

Bundesamt für Gesundheit
Frau Anne Lévy, Direktorin
Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

8-2-1 / KB/HU/MJ

Bern, 23. Oktober 2020

Stellungnahme der GDK zum Vorentwurf des EDI vom 19.8.2020 zur Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)

Sehr geehrte Frau Lévy
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit, zum Vorentwurf und zu den Erläuterungen des EDI zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) und somit zum indirekten Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen» Stellung zu nehmen.

Der GDK-Vorstand hat die Vernehmlassungsvorlage an seiner Sitzung vom 22. Oktober 2020 beraten und nimmt dazu wie folgt Stellung:

Allgemeine Bemerkungen

Die GDK begrüsst die allgemeine Stossrichtung des Kostendämpfungsprogramms und kann die im Massnahmenpaket 2 vorgeschlagenen Massnahmen mehrheitlich unterstützen. Als zentrale Akteure in der Gesundheitsversorgung sind die Kantone bereit, zur Optimierung der Steuerung und Finanzierung im Gesundheitswesen einen Beitrag zu leisten.

Wie bereits bei der Beurteilung des ersten Massnahmenpakets findet die GDK unerlässlich, bei der Planung und Umsetzung von Massnahmen mit kostendämpfender Wirkung das gesamte Gesundheitssystem und insbesondere auch die Versorgungssicherheit und -qualität im Auge zu behalten. Während dies bei der Stärkung der koordinierten Versorgung gegeben ist, hängt die Wirksamkeit der Zielvorgabe und der Erstberatungsstelle stark davon ab, wie sie umgesetzt werden. Die Vorlage erachten wir insbesondere in Bezug auf diese beiden Massnahmen als noch zu wenig ausgereift.

Aus diesem Grund sollte aus Sicht der GDK vor allem die Massnahme «Stärkung der koordinierten Versorgung» prioritär weiterverfolgt werden. Sie könnte nicht nur einen Beitrag zur Kostendämpfung leisten, sondern auch massgebliche Vorteile für die Versorgung bringen.

Bemerkungen zu den einzelnen Massnahmenvorschlägen

1. Zielvorgabe

Die Stossrichtung der vorgeschlagenen Massnahme, in das angebotsgetriebene und daher von einem andauernden Kostenwachstum geprägte Gesundheitswesen steuernd einzugreifen, ist grundsätzlich zu begrüssen. Die Versorgungsverantwortung und die Steuerungskompetenz werden in den Händen der Kantone belassen. Die Kantone erhalten ein Instrument, im Falle eines ungerechtfertigten Kostenanstiegs korrigierend in die Versorgung einzugreifen und die Nutzung vorhandener Effizienzpotenziale in ihrem jeweiligen Gebiet voranzutreiben. Die vorgesehenen Handlungsspielräume bei der Festlegung des kantonalen Kostenziels und dessen Aufteilung auf die Kostenblöcke und Leistungserbringergruppen, aber auch die Möglichkeit der Bestimmung allfälliger Korrekturmassnahmen, bieten den Kantonen die nötige Freiheit, ihre Verantwortung für die Gesundheitsversorgung und deren längerfristige finanzielle Tragbarkeit wahrzunehmen. Dabei können sie spezifische Verhältnisse im Kanton und unterschiedliche Effizienzpotenziale in den verschiedenen Kostenblöcken berücksichtigen und eigene gesundheitspolitische Akzente setzen.

Kritisch zu beurteilen sind allerdings der mit der Massnahme verfolgte Top-down-Ansatz, die Praxistauglichkeit der vorgeschlagenen Neuregelung und deren Konsequenzen für die Versorgung. So ist die Einführung einer Zielvorgabe in der Praxis wohl nur schwer machbar, zumal der administrative Aufwand für die Kantone massiv steigen würde. Zudem besteht die Gefahr, dass das heutige regulierte Wettbewerbssystem durch zusätzliche Regulierungen untergraben würde. Das geltende System mit Zulassungsbeschränkung und Spitallisten bietet bereits heute Möglichkeiten, die Mengenausweitung zu beeinflussen.

