



Versand per E-Mail

An das Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen

abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Bern, 28.6.2018

8-3-2-1 / KB / MJ

Stellungnahme der GDK zum Vorentwurf der SGK-NR vom 19. April 2018 zur Änderung des KVG (einheitliche Finanzierung Pa. Iv. 09.528)

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit, zum Vorentwurf und zu den Erläuterungen der SGK-NR zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) mit dem Titel «Einheitliche Finanzierung der Leistungen im ambulanten und im stationären Bereich» Stellung zu nehmen.

Der GDK-Vorstand hat die Vernehmlassungsvorlage an seiner Sitzung vom 28. Juni 2018 beraten und nimmt dazu wie folgt Stellung:

I Beurteilung / Stellungnahme allgemein

Das Hauptproblem in Bezug auf die Gesundheitskosten in der Schweiz ist aus Sicht der GDK 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 bzw. längerfristig die Kosten des Systems gesamthaft zu senken. Die Belastung einzelner Kostenträger (Finanzierer) ist eine verteilungs- bzw. 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 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 auch bei über alle Kantone hinweg kostenneutraler Einführung mittelfristig eine erhebliche finanzielle Mehrbelastung bedeuten würde. Damit wird eine Verschärfung der bestehenden Tendenz in Kauf genommen: Der Beitrag der Kantone an die Finanzierung des Gesundheitswesens (bestehend mehrheitlich aus Beiträgen an die medizinische Versorgung, Pflege, Prävention und die individuelle Prämienverbilligung) stieg in den letzten 20 Jahren von rund 6 Mrd. Franken auf 16 Mrd. Franken.

Für einige Kantone würde der Übergang zur einheitlichen Finanzierung gemäss Modell der SGK-NR zu einer zusätzlichen Belastung von bis zu 100 Mio. Franken führen, wie wir den groben Schätzungen im Bericht des Bundesamts für Gesundheit vom 5. März 2018 (*Varianten im Umgang mit der Kostenbeteiligung und kantonal unterschiedliche Bedeutung des stationären Spitalsektors*) entnehmen. Die betroffenen Kantone – gerade jene, die sich schon heute besonders stark für die Vermeidung unnötiger stationärer Spitalaufenthalte einsetzen – müssten diese Zusatzlasten ohne Übergangsfrist leisten. In denjenigen Kantonen, die sich entlasten könnten, wäre umgekehrt ein sprunghafter Anstieg der OKP-Prämien für die Versicherten zu erwarten. Beide Effekte können 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 Mia. Franken für die Jahre 2012 bis 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 Geltungsbereich der Vorlage auf Leistungen nach Art. 25-31 KVG (abzüglich Pflegeleistungen nach 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.

Abschliessend stellen wir mit Sorge fest, dass der Vorschlag der SGK-NR bedeuten würde, dass die Kantone mit den geschätzten 7,7 Mia. CHF rund 10 % ihrer Fiskaleinnahmen an die Krankenversicherer überweisen müssten, ohne dass sie eine Möglichkeit haben, über die sachgerechte und effiziente Verwendung dieser Mittel zu bestimmen oder diese zu kontrollieren. Mit der Umsetzung des vorliegenden Vorschlags würde somit die fiskalische Äquivalenz verletzt und damit ein Konflikt mit der Bundesverfassung geschaffen.

Die GDK lehnt deshalb die zur Vernehmlassung eingereichte Vorlage der SGK-NR ab. Im Einzelnen stützt sie sich dabei auf folgende Überlegungen:

- 1. 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 Tariffhöhe 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 Prämien erhöhungen zur Folge. Die Vorlage geht in leichtfertiger Weise nicht auf diese Auswirkungen ein. Konsequenz 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.

2. 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 der GDK 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 spitalambulanten Bereich aus. Zudem ist politisch noch keineswegs gesichert, dass der Gesetzesentwurf des Bundesrates vom Parlament auch beschlossen wird. Vielmehr vertritt eine Mehrheit der SGK des National- wie auch des Ständerates sogar die Ansicht, dass die Steuerung des ambulanten Angebots primär durch die Krankenversicherung über die weitgehende Aufhebung des Kontrahierungszwangs erfolgen soll.

3. 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 – d. h. 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 Kantonebene 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. Die GDK unterstützt diese Bemühungen voll und ganz.

II Finanzierungssystem für eine steuerbare, effiziente und integrierte Gesundheitsversorgung

Aus Sicht der GDK 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 bzw. der Versicherer an der Finanzierung der ambulanten und stationären Leistungen nicht höher ausfallen kann als unter dem aktuellen dual-fixen Regime. Dies, damit die Finanziierer 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 Sinne einer effizienteren Gesundheitsversorgung überdurchschnittlich stark auf ambulante Behandlungen ausgelegt sind. Dieser Effekt könnte die Bestrebungen der Kantone zur weiteren Verlagerung in den ambulanten Bereich bis zum Zeitpunkt des Inkrafttretens unterminieren und damit letztendlich auch einer wirksamen Kostendämpfungsmassnahme im Wege stehen. In den Kantonen mit vorwiegend stationären Strukturen, die im gleichen Zug entlastet werden, wäre durch die Erhöhung des OKP-Finanzierungsanteils mit einem weiteren Anstieg der Prämien zu rechnen.

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 für medizinische Leistungen und Pflege 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 (d. h. 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 Bundesrates 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 Bundesrates 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 Versorgungsangebotes 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. Zf. 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 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 tripartit 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-Pflichtigkeit 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 resp. 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 nach Art. 25a Abs. 1 KVG und Art. 7 KLV und die Beiträge der Kantone und Gemeinden im Rahmen der KVG-Restfinanzierung (d.h. ohne Betreuungs- oder Hotelleriekosten) sind somit auch in das dual zu finanzierende Kostenvolumen einzurechnen. Der Gesamtfinanzierungsschlüssel ist aufgrund des erweiterten Geltungsbereichs der einheitlichen Finanzierung entsprechend anzupassen.

Die GDK verlangt eine vollständige Überarbeitung der aktuellen Vorlage. Mit den dargelegten Anforderungen steckt sie den Rahmen für ein Modell einer einheitlichen Finanzierung des gesamten medizinischen und pflegerisch/therapeutischen Leistungsbereichs ab. So leistet sie einen Beitrag zu einer gesteuerten, effizienten und integrierten Gesundheitsversorgung.

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:

- Nationalrat Thomas de Courten, Präsident der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-NR)
- Christina Leutwyler, stv. Sekretärin SGK-NR
- Kantonale Gesundheitsdirektionen