellung und Mitfinanzierung der Gesundheitsversorgung haben die Kantone grosses Interesse an der Optimierung der Steuerungs- und Finanzierungssysteme im Gesundheitswesen. Die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen beschäftigt auch die Kantone. Sie begrüssen deshalb die allgemeine Stossrichtung des Kostendämpfungsprogramms und sind bereit, zu dessen Umsetzung einen Beitrag zu leisten.

Allerdings ist die GDK der Ansicht, dass bei der Weiterverfolgung und Umsetzung der Kostendämpfungsmassnahmen unbedingt die Gesamtsicht auf das System gewahrt werden muss. Die mit dem Paket 1 vorgeschlagenen Massnahmen sehen neue Aufgaben und Rollen für den Bund, die Kantone, Versicherer und auch Leistungserbringer vor. Es besteht die Gefahr, dass es zu ungeplanten und nicht beabsichtigten Wechselwirkungen mit bisher bestehenden Regelungen, aber auch mit weiteren geplanten Reformvorhaben kommt (z. B. Vorlage zur Zulassung von Leistungserbringern). Eine sorgfältige Prüfung möglicher Auswirkungen ist daher unerlässlich. Insbesondere sind Effekte auf die anderen Finanziere und auf die Versorgung im Auge zu behalten.

Gewisse Massnahmen beurteilen wir zudem als noch zu wenig ausgereift und kaum wirksam in Bezug auf die erwähnten Zielsetzungen.

Gerne nehmen wir dazu im Folgenden detailliert Stellung.



2 Bemerkungen zu den einzelnen Massnahmenvorschlägen

2.1 Experimentierartikel (M02) (Art. 59b E-KVG)

Grundsätzlich begrüsst die GDK die Schaffung eines Experimentierartikels. Sie ist allerdings der Ansicht, dass der vorliegende Entwurf von Art. 59b inhaltlich zu einschränkend ist und den heutigen Spielraum des KVG eher beschneidet. Das KVG bietet bereits heute ungenutzten Handlungsspielraum z. B. für neue Vergütungs-, Versicherungs- oder Versorgungsmodelle, der aber von den Akteuren (insb. Leistungserbringer und Versicherer) nicht ausgeschöpft wird. Auch auf kantonaler Ebene sind bereits heute andere Finanzierungs- und Versorgungsmodelle bei entsprechender kantonalrechtlicher Grundlage möglich. Mit Blick auf das Gesamtsystem ist aus Sicht der GDK ausserdem der Geltungsbereich des Artikels weiter zu fassen und explizit um die Förderung der integrierten Versorgung und der Prävention zu erweitern. Im Rahmen eines Pilotprojektes muss auch die Finanzierung neuer Leistungen ermöglicht werden, wenn damit eine effizientere Versorgung erreicht wird.

Weiter ist die GDK der Ansicht, dass das EDI nur für die Bewilligung von Pilotprojekten mit einem nationalen Geltungsbereich zuständig sein kann. Auf kantonaler und regionaler Ebene sollen die Kantone Projekte bewilligen können. Generell dürfen die verfassungsmässigen Zuständigkeiten der Kantone nicht tangiert werden. Die Bestimmung, dass Kantone zur Mitwirkung an einem Pilotprojekt verpflichtet werden können, beschneidet die grundsätzliche kantonale Zuständigkeit im Gesundheitswesen und verletzt das Subsidiaritätsprinzip. Sie ist daher zu streichen.

Im erläuternden Bericht des Bundesrates heisst es, dass die Rechte der Versicherten während der Dauer der Pilotprojekte zu gewährleisten sind. Eine Verpflichtung der Versicherten zur Teilnahme an Pilotprojekten beurteilen wir daher – und auch unter den Gesichtspunkten der Rechtsgleichheit und Rechtssicherheit – kritisch. Insbesondere Massnahmen, die den Zugang zu Leistungen einschränken oder die Versicherten zu zusätzlichen Kostenübernahmen verpflichten, würden wohl die Rechte der Versicherten in unzulässiger Weise tangieren. Es stellt sich darüber hinaus die Frage, ob die Bürgerinnen und Bürger, die zur Teilnahme verpflichtet werden, nicht Anspruch auf einen Nachteilsausgleich haben.

