

## Stellungnahme

---

# Pa. Iv. 09.528: Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus

Plenarversammlung vom 28. Juni 2019

## 1. Grundsätzliche Bemerkungen

- 1 Der Entwurf der SGK-NR zur Umsetzung der parlamentarischen Initiative "Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus" enthält aus Sicht der Kantone keine nennenswerten Verbesserungen gegenüber dem Vorentwurf. Die Kantonsregierungen bekräftigen daher die bisherige Kritik der Kantone, namentlich die in der Stellungnahme der GDK vom 28. Juni 2018 formulierten Punkte, und lehnen den Gesetzesentwurf in der vorliegenden Form klar ab.
- 2 Die Kantonsregierungen können einer einheitlichen Finanzierung der Leistungen im ambulanten und im stationären Bereich nur dann zustimmen, wenn folgende Mindestvoraussetzungen erfüllt sind:
  1. Die Verknüpfung von EFAS mit der Zulassungssteuerung wird aufgehoben und die Kantone erhalten effiziente Steuerungsinstrumente für die ambulante Versorgung;
  2. Das neue Finanzierungsmodell umfasst sämtliche KVG-Leistungen einschliesslich der Pflege (Kosten der Pflegeleistungen nach Art. 25a Abs. 1 KVG und Restfinanzierung der Kantone und Gemeinden, d.h. ohne Betreuungs- und Hotelleriekosten);
  3. Nationale Tariforganisationen werden gesetzlich vorgeschrieben;
  4. Die Kostenneutralität im Übergang ist für jeden Kanton voll gewährleistet;
  5. Es werden Bestimmungen zur Transparenz über die Rechnungskontrolle erlassen; im stationären Bereich wird an der dualen Rechnungsstellung festgehalten.
- 3 Aus Sicht der Kantone verletzt die aktuelle Vorlage das in Art. 43a Abs. 3 der Bundesverfassung verankerte Prinzip der fiskalischen Äquivalenz. Ergeben sich keine substantiellen Korrekturen an der derzeitigen Vorlage, werden die Kantone aus diesen grundsätzlichen Bemerkungen ein Kantonsreferendum erwägen. Im Weiteren verweisen die Kantonsregierungen auf die Stellungnahme der GDK vom 27. Juni 2019.

## 2. Detailbemerkungen zur Vorlage der SGK-NR vom 5.4.2019

### Steuerung des ambulanten Versorgungsangebotes

- 4 Wenn die Kantone den stark mitwachsenden ambulanten Sektor mitfinanzieren, müssen sie gemäss dem Prinzip der fiskalischen Äquivalenz (Art. 43a Abs. 3 BV) bei einem Überangebot auch intervenieren können. Wenn die KVG-Änderung zu EFAS nur gleichzeitig mit der KVG-Revision zur Zulassung von Leistungserbringern in Kraft treten kann (gemäss Kap. IV des Erlassentwurfs), muss die heute geltende, wenig wirksame Zulassungsregelung voraussichtlich nochmals verlängert werden. Der Ständerat hat mit seinen

Beschlüssen vom 3. Juni 2019 aufgezeigt, wie eine wirksamere Zulassungssteuerung unabhängig von der Einführung von EFAS, aber als deren notwendige Voraussetzung, rasch realisiert werden kann.

### **Einbezug der Pflegeleistungen**

- 5 Nur wenn neben den stationären und ambulanten OKP-Leistungen auch die Pflegeleistungen (Pflegeheime und Spitex) einbezogen werden, kann eine Stabilisierung der steuer- und prämiendifinanzierten Finanzierungsanteile an den OKP-Leistungen erreicht werden. Bestehende Fehlanreize an der Schnittstelle zwischen medizinischer Akutversorgung und Pflege sind auch der unterschiedlichen Finanzierung geschuldet. Zudem behindert eine unterschiedliche Finanzierung von stationären Spitalleistungen, ambulanten medizinischen Leistungen und stationären sowie ambulanten Leistungen der Langzeitpflege die notwendige Entwicklung integrierter Versorgungsmodelle über die ganze Leistungskette hinweg. Gemäss Vorlage soll der Bundesrat die Integration der KVG-Pflegeleistungen in EFAS vorschlagen können, sobald die notwendigen Grundlagen dafür erarbeitet sind. Die Kantone fordern, dass die Ausweitung von EFAS auf den Pflegebereich bereits jetzt verbindlich in der Vorlage verankert wird. Die Inkraftsetzung der entsprechenden Bestimmungen kann zeitlich gestaffelt erfolgen.

