

Vorschau Herbstsession 9. - 27.9.2019

Empfehlungen von santésuisse

Geschäfte im Nationalrat

Datum	Vorlage	Empfehlung santésuisse	S.
11. Sept. 2019	18.047 KVG. Zulassung von Leistungserbringern (Differenzen)	<p>Annehmen mit folgenden Änderungen:</p> <p><u>Rückkommen auf Art. 36 – 38 eKVG:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Art. 36a: SGK-NR (Mehrheit) folgen • Art. 38 Abs. 2: SGK-NR (Mehrheit) folgen • Art. 38 Abs. 3: SGK-NR (Mehrheit) folgen <p><u>Art 55a eKVG:</u></p> <p>Bei allen Differenzen der Mehrheit der vorberatenden Kommission folgen ausser bei Art. 55a 1^{bis} (Art. 55a Abs. 1^{bis}; Minderheit folgen):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abs.1: Verpflichtende Umsetzung der Zulassungssteuerung durch Kantone: Mehrheit SGK-NR folgen • Abs. 1^{bis}: Lockerung des Vertragszwangs als Option der Kantone ermöglichen: Minderheit SGK-NR folgen • Abs. 6, Intervention der Kantone bei übermässigen Kostensteigerungen sicherstellen: Mehrheit SGK-NR folgen • Abs. 7: Beschwerderecht auf Krankenversicherer erweitern: Mehrheit SGK-NR folgen <p><u>Übergangsbestimmungen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ziffer III Abs.2: Inkraftsetzung mit EFAS verknüpfen (Festhalten): Mehrheit SGK-NR folgen 	4-6
23. Sept. 2019	19.3955 Mo. SGK-NR. Elektronisches Patientendossier: für alle am Behandlungsprozess beteiligten Gesundheitsfachpersonen	Annehmen	7



26. Sept. 2019	09.528 Pa.Iv. Humbel. Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus	Eintreten. Annehmen. <ul style="list-style-type: none">• Mit einer Ausnahme überall der Mehrheit der vorberatenden Kommission folgen• Ausnahme zur Mehrheit: Artikel 60 Absätze 2bis, 3 und 4 eKVG: <u>Brutto-Ansatz weiterverfolgen</u>, Diskriminierung bei hohen Franchisen verhindern und somit der <u>Minderheit folgen</u>. <u>Einbezug der Langzeitpflege:</u> <ul style="list-style-type: none">• Im neuen Gesetz keinen Gesetzesauftrag an den Bundesrat formulieren.• Pflegefinanzierung ausklammern	8-10
----------------	---	--	------

Zusätzlich

Im Nationalrat eventuell behandelte Vorstösse aus dem EDI

Vorlage	Empfehlung	Kurzbegründung
19.3070 Mo. Kälin. Kostenbefreiung für Schwangere während der ganzen Schwangerschaft	Keine Empfehlung	Die bisherige Befreiung der Kostenbeteiligung ab der 13. Schwangerschaftswoche hat sich bewährt. Es gilt auch, auf die Balance innerhalb der ganzen Solidargemeinschaft zu achten. Viele schwere Krankheiten (Schlaganfälle, Krebs; MS etc.) sind auch sehr belastend.
19.3319 Mo. Barrile. Gesetzliche Inkohärenz im öffentlichen Interesse einer sicheren Medikamentenversorgung korrigieren	Keine Empfehlung	Das öffentliche Interesse überwiegt. Die entsprechende Gesetzesänderung muss zumindest geprüft werden.
17.3772 Mo. Glauser. Steuerung der Zulassung von schweizerischen und ausländischen Ärztinnen und Ärzten. Gleiche Kriterien für alle	Annehmen	Die Pflicht, sich im Fachgebiet auf dem neusten Stand zu halten ist aus Sicht des Patientenschutzes unabdingbar. Der Grundsatz kann mit der Zulassung verknüpft und mit Sanktionen bei Unterlassung belegt werden. Die Umsetzung liegt bei den Kantonen.
17.3776 Mo. Hardegger. Unterbindung der Umgehung des Werbeverbots für medizinische Leistungen	Annehmen	Immer wenn medizinische Leistungen durch die OKP finanziert werden, steht der Bund durchaus in der Pflicht, die Regeln zu erlassen. Der Vollzugsnotstand in den Kantonen dürfte damit gelindert werden. Allenfalls braucht es formale Beschwerdemöglichkeiten von Institutionen, um sich gegen gesetzwidrige Werbung bzw. gegen den unterlassenen Vollzug gegen das Werbeverbot zur Wehr setzen zu können.
17.3808 Po. Gysi. Pflege und Betreuung sind eine Einheit	Ablehnen	Bundesrat folgen: Die parlamentarische Beratung eines bestehenden Berichtes sollte abgewartet werden, bevor ein nochmaliger Bericht einen Teilbereich desselben Themas vorgreift.



