

REGIERUNGSRAT

Regierungsgebäude, 5001 Aarau
Telefon 062 835 12 40, Fax 062 835 12 50
regierungsrat@ag.ch
www.ag.ch/regierungsrat

A-Post Plus
Bundesamt für Gesundheit
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

5. September 2018

09.528 Parlamentarische Initiative. Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus; Vernehmlassung

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit, zum Vorentwurf zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) unter dem Titel "Einheitliche Finanzierung der Leistungen im ambulanten und im stationären Bereich" Stellung zu nehmen. Der Regierungsrat des Kantons Aargau hat die Vernehmlassungsvorlage beraten und nimmt dazu wie folgt Stellung:

Beurteilung/Stellungnahme allgemein

Das Hauptproblem in Bezug auf die Gesundheitskosten in der Schweiz ist aus Sicht des Kantons Aargau nicht deren Zusammensetzung und Verteilung auf die einzelnen Finanzierungsquellen (auch wenn der Finanzierungsanteil der Kantone seit 1996 kontinuierlich steigt), sondern vielmehr die Entwicklung der Gesamtsystemkosten über die Jahre.

Das Hauptziel muss deshalb sein, das Kostenwachstum zu bremsen beziehungsweise längerfristig die Kosten des Systems gesamthaft zu senken. Die Belastung einzelner Kostenträger (Finanzierer) ist eine verteilungs- beziehungsweise sozialpolitische Frage und bedarf einer anderen Diskussion.

Die Kosten des Systems lassen sich beeinflussen, indem entweder die Menge oder der Preis der erbrachten Leistungen verändert wird. Sie können demnach nur sinken, wenn in Zukunft weniger und/oder günstigere Leistungen erbracht werden als dies heute der Fall ist. Das heisst, notwendige und sinnvolle Leistungen sollen effizienter erbracht werden und auf Unnötiges gilt es zu verzichten. Dazu müssen im komplexen Gefüge der verschiedenen Akteure und deren Interessen bestehende Fehlanreize reduziert und durch positive Anreize ersetzt werden.

Vor diesem Hintergrund ist die Vorlage der Kommissionen für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats (SGK-NR) als ungenügend zu bezeichnen, denn sie reduziert die ganze Komplexität der Einflussfaktoren, welche die Kostenentwicklung bestimmen, auf einen einzigen, nämlich auf die Ausgestaltung der Finanzierung. Und selbst diese bleibt auf die Umleitung von Finanzströmen beschränkt.

Einleitend möchten wir ausserdem festhalten, dass die vorgeschlagene Revision für die Kantone mittelfristig eine erhebliche finanzielle Mehrbelastung bedeuten würde. Damit wird eine Verschärfung der bestehenden Tendenz in Kauf genommen, dass der Beitrag der Kantone an die Finanzierung

des Gesundheitswesens (bestehend mehrheitlich aus Beiträgen an die medizinische Versorgung, Pflege, Prävention und die individuelle Prämienverbilligung) in den letzten 20 Jahren stark gestiegen ist.

Für den Kanton Aargau würde der Übergang zur einheitlichen Finanzierung gemäss Modell der SGK-NR zwar zu einer Entlastung von 37,2 Millionen Franken führen, wie der groben Schätzungen im Bericht des Bundesamts für Gesundheit (BAG) vom 5. März 2018 (Varianten im Umgang mit der Kostenbeteiligung und kantonal unterschiedliche Bedeutung des stationären Spitalsektors) zu entnehmen ist. Diese Entlastung hätte indes einen sprunghaften Anstieg der Prämien der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) für die Versicherten zur Folge mit entsprechend mehr auszusüttenden Prämienverbilligungen. Dieser Effekt kann so nicht hingenommen werden.

Weitere Schwierigkeiten sehen wir in Bezug auf die generell getroffenen Annahmen über die finanziellen Auswirkungen der vorliegenden Monismus-Vorlage. Wie die hochgerechneten Kantonsbeiträge von jeweils zwischen 7,3 Milliarden Franken und 7,7 Milliarden Franken für die Jahre 2012–2015 hergeleitet worden sind, ist in den Vernehmlassungsunterlagen nicht nachvollziehbar dargelegt. Entsprechend ist der auf dieser Grundlage berechnete kantonale Mitfinanzierungsanteil von 25,5 %, der bereits im erwähnten Bericht des BAG vom 5. März 2018 vorgezeichnet wurde, nicht überprüfbar. Was gänzlich fehlt, ist eine nachvollziehbare Berechnung des Gesamtvolumens für den Geltungsbe- reich der Vorlage auf Leistungen gemäss Art. 25–31 KVG (abzüglich Pflegeleistungen gemäss Art. 25a KVG) an dem sich die Kantone zu geschätzten 25,5 % beteiligen müssten. Eine vertiefte Auseinandersetzung mit der Vorlage über die rein finanziellen Auswirkungen ist für die Kantone unter diesen Voraussetzungen unmöglich.

Der Vorschlag der SGK-NR bedeutet zudem, dass der Kanton Aargau einen wesentlichen Anteil seiner Fiskaleinnahmen an die Krankenversicherer überweisen müsste, ohne Möglichkeit, 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.

Der Kanton Aargau lehnt deshalb die zur Vernehmlassung eingereichte Vorlage der SGK-NR ab.