Es ist wahrscheinlich, dass einige Pilotprojekte für ihre Durchführung eine besondere Finanzierung erfordern. Die Finanzierung müsste daher an geeigneter Stelle im Artikel geregelt werden.

Schliesslich muss geregelt werden, dass Projekte reversibel sein müssen. Wenn sich ein Projekt nicht als wirksam erweist, muss schadlos wieder die bisherige Regelung zum Tragen kommen können.

Anträge

- Änderung der Kapitelbezeichnung: «Pilotprojekte zur Eindämmung der Kostenentwicklung, zur Förderung der integrierten Versorgung und zur Prävention»
- Abs. 1: «Um neue Modelle zur Eindämmung der Kostenentwicklung zu erproben, kann bei nationalen Projekten das EDI und bei regionalen/kantonalen Projekten die jeweilige Kantonsregierung Pilotprojekte insbesondere in folgenden Bereichen bewilligen...»
- Ergänzung von Abs. 1: «g. Finanzierung neuer Leistungen zur Steigerung der Versorgungsqualität und -effizienz»
- Ergänzung von Abs. 1: «h. Prävention»
- Abs. 2: «Die Pilotprojekte sind inhaltlich, zeitlich und räumlich begrenzt und reversibel.»
- Abs. 4: «Die ~~Kantone, die~~ Versicherer oder ihre Verbände und die Leistungserbringer oder ihre Verbände ~~sowie die Versicherten~~ können zur Teilnahme an einem Pilotprojekt verpflichtet werden, wenn sich mit einer freiwilligen Teilnahme nicht angemessen beurteilen lässt, wie sich eine spätere Verallgemeinerung des Pilotprojekts auswirkt.»



- Abs. 6: «Nach Abschluss des Pilotprojekts kann der Bundesrat vorsehen, dass Bestimmungen nach Absatz 3 für maximal drei Jahre anwendbar bleiben, wenn die Evaluation gezeigt hat, dass mit dem erprobten Modell die Kostenentwicklung wirksam eingedämmt bzw. die integrierte Versorgung oder die Prävention gefördert werden kann und wenn un-mittelbar ein Gesetzgebungsprojekt gestartet wird...»

2.2 Rechnungskontrolle (Art. 42 Abs. 3 dritter Satz E-KVG)

Die GDK stimmt mit der Zielsetzung dieser Massnahme überein, nämlich, dass die Transparenz über die abgerechneten Leistungen und deren Kosten erhöht werden soll, um das Kostenbewusstsein der Versicherten zu stärken. Die vorgeschlagene Regelung erachten wir aber als ungeeignet, um dieses Ziel zu erreichen. Sie würde zu einem massiven Mehraufwand bei den Leistungserbringern führen, ohne einen erheblichen zusätzlichen Nutzen zu bringen, da die Rechnungsinhalte für die versicherten Personen schwierig zu interpretieren sind.

Wir schlagen daher vor, anstelle des Versands einer Rechnungskopie an die versicherte Person ein Auskunftsrecht zu schaffen, das den versicherten Personen auf Anfrage ein Anrecht auf Information durch den Leistungserbringer zu den abgerechneten Leistungen und deren Kosten einräumt.

Zudem sollten die Versicherer auf der Leistungsabrechnung ergänzend zu heute den vom Kanton getragenen Anteil aufführen.

Mit dieser Alternative könnte das Ziel der Massnahme erreicht werden, ohne das System mit erheblichem administrativen Mehraufwand zu belasten.