### **Gemeinsame Tariforganisationen**

- 6 Die Bildung einer adäquaten, tripartiten Tariforganisation (Leistungserbringer, Krankenversicherer, Kantone) für ambulante Tarife und auch Pflegeleistungen soll gesetzlich vorgeschrieben werden. Nicht nur die Anzahl Leistungserbringer und Behandlungen, sondern auch die Tarifstrukturen (und die Preise) beeinflussen das Leistungsvolumen im ambulanten Bereich massgeblich. Die Einsetzung einer entsprechenden Tariforganisation, die in Zukunft für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege von Einzelleistungs- und gegebenenfalls auch Pauschaltarifstrukturen im ambulanten Bereich zuständig ist, entspricht auch einer Massnahme aus dem Bericht der Expertengruppe zur Dämpfung des Kostenwachstums in der OKP. Die Kantone sind aufgrund der geforderten Mitfinanzierung im ambulanten Bereich an der Organisation zwingend zu beteiligen.

### **Kostenneutraler Übergang für jeden Kanton**

- 7 Der Übergang zur einheitlichen Finanzierung muss sowohl für die Gesamtheit der Kantone, als auch für jeden Kanton einzeln kostenneutral sein. Die neu in die Vorlage aufgenommenen Übergangsbestimmungen, insbesondere die Gewährung einer insgesamt sechsjährigen Übergangszeit für die Kantone ist grundsätzlich zu begrüssen. Da aber die Versorgungs- und Patientenstrukturen der einzelnen Kantone sehr unterschiedlich sind, kann die festgelegte Mindestschwelle von 18,1% im Übergang trotzdem zu einem Kostensprung führen. Die geforderte Kostenneutralität für jeden einzelnen Kanton ist damit nicht vollständig gewährleistet.

### **Zweckmässige Rechnungskontrolle und -abwicklung**

- 8 In der Vorlage fehlt eine präzise festgeschriebene Kontrollmöglichkeit für die Kantone in Bezug auf die korrekte Abrechnung von ambulanten Leistungen für die Kantonsbevölkerung. Dies kann beispielsweise durch die Schaffung eines gemeinsamen Organs (Krankenversicherer, Kantone) oder durch einen anderen institutionalisierten Prozess sichergestellt werden. Im stationären Bereich gibt es derweil auch mit einem neuen, angepassten Kostenteiler keinen Grund, an der bisherigen dualen Rechnungsstellung an Krankenversicherer und Wohnkanton etwas zu ändern. Die daraus resultierenden Informationen und Kontrollmöglichkeiten sind für die Kantone essenziell.

### **3. Einbezug der Pflege in die einheitliche Finanzierung**

- 9** Aus Sicht der Kantone ist es wichtig, stets die Gesamtsicht auf das Gesundheitssystem zu wahren mit dem Oberziel, der seit Jahren ungebremsten Kostenentwicklung erfolgreich zu begegnen. Um das Kostenwachstum zu bremsen bzw. längerfristig die Kosten des Systems gesamthaft zu senken, müssen bestehende Fehlanreize reduziert und durch positive Anreize ersetzt werden. Vor diesem Hintergrund fordern die Kantone den Einbezug der Pflegeleistungen bereits jetzt verbindlich in der EFAS-Vorlage zu verankern. Nur so kann ein echter Beitrag zur Steigerung der Effektivität und Effizienz über die ganze Versorgungskette hinweg geleistet werden. Die Inkraftsetzung der entsprechenden Bestimmungen kann zeitlich gestaffelt bis spätestens drei Jahre nach Inkrafttreten der übrigen Vorlage erfolgen. Dies ist in den Übergangsbestimmungen des KVG entsprechend festzuhalten. Werden die Pflegeleistungen (aus Pflegeheimen und Spitex) nicht oder erst zu einem späteren Zeitpunkt integriert, besteht die Gefahr von neuen Fehlanreizen und unerwünschten Wechselwirkungen an der Schnittstelle zwischen Akutversorgung und Langzeitpflege.