Eine einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen mit nur noch einer einzigen Zahlstelle (Versicherer als Monist) leistet als Einzelmassnahme keinen massgeblichen Beitrag zur Eindämmung der Systemkosten. Denn:

- a) Zwei grosse Kostentreiber im schweizerischen Gesundheitswesen, nämlich einerseits die Fehlanreize im Zusammenhang mit Tarifstruktur und Tarifhöhe sowie andererseits jene, die sich aus dem Versicherungsstatus des Patienten ergeben, werden durch die vorgeschlagene Reform nicht angetastet.
- b) Anreize müssen dort gesetzt werden, wo der Behandlungsentscheid getroffen wird, also primär beim Leistungserbringer. Es ist aber für diesen – abgesehen von administrativen Aufwendungen – unerheblich, ob er aus einer oder aus zwei Händen entschädigt wird. Eine reine Umleitung der Finanzflüsse von den Kantonen zu den Versicherern setzt keinen neuen Anreiz beim Leistungserbringer und bewirkt folglich nichts.
- c) Die einheitliche Finanzierung mag zwar Voraussetzungen schaffen für eine Verbesserung der Leistungsallokation, der Behandlungsabläufe, der Behandlungskette und damit auch der Behandlungsqualität. Dazu sind aber auch Versicherungsmodelle gefragt, welche die Behandlung entlang der gesamten Leistungskette erfassen. Nun ist es aber erstens keineswegs sicher, sondern bestenfalls nur zu hoffen, dass die Krankenkassen ihre Möglichkeiten zur Einführung neuer Versicherungsmodelle zur Förderung der integrierten Versorgung in einem monistischen Finanzierungssystem besser nutzen würden als heute. Den Kantonen fehlen im Vorschlag der SGK-NR jegliche Möglichkeiten zur direkten Beeinflussung der künftigen Optimierung der Versorgungskette. Zwei-

tens sind die Bereiche Spitex und Pflegeheime in der aktuellen Vorlage nicht eingeschlossen, obwohl hier in Bezug auf die Zusammenarbeit der Leistungserbringer entlang der Behandlungskette der grösste Bruch zu beobachten ist.

- d) Die Vorlage würde eine Besserstellung der Vertragsspitäler bedeuten, da die durch sie erbrachten Leistungen neu zu 74,5 % statt zu 45 % durch die obligatorische Krankenversicherung mitfinanziert würden. Es ist durchaus 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. In der Konsequenz wirkt sich dies auf der Kostenseite noch zusätzlich zulasten der Prämienzahlenden aus, hätte also Prämien erhöhungen zur Folge. Die Vorlage geht in leichtfertiger Weise nicht auf diese Auswirkungen ein. Konsequenter wäre, unter diesen Umständen das Institut der Vertragsspitäler abzuschaffen.
- e) Offen gelassen wird in der Vorlage zudem, wie die Aufsichtsverantwortung des Bundes ausgeweitet wird. Eine solche Verstärkung wäre aufgrund des stark erhöhten Volumens von KVG-Geldern in den Händen der Versicherer unabdingbar.

Der Einsatz von Steuergeldern setzt Steuerungsinstrumente voraus.

Wenn die Kantone die ambulanten Leistungen mitfinanzieren sollen, müssen sie auch das Versorgungsangebot im ambulanten Bereich beeinflussen können. Dies ist jedoch in der Vorlage nicht vorgesehen. Die SGK-NR erfüllt diese Notwendigkeit durch die aktuelle Teilrevision des KVG hinsichtlich der Neuzulassung von Leistungserbringern. Dies ist aus Sicht des Kantons Aargau aber noch keine hinreichende Voraussetzung für eine wirksame Steuerung des ambulanten Versorgungsangebots durch die Kantone, denn sie betrifft primär die Neuzulassungen, gewährt keine Kontroll- und Steuerungsmöglichkeit über die bereits zugelassene Ärzteschaft und sie klammert das Leistungsangebot im spitalambulantem Bereich aus. Zudem ist politisch noch keineswegs gesichert, dass der Gesetzesentwurf des Bundesrats vom Parlament auch beschlossen wird. Vielmehr vertritt eine Mehrheit der SGK, des National- wie auch des Ständerats sogar die Ansicht, dass die Steuerung des ambulanten Angebots primär durch die Krankenversicherung über die weitgehende Aufhebung des Kontrahierungszwangs erfolgen soll.

Die einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen ist auch nicht der von Versicherer- und Leistungserbringerverbänden propagierte "folgerichtige Schritt" oder die unverzichtbare Begleitmassnahme zur Förderung der Verlagerung aus dem stationären Sektor in die (Spital-)Ambulatorien.

Dafür gibt es zwei Gründe:

- a) Die Auswertungsergebnisse im Kanton Luzern, neun Monate nach Inkrafttreten der kantonalen Regelung "ambulant vor stationär", deuten darauf hin, dass die Behandlungskosten bei den Listeneingriffen gesamthaft – das heisst sowohl für die Versicherer und die Prämienzahler als auch für die Kantone und Steuerzahler – gesunken sind. Mehrkosten für die Versicherer bei einzelnen ambulanten Eingriffen konnten durch die Einsparungen im stationären Bereich und durch die Abnahme der Eintritte am Vortag kompensiert werden. Eine einheitliche Finanzierung der Leistungen war für die Erzeugung dieser kostendämpfenden Wirkung nicht notwendig.
- b) Die Finanzsituation der Leistungserbringer könnte sich infolge Ausbau der ambulanten Listen auf Bundes- und Kantonsebene insofern negativ entwickeln, als die aktuellen TARMED-Tarife für manche der betroffenen Einzelleistungen nicht kostendeckend sind. Hier hilft aber eine einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen auch nicht weiter. Gefragt ist vielmehr eine Weiterentwicklung der Tarifstruktur in Richtung (spital-)ambulanter Pauschalen, welche für die behandelnden Ärztinnen und Ärzte neue positive tarifliche Anreize setzen würden. Der Kanton Aargau unterstützt diese Bemühungen voll und ganz.

Finanzierungssystem für eine steuerbare, effiziente und integrierte Gesundheitsversorgung

Aus Sicht des Kantons Aargau muss eine effizientere und optimierte Gesundheitsversorgung mit einheitlicher Finanzierung mindestens folgende Anforderungen erfüllen:

1. Die finanzielle Belastung der einzelnen Kantone muss im Übergang überprüfbar kostenneutral sein.

Die Anforderung ist im Vorschlag der SGK-NR für die Gesamtheit der Kantone erfüllt. Allerdings muss die Kalkulation noch plausibilisiert werden können.

Kostenneutralität bei der Umstellung auf die einheitliche Finanzierung heisst, dass die Beteiligung der Gesamtheit der Kantone beziehungsweise der Versicherer an der Finanzierung der ambulanten und stationären Leistungen nicht höher ausfallen kann als unter dem aktuellen dual-fixen Regime. Dies, damit die Finanzierer im Zeitpunkt des Inkrafttretens mit dem neuen System nicht schlechter gestellt werden. Der gesetzliche kantonale Mindestanteil muss auch in Zukunft konstant gehalten werden. Eine allfällige punktuelle Erhöhung des Kantonsbeitrags kann nur auf freiwilligen Beschlüssen der jeweiligen Kantone beruhen.