Nationalrat, Mittwoch, 11. September 2019

18.047 KVG. Zulassung von Leistungserbringern (Differenzen)

Inhalt der Vorlage

Die Kantone sollen gemäss Bundesrat ein dauerhaftes Instrument erhalten, um eine Überversorgung im Gesundheitswesen zu verhindern und damit das Kostenwachstum zu dämpfen. Das revidierte KVG will es ihnen ermöglichen, Höchstzahlen für ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte zu bestimmen, die zu Lasten OKP abrechnen dürfen. Damit will der Bundesrat Planungssicherheit für alle Beteiligten schaffen.

Position santésuisse

In Sachen Krankenkassenprämien gibt es keinen Zusammenhang zwischen «Hochkosten- oder Tiefkosten»-Kantonen und der Frage, ob die bisherige Zulassungssteuerung umgesetzt wird oder nicht. Zu heterogen war ihre Anwendung und eine wirksame Koordination unter den Kantonen kam nicht zustande, wobei auch die realen Patientenströme bzw. Versorgungsregionen ausser Acht gelassen wurden.

Spitalambulatorien beeinträchtigen Wirkung des Zulassungstopps

Weiter muss festgehalten werden, dass in vielen Fällen die Praxiszulassung nicht verhindert, sondern allenfalls via dreijährige Spitaltätigkeit zeitlich hinausgeschoben wurde. Ins Gewicht fiel auch, dass die Zulassungssteuerung im ambulanten Spitalbereich – mit der oft genannten Ausnahme Waadt – bisher nicht umgesetzt wurde: **Zur Eindämmung des Kostenwachstums ist es wenig hilfreich, wenn Kantone zwar die Praxiseröffnung einiger ausländischer Ärzte verhindern, in den Spitälern des Kantons dann aber ausländische Ärzte zu Dutzenden angestellt werden.** Erstens kostet eine Konsultation im Spitalambulatorium durchschnittlich doppelt so viel wie in der Arztpraxis. Zweitens erwirbt nach gültigem Gesetz jeder Arzt nach drei Jahren Tätigkeit im Spital das Recht, die eigene Praxis auch trotz «Zulassungstopps» zu eröffnen.

Wirksamkeit des neuen Gesetzes sicherstellen

Im Hinblick auf die definitive Regelung der Zulassungssteuerung durch die Kantone, die offensichtlich der allgemeinen Vertragsfreiheit der Krankenversicherer vorgezogen wird, muss die kostendämpfende Wirkung sichergestellt werden: **Die Einschränkung der Anzahl Ärztinnen und Ärzte die zu Lasten OKP abrechnen, ist die mit Abstand wirkungsvollste Methode, um das übermässige Kostenwachstum zu bremsen.** Sämtliche nachgelagerten Limitierungs- und Qualitätssicherungsprozesse vermögen keine ähnlich grosse Wirkung zu erzielen wie die unterbundene Abrechnung zu Lasten der OKP. Das Einschreiten der Kantone bei Über- und Fehlversorgung darf deshalb nicht freiwillig sein.