Antrag

- Streichung der Bestimmung bzw. Ausarbeitung einer alternativen Bestimmung
- Ergänzung von Art. 42 Abs. 3: «... Darauf ist auch der vom Kanton getragene Anteil aufzuführen.»

2.3 Tarife und Kostensteuerung

2.3.1 Pauschalen im ambulanten Bereich fördern (M15) und einheitliche ambulante Tarifstrukturen (Art. 43 Abs. 5 erster Satz E-KVG)

Grundsätzlich unterstützt die GDK das Ziel, dass der Bundesrat auch ambulante Pauschalen festlegen können soll. Damit wird der Druck auf die Tarifpartner erhöht, selber solche Pauschalen zu erarbeiten, wo diese aus medizinischer und aus ökonomischer Sicht sinnvoll sind.

Eine schweizweit einheitliche Struktur für Pauschaltarife macht aber nur in Fällen Sinn, bei denen die Versorgung in der ganzen Schweiz standardisiert erfolgt und auf klar abgrenzbare Leistungen bezogen ist. In vielen Bereichen (z. B. kardiale Rehabilitation, psychiatrische Tages- und Nachtstrukturen, Methadonbehandlungen) ist dies aber nicht der Fall, da unterschiedliche Versorgungsstrukturen bestehen. Für diese Bereiche sollen weiterhin kantonale Tarifstrukturen möglich sein.

Vor diesem Hintergrund schlagen wir eine grundsätzliche Überarbeitung der Formulierung dieser Bestimmung vor. Falls die Regelung den Zweck verfolgt, im ambulanten Bereich Einzelleistungstarife langfristig abzulösen, sollte dies ausdrücklich offengelegt werden.

Antrag

- Überarbeitung der Bestimmung
- Eventualiter: «Einzelleistungstarife sowie auf klar abgrenzbare, standardisierte ambulante Behandlungen bezogene Patientenpauschaltarife müssen auf einer gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur beruhen. Komplexere ambulante Behandlungen beruhen weiterhin auf kantonalen Tarifstrukturen.»



2.3.2 Schaffung nationales Tariffbüro (M34) (Art. 47a E-KVG)

Die GDK begrüsst die Schaffung eines nationalen Tariffbüros. Dies kann für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege von Tarifstrukturen für ambulante Behandlungen einen sinnvollen Ausweg aus der seit Jahren anhaltenden Blockade unter den Tarifpartnern darstellen. Die Kantone sollen jedoch paritätisch an dieser Organisation beteiligt werden.

Die Zuständigkeit der Tariforganisation soll sich auf diejenigen Tarifstrukturen beschränken, die schweizweite Gültigkeit haben (vgl. Stellungnahme zu M15). Auch wenn eine Dachorganisation mit Untereinheiten pro Leistungserbringerbereich oder eine separate Organisation pro Tarifstruktur denkbar sind, soll das Tariffbüro zumindest in der Startphase in erster Linie für die Tarifstrukturen für Arztleistungen zuständig sein.

Die Frage der Finanzierung des nationalen Tariffbüros soll, analog zum stationären Bereich, auf Gesetzesebene geklärt werden.

Um im stationären Bereich eine Analogie herzustellen, schlagen wir vor, Art. 49 Abs. 2 KVG entsprechend anzupassen. Damit kann das Problem der Integration von curafutura in die SwissDRG AG gelöst und die Einreichung des Genehmigungsantrags beim Bundesrat der nationalen Tariforganisation anvertraut werden. Wenn alle Partner in der Organisation vertreten sind, kann diese auch den Antrag an den Bundesrat stellen.