Zu beachten sind insbesondere folgende Probleme:

1. **Eine jährliche Anpassung der Zielvorgaben ist u. a. aufgrund fehlender Datengrundlagen und Verzögerungseffekten grundsätzlich nicht praktikabel.** Die Kantone müssten Zielvorgaben für einzelne Leistungsbereiche schon festlegen, bevor die Daten des Vorjahres, allenfalls sogar des Vorvorjahres überhaupt bekannt wären. Ebenso wird von ihnen erwartet, Korrekturmassnahmen zu verfügen, wenn noch gar nicht gewiss ist, ob die Zielvorgabe eingehalten wurde. Statt einer jährlichen Festlegung und Überprüfung der Kostenziele schlägt die GDK deshalb einen Vierjahreshorizont (mit rollender Planung) vor.
2. **Die Kantone können die ihnen zugeteilte Rolle nur wahrnehmen, wenn sie einen zeitnahen und kostenfreien Zugang zu den relevanten Daten der Versicherer und der Leistungserbringer erhalten.** Da in Art. 21 E-KVG das BAG als einzige Empfängerin der Daten der Versicherer bezeichnet ist und eine ergänzende Regelung für die Datenweitergabe vom BAG an die Kantone fehlt, kann derzeit nicht davon ausgegangen werden, dass die Kantone über die nötigen Informationen verfügen werden, welche sie für die Festlegung der kantonalen Gesamtkostenziele und deren Aufteilung in Kostenblöcke benötigen. Der Zugang zu den relevanten Daten der Versicherer und der Leistungserbringer ist daher im Gesetz festzuhalten.
3. **Die Umsetzung der Massnahme würde insbesondere die ressourcenschwachen Kantone sowohl in Bezug auf ihr Know-how als auch auf administrativer Ebene stark belasten.** Für die Erstellung von Kostenprognosen, den Einbezug betroffener Stakeholder in die Bestimmung der Kostenziele oder die Konzeption und Durchsetzung der Korrekturmassnahmen wären viele Kantone auf externe Unterstützung angewiesen. In Bezug auf die eventuell zu konstituierenden «unterstützenden Gremien für die einzelnen Kantone», insbesondere deren Führung und Finanzierung, bleibt der erläuternde Bericht jedoch vage.
4. **Man sieht schon heute bei den verschiedenen Kostenprognosemodellen, die im Prämienge-nehmigungsprozess herangezogen werden, stark divergierende Schätzungen** sowohl das gesamtschweizerische Kostenwachstum als auch die Entwicklung in den einzelnen Kostenblöcken betreffend. Es fehlen systematische Evaluationen über die Treffsicherheit der Prognosen, aber auch einheitliche Kriterien, an denen diese gemessen werden könnte. Für kleine Kantone sind

Schätzungen und Prognosen noch schwieriger. Für sie soll der Bund daher grössere Toleranzmargen zulassen.

5. **Die vorgeschlagene Steuerung der einzelnen Kostenblöcke dürfte eine Zementierung von «Silos der Leistungserbringergruppen» und einer rein kantonalen Sicht der Leistungserbringung bewirken** und innovative Kooperationsansätze (z. B. «ambulant vor stationär») eher bremsen. Die Massnahme soll zwar gemäss Expertenbericht «übergeordnet» wirken und mit der ebenfalls im Paket 2 vorgesehenen Stärkung der koordinierten Versorgung ein gewisses Gegengewicht erhalten. Es fehlt ihr jedoch der Anspruch einer gesundheitspolitischen Gesamtsteuerung. Im Bestreben nach der Erfüllung der gesetzten Kostenziele würden andere wichtige Aspekte wie die Qualität, die Prävention oder die öffentliche Gesundheit tendenziell vernachlässigt. Die Kantone bestehen deshalb darauf, dass – im Falle einer Weiterverfolgung dieses Massnahmenvorschlags – mögliche Nebeneffekte wie die Rationierung von wirksamen, zweckmässigen und wirtschaftlichen Leistungen oder eine verminderte Behandlungsqualität durch Monitoring aufgedeckt und gezielt korrigiert werden. Ebenfalls zu verhindern sind ungewollte Verlagerungen von Leistungen aus bereits ausgeschöpften Kostenblöcken in andere (evtl. sogar teurere) Kostenblöcke, beispielsweise von ambulant zu stationär.