Die kantonalen Interventionen bei Überversorgung müssen verbindlich und in Koordination unter den Kantonen erfolgen. Um diese Verbindlichkeit zu sichern, sollten die Krankenversicherer ein Beschwerderecht erhalten. Die Gerichte verhindern dies mit der formalistisch-irritierenden Argumentation, dass nur direkte private Interessen klageberechtigt seien: Damit können aktuell nur die Leistungserbringer gegen die Umsetzung der Zulassungssteuerung durch die Kantone klagen, nicht aber die Prämienzahler oder die Krankenversicherer, welche die finanziellen Folgen der kantonalen Zulassungspolitik bezahlen müssen. Dies ist gänzlich unausgewogen.

Nur Entscheide des Nationalrats gewährleisten wirksame Umsetzung

Die ständerätliche Gesundheitskommission hat der Vorlage des Nationalrats, die Wirksamkeit und weniger Kostenzunahme versprochen hätte, die Zähne gezogen. In den wesentlichen Punkten sollte deshalb den Entscheiden des Nationalrats vom 12.12.2018 gefolgt werden.

Konkrete Empfehlungen: Bitte wenden!

Konkrete Empfehlungen für Differenzbereinigung:

Artikel	Inhalt	Empfehlung santésuisse
Rückkommen Art. 36 - 38 eKVG	Klarheit bei Aufgaben und Kompetenzen schaffen: Das Rückkommen wird begrüsst, da sonst bei bestehenden Aufgaben zwischen den Kantonen und Krankenversicherern unerwünschte Abgrenzungsprobleme entstehen könnten: Für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit von abgerechneten Leistungen sind die Krankenversicherer zuständig. Für die Zulassung und den Entzug der Berufsausübungsbewilligung sind die Kantone zuständig.	<ul style="list-style-type: none"> • Art. 36a, Rückkommen: SGK-NR (Mehrheit) folgen • Art. 38 Abs. 2: SGK-NR (Mehrheit) folgen • Art. 38 Abs. 3: SGK-NR (Mehrheit) folgen
Art. 55a Abs. 1 eKVG	Verpflichtende Umsetzung der Zulassungssteuerung durch Kantone sicherstellen: Die Kantone fordern vehement die definitive Kompetenz zur Zulassungsbeschränkung der Leistungserbringer, insb. der Ärzte, die zu Lasten der Krankenversicherung abrechnen. Wer diese Kompetenz definitiv erhält, soll auch gewährleisten müssen, dass eine Über- und Fehlversorgung zu Lasten der Krankenversicherung verhindert wird.	SGK-NR (Mehrheit) folgen
Art. 55a Abs. 1bis EKVg	Lockerung des Vertragszwangs als Option der Kantone ermöglichen: Wenn die Kantone verantwortlich sind, das Ausmass des ambulanten Angebots zu steuern, sollen sie die Umsetzung auch Dritten übertragen können: In diesem Fall den Krankenversicherern mittels Lockerung des Vertragszwangs. Um die Versorgung sicherzustellen, bestimmen dabei die Kantone eine Bandbreite, also die Mindest- und Höchstzahl von Ärzten, mit welchen die Krankenversicherer Verträge abschliessen.	Minderheit der SGK-NR folgen
Art. 55a Abs. 6 eKVG	Intervention der Kantone bei übermässigen Kostensteigerungen sicherstellen: Kompetenzen erfordern auch Verantwortung: Die Kantone fordern die Zulassungssteuerung. Sie müssen auch gewährleisten, dass die Zulassungssteuerung insgesamt Wirkung erzielt. Sie sollen einschreiten müssen, wenn die Kosten in bestimmten Kategorien von Leistungserbringern aus dem Ruder laufen.	SGK-NR (Mehrheit) folgen