Anträge

- Abs. 1: «Die Verbände der Leistungserbringer und diejenigen der Versicherer setzen gemeinsam mit den Kantonen eine paritätisch besetzte Organisation ein, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der Tarifstrukturen für Einzelleistungstarife mit Schwerpunkt Arztleistungen sowie, soweit von den Tarifpartnern gewünscht, ambulante Pauschalen ambulante Behandlungen zuständig ist. »
- Abs. 3: «...so setzt der Bundesrat sie für die Beteiligten nach Absatz 1 Verbände der Leistungserbringer und diejenigen der Versicherer ein. »
- Abs. 4: «Die von der Organisation erarbeiteten Tarifstrukturen und deren Anpassungen werden dem Bundesrat von der Organisation den Tarifpartnern zur Genehmigung unterbreitet. »
- Einführung einer gesetzlichen Bestimmung zur Finanzierung der Organisation.
- Anpassung von Art. 49 Abs. 2 KVG: «... Die von der Organisation erarbeiteten Strukturen sowie deren Anpassungen werden ~~von den Tarifpartnern~~ dem Bundesrat durch die Organisation zur Genehmigung unterbreitet.»

2.3.3 Tarifstruktur aktuell halten (M25) (Art. 47b E-KVG)

Die GDK ist grundsätzlich mit der Datenlieferpflicht an den Bundesrat einverstanden. Aber auch die Lieferpflicht an die Kantone muss eine unmissverständliche, klare gesetzliche Grundlage im KVG erhalten. Gerade wenn es ein Ziel der Regelung ist, die Doppelspurigkeiten und Redundanzen zu vermeiden.

Sollte eine Datenlieferung auch für die Tarife nach Art. 46 Abs. 4 KVG geregelt werden, wäre dies in Art. 46 vorzunehmen und zugleich der Geltungsbereich auf kantonale Genehmigungs- oder Festsetzungsverfahren auszuweiten. Wir erachten die vorgeschlagene Bestimmung bezüglich Abgrenzung von Tarifstruktur und Tarifen als noch nicht ausgereift.

Die GDK schlägt vor, analoge Sanktionsmöglichkeiten für den stationären Bereich aufzunehmen oder die generelle Einführung eines Sanktionsartikels im KVG zu prüfen.

Anträge

- Abs. 2: «Die Leistungserbringer und deren Verbände und die Versicherer und deren Verbände sowie die Organisation nach Absatz 47a sind verpflichtet, dem Bundesrat und den



Kantonen diejenigen Daten kostenlos bekanntzugeben, die für die Festlegung, Anpassung und Genehmigung der ~~Tarife und Preise~~ Tarifstrukturen notwendig sind. ...»

- Abs. 3: «Gegen Verbände der Leistungserbringer, diejenigen der Versicherer und die Organisation nach ~~Absatz Artikel 47a~~, die gegen die Pflicht zur Datenbekanntgabe nach Absatz 2 verstossen, ~~kann~~ können der Bundesrat und die Kantone Sanktionen ergreifen....»
- Anpassung von Art. 49 Abs. 2 KVG: «... Die Spitäler haben der Organisation die dazu notwendigen Kosten- und Leistungsdaten abzuliefern. Gegen Leistungserbringer, die gegen diese Pflicht verstossen, können der Bundesrat und die Kantone Sanktionen ergreifen. ...»
- Eventualiter neuen Sanktionsartikel schaffen: «Wird gegen Pflichten oder Auflagen dieses Gesetzes verstossen, können der Bundesrat und die Kantone entsprechende Sanktionen anordnen.»

2.3.4 Massnahmen zur Steuerung der Kosten (Art. 47c E-KVG)

Die GDK anerkennt, dass mit einer solchen neuen Bestimmung ein potenziell wirksames Instrument zur Eindämmung der Kosten vorgeschlagen wird, das die Kostenverantwortung der Leistungserbringer in einem angebotsgetriebenen Markt stärken kann.

