

Vorschau Herbstsession 9. - 27.9.2019

Empfehlungen von santésuisse

Geschäfte im Ständerat

Datum	Vorlage	Empfehlung santésuisse	S.
12. Sept. 19	19.3743 Mo. Müller. Die Eliminierung von Hepatitis gehört in ein Nationales Programm sexuell und blutübertragbarer Infektionskrankheiten	Ablehnen	3
12. Sept. 19	16.3842 Mo. Herzog. Transparenz in der Spitalfinanzierung. Ausschreibungspflicht für gemeinwirtschaftliche Leistungen	Annehmen. Ausschreibungspflicht als Empfehlung formulieren.	4
12. Sept. 19	18.3388 Mo. SGK-NR. Faire Referenztarife für eine schweizweit freie Spitalwahl	Annehmen	5
12. Sept. 19	18.3387 Mo. SGK-NR. Sinnvolle Patientensteuerungsprogramme im KVG ermöglichen	Annehmen	6
12. Sept. 19	19.3703 Mo. Dittli. Medikamentenkosten - es braucht Anpassungen beim Zulassungs- und Preisbildungssystem im Bereich der Grundversicherung	Annehmen	7
17. Sept. 19	16.411 Pa.Iv. Eder. Für den Persönlichkeitsschutz auch in der Aufsicht über die Krankenversicherung – Stellungnahme des Bundesrates	Erlass verabschieden	8
17. Sept. 19	15.075 Bundesgesetz über Tabakprodukte	Eintreten. Annehmen.	9
17. Sept. 19	16.3169 Mo. Heim. Vergütungspflicht der Krankenkassen für im Ausland eingekaufte med. Mittel und Gegenstände	Annehmen. Nationalrat folgen	10
18. Sept. 19	17.043 Versicherungsvertragsgesetz. Änderung.	Eintreten. Annehmen mit Änderungen: <ul style="list-style-type: none"> • Art. 6 Abs. 2: Folgen bei Verletzung der Anzeigepflicht: WAK-SR folgen 	11



		<ul style="list-style-type: none">• Art. 35a Abs. 4: Ordentliche Kündigung, kollektive Taggeldversicherungen: WAK-SR folgen• Art. 35c neu, Nachhaftung: Minderheit II folgen• Art. 35d Abs. 2: WAK-SR folgen	
19. Sept. 19	<p>18.3513 Mo. Buffat. KVG. Dank der Digitalisierung die Effizienz steigern und die Kosten reduzieren</p> <p>18.3664 Mo. Grossen. Digitalisierung auch im Gesundheitswesen. Sämtliche Rechnungen sollen elektronisch zu den Krankenversicherern</p>	Annehmen	12
19. Sept. 19	<p>18.3649 Mo. Humbel. Stärkung von integrierten Versorgungsmodellen. Abgrenzung zu einseitigen Listenangeboten ohne koordinierte Behandlung</p>	Ablehnen	13



Ständerat, Donnerstag 12. September 2019

19.3743 Mo. Müller. Die Eliminierung von Hepatitis gehört in ein Nationales Programm sexuell und blutübertragbarer Infektionskrankheiten

Inhalt der Vorlage

Der Bundesrat wird aufgefordert, das Nachfolgeprogramm HIV und andere sexuell übertragbare Krankheiten NPHS um virale Hepatitis zu erweitern und somit die Voraussetzung dafür zu schaffen, Hepatitis B und C zusammen mit HIV bis 2030 zu eliminieren.

Position santésuisse

Heute kosten die Medikamente für einen einzigen Fall rund 30'000.- Franken. Um die bestehenden Krankheiten der Hepatitis zu eliminieren, sind bedeutend günstigere Medikamente notwendig: Gemäss WHO würde die Ausrottung der Hepatitis die Weltgemeinschaft jährlich rund 6 Mrd. Franken kosten, das heisst rund 80 Mrd. bis 2030. Das ist finanziell unrealistisch. Auch ein Alleingang der Schweiz würde das Problem nicht lösen.