<p>Art. 55a Abs. 7 eKVG</p>	<p>Beschwerderecht der Krankenversicherer gegen fehlenden Gesetzesvollzug ermöglichen: Die Zulassungssteuerung wurde bisher ungenügend und z.T. gar nicht umgesetzt. Ausser den Leistungserbringern steht bis heute niemandem ein Beschwerderecht zu. Das Interesse der Prämienzahler, eklatante Überversorgung zu vermeiden, ist nicht beschwerdelegitimiert. Es gibt keine Möglichkeit, die (fehlenden) Massnahmen der Kantone gerichtlich beurteilen zu lassen.</p>	<p>SGK-NR (Mehrheit) folgen</p>
<p>Übergangsbestimmungen: Ziffer III, Abs. 2 eKVG</p>	<p>Inkraftsetzung mit EFAS verknüpfen: Die Kantone fordern vehement die Zulassungssteuerung. Wer befiehlt, soll auch mitbezahlen. Die Kantone sollen sich deshalb künftig an den Kostenfolgen ihrer Zulassungspolitik beteiligen. Dies wird mit der Erwartung verbunden, dass die mitzahlenden Kantone die Überversorgung künftig wirksamer bekämpfen als heute. Die Umsetzung erfolgt kostenneutral.</p>	<p>SGK-NR (Mehrheit) folgen</p>

Empfehlung santésuisse:

Annehmen mit Änderungen (vgl. oben)

Weitere Auskünfte: Daniel Habegger, santésuisse Bern, 079 609 90 68, daniel.habegger@santesuisse.ch



Nationalrat, Montag, 23. September 2019

19.3955 Mo. SGK-NR. Elektronisches Patientendossier: für alle am Behandlungsprozess beteiligten Gesundheitsfachpersonen

Inhalt der Vorlage

Der Bundesrat wird beauftragt, die gesetzlichen Grundlagen ausarbeiten, damit alle Leistungserbringer beziehungsweise Gesundheitsfachpersonen verpflichtet werden, sich einer zertifizierten Gemeinschaft oder Stammgemeinschaft nach Artikel 11 Buchstabe a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 2015 über das elektronische Patientendossier anzuschliessen.

Position santésuisse

santésuisse stimmt der Motion vorbehaltlos zu. Die Qualitäts- und Effizienzgewinne durch das EDP können nur realisiert werden, wenn ein möglichst flächendeckendes Angebot besteht.

Empfehlung santésuisse:

Annehmen

Weitere Auskünfte: Daniel Habegger, santésuisse Bern, 079 609 90 68, daniel.habegger@santesuisse.ch

Nationalrat, Donnerstag 26. September 2019

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

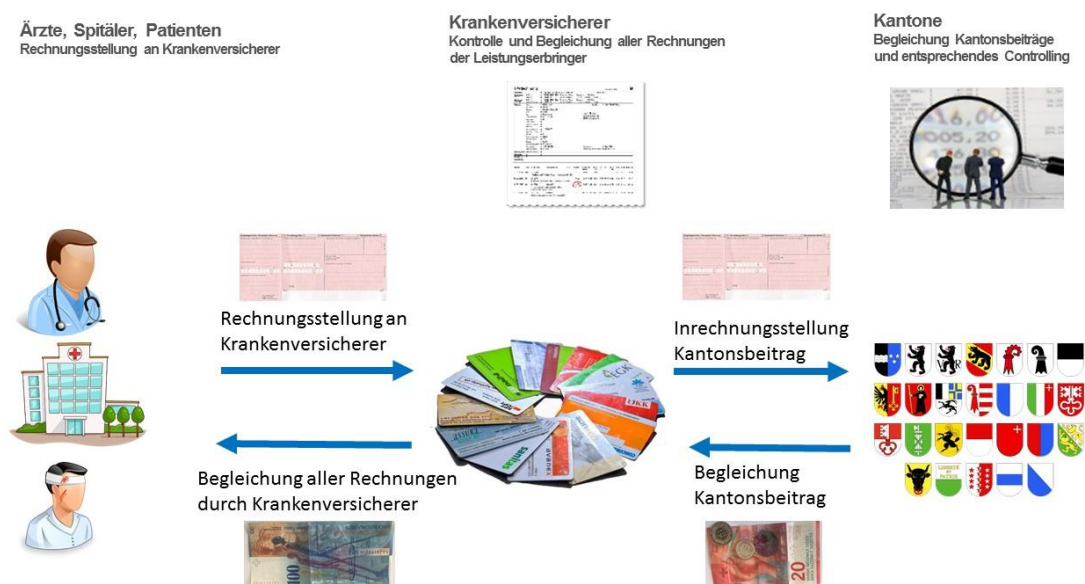
Inhalt der Vorlage

Mit einer Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) soll ein monistisches Finanzierungssystem eingeführt werden.