Bezüglich Korrekturmassnahmen spricht sich die GDK ganz klar für eine **Kann-Regelung** aus. Es gibt Situationen, in denen ein eng begleitetes Ausgabenwachstum gerechtfertigt sein kann, bspw. wenn es darum geht, der Unterversorgung in einer Region durch einen gezielten Ausbau des Angebots entgegenzuwirken. Da Rückvergütungen in der Umsetzung aufwendig sind und systembedingt zu Ungerechtigkeiten führen, kommen für die Kantone ausschliesslich Korrekturmassnahmen mit einem prospektiven Charakter in Frage. Art. 54d der Vorlage ist in dieser Hinsicht noch zu präzisieren.

Die GDK kann die Argumente für eine Umsetzung nach dem **Prinzip Wohnkanton der Versicherten** nachvollziehen und unterstützt die Ausgestaltung der Vorlage gemäss diesem Prinzip. Für das Wohnortprinzip spricht insbesondere, dass die Finanzierung über Steuern und Prämien ebenfalls dem Wohnortprinzip folgt.

Es ist jedoch zu beachten, dass auch diese Variante Vollzugsprobleme mit sich bringt. Insbesondere im spitalstationären Bereich können kleinere Kantone mit einem (auch angebotsbedingt) relativ hohen Anteil an ausserkantonalen Behandlungen die Inanspruchnahme der Leistungen durch die Kantonseinwohner nur schwer beeinflussen. In anderen Leistungsbereichen (allenfalls mit Ausnahme der Fachärztinnen und Fachärzte) sind der Wohnort der versicherten Person und der Standort des Leistungserbringers eher deckungsgleich. Das Wohnortprinzip bedeutet aber einen Bruch mit der bisherigen Spitalplanungslogik und macht es für die Kantone deutlich schwieriger, die Zielerreichung zu überprüfen sowie Korrekturmassnahmen bezogen auf einzelne Leistungserbringer(kategorien) bzw. Kostenblöcke zu formulieren und umzusetzen.

Schliesslich würde die Festlegung der kantonsindividuellen Ziele gemäss Art. 52 Abs. 2 E-KVG in die alleinige Kompetenz des Bundesrates fallen. Die GDK fordert einen angemessenen Einbezug der Kantone bei diesem Teilschritt. Dank ihrer spezifischen Kenntnisse über die Entwicklungen im Gesundheitssektor in ihrem jeweiligen Gebiet sind die Kantone in der Lage, die vorgeschlagenen Ziele auf ihre Erreichbarkeit zu prüfen. Folglich ist in Art. 52 E-KVG festzuhalten, dass die Kantone vor der Festlegung der kantonsindividuellen Ziele durch den Bund anzuhören sind.

2. Erstberatungsstelle

Die GDK begrüsst das Ziel, durch Förderung des Gatekeeping Gesundheitskosten überall dort einzusparen, wo unnötige Leistungen oder Doppelspurigkeiten vermieden werden können. Gemäss Statistik der OKP wählten im Jahr 2018 bereits gut 70 % der Versicherten Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahlfreiheit. Das zeigt, dass eine grosse Mehrheit der Gesellschaft gegenüber der integrierten Versorgung positiv eingestellt ist. Die politischen Erfolgsaussichten dieser Massnahme sind dennoch fraglich.