Empfehlung santésuisse:

Ablehnen

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



Ständerat, Donnerstag 12. September 2019

16.3842 Mo. Herzog. Transparenz in der Spitalfinanzierung. Ausschreibungspflicht für gemeinwirtschaftliche Leistungen

Inhalt der Vorlage

Der Bundesrat wird beauftragt, die gesetzlichen Bestimmungen dahingehend anzupassen, dass gemeinwirtschaftliche Leistungen gemäss Artikel 49 Absatz 3 des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) dem öffentlichen Beschaffungsrecht unterstellt sind.

Position santésuisse

Im Bereich der gemeinwirtschaftlichen Leistungen (GWL) herrscht eine beträchtliche Intransparenz. Dies führt zu mindestens zwei Problemen: Erstens wird dadurch die Daten belegte Abgrenzung zu den OKP-Leistungen erschwert, womit bei einem Wegfall der GLW die Situation droht, dass die Leistungen dennoch weitergeführt, aber faktisch durch die OKP finanziert werden. Zweitens beeinträchtigen massive GWL-Zahlungen den schweizweiten Spitalwettbewerb: Notwendige Konzentrationen und Kooperationen z.B. zwischen Universitätskliniken bzw. der Abbau von Überkapazitäten an hoch subventionierten insbesondere Universitätskliniken werden erschwert. Mehr Transparenz im Bereich der GWL dürfte dabei der erste notwendige Schritt sein, um Verbesserungen erzielen zu können, indem z.B. jener Leistungserbringer den Auftrag erhält, welcher über das beste Preis-Leistungsverhältnis verfügt und nicht automatisch die «kantoneigene» Universitätsklinik. Spielt der Wettbewerb besser, dürften auch die bestehenden Überkapazitäten eher abgebaut werden.

Zusammenfassend:

- Der Bereich der gemeinwirtschaftlichen Leistungen (GWL) ist durch Intransparenz gekennzeichnet.
- Dadurch wird einerseits der Wettbewerb beeinträchtigt, andererseits wird der Erhaltung von Überkapazitäten insbesondere an Universitätskliniken Vorschub geleistet.
- Des Weiteren führt die ungenügende Transparenz bei den GWL zu Abgrenzungsprobleme zur OKP-Finanzierung.
- Eigentlich sollte es selbstverständlich sein, dass die Kantone die GWL in der Regel ausschreiben. Aufgrund der Verfassung kann der Bund offenbar nicht direkt eingreifen. Der Bund kann hingegen entsprechende Empfehlungen zur Ausschreibung machen. Dieser Differenz kann der Bundesrat allerdings auch bei der Ausarbeitung der Vorlage Rechnung tragen.

Empfehlung santésuisse:

Annehmen

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



Ständerat, Donnerstag 12. September 2019

18.3388 Mo. SGK-NR. Faire Referenztarife für eine schweizweit freie Spitalwahl

Inhalt der Vorlage

Der Bundesrat wird beauftragt, dafür zu sorgen, dass für eine ausserkantonale stationäre Wahlbehandlung bei demselben Spitaltyp der maximale Tarif der Spitalliste des Wohnkantons vergütet werden soll, höchstens aber der Tarif des Standortspitals.

Position santésuisse

Die schweizerische Gesundheitsversorgung ist anerkanntermassen ineffizient und in Sachen Qualität gibt es mehr offene Fragen als Antworten. In den meisten Fällen ist die Ergebnisqualität nicht bekannt, womit die Patienten keine echte Wahlmöglichkeit haben, wenn sie das Spital oder den Arzt auswählen.