Position santésuisse

santésuisse unterstützt die einheitliche Finanzierung von stationären und ambulanten Leistungen (EFAS). EFAS ist ein unerlässliches Instrument zur Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen. Weiter bildet EFAS die Grundlage für eine faire Finanzierung, indem die Kantone, die das massgebliche Angebot im ambulanten Bereich steuern und lenken, sich auch an den daraus folgenden Kosten beteiligen. Die von den Kantonen forcierte und medizinisch und volkswirtschaftlich häufig sinnvolle Verlagerung von stationär zu ambulant wird durch die einheitliche Finanzierung gestärkt.

Modellskizze EFAS: Aufgaben der Akteure



Zur Umsetzung von EFAS

Die Mitglieder von santésuisse sind mehrheitlich der Meinung, dass die Einspeisung der öffentlichen Gelder der Kantone aufgrund des Rechnungsvolumens des laufenden Jahres erfolgen soll (vgl. Abbildung oben). Damit hohe Franchisen nicht benachteiligt werden, soll der «Bruttoansatz» gewählt werden: Wie heute im stationären Bereich beteiligen sich die Kantone an den **Brutto- und nicht an den Nettokosten**. Beim Nettoansatz würde zuerst die Kostenbeteiligung abgezogen, wodurch hohe Franchisen die Kantonsbeiträge anteilmässig subventionieren und die Einsparungen der Krankenkassierer entsprechend reduzieren würden. Die Rabatte der hohen Franchisen müssten in der Folge reduziert werden, die Attraktivität würde abnehmen, die Eigenverantwortung würde geschwächt. Die **kostenbasierte Lösung** gewährleistet gegenüber den Kantonen und den Patienten aus einem Kanton eine **maximale Transparenz zur Verwendung der Steuergelder** eines Kantons.

Minderheitsmeinung santésuisse

Eine Minderheit von santésuisse bevorzugt eine risikobasierte Einspeisung via «Gemeinsame Einrichtung KVG», die auf dem Nettoansatz basiert. Die prospektive Einspeisung soll das kostenbewusste Verhalten der Krankenkassierer (Stichwort: Managed Care) zusätzlich fördern und die Verteilung der Kantongelder vereinfachen. Ein Mitglied von santésuisse steht EFAS ablehnend gegenüber da es der Meinung ist, dass EFAS keine wirksame Massnahmen enthält, um die Gesundheitskosten auf die Dauer zu bremsen.

Zusammenfassend

Generelles:

- EFAS ist ein unerlässliches Instrument zur Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen und für eine faire Finanzierung, bei der die Kompetenzen zur Zulassungssteuerung und die Verantwortung über die Folgekosten wieder besser in Übereinstimmung gebracht werden.
- EFAS stärkt die volkswirtschaftlich sinnvolle Verlagerung von stationären zu ambulanten Leistungen.
- EFAS wird eine positive Nebenwirkung bei der Zulassung der Leistungserbringer im ambulanten Bereich haben: Nur wenn die Kantone an jede ambulante Rechnung mitbezahlen, haben sie erstmals ein ökonomisches Interesse daran, dass mit dem Angebot sparsam umgegangen wird. Das ist heute nicht der Fall, da die Anreize der Kantone einseitig auf die lokale Wirtschaftsförderung ausgelegt sind.
- Die **GDK-Stellungnahme zu EFAS vom 8. August 2019** ist ein weiterer Hinweis darauf, dass bei den Kantonen die langfristige Stabilisierung der Krankenversicherung keine erstrangige Priorität hat. Mitunter möchten die Kantone finanzielle Folgen der Über- und Fehlversorgungen bei den Pflegeheimen in ihrem Kanton auf die Prämienzahler abschieben.
- EFAS darf nicht dazu missbraucht werden, alle Missstände und Wunschprogramme im Gesundheitswesen anzugehen.