Die GDK weist in Bezug auf die vorgeschlagene Lösung auf folgende Vollzugsfragen hin:

- **Die Einführung der Erstberatungsstelle darf auf keinen Fall dazu führen, dass gerade chronisch kranke, multimorbide oder ältere Personen benachteiligt werden.** Diese Gefahr besteht, da der Patient und die Patientin, die ihren Leistungserbringer bisher über die gesamte Behandlungskette frei wählen durften, neu vom Rat der als Erstberatungsstelle fungierenden Fachpersonen abhängig wären und gegebenenfalls den (oft langjährigen) Kontakt zu ihren bisherigen betreuenden Ärzten und Ärztinnen abbrechen müssten. Die adäquate Versorgung von Menschen, die älter sind und/oder an einer chronischen Krankheit oder an mehreren Krankheiten leiden, muss gewährleistet sein.
- **Die vorgesehene pauschale Vergütung der Erstberatungsstellen birgt die Gefahr der Risiko Selektion.** Erhalten Ärztinnen und Ärzte unabhängig vom Gesundheitszustand ihrer Patientinnen und Patienten und von der Anzahl Konsultationen denselben Pro-Kopf-Betrag, so ist dieser bei älteren, chronisch kranken oder multimorbiden Patienten womöglich nicht kostendeckend, während er bei jüngeren Patienten mit gutem Gesundheitszustand allenfalls die effektiven Kosten übersteigt. So besteht mit der Pauschale die Gefahr einer medizinischen Unter- resp. Überversorgung bei den entsprechenden Bevölkerungsgruppen. Diese Fehlanreize müssen in jedem Fall verhindert werden.
- **Die Pauschale ist auch hinsichtlich Kosten-Nutzen-Verhältnis zu hinterfragen:** Während mit der Massnahme Gesundheitskosten eingespart werden sollen, bezahlt der Versicherer gemäss Vorlage für jede versicherte Person eine Pauschale – auch dann, wenn sie die Erstberatungsstelle nicht beansprucht. Der Nutzen im Vergleich zur heutigen Regelung, wonach die erste Anlaufstelle nur für effektiv erbrachte Leistungen vergütet wird, ist unklar. Zudem muss das Netzwerk der Erstberatungsstellen erst einmal aufgebaut werden, bevor damit Kostenersparnisse erzielt werden können. Die GDK fordert den Bund auf, das Kosten-Nutzen-Verhältnis der Massnahme im Falle einer Weiterverfolgung aufzuzeigen.
- **Die Mehrbelastung der Kantone muss tragbar bleiben.** Die GDK besteht auf schlanken und unbürokratischen Lösungen für die Prüfung der Kriterien für Erstberatungsstellen sowie für die Veröffentlichung und die regelmässige Pflege der Listen.
- **Die Frage der Weiterführung von Prämienrabatten ist zu klären.** Müssen Patientinnen und Patienten, die heute nach traditionellem Modell mit durchgehend freier Arztwahl versichert sind, künftig ihre Wahlfreiheit einschränken, ohne einen geldwerten Vorteil in Form eines Prämienrabatts daraus ziehen zu können? Erhalten Versicherte in alternativen Versicherungsmodellen zusätzliche Prämienrabatte, wenn sie ihre erste Anlaufstelle nur noch aus einer Liste auswählen dürfen? Zahlen bisher in Modellen mit Rabatten versicherte Personen höhere Prämien? In welchem Umfang?

3. Koordinierte Versorgung stärken

Die GDK teilt die Überzeugung, dass die Förderung von Netzwerken und Programmen der Patientenversorgung deren Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit verbessern und zum Meistern der bevorstehenden demografischen Herausforderungen beitragen kann. Sie unterstützt deshalb die Schaffung von gesetzlichen Grundlagen in diesem Bereich. Zentral für das langfristige Bestehen von Netzwerken zur koordinierten Versorgung ist die angemessene Abgeltung für den Aufwand zur Koordination der Leistungen. Dies soll mit der vorgesehenen Pauschale sichergestellt werden.

