



Bern, 22. August 2018

Choisystrasse 1
Postfach
CH-3001 Bern
PC 30-1480-9
Tel. 031 388 36 36
Fax 031 388 36 35

E-Mail: info@sbk-asi.ch
Internet: www.sbk-asi.ch

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

Der Vernehmlassungsentwurf

Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-NR) verfolgt mit dieser Vorlage drei Ziele:

- Förderung der Verlagerung von medizinischen Leistungen von stationär zu ambulant, da wo medizinisch sinnvoll
- Stabilisieren der prämien- und steuerfinanzierten Anteile an die OKP versicherten Krankheitskosten – ohne Langzeitpflege
- Förderung einer sachgerechten Tarifierung

Die vorgeschlagene Neuregelung soll für alle stationären und ambulanten OKP-Leistungen gelten. Das heisst auch für die Psychiatrie, die Rehabilitation sowie für die Akut- und Übergangspflege. Hingegen sollen die Pflegeleistungen von der einheitlichen Finanzierung ausgenommen werden. Begründet wird dies mit der seit 1. Januar 2011 eingeführten Neuordnung der Pflegefinanzierung, wo besondere Finanzierungsregeln gelten.

Neu sollen die Krankenkassen alle ambulanten und stationären Behandlungen vergüten (Monismus). An die Kosten, die nach Abzug von Selbstbehalt und Franchise verbleiben, sollen die Kantone einen Beitrag von mindestens 25,5% (CHF 7,5 Milliarden) leisten¹. Die Umstellung auf die einheitliche Finanzierung soll so festgelegt werden, dass sie für die Kantone und die Versicherer insgesamt kostenneutral ausfällt.

Die Kantone sollen ihren Anteil (25,5%) an die gemeinsame Einrichtung KVG überweisen. Diese überweist den kantonalen Beitrag den Versicherern, und zwar basierend auf den Kosten pro Versicherte, welche den einzelnen Versicherern entstanden sind. Die Rechnungsstellung im stationären Bereich erfolgt demnach nicht, wie heute an den Kanton, sondern ausschliesslich an die Krankenkasse (bzw. im System garant an die versicherte Person).

¹ Quelle: Vorentwurf und erläuternder Bericht der Kommission für Soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates vom 19. April 2018

Der vorliegende Entwurf wurde in der Kommission nicht einstimmig angenommen. Es gibt einen Antrag auf Nichteintreten sowie verschiedene Minderheitsanträge zu einzelnen Artikeln.

Einschätzung der Vorlage durch den SBK und Schlüsselpunkte für die Pflege

Diese Einschätzung wurde erarbeitet auf der Basis einer internen Vernehmlassung bei den SBK Gliedverbänden und von Expertengutachten.

1. Die Rolle der Kantone als Steuerungsorgan der Gesundheitsversorgung wird massiv geschwächt

Da die Krankenversicherer als Monist festgelegt werden sollen, und zudem Mehrheitsfinanzierer sind, steigt ihre Macht in sämtlichen Tarifverhandlungen. Gegen eine Vereinfachung der Vergütung ist im Grundsatz nichts einzuwenden. Der Entwurf der SGK-NR ist jedoch so ausgestaltet, dass die Steuerungskompetenz von den Kantonen in Richtung Krankenkassen verlagert wird. Die Kantone müssten Steuergelder in der Höhe von rund 8 Milliarden Franken (25.5%) den Versicherern überweisen, ohne das Leistungsangebot und die Qualität noch massgeblich beeinflussen zu können.

2. Eine Dämpfung des Prämienwachstums kann nicht erwartet werden

Zwei grosse Kostentreiber im schweizerischen Gesundheitssystem, nämlich die Fehlanreize im Zusammenhang mit Tarifstruktur und Tarifhöhe (TARMED ambulant und DRG stationär) werden in der vorgeschlagenen Reform nicht angetastet. Die blosser Umleitung eines fixen Betrags an Steuergeldern würde hingegen kaum Fehlanreize korrigieren und deshalb auch die Leistungsverlagerung von stationär zu ambulant nicht wesentlich beeinflussen.

Eine PWC-Studie² zeigt, dass in der Schweiz mehr Eingriffe stationär gemacht werden als im Ausland. Zur Abschätzung des Verlagerungspotentials und der Kostenfolge hat das BAG das Schweizerische Gesundheitsobservatorium OBSAN beauftragt, einen aktuellen Bericht zu erstellen. Dieser zeigt für das Jahr 2016 ein Verlagerungspotential von 33'000 stationären Fällen, die hätten ambulant operiert werden können. Damit verbunden ergeben sich Einsparungen von über 90 Mio. Franken, in erster Linie für die Kantone. Die Berechnungen zeigen keine Auswirkungen auf die Prämien.

Kantone und Bund haben konkrete Schritte bezüglich Eingriffslisten unternommen. Auf Bundesebene wurde die Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) per 1. Januar 2019 geändert. Sechs Gruppen³ von operativen Eingriffen nur noch bei ambulanter Durchführung von der OKP bezahlt. Eine über drei Jahre laufende Evaluation soll die Auswirkungen der Massnahmen auf Patientinnen und Patienten, sowie auf die Leistungserbringer und Versicherer hinsichtlich Qualität und Kosten aufzeigen.