Die Kostenneutralität muss jedoch nicht nur für die Gesamtheit der Kantone, sondern auch für jeden einzelnen Kanton gewährleistet werden. Ansonsten wären im Übergang zur einheitlichen Finanzierung gerade jene Kantone stärker belastet, deren Versorgungs- und Patientenstrukturen heute im Sinn 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 Weg 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.

Es ist unabdingbar, dass sämtliche Daten und Methoden, die der Ermittlung des gesetzlichen kantonalen Mindestanteils zugrunde liegen, transparent aufgezeigt werden. Nur so sind die Kantone in der Lage, die Konsequenzen der Umstellung auf eine einheitliche Finanzierung für ihre Haushalte zu prüfen und zu beziffern, und kann das Parlament der Öffentlichkeit gegenüber auch Rechenschaft ablegen, welche Folgen die Vorlage für sie als Steuer- und Prämienzahler haben wird.

Im Weiteren ist zu beachten, dass die kostenneutrale Überführung mit der Vorlage der SGK-NR lediglich für einen Teilbereich der finanziellen Verantwortung der Kantone, nämlich für die Leistungsfinanzierung, gewährleistet ist. Nebst ihrer Rolle als Kostenträger tragen die Kantone jährlich auch noch mit mehreren Milliarden Franken zur Finanzierung der Gesamtkosten im Gesundheitswesen bei, nämlich im Rahmen der individuellen Prämienverbilligung, der Finanzierung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen der Spitäler und der Prävention, sowie nicht zuletzt als Träger der Verwaltungskosten der kantonalen gesundheitspolitischen und gesundheitspolizeilichen Aufgaben.

2. Den Kantonen wird das Instrumentarium in die Hand gegeben, um das ambulante Versorgungsangebot (Leistung, Menge und Qualität) gezielt zu beeinflussen.

Gerade weil sie den im Vergleich zum stationären Sektor zurzeit stärker wachsenden ambulanten Sektor neu ebenfalls mit einem fixen (das heisst nicht reduzierbaren) Schlüssel mitfinanzieren würden, sind die Kantone darauf angewiesen, ein Instrument in der Hand zu haben, um bei einem Überangebot (über den Bedarf hinausgehend) sowohl in Bezug auf die ärztlichen Fachdisziplinen als auch hinsichtlich der regionalen Verteilung intervenieren zu können. Der Entwurf des Bundesrats zur Teilrevision des KVG vom 9. Mai 2018 ist deshalb für die Neuzulassungen notwendig. In Bezug auf die bestehende ambulante Versorgung gibt der Entwurf des Bundesrats zudem die Möglichkeit, Kriterien wie den Nachweis einer Fortbildung und die Teilnahme an Qualitätsprogrammen festzulegen, die heute zugelassene Ärztinnen und Ärzte erfüllen müssen, um weiterhin zulasten der OKP tätig

sein zu können, und bei deren Nichterfüllung ihnen gegebenenfalls befristet oder definitiv die Zulassung entzogen werden kann.

Hingegen ist für die Kantone noch keine Möglichkeit vorgesehen, aus Bedarfsgründen eine bestehende Zulassung aufzuheben. Die Mitfinanzierung der ambulanten Leistungen aus Steuergeldern sollte auf einer effizienten Versorgung beruhen. Um eine solche sicherzustellen, muss den Kantonen deshalb auch die Möglichkeit eines Zulassungsentzugs aufgrund eines über dem Bedarf liegenden Versorgungsangebots zur Verfügung stehen. Im stationären Bereich wird die bedarfsgerechte Planung und Steuerung bereits heute umgesetzt, was nicht zuletzt auch notwendige Strukturbereinigungen zur Folge hatte und hat.

Es ist sicherzustellen, dass die vom Bundesrat vorgeschlagene Nachfolgeregelung zur geltenden befristeten Zulassungsbeschränkung ohne Regulierungsunterbruch in Kraft gesetzt werden und vorläufig zu einer neuen Finanzierung bereits Wirkung entfalten kann.

Weiter ist 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 kann der heute beobachtete Trend, dass das Leistungsangebot und mit ihm das Leistungsvolumen über den medizinischen Bedarf der Bevölkerung hinauswächst und vermehrt in den ambulanten Sektor ausweicht, wirksam gestoppt werden.

3. Die Rechnungen im stationären Bereich werden analog zu heute abgewickelt, mit entsprechend angepasstem Finanzierungsschlüssel. Die Rechnungstellung im ambulanten Bereich erfolgt aufgrund der für die Kantonsbevölkerung effektiv erbrachten Leistungen.

Stellt der Leistungserbringer künftig nur noch eine einzige Rechnung (an den Versicherer) anstelle von zwei (an Versicherer und Kanton), erfährt er höchstens einen marginalen Effizienzgewinn. Hingegen ist der Verlust an Information und an Kontrollmöglichkeiten für den Kanton deutlich spürbar. Es gibt deshalb auch mit einem neuen, angepassten Kostenteiler keinen Grund, im stationären Bereich an der bisherigen dualen Rechnungsstellung an Krankenversicherer und Wohnkanton etwas zu ändern. Hingegen kann es im ambulanten Bereich angesichts der sehr hohen Anzahl an Einzelrechnungen sinnvoll sein, eine einzige Rechnungs- und Zahlstelle zu definieren und den Finanzierern die Möglichkeit zur Kontrolle des auf sie entfallenden Rechnungsbetrags einzuräumen (vgl. Ziffer 4).

Dass die Berechnung des Kantonsbeitrags im ambulanten Bereich auf den für die Kantonsbevölkerung effektiv erbrachten Leistungen beruhen soll, ist in Art. 60 der Vorlage zur einheitlichen Finanzierung der Leistungen im ambulanten und im stationären Bereich bereits vorgesehen.

4. Es besteht 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), welches dies sicherstellt.

Mit der Kontrolle der Abrechnung von ambulanten Leistungen nehmen die Kantone ihre finanzrechtliche Verantwortung wahr, den effizienten Einsatz von Steuergeldern jederzeit sicherstellen und gegenüber der Öffentlichkeit nachweisen zu können. Dafür benötigen sie volle Transparenz über die Kosten- und Leistungsdaten der Leistungserbringer und Einsicht in die gestellten Rechnungen, möglichst zeitnah nach deren Eingang beim Versicherer. Bei einer durchgängig dualen Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen durch Krankenversicherer und Kantone kann die Rechnungskontrolle nicht mehr grundsätzlich als alleinige Aufgabe der Versicherer bezeichnet werden. Bereits heute schliesst das KVG nicht aus, dass die Kantone die Erfüllung der WZW-Kriterien (wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich) und somit die Fälligkeit ihres Finanzierungsanteils (insbesondere bei Verdacht auf inkorrekte Leistungsabrechnung oder Nichteinhaltung der Leistungsaufträge) ebenfalls prüfen. Dieser Aspekt wird mit einem neuen Finanzierungsmodell an Bedeutung gewinnen. In Deutschland sind bereits heute länderweise gemeinsam getragene Medizinische Dienste der Krankenversicherung (MDK) eingerichtet, welche durch die Kostenträger beanstandete oder kritische

Rechnungen unabhängig und nach gemeinsam festgelegten Kriterien überprüfen. Ein analoges Modell könnte auch für die Schweiz unter einer einheitlichen Finanzierung zweckmässig sein.

5. Es wird eine nationale Tariforganisation für ambulante Tarife gesetzlich vorgeschrieben, an welcher die Kantone paritätisch beteiligt sind.

Nicht nur die Anzahl Leistungserbringer und Behandlungen, sondern auch die Tarifstrukturen (und die Preise) beeinflussen die Entwicklung des Leistungsvolumens im ambulanten Bereich massgeblich. Die Aktualität der Tarifstrukturen und die Professionalität von deren Pflege sind dafür entscheidend. Die Tarifpartner und die Kantone sollen deshalb im ambulanten Leistungsbereich verpflichtet werden, eine einzige Tariforganisation einzusetzen, welche in Zukunft für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege von Einzelleistungs- und gegebenenfalls auch Pauschaltarifstrukturen im ambulanten Bereich zuständig ist. Die Organisation soll die erarbeiteten Strukturen und ihre Anpassungen dem Bundesrat zur Genehmigung unterbreiten. Dies entspricht der von der Expertenkommission "Kostendämpfungsmassnahmen" vorgeschlagenen Massnahme M34. Die Kantone sind aufgrund der geforderten Mitfinanzierung im ambulanten Bereich an der Organisation zwingend zu beteiligen.

6. Fehlanreize infolge Verknüpfung der vertraglichen Vereinbarungen der Tarifpartner im Grund- und Zusatzversicherungsbereich werden konsequent eliminiert.

Es gilt zu verhindern, dass die Tarifpartner in den Tarifverhandlungen den Grund- und den Zusatzversicherungsbereich miteinander verknüpfen und Bedingungen aushandeln können, die ihre Ertragslage insgesamt verbessern, jedoch einer optimalen Leistungsallokation in der OKP sowie der korrekten (kostendeckenden) Abgeltung der OKP-Leistungen zuwiderlaufen. Eine stärkere Trennung von Grund- und Zusatzversicherung könnte folgende Elemente beinhalten:

- Der Leistungseinkauf in den Bereichen OKP und Zusatzversicherung hat durch voneinander unabhängige Organe zu erfolgen.
- Bei der Beurteilung der OKP-Pflicht einer Leistung durch den Versicherer darf eine allfällige Zusatzversicherung der Patientin oder des Patienten keine Rolle spielen.
- Zwischen den Organen des Leistungseinkaufs und den vertrauensärztlichen Diensten in der OKP beziehungsweise der Zusatzversicherung dürfen keine Informationen, die für den jeweiligen Leistungseinkauf relevant sind, ausgetauscht werden.
- Mit einer Erhöhung der Transparenz bei den Leistungserbringern über die Kosten und Erträge aus dem Zusatzversicherungsgeschäft könnten unzulässige Verknüpfungen zwischen dem OKP- und dem Zusatzversicherungsgeschäft eher erkannt und verhindert werden.

7. Die einheitliche Finanzierung im ambulanten und im stationären Bereich kann eine echte Verbesserung der Versorgungsorganisation erst entfalten, wenn auch die Langzeitpflege (Pflegeheime und Spitex) in das Finanzierungsmodell einbezogen wird.

Auch im Langzeitbereich und an den Schnittstellen zwischen medizinischer Akutversorgung und Pflege sind Fehlanreize zu beobachten. Diese sind im Gegensatz zu den Fehlanreizen in der Spitalfinanzierung tatsächlich auch durch die Finanzierung und nicht nur durch falsche Tarifierungen bedingt. Ob eine Pflegeleistung ambulant oder stationär erbracht wird, sollte 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 wird, soll 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 werden Kantone und Gemeinden im Bereich der Pflege finanziell immer stärker belastet. Die Richtung der Belastungsverschiebungen ist deshalb gegenüber der Spitalfinanzierung gerade umgekehrt. Eine Ausweitung der einheitlichen Finanzierung auf die Leistungen von Pflegeheimen und Spitex ist nur konsequent. Auch im Hinblick auf die notwendige Stärkung der koordinierten

Versorgung ist sie ein wesentliches Element der Reform. Die Kosten der OKP für die Pflegeleistungen gemäss Art. 25a Abs. 1 KVG und Art. 7 der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) und die Beiträge der Kantone und Gemeinden im Rahmen der KVG-Restfinanzierung (das heisst ohne Betreuungs- oder Hotelleriekosten) sind somit auch in das dual zu finanzierende Kostenvolumen einzurechnen. Der Gesamtfinanzierungsschlüssel ist aufgrund des erweiterten Geltungsbereichs der einheitlichen Finanzierung entsprechend anzupassen.

Der Kanton Aargau beantragt eine Überarbeitung der aktuellen Vorlage im Sinn der Erwägungen. Nur bei Berücksichtigung der vorgebrachten Punkte wird das anzupeilende Ziel einer gesteuerten, effizienten und integrierten Gesundheitsversorgung möglich.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Vernehmlassung.

Freundliche Grüsse

Im Namen des Regierungsrats

Alex Hürzeler
Landammann

Vincenza Trivigno
Staatsschreiberin

Beilage

- Vernehmlassungsformular

Kopie

- abteilung-leistungen@bag.admin.ch

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

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Regierungsrat des Kantons Aargau

Abkürzung der Firma / Organisation : RR AG

Adresse : Regierungsgebäude, 5001 Aarau

Kontaktperson : Barbara Hürlimann, Leiterin Abteilung Gesundheit des Departements Gesundheit und Soziales

Telefon : 062 835 29 28

E-Mail : barbara.huerlimann@ag.ch

Datum : 5. September 2018

Wichtige Hinweise:

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

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

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

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	3
---	----------

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

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
RR AG	Das Hauptproblem in Bezug auf die Gesundheitskosten in der Schweiz ist aus Sicht des Kantons Aargau nicht deren Zusammensetzung und Verteilung auf die einzelnen Finanzierungsquellen (auch wenn der Finanzierungsanteil der Kantone seit 1996 kontinuierlich steigt), sondern vielmehr die Entwicklung der Gesamtsystemkosten über die Jahre. Das Hauptziel muss deshalb sein, das Kostenwachstum zu bremsen beziehungsweise längerfristig die Kosten des Systems gesamthaft zu senken. Die Belastung einzelner Kostenträger (Finanzierer) ist eine verteilungs- beziehungsweise sozialpolitische Frage und bedarf einer anderen Diskussion. Die Kosten des Systems lassen sich beeinflussen, indem entweder die Menge oder der Preis der erbrachten Leistungen verändert wird. Sie können demnach nur sinken, wenn in Zukunft weniger und/oder günstigere Leistungen erbracht werden als dies heute der Fall ist. Das heisst, notwendige und sinnvolle Leistungen sollen effizienter erbracht werden und auf Unnötiges gilt es zu verzichten. Dazu müssen im komplexen Gefüge der verschiedenen Akteure und deren Interessen bestehende Fehlanreize reduziert und durch positive Anreize ersetzt werden. Vor diesem Hintergrund ist die Vorlage der Kommissionen für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats (SGK-NR) als ungenügend zu bezeichnen, denn sie reduziert die ganze Komplexität der Einflussfaktoren, welche die Kostenentwicklung bestimmen, auf einen einzigen, nämlich auf die Ausgestaltung der Finanzierung. Und selbst diese bleibt auf die Umleitung von Finanzströmen beschränkt. Einleitend möchten wir ausserdem festhalten, dass die vorgeschlagene Revision für die Kantone mittelfristig eine erhebliche finanzielle Mehrbelastung bedeuten würde. Damit wird eine Verschärfung der bestehenden Tendenz in Kauf genommen, dass der Beitrag der Kantone an die Finanzierung des Gesundheitswesens (bestehend mehrheitlich aus Beiträgen an die medizinische Versorgung, Pflege, Prävention und die individuelle Prämienverbilligung) in den letzten 20 Jahren stark gestiegen ist. Für den Kanton Aargau würde der Übergang zur einheitlichen Finanzierung gemäss Modell der SGK-NR zwar zu einer Entlastung von 37,2 Millionen Franken führen, wie der groben Schätzungen im Bericht des Bundesamts für Gesundheit (BAG) vom 5. März 2018 (Varianten im Umgang mit der Kostenbeteiligung und kantonale unterschiedliche Bedeutung des stationären Spitalsektors) zu entnehmen ist. Diese Entlastung hätte indes einen sprunghaften Anstieg der Prämien der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) für die Versicherten zur Folge mit entsprechend mehr auszuschüttenden Prämienverbilligungen. Dieser Effekt kann so nicht hingenommen werden. Weitere Schwierigkeiten sehen wir in Bezug auf die generell getroffenen Annahmen über die finanziellen Auswirkungen der vorliegenden Monismus-Vorlage. Wie die hochgerechneten Kantonsbeiträge von jeweils zwischen 7,3 und 7,7 Milliarden Franken für die Jahre 2012–2015 hergeleitet worden sind, ist in den Vernehmlassungsunterlagen nicht nachvollziehbar dargelegt. Entsprechend ist der auf dieser Grundlage berechnete kantonale Mitfinanzierungsanteil von 25,5 %, der bereits im erwähnten Bericht des BAG vom 5. März 2018 vorgezeichnet wurde, nicht

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

	überprüfbar. Was gänzlich fehlt, ist eine nachvollziehbare Berechnung des Gesamtvolumens für den Geltungsbereich der Vorlage auf Leistungen gemäss Art. 25–31 KVG (abzüglich Pflegeleistungen gemäss Art. 25a KVG) an dem sich die Kantone zu geschätzten 25,5 % beteiligen müssten. Eine vertiefte Auseinandersetzung mit der Vorlage über die rein finanziellen Auswirkungen ist für die Kantone unter diesen Voraussetzungen unmöglich. Der Vorschlag der SGK-NR bedeutet zudem, dass der Kanton Aargau einen wesentlichen Anteil seiner Fiskaleinnahmen an die Krankenversicherer überweisen müsste, ohne Möglichkeit, 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.
RR AG	Eine einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen mit nur noch einer einzigen Zahlstelle (Versicherer als Monist) leistet als Einzelmassnahme keinen massgeblichen Beitrag zur Eindämmung der Systemkosten. Denn: a) Zwei grosse Kostentreiber im schweizerischen Gesundheitswesen, nämlich einerseits die Fehlanreize im Zusammenhang mit Tarifstruktur und Tarifhöhe sowie andererseits jene, die sich aus dem Versicherungsstatus des Patienten ergeben, werden durch die vorgeschlagene Reform nicht angetastet. b) Anreize müssen dort gesetzt werden, wo der Behandlungsentscheid getroffen wird, also primär beim Leistungserbringer. Es ist aber für diesen – abgesehen von administrativen Aufwendungen – unerheblich, ob er aus einer oder aus zwei Händen entschädigt wird. Eine reine Umleitung der Finanzflüsse von den Kantonen zu den Versicherern setzt keinen neuen Anreiz beim Leistungserbringer und bewirkt folglich nichts. c) Die einheitliche Finanzierung mag zwar Voraussetzungen schaffen für eine Verbesserung der Leistungsallokation, der Behandlungsabläufe, der Behandlungskette und damit auch der Behandlungsqualität. Dazu sind aber auch Versicherungsmodelle gefragt, welche die Behandlung entlang der gesamten Leistungskette erfassen. Nun ist es aber erstens keineswegs sicher, sondern bestenfalls nur zu hoffen, dass die Krankenkassen ihre Möglichkeiten zur Einführung neuer Versicherungsmodelle zur Förderung der integrierten Versorgung in einem monistischen Finanzierungssystem besser nutzen würden als heute. Den Kantonen fehlen im Vorschlag der SGK-NR jegliche Möglichkeiten zur direkten Beeinflussung der künftigen Optimierung der Versorgungskette. Zweitens sind die Bereiche Spitex und Pflegeheime in der aktuellen Vorlage nicht eingeschlossen, obwohl hier in Bezug auf die Zusammenarbeit der Leistungserbringer entlang der Behandlungskette der grösste Bruch zu beobachten ist. d) Die Vorlage würde eine Besserstellung der Vertragsspitäler bedeuten, da die durch sie erbrachten Leistungen neu zu 74,5 % statt zu 45 % durch die obligatorische Krankenversicherung mitfinanziert würden. Es ist durchaus 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. In der Konsequenz wirkt sich dies auf der Kostenseite noch zusätzlich zulasten der Prämienzahlenden aus, hätte also Prämienenerhöhungen zur Folge. Die Vorlage geht in leichtfertiger Weise nicht auf diese Auswirkungen ein. Konsequenter wäre, unter diesen

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

	Umständen das Institut der Vertragsspitäler abzuschaffen. e) Offen gelassen wird in der Vorlage zudem, wie die Aufsichtsverantwortung des Bundes ausgeweitet wird. Eine solche Verstärkung wäre aufgrund des stark erhöhten Volumens von KVG-Geldern in den Händen der Versicherer unabdingbar.
RR AG	Wenn die Kantone die ambulanten Leistungen mitfinanzieren sollen, müssen sie auch das Versorgungsangebot im ambulanten Bereich beeinflussen können. Dies ist jedoch in der Vorlage nicht vorgesehen. Die SGK-NR erfüllt diese Notwendigkeit durch die aktuelle Teilrevision des KVG hinsichtlich der Neuzulassung von Leistungserbringern. Dies ist aus Sicht des Kantons Aargau aber noch keine hinreichende Voraussetzung für eine wirksame Steuerung des ambulanten Versorgungsangebots durch die Kantone, denn sie betrifft primär nur die Neuzulassungen, gewährt keine Kontroll- und Steuerungsmöglichkeit über die bereits zugelassene Ärzteschaft und sie klammert das Leistungsangebot im spitalambulantem Bereich aus. Zudem ist politisch noch keineswegs gesichert, dass der Gesetzesentwurf des Bundesrats vom Parlament auch beschlossen wird. Vielmehr vertritt eine Mehrheit der SGK, des National wie auch des Ständerats sogar die Ansicht, dass die Steuerung des ambulanten Angebots primär durch die Krankenversicherung über die weitgehende Aufhebung des Kontrahierungszwangs erfolgen soll. Die einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen ist auch nicht der von Versicherer- und Leistungserbringerverbänden propagierte "folgerichtige Schritt" oder die unverzichtbare Begleitmassnahme zur Förderung der Verlagerung aus dem stationären Sektor in die (Spital-)Ambulatorien. Dafür gibt es zwei Gründe: a) Die Auswertungsergebnisse im Kanton Luzern, neun Monate nach Inkrafttreten der kantonalen Regelung "ambulant vor stationär", deuten darauf hin, dass die Behandlungskosten bei den Listeneingriffen gesamthaft – das heisst sowohl für die Versicherer und die Prämienzahler als auch für die Kantone und Steuerzahler – gesunken sind. Mehrkosten für die Versicherer bei einzelnen ambulanten Eingriffen konnten durch die Einsparungen im stationären Bereich und durch die Abnahme der Eintritte am Vortag kompensiert werden. Eine einheitliche Finanzierung der Leistungen war für die Erzeugung dieser kostendämpfenden Wirkung nicht notwendig. b) Die Finanzsituation der Leistungserbringer könnte sich infolge Ausbau der ambulanten Listen auf Bundes- und Kantonsebene insofern negativ entwickeln, als die aktuellen TARMED-Tarife für manche der betroffenen Einzelleistungen nicht kostendeckend sind. Hier hilft aber eine einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen auch nicht weiter. Gefragt ist vielmehr eine Weiterentwicklung der Tarifstruktur in Richtung (spital-)ambulanter Pauschalen, welche für die behandelnden Ärztinnen und Ärzte neue positive tarifliche Anreize setzen würden. Der Kanton Aargau unterstützt diese Bemühungen voll und ganz.
RR AG	Aus Sicht des Kantons Aargau muss eine effizientere und optimierte Gesundheitsversorgung mit einheitlicher Finanzierung mindestens folgende Anforderungen erfüllen: 1. Die finanzielle Belastung der einzelnen Kantone muss im Übergang überprüfbar kostenneutral sein.

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

Die Anforderung ist im Vorschlag der SGK-NR für die Gesamtheit der Kantone erfüllt. Allerdings muss die Kalkulation noch plausibilisiert werden können. Kostenneutralität bei der Umstellung auf die einheitliche Finanzierung heisst, dass die Beteiligung der Gesamtheit der Kantone beziehungsweise der Versicherer an der Finanzierung der ambulanten und stationären Leistungen nicht höher ausfallen kann als unter dem aktuellen dual-fixen Regime. Dies, damit die Finanzierer im Zeitpunkt des Inkrafttretens mit dem neuen System nicht schlechter gestellt werden. Der gesetzliche kantonale Mindestanteil muss auch in Zukunft konstant gehalten werden. Eine allfällige punktuelle Erhöhung des Kantonsbeitrags kann nur auf freiwilligen Beschlüssen der jeweiligen Kantone beruhen. Die Kostenneutralität muss jedoch nicht nur für die Gesamtheit der Kantone, sondern auch für jeden einzelnen Kanton gewährleistet werden. Ansonsten wären im Übergang zur einheitlichen Finanzierung gerade jene Kantone stärker belastet, deren Versorgungs- und Patientenstrukturen heute im Sinn 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 Weg 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. Es ist unabdingbar, dass sämtliche Daten und Methoden, die der Ermittlung des gesetzlichen kantonalen Mindestanteils zugrunde liegen, transparent aufgezeigt werden. Nur so sind die Kantone in der Lage, die Konsequenzen der Umstellung auf eine einheitliche Finanzierung für ihre Haushalte zu prüfen und zu beziffern, und kann das Parlament der Öffentlichkeit gegenüber auch Rechenschaft ablegen, welche Folgen die Vorlage für sie als Steuer- und Prämienzahler haben wird. Im Weiteren ist zu beachten, dass die kostenneutrale Überführung mit der Vorlage der SGK-NR lediglich für einen Teilbereich der finanziellen Verantwortung der Kantone, nämlich für die Leistungsfinanzierung gewährleistet ist. Nebst ihrer Rolle als Kostenträger tragen die Kantone jährlich auch noch mit mehreren Milliarden Franken zur Finanzierung der Gesamtkosten im Gesundheitswesen bei, nämlich im Rahmen der individuellen Prämienverbilligung, der Finanzierung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen der Spitäler und der Prävention, sowie nicht zuletzt als Träger der Verwaltungskosten der kantonalen gesundheitspolitischen und gesundheitspolizeilichen Aufgaben. 2. Den Kantonen wird das Instrumentarium in die Hand gegeben, um das ambulante Versorgungsangebot (Leistung, Menge und Qualität) gezielt zu beeinflussen. Gerade weil sie den im Vergleich zum stationären Sektor zurzeit stärker wachsenden ambulanten Sektor neu ebenfalls mit einem fixen (das heisst nicht reduzierbaren) Schlüssel mitfinanzieren würden, sind die Kantone darauf angewiesen, ein Instrument in der Hand zu haben, um bei einem Überangebot (über den Bedarf hinausgehend) sowohl in Bezug auf die ärztlichen Fachdisziplinen als auch hinsichtlich der regionalen Verteilung intervenieren zu können. Der Entwurf des Bundesrats zur Teilrevision des KVG vom 9. Mai 2018 ist deshalb für die Neuzulassungen notwendig. In Bezug auf die bestehende ambulante Versorgung gibt der Entwurf des Bundesrats zudem die Möglichkeit, Kriterien wie den Nachweis einer Fortbildung und die Teilnahme an Qualitätsprogrammen festzulegen, die heute zugelassene Ärztinnen und Ärzte erfüllen müssen, um weiterhin
--

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

	zulasten der OKP tätig sein zu können, und bei deren Nichterfüllung ihnen gegebenenfalls befristet oder definitiv die Zulassung entzogen werden kann. Hingegen ist für die Kantone noch keine Möglichkeit vorgesehen, aus Bedarfsgründen eine bestehende Zulassung aufzuheben. Die Mitfinanzierung der ambulanten Leistungen aus Steuergeldern sollte auf einer effizienten Versorgung beruhen. Um eine solche sicherzustellen, muss den Kantonen deshalb auch die Möglichkeit eines Zulassungsentzugs aufgrund eines über dem Bedarf liegenden Versorgungsangebots zur Verfügung stehen. Im stationären Bereich wird die bedarfsgerechte Planung und Steuerung bereits heute umgesetzt, was nicht zuletzt auch notwendige Strukturbereinigungen zur Folge hatte und hat. Es ist sicherzustellen, dass die vom Bundesrat vorgeschlagene Nachfolgeregelung zur geltenden befristeten Zulassungsbeschränkung ohne Regulierungsunterbruch in Kraft gesetzt werden und vorgängig zu einer neuen Finanzierung bereits Wirkung entfalten kann. Weiter ist 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 kann der heute beobachtete Trend, dass das Leistungsangebot und mit ihm das Leistungsvolumen über den medizinischen Bedarf der Bevölkerung hinauswächst und vermehrt in den ambulanten Sektor ausweicht, wirksam gestoppt werden. 3. Die Rechnungen im stationären Bereich werden analog zu heute abgewickelt, mit entsprechend angepasstem Finanzierungsschlüssel. Die Rechnungstellung im ambulanten Bereich erfolgt aufgrund der für die Kantonsbevölkerung effektiv erbrachten Leistungen. Stellt der Leistungserbringer künftig nur noch eine einzige Rechnung (an den Versicherer) anstelle von zwei (an Versicherer und Kanton), erfährt er höchstens einen marginalen Effizienzgewinn. Hingegen ist der Verlust an Information und an Kontrollmöglichkeiten für den Kanton deutlich spürbar. Es gibt deshalb auch mit einem neuen, angepassten Kostenteiler keinen Grund, im stationären Bereich an der bisherigen dualen Rechnungsstellung an Krankenversicherer und Wohnkanton etwas zu ändern. Hingegen kann es im ambulanten Bereich angesichts der sehr hohen Anzahl an Einzelrechnungen sinnvoll sein, eine einzige Rechnungs- und Zahlstelle zu definieren und den Finanzierern die Möglichkeit zur Kontrolle des auf sie entfallenden Rechnungsbetrags einzuräumen (vgl. Ziffer 4). Dass die Berechnung des Kantonsbeitrags im ambulanten Bereich auf den für die Kantonsbevölkerung effektiv erbrachten Leistungen beruhen soll, ist in Art. 60 der Vorlage zur einheitlichen Finanzierung der Leistungen im ambulanten und im stationären Bereich bereits vorgesehen. 4. Es besteht 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), welches dies sicherstellt. Mit der Kontrolle der Abrechnung von ambulanten Leistungen nehmen die Kantone ihre finanzrechtliche Verantwortung wahr, den effizienten Einsatz von Steuergeldern jederzeit sicherstellen und gegenüber der Öffentlichkeit nachweisen zu können. Dafür benötigen sie volle Transparenz über die Kosten- und Leistungsdaten der Leistungserbringer und Einsicht in die gestellten Rechnungen, möglichst zeitnah nach deren Eingang beim Versicherer. Bei einer durchgängig dualen Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen durch Krankenversicherer und Kantone kann die
--	---

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

Rechnungskontrolle nicht mehr grundsätzlich als alleinige Aufgabe der Versicherer bezeichnet werden. Bereits heute schliesst das KVG nicht aus, dass die Kantone die Erfüllung der WZW-Kriterien (wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich) und somit die Fälligkeit ihres Finanzierungsanteils (insbesondere bei Verdacht auf inkorrekte Leistungsabrechnung oder Nichteinhaltung der Leistungsaufträge) ebenfalls prüfen. Dieser Aspekt wird mit einem neuen Finanzierungsmodell an Bedeutung gewinnen. In Deutschland sind bereits heute länderspezifisch gemeinsam getragene Medizinische Dienste der Krankenversicherung (MDK) eingerichtet, welche durch die Kostenträger beanstandete oder kritische Rechnungen unabhängig und nach gemeinsam festgelegten Kriterien überprüfen. Ein analoges Modell könnte auch für die Schweiz unter einer einheitlichen Finanzierung zweckmässig sein.

5. Es wird eine nationale Tariforganisation für ambulante Tarife gesetzlich vorgeschrieben, an welcher die Kantone paritätisch beteiligt sind.

Nicht nur die Anzahl Leistungserbringer und Behandlungen, sondern auch die Tarifstrukturen (und die Preise) beeinflussen die Entwicklung des Leistungsvolumens im ambulanten Bereich massgeblich. Die Aktualität der Tarifstrukturen und die Professionalität von deren Pflege sind dafür entscheidend. Die Tarifpartner und die Kantone sollen deshalb im ambulanten Leistungsbereich verpflichtet werden, eine einzige Tariforganisation einzusetzen, welche in Zukunft für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege von Einzelleistungs- und gegebenenfalls auch Pauschaltarifstrukturen im ambulanten Bereich zuständig ist. Die Organisation soll die erarbeiteten Strukturen und ihre Anpassungen dem Bundesrat zur Genehmigung unterbreiten. Dies entspricht der von der Expertenkommission "Kostendämpfungsmassnahmen" vorgeschlagenen Massnahme M34. Die Kantone sind aufgrund der geforderten Mitfinanzierung im ambulanten Bereich an der Organisation zwingend zu beteiligen.

6. Fehlanreize infolge Verknüpfung der vertraglichen Vereinbarungen der Tarifpartner im Grund- und Zusatzversicherungsbereich werden konsequent eliminiert.

Es gilt zu verhindern, dass die Tarifpartner in den Tarifverhandlungen den Grund- und den Zusatzversicherungsbereich miteinander verknüpfen und Bedingungen aushandeln können, die ihre Ertragslage insgesamt verbessern, jedoch einer optimalen Leistungsallokation in der OKP sowie der korrekten (kostendeckenden) Abgeltung der OKP-Leistungen zuwiderlaufen. Eine stärkere Trennung von Grund- und Zusatzversicherung könnte folgende Elemente beinhalten:

- Der Leistungseinkauf in den Bereichen OKP und Zusatzversicherung hat durch voneinander unabhängige Organe zu erfolgen.
- Bei der Beurteilung der OKP-Pflicht einer Leistung durch den Versicherer darf eine allfällige Zusatzversicherung der Patientin oder des Patienten keine Rolle spielen.
- Zwischen den Organen des Leistungseinkaufs und den vertrauensärztlichen Diensten in der OKP beziehungsweise der Zusatzversicherung dürfen keine Informationen, die für den jeweiligen Leistungseinkauf relevant sind, ausgetauscht werden.
- Mit einer Erhöhung der Transparenz bei den Leistungserbringern über die Kosten und Erträge aus dem Zusatzversicherungsgeschäft könnten unzulässige Verknüpfungen zwischen dem OKP- und dem Zusatzversicherungsgeschäft eher erkannt und verhindert werden.

7. Die einheitliche Finanzierung im ambulanten und im stationären Bereich kann eine echte Verbesserung der Versorgungsorganisation erst

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

entfalten, wenn auch die Langzeitpflege (Pflegeheime und Spitex) in das Finanzierungsmodell einbezogen wird.

Auch im Langzeitbereich und an den Schnittstellen zwischen medizinischer Akutversorgung und Pflege sind Fehlanreize zu beobachten. Diese sind im Gegensatz zu den Fehlanreizen in der Spitalfinanzierung tatsächlich auch durch die Finanzierung und nicht nur durch falsche Tarifierungen bedingt. Ob eine Pflegeleistung ambulant oder stationär erbracht wird, sollte 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 wird, soll 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 werden Kantone und Gemeinden im Bereich der Pflege finanziell immer stärker belastet. Die Richtung der Belastungsverschiebungen ist deshalb gegenüber der Spitalfinanzierung gerade umgekehrt. Eine Ausweitung der einheitlichen Finanzierung auf die Leistungen von Pflegeheimen und Spitex ist nur konsequent. Auch im Hinblick auf die notwendige Stärkung der koordinierten Versorgung ist sie ein wesentliches Element der Reform. Die Kosten der OKP für die Pflegeleistungen gemäss Art. 25a Abs. 1 KVG und Art. 7 der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) und die Beiträge der Kantone und Gemeinden im Rahmen der KVG-Restfinanzierung (das heisst ohne Betreuungs- oder Hotelleriekosten) sind somit auch in das dual zu finanzierende Kostenvolumen einzurechnen. Der Gesamtfinanzierungsschlüssel ist aufgrund des erweiterten Geltungsbereichs der einheitlichen Finanzierung entsprechend anzupassen.

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