Die Versorgungsverantwortung und Steuerungskompetenz verbleibt aber in den Händen der Kantone. Darauf nimmt die vorgeschlagene Regelung nicht ausreichend Rücksicht. So beinhaltet sie auch eine Steuerung von Leistungen durch die Tarifpartner, was je nach Interpretation (nur Mengen oder auch Inhalt der Leistungen) bestehende kantonale Kompetenzen tangieren kann (insbesondere Spitalplanung, Leistungsaufträge, Zulassung von Leistungserbringern). Sie führt ausserdem potenziell zu einer sehr hohen Anzahl an verschiedenen vertraglichen Vereinbarungen, was die Steuerbarkeit erschwert und die Umsetzbarkeit grundsätzlich in Frage stellt. Weiter ist nicht klar, in welchem Zusammenhang sie zu anderen laufenden KVG-Revisionsprojekten steht, insbesondere zur Vorlage über die Zulassungssteuerung.

Die Bestimmung ist aus Sicht der GDK unter Berücksichtigung folgender Eckwerte zu überarbeiten:

- Die kantonale Verantwortung für die Versorgungsplanung wird nicht ausgehebelt.
- Es gilt das Primat der staatlichen Steuerung über die vertraglich unter den Tarifpartnern vereinbarte Steuerung.
- Es muss auch ein Mechanismus für Steuerung bei Unterversorgung vorgesehen werden.
- Interferenzen zu anderen laufenden KVG-Revisionsprojekten werden ausgemerzt.

Anträge

- Überarbeitung der Bestimmung
- Eventualiter: Art. 47c ist zu ergänzen mit Abs. 3 (neu): «Die Massnahmen nach Absatz 1 können in kantonal geltende Tarifverträge integriert oder in eigenen kantonalen Verträgen festgelegt werden; diese sind der Kantonsregierung zur Genehmigung zu unterbreiten.» Denn bei kantonalen Tarifverträgen sollten die für die gesamtschweizerischen Verträge vorgesehenen Bestimmungen analog gelten. Die Genehmigung soll in diesem Fall durch die Kantonsregierungen erfolgen.
- Eventualiter: Abs. 3 (neu 4): «... Diese Massnahmen müssen im Einklang stehen mit einer Planung und Steuerung durch die zuständigen Behörden und den dieser Planung zugrundeliegenden Planungsgrundlagen, insb. mit einer Spital- oder Pflegeheimplanung nach Art. 39 KVG, und sowohl eine drohende Unter- wie Überversorgung in sachgerechter Weise berücksichtigen.»
- Eventualiter: Abs. 4 (neu 5): «Sie müssen Regeln zur Korrektur korrigierende Massnahmen bei ungerechtfertigten Erhöhungen der Mengen und der Kosten gegenüber dem Vorjahr vorsehen.»



- Eventualiter: Abs. 6 (neu 7): «Die Tarifpartner reichen die vereinbarten Massnahmen jener kantonalen oder nationalen Behörde zur Genehmigung ein, die für die Planung und Steuerung des jeweiligen Bereichs zuständig ist. Fehlt eine solche Zuständigkeit, erfolgt eine Genehmigung durch den Bund. Können sich die Leistungserbringer oder deren Verbände und die Versicherer oder deren Verbände nicht einigen, so legt ~~der Bundesrat~~ die für die Planung und Steuerung zuständige Behörde oder bei Fehlen einer entsprechenden Zuständigkeit der Bund die Massnahmen zur Steuerung der Kosten fest. Die Leistungserbringer und die Versicherer geben ~~dem Bundesrat~~ der zuständigen Behörde auf Verlangen kostenlos diejenigen Daten bekannt, die für die Festlegung der Massnahmen notwendig sind.»
- Abs. 7 (neu 8): streichen, da selbstverständlich.

2.4 Referenzpreissystem bei Arzneimitteln (Art. 44 Abs. 1 zweiter Satz E-KVG)

Die GDK geht davon aus, dass diese Massnahme das Problem der wirklich teuren Arzneimittel nicht lösen kann. Hingegen weisen wir darauf hin, dass die vorgeschlagene Regelung zu einer für Leistungserbringer und Versicherte äusserst unübersichtlichen Situation führen kann.