² PWC (2016). Ambulant vor stationär. Oder wie sich eine Milliarde Franken jährlich einsparen lassen

³ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN

3. **Zusätzliche Belastung der Prämienzahler durch Besserstellung der Nicht-Listenspitäler**

Die Kantone definieren heute mit den Spitalisten jene Spitäler und Kliniken, für die sie bei stationären Eingriffen 55% der Kosten übernehmen. Die Krankenkassen haben ihrerseits die Freiheit, Verträge mit Nicht-Listenspitälern abzuschliessen, dafür dürfen aber aus der Grundversicherung, wie bei Listenspitälern, nur 45% der medizinischen Kosten übernommen werden. Der Rest wird über Zusatzversicherungen oder durch Selbstzahlungen der Patienten übernommen. Die Vorlage der SGK-NR sieht eine Erhöhung des Beitrags aus der Grundversicherung auf 74.5% vor. Diese 30%ige Erhöhung würde die Attraktivität der Vertragsspitäler (die nicht auf der kantonalen Spitalliste stehen) ungemein erhöhen. Die Grundversicherer müssten diese Zusatzkosten übernehmen. Zusatzversicherungen könnten dadurch wieder attraktiver werden.

4. **Der postulierte positive Effekt zur Förderung integrierter Versorgungsmodelle wird insbesondere für die Pflege kaum eintreten**

Die Tarifsysteme TARMED für den ambulanten Bereich und DRG (und weitere Pauschalsysteme wie TARPSY) für den stationären Bereich bleiben unverändert. Weil die Vorlage die Pflegefinanzierung ausschliesst, kann demzufolge kein positiver Effekt auf die bessere Zusammenarbeit mit den verschiedenen Pflege-settings (Ambulante Pflege, Pflegeheim, Spital, Klinik, Reha) erwartet werden.

Die Kantone müssten laut Entwurf die Steuerung und Koordination an die Kassen abgeben und hätten kaum noch die Möglichkeit selbst Modelle der integrierten Versorgung zu entwickeln und zu steuern. Qualität und Effizienz von Modellen der integrierten Versorgung hängen stark davon ab, wer für die Koordination zuständig ist. Aus Sicht des SBK müssen Patientensicherheit und Versorgungsqualität das primäre Ziel jedes Modells im Gesundheitswesen sein. Falls Krankenkassen allein für die Entwicklung und Steuerung solcher Modelle zuständig sein sollten, wäre zu erwarten, dass Kosten- und Effizienz-themen im Vordergrund stehen würden. In der vorliegenden Vorlage wird auch die Spitalplanung durch die Kantone empfindlich geschwächt, weil die Kassen für die Abgeltung der Leistungen zuständig wären und zudem leicht zusätzliche Leistungserbringer definieren könnten (Nicht-Listenspitäler).

Insbesondere innovative Kantone wie der Kanton Waadt würden ausgebremst werden, da sie einerseits die Steuerung des Systems den Kassen mehrheitlich überlassen müssten. Andererseits würden durch den vorgeschlagenen nationalen, einheitlichen Finanzierungsschlüssel genau jene Kantone bestraft, die schon einen Teil der Leistungen in den ambulanten Bereich verlagert, und integrierte Modelle eingeführt haben. Laut Stellungnahme der GDK müssten sie mit Mehrkosten in Millionenhöhe rechnen⁴.

⁴ https://www.gdk-cds.ch/index.php?id=766&no_cache=1&tx_news_pi1%5Bnews%5D=488&tx_news_pi1%5Bcontroller%5D=News&tx_news_pi1%5Baction%5D=detail&cHash=cde43d7cfad9c9c8efe1fc21004dd67

5. **Kostenbeteiligung der Patienten im stationären Bereich steigt**

Versicherte müssen neben den Prämien zusätzlich über Franchise, Selbstbehalt und Spalkkosten (CHF 15.- pro Tag) direkt an die Kosten ihrer Behandlung beitragen. Heute wird diese Kostenbeteiligung nur auf dem, von den Krankenkassen finanzierten, Teil erhoben. Neu würden die Kassen sämtliche Leistungen zu 100% vergüten und deshalb auch die Kostenbeteiligung auf den vollen Betrag der Leistung einfordern. Der erläuternde Bericht zur Vorlage geht nicht auf diese Thematik ein.

6. **Position des SBK**

Der Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK würde im Grundsatz eine Vereinheitlichung der Finanzierung begrüssen, lehnt jedoch die aktuelle Vorlage der SGK-NR für eine einheitliche Finanzierung ab.

Damit die Vorlage die deklarierten Ziele erreichen, und der SBK einer solchen Veränderung des KVG zustimmen könnte, braucht es die folgenden Verbesserungen:

1. Auch die Tarifsysteme (somatisch stationär DRG und ambulant TARMED, TARPSY, etc.) werden einbezogen. Gerade mit TARPSY hätte man aktuell die Möglichkeit ein setting-übergreifendes Tarifierungssystem einzuführen und dessen Effekte zu evaluieren.
2. Eine patientenzentrierte und qualitätsbasierte Steuerung des gesamten Finanzierungssystems ist sichergestellt. Die relevanten Stakeholder, inklusive Leistungserbringer und Patienten, werden in die Steuerung involviert.
3. Die Steuerung des Systems- und der Finanzströme- ist demokratisch legitimiert, denn es geht um die Verwendung von Steuergeldern und obligatorischen Abgaben in Milliardenhöhe. Die Steuerung kann nicht den Kassen überlassen werden.
4. Zur Förderung der integrierten Versorgung wird die Integration / Zusammenarbeit zwischen Spitälern, Kliniken, Arztpraxen und stationären und ambulanten pflegerischen Organisationen verbessert und der jeweilige Koordinationsaufwand sichtbar gemacht und abgegolten.
5. Auf die massive finanzielle Besserstellung von Nicht-Listen Spitälern wird verzichtet.

15.08.2018, SBK Zentralvorstand