Umsetzung:

- Um bei den Kostenanteilen der Kantone alle Versicherer gleich zu behandeln und um den Kantonen gegenüber volle Transparenz zu gewährleisten, ist eine kostenbasierte Variante vorzuziehen.
- Vorzuziehen ist auch die «Bruttovariante», die analog ist zur heutigen «dualen» bzw. anteilmässigen Finanzierung im stationären Bereich und die zudem sicherstellt, dass die hohen Franchisen mit angemessenen Rabatten weiterhin attraktiv bleiben. Mit der «Nettovariante» würden Versicherte mit hohen Franchisen benachteiligt.
- Weil es immer mehr alte Menschen gibt, leistet die OKP einen immer höheren Beitrag an die Langzeitpflege. Die Langzeit- bzw. Alterspflege ist aber nur bedingt ein Thema der Krankenversicherung. Ihr Einbezug in EFAS ist nicht sachgerecht und würde die Errungenschaften der neuen Pflegefinanzierung in Frage stellen.

Zur Stellungnahme des Bundesrates vom 14.08.2019

Der Bundesrat hält an seiner früheren, befürwortenden Haltung fest. Allerdings erweckt die Landesregierung den Eindruck, die Interessen der Kantone höher zu bewerten als jene der Prämienzahler. In diesem Zusammenhang ist zu betonen, dass die obligatorische Krankenversicherung nicht als Versicherung zur Alterspflege konzipiert wurde und dies auch nicht werden kann.

Konkrete Empfehlungen zu 09.528:

Artikel	Inhalt	Empfehlung santésuisse
Art. 60 eKVG	<p>Berechnung des Kantonsbeitrages: Diskriminierung von Personen mit hohen Franchisen verhindern</p> <p>Beim Netto-Ansatz gemäss Mehrheit würde der Kanton gerade im ambulanten Bereich oft gar keinen Beitrag an die Rechnung eines Patienten bezahlen, weil der Betrag innerhalb der Franchise liegt. Sämtliche Kantonsbürgerinnen und –bürger mit hohen Franchisen werden durch den Netto-Ansatz benachteiligt gegenüber den Bürgerinnen und –bürgern mit tiefer Franchise aus demselben Kanton.</p> <p>Beim Brutto-Ansatz hingegen werden die Kosten aufgeteilt gemäss bewährtem Muster im stationären</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Minderheit SGK-NR folgen: <u>Brutto-Ansatz</u> wählen



	Bereich. Dadurch wird jeder Bürger vom Kanton gleich behandelt.	
Art 60a eKVG	Aufteilung des Kantonsbeitrages: Den kostenbasierten Ansatz weiterverfolgen : Er sorgt für die nötige Transparenz darüber, an welchen realen Kosten sich die Kantone beteiligen müssen. Damit kann auch das entsprechende Controlling zu Händen der Kantone umgesetzt werden bezüglich der Verwendung der Steuergelder.	<ul style="list-style-type: none">• Mehrheit (SGK-NR) folgen: kostenbasierten Ansatz wählen
Übergangsbestimmungen eKVG	Einbezug der Langzeitpflege Allein schon die fehlenden Daten und Unklarheiten bei der Pflegefinanzierung lassen es nicht zu, diese in diesem Gesetz zu integrieren.	<ul style="list-style-type: none">• Kein Gesetzgebungsauftrag im neuen Gesetz formulieren

Empfehlung santésuisse:

Eintreten. Annehmen mit Änderungen (vgl. oben)

Weitere Auskünfte: Daniel Habegger, santésuisse Bern, 079 609 90 68, daniel.habegger@santesuisse.ch