Die im Rahmen der KVG-Änderung vorgeschlagenen Massnahmen zur Förderung der koordinierten Versorgung setzen den Bund in die Hauptrolle: Der Bundesrat legt die Zulassungsvoraussetzungen für Netzwerke fest, bezeichnet die Leistungen, die diese erbringen dürfen, und regelt die Voraussetzungen für die Genehmigung der Programme der Patientenversorgung durch das EDI. Auch die Kantone können aber in der integrierten Versorgung wichtige und notwendige Impulse setzen, viele Kantone tun das auch bereits.¹ Die GDK erachtet es deshalb als nötig, im Gesetz festzuhalten, dass die Kantone ihre bisherigen Aktivitäten zur Stärkung der koordinierten Versorgung weiterführen und bei Bedarf ausbauen dürfen,

¹ Vgl. [Impulse für die integrierte Versorgung in den Kantonen: ein Leitfadens](#), Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK, Mai 2019

soweit diese den Rahmen des KVG nicht verletzen. Dies beinhaltet die Genehmigung von kantonalen oder interkantonalen Programmen der Patientenversorgung durch die beteiligten Kantone, aber auch die Zulassung von Netzwerken anhand der vom Bund festgelegten Zulassungsvoraussetzungen. Diese Zulassungskompetenz der Kantone ist im Gesetz explizit zu regeln.

Im Hinblick auf die sehr wahrscheinliche Weiterverfolgung dieser Massnahme weist die GDK auf folgende Umsetzungsfragen hin, die voraussichtlich spätestens im Rahmen der Verordnungsanpassungen präzisiert werden sollen:

- **Koordinationsaufwand:** Es ist unklar, wessen Koordinationsaufwand an die Pauschale anrechenbar ist (Koordinationszentrum, primärer Kreis, ggf. auch Kooperationskreis) und bis zu welcher Höhe.
- **Zulassungsvoraussetzungen:** Dürfen sich die Kantone an der Definition der Zulassungsvoraussetzungen beteiligen, wenn sie die vom Netzwerk erbrachten Leistungen mitfinanzieren müssen? Die Genehmigung der Tarifverträge gemäss Art. 46 Abs. 4 KVG sichert zwar eine gewisse «Einflussnahme» des Kantons, die aber nicht in jedem Fall ausreichend ist.
- **Festsetzung Tarife:** Muss der Kanton beim Fehlen eines Tarifvertrages zwischen Netzwerk und Versicherer den Tarif festsetzen (denn Art. 47 KVG wird durch die Vorlage nicht tangiert), oder heisst eine Nichteinigung, dass das Netzwerk seine Leistungen nicht gegenüber der OKP abrechnen darf? Diese Frage ist ebenfalls zu klären.

4. Weitere Massnahmen

4.1 Differenzierte WZW-Prüfung nach Artikel 32 KVG

Die GDK begrüsst die vorgeschlagene Regelung.

4.2 Grundsätze für die Bemessung der Vergütung von Arzneimitteln, Analysen, Mitteln und Gegenständen

Die GDK begrüsst die vorgeschlagene Regelung. Die Versorgungssicherheit muss jedoch im Auge behalten werden.

4.3 Preismodelle und Rückerstattungen

Eine vermehrte Umsetzung von Preismodellen in der Schweiz erscheint der GDK als sachgerecht, auch wenn mit der vorgeschlagenen Lösung eine grössere Intransparenz in der Festlegung der Medikamentenpreise im Interesse eines rabattierten Einkaufs zugunsten der Patienten in Kauf genommen werden muss, was unschön ist. Im Gegensatz zum Referenzpreissystem, das im Paket 1 vorgestellt wurde, könnten Preismodelle und entsprechende Rückerstattungen dem durch die Vergütung von innovativen und teuren Arzneimitteln generierten Kostenschub entgegenwirken. Der Kreis der Begünstigten der Rückerstattungen muss jedoch zwingend alle Kostenträger umfassen. Im stationären Bereich werden innovative und teure Arzneimitteln häufig in Form von Zusatzentgelten zu mindestens 55 % durch die Kantone abgegolten. Die Höhe der Zusatzentgelte wird dabei aufgrund der SL, spezifischer Tarifverträge oder Vereinbarungen berechnet. Sehen diese Instrumente in Zukunft vermehrt Preismodelle mit Rückerstattungen vor, haben auch die Kantone davon zu profitieren. Dafür könnte beispielsweise der geplante Fonds für die Rückerstattungen, geführt durch die Gemeinsame Einrichtung KVG, eine Lösung sein.