2.5 Beschwerderecht für Versichererverbände gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach Art. 39 KVG (Art. 53 Abs. 1^{bis} E-KVG)

Die GDK lehnt das Beschwerderecht der Versichererverbände gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach Art. 39 KVG entschieden ab.

Die Bestimmung würde nicht zur Kosteneindämmung beitragen, sondern eher kostentreibend wirken und zu noch mehr Rechtsunsicherheit bezüglich der Gültigkeit von Leistungsaufträgen / Spitallisten führen. Es ist zu befürchten, dass nicht nur einzelne Leistungsaufträge oder Leistungserbringer, sondern die ganze Spitalliste / -planung bestritten würden. Die mit solchen Beschwerden verbundene aufschiebende Wirkung der Spitalplanungsentscheide würde die Spitalplanung unterlaufen und ihre Wirksamkeit gefährden. Damit werden die Versicherer zu Spitalplanern, ohne aber – wie die Kantone – eine verfassungsmässige Versorgungsverantwortung tragen zu müssen.

Solange Grund- und Zusatzversicherung nicht getrennt sind, besteht für die Versicherer im Übrigen ein Interessenkonflikt in Bezug auf gewisse Leistungserbringer, mit denen sie im Zusatzversicherungsbereich für sie vorteilhafte Verträge abgeschlossen haben. Es ist somit nicht auszuschliessen, dass Beschwerden der Versicherer in solchen Fällen der Zielsetzung der bedarfsgerechten Spitalplanung und damit auch der Kosteneindämmung zuwiderlaufen können.

Investitionsentscheide, welche die Spitäler selbst oder die Kantone (im Fall, dass sie Spital-eigner sind) treffen, wären von diesem Beschwerderecht ohnehin nicht betroffen.

Antrag

- Verzicht auf Neuregelung Art. 53 Abs. 1^{bis} E-KVG

2.6 Massnahmen in der Unfall-, Invaliden- und Militärversicherung

Die GDK beurteilt diese Änderungen kritisch. Das IVG sieht das Naturalleistungsprinzip vor und somit weder Kontrahierungszwang noch Aufnahmepflicht. Ebenso wenig sind einige im KVG geregelte Grundsätze im IVG auf Gesetzesstufe geregelt, z. B. weder die Tarifstruktur noch die WZW-Kriterien. Es ist daher nicht klar, warum eine solche Regelung auf Gesetzesstufe vorgesehen werden soll. Diese wäre eher in den Tarifverträgen zu regeln, analog Tarifstruktur, Tariffhöhe und Aufnahmepflicht.

Wenn an einer Regelung festgehalten wird, wäre zu gewährleisten, dass die Versicherer mit diesen Massnahmen die Sicherstellung der Versorgung nicht gefährden. Bereits heute gibt es



Leistungsbereiche, bei denen die Kantone als Restfinanzierer einspringen müssen, da die Tarife von UV und IV nicht alle Kosten, z. B. Vorhalteleistungen, finanzieren (z. B. Kinderspitex).

3 Bemerkungen zu den Auswirkungen auf die Kantone

Zusammenfassend halten wir fest, dass gewisse Massnahmen aus dem Kostendämpfungspaket von der GDK durchaus unterstützt werden. Einige Massnahmen tangieren aber die Zuständigkeiten der Kantone in der vorgeschlagenen Regelungsform empfindlich und bedürfen daher aus Sicht der GDK einer Korrektur oder Konkretisierung, welche die Zuständigkeiten der Kantone respektiert.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen und stehen Ihnen für weitere Auskünfte gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

SCHWEIZERISCHE KONFERENZ DER KANTONALEN
GESUNDHEITSDIREKTORINNEN UND -DIREKTOREN

Der Präsident

Dr. Thomas Heiniger
Regierungsrat

Der Zentralsekretär

Michael Jordi

Kopie:

- Kantonale Gesundheitsdirektionen
- Eidgenössisches Departement des Innern