Für einen echten Qualitätswettbewerb braucht es entsprechende Rahmenbedingungen. Wenn nun gewisse Kantone Wahlbehandlungen in anderen Kantonen bewusst mit unüblich tiefen Referenztarifen zu verhindern suchen, beeinträchtigt dies nicht nur den fairen Wettbewerb, sondern führt auch zu mehr Zweiklassenmedizin. Dies deshalb, weil Personen in guten wirtschaftlichen Verhältnissen die hohen Zusatzkosten für die ausserkantonale Behandlung problemlos übernehmen können oder eher über eine entsprechende Zusatzversicherung verfügen.

Nun ist es ja nicht so, dass eine ausserkantonale Behandlung einfach eine «Zwängerei» darstellt. In der kleinsten Schweiz verfügen zu viele Spitäler bei vielen Eingriffen schlichtweg nicht über die notwendige Erfahrung, die nötig ist, um bei Eingriffen ein optimales Resultat und minimale Nebenwirkungen zu erzielen. Bei vielen Eingriffen muss deshalb in vielen Schweizer Spitälern mit vermeidbaren Komplikationen, mitunter einer erhöhten Mortalität gerechnet werden. Dennoch beginnen erst wenige Kantone damit, den Spitälern Mindestfallzahlen für heikle Eingriffe vorzuschreiben, viele Kantone unternehmen diesbezüglich noch gar nichts.

Es kann also sehr gute Gründe haben, weshalb Patienten für eine bestimmte Behandlung ein ausserkantonales Spital wählen. Eine faire Lösung liegt dann vor, wenn ein Kanton für eine Behandlung ausserhalb mindestens denselben Tarif bezahlt, welcher er maximal seinen Listenspitälern für dieselbe Leistung erstattet. Selbstverständlich wird dabei höchstens der Tarif am ausserkantonalen Standort bezahlt.

Zusammenfassend:

- Das Parlament hat sich im Spitalbereich zu Recht für einen schweizweiten Qualitäts- und Preiswettbewerb ausgesprochen.
- Für diesen Wettbewerb braucht es faire Rahmenbedingungen, damit die schweizweit freie Spitalwahl des Patienten mit einer fairen finanziellen Lösung gewährleistet werden kann.
- Für eine ausserkantonale Wahlbehandlung sollen die Kantone den maximalen Tarif bezahlen, den sie auch für die Behandlung in einem Listenspital zu zahlen bereit sind, höchstens aber den Tarif des Standortspitals, an dem die Behandlung durchgeführt wird.

Empfehlung santésuisse:

Annehmen

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



Ständerat, Donnerstag 12. September 2019

18.3387 Mo. SGK-NR. Sinnvolle Patientensteuerungsprogramme im KVG ermöglichen

Inhalt der Vorlage

Der Bundesrat wird beauftragt, eine Anpassung der gesetzlichen Bestimmungen des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) vorzulegen, so dass Leistungen im Rahmen von Programmen der Patientensteuerung vergütet werden können. Folgende Gesetzesanpassung stellt hierzu einen möglichen Weg dar:

Art. 25b Patientensteuerungsprogramme

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten von Leistungen, die im Rahmen von Programmen der Patientensteuerung durchgeführt werden, wenn diese:

- a. auf eine klar definierte Patientengruppe beschränkt sind;
- b. zu einer Effizienz- und Qualitätssteigerung gegenüber Behandlungen ausserhalb dieser Programme führen;
- c. zwischen Leistungserbringern nach Artikel 35 und Versicherern vereinbart wurden.

Position santésuisse

Aus Sicht von santésuisse spricht nichts gegen die Vergütung entsprechender Programme, falls diese tatsächlich effektiver und effizienter sind. Einer Ausdehnung der Leistungen steht santésuisse hingegen im Grundsatz kritisch gegenüber. Der Mehrwert der Programme für die Patienten und Kostenträger müsste folglich entsprechend evaluiert werden. Mit Blick auf die Möglichkeiten im Bereich von Managed Care stellt sich die Frage, ob es dazu tatsächlich eine Gesetzesänderung braucht.

Empfehlung santésuisse:

Annehmen

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



Ständerat, Donnerstag 12. September 2019

19.3703 Mo. Dittli. Medikamentenkosten - es braucht Anpassungen beim Zulassungs- und Preisbildungssystem im Bereich der Grundversicherung

Inhalt der Vorlage

Der Bundesrat wird aufgefordert, die Rechtsgrundlagen für das Zulassungs- und Preissystem bei Medikamenten dahingehend anzupassen, dass im Bereich der Spezialitätenliste (SL) neben den Tagestherapiekosten auch die Kosten auf das gesamte Gesundheitssystem berücksichtigt werden.

Position santésuisse

Im Rahmen der personifizierten Medizin werden die neuen Generationen der Medikamente das bereits heute bestehende Kostenproblem nochmals akzentuieren. Es sollten grundsätzlich alle sinnvollen Möglichkeiten geprüft werden, zum Schutz des Prämien- und Steuerzahlers tiefere und damit auch wirtschaftlich angemessener Preise zu erzielen.

Empfehlung santésuisse:

Annehmen

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



Ständerat, Dienstag 17. September 2019

16.411 Pa.IV. Eder. Für den Persönlichkeitsschutz auch in der Aufsicht über die Krankenversicherung – Stellungnahme des Bundesrates

Inhalt der Vorlage

Das Bundesgesetz betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (KVAG) ist dahingehend anzupassen, dass der persönliche Datenschutz gewährleistet wird. Folgende Gesetzesanpassung stellt hierzu einen möglichen Weg dar:

Art. 35

Abs. 2bis

Die Angaben über die Daten sind in gruppierter Form zu liefern, sodass keine Rückschlüsse auf individuelle Daten der versicherten Personen möglich sind.

Abs. 2ter

Für die Durchführung des Risikoausgleichs stellen die Versicherer die erforderlichen individuellen Daten der gemeinsamen Einrichtung (Art. 18 KVG) zur Verfügung.

Position santésuisse

Die parlamentarische Initiative ist im Grundsatz positiv zu beurteilen. Bei der konkreten Umsetzung schlägt santésuisse diverse Änderungen vor:

1. Um unnötige Umtriebe bzw. Administrationskosten der Versicherer zu vermeiden, soll das BAG die notwendigen Daten nicht regelmässig, sondern einmal jährlich in kompakter Form erheben.
2. Dabei soll das BAG die bereits bestehenden Datenbestände, namentlich auf Seiten der Leistungserbringer berücksichtigen, statt Doppelerhebungen durchzuführen.
3. Individualdaten sollen vom Bundesrat nur ausnahmsweise mit einer klaren Angabe des konkreten Zweckes vorgesehen werden. Der Bundesrat hat dabei die Verhältnismässigkeit zu beachten und die Krankenversicherer vorher anzuhören. Der administrative Aufwand für die Versicherer ist minimal zu halten.
4. Im Weiteren sollen alle Daten der Forschung und Wissenschaft zugänglich gemacht werden; ohne dass Rückschlüsse auf die einzelnen Versicherer oder auf die Versicherten möglich sind.

Es wird zur Kenntnis genommen, dass die SGK-SR darauf verzichtet hat, aufgrund der Vernehmlassungsergebnisse wichtige Anpassungen vorzunehmen. Um die Verhältnismässigkeit zu gewährleisten sind aus Sicht von santésuisse noch etliche Verbesserungen notwendig.

Stellungnahme des Bundesrates vom 21.08.2019:

Bezüglich der bundesrätlichen Stellungnahme ist prüfenswert, dass der Bund diejenigen Daten erhält, die er benötigt, um die Wirtschaftlichkeit von MiGeL-Produkten etc. zu verbessern. Entsprechend sollte in Betracht gezogen werden, dem Minderheitsantrag zu Artikel 21 Abs. 2 lit d zu folgen.

Zusammenfassend:

- Die parlamentarische Initiative wird im Grundsatz unterstützt.
- Der Zweirat wird noch erhebliche Verbesserungen vornehmen müssen, um die Verhältnismässigkeit der Datenlieferungen sicherzustellen.

Empfehlung santésuisse:

Erlass verabschieden

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



Ständerat, Dienstag 17. September 2019

15.075 Bundesgesetz über Tabakprodukte

Inhalt der Vorlage

Das Bundesgesetz über Tabakprodukte regelt die Anforderungen an Tabakprodukte, um den Konsum zu verringern und die schädlichen Auswirkungen zu beschränken. Neue Regelungen betreffen die E-Zigaretten. Zusätzliche Einschränkungen sind für Werbung, Verkaufsförderung und Sponsoring vorgesehen. Hinzu kommt ein Abgabeverbot für Minderjährige.

Position santésuisse

Die Tabaksucht und ihre Folgeprobleme können massive gesundheitliche Schädigungen und entsprechende Kosten zu Lasten der Prämienzahler zu Folge haben. santésuisse unterstützt insbesondere griffigere Massnahmen zum Schutz der Jugendlichen. Erwachsene Personen hingegen, sollten diesbezüglich nicht «bevorzugt» werden.

Empfehlung santésuisse:

Eintreten. Annehmen

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



Ständerat, Dienstag 17. September 2019

16.3169 Mo. Heim. Vergütungspflicht der Krankenkassen für im Ausland eingekaufte medizinische Mittel und Gegenstände

Inhalt der Vorlage

Der Bundesrat wird beauftragt, die Einführung einer Vergütungspflicht für von den Versicherten selber im Ausland bezogene Hilfsmittel vorzusehen, sofern ein entsprechendes Arztrezept für das benötigte Hilfsmittel vorliegt, und die dafür nötigen Gesetzesanpassungen dem Parlament zu unterbreiten.

Position santésuisse

Die Preise der medizinischen Mittel und Gegenstände sind in vielen Fällen zu hoch. Die Bezahlung von im Ausland erworbenen, günstigeren medizinischen Hilfsmitteln auf Rezept ist angezeigt. Eine entsprechende Gesetzesanpassung im Sinne der Prämienzahler und kostenbewussten Patienten, bei welcher auch die Qualität der entsprechenden Anwendung der MiGeL-Produkte gleich hoch bleibt, ist zu unterstützen.

Dabei ist davon auszugehen, dass die im Ausland gekauften Hilfsmittel durch einen in der Schweiz anerkannten Arzt geordnet werden müssen. Im Grundsatz ist der Vorstoss deshalb zu unterstützen. Eine Lockerung der territorialen Vorgaben ist im Interesse der Prämienzahler und Patienten und letztlich auch einer wettbewerbsfähigeren und innovativeren MiGeL-Hersteller und –Vermarktungsbranche.

Mit Blick auf die Kostenentwicklung in der Krankenversicherung und der zu hohen MiGeL-Preise in der Schweiz bedauert santésuisse, dass die vorberatende Kommission des Ständerates dem Nationalrat nicht gefolgt ist. Dies wäre ein wichtiges und nötiges Zeichen gewesen.

Empfehlung santésuisse:

Annehmen. Nationalrat folgen

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

Ständerat, Mittwoch 18. September 2019

17.043 Versicherungsvertragsgesetz. Änderung

Inhalt der Vorlage

Der Entwurf nimmt die Anliegen des Parlaments gemäss Rückweisung der Totalrevision VVG auf. Es wurden die in der Rückweisung geforderten Änderungen namentlich beim Widerrufsrecht, bei der vorläufigen Deckung, bei der Verjährung, beim Kündigungsrecht und bei den Grossrisiken aufgenommen. Auch wurden an zahlreichen Stellen Erleichterungen für den elektronischen Geschäftsverkehr durch Zulassung einer anderen Form als der Schriftlichkeit, die den