4.4 Referenztarife für ausserkantonale Wahlbehandlungen

Die GDK kann die Bedenken nachvollziehen, dass unrealistisch tiefe Referenztarife, die aktuell in einigen Kantonen gelten, die freie Spitalwahl der Versicherten hindern und den kantonsübergreifenden Wett-

bewerb unter den Spitälern beeinträchtigen können. Die Orientierung am Tarif für eine vergleichbare Behandlung in einem Spital, das auf der Spitalliste des Kantons aufgeführt ist, erscheint deshalb angemessen und entspricht in der Zielsetzung der geltenden GDK-Empfehlung betreffend Referenztarife.² Die kostendämpfende Wirkung dieser Massnahme dürfte hingegen nicht zum Tragen kommen, da es Kantone gibt, welche tiefere Referenztarife festgelegt haben als vorgeschlagen werden. Für die Präzisierungen auf der Verordnungsebene fordert die GDK einen angemessenen Einbezug der Kantone.

Da nicht nur die Erstberatungsstelle, sondern auch andere Leistungserbringer zu einer Überweisung an Spitäler befugt sind, muss Art. 41 Abs. 1 VE-KVG offener formuliert werden.

4.5 Elektronische Rechnungsübermittlung

Die GDK begrüsst die Massnahme und hat keine Anmerkungen dazu.

5. Massnahmen in der Invalidenversicherung

Keine Anmerkungen.

6. Weitere Anpassungen

6.1 Kostenbeteiligung Mutterschaft: Gleichbehandlung der Patientinnen

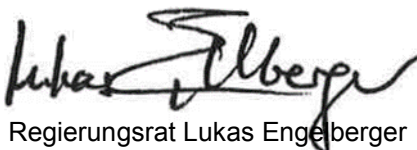
Die GDK begrüsst die Präzisierung, welche eine einheitliche Auslegung von Art. 64 Abs. 7 Bst. b KVG bewirken soll. Wenn man der Zielsetzung der Gleichbehandlung der Patientinnen konsequent nachkommen will, sollte man aus Sicht der GDK nicht nur Leistungen ab der 13. Schwangerschaftswoche von der Kostenbeteiligung ausnehmen, sondern alle Massnahmen ab dem Vorliegen einer ärztlich bestätigten Schwangerschaft.

7. Bemerkungen zu den Auswirkungen auf die Kantone

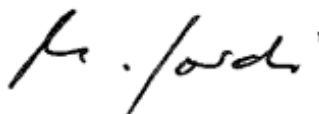
Zusammenfassend halten wir fest, dass die GDK das Massnahmenpaket 2 grundsätzlich unterstützt, wobei die Priorität bei der Stärkung der koordinierten Versorgung liegt. Insbesondere bei den Massnahmen Zielvorgabe und Erstberatungsstelle bedarf die Vorlage aber eine weitere Anpassung resp. Konkretisierung, welche die Zuständigkeiten der Kantone respektiert und ihnen für den Vollzug die nötigen Voraussetzungen schafft.

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

Freundliche Grüsse



Regierungsrat Lukas Engelberger
Präsident GDK



Michael Jordi
Generalsekretär

Kopie:

- Kantonale Gesundheitsdirektionen
- Eidgenössisches Departement des Innern

² [Empfehlung der GDK](#) zum Verfahren betreffend die Beiträge der Kantone bei stationären Behandlungen ausserhalb der kantonalen Spitalliste nach Artikel 41 Absatz 3 KVG (Version vom 14.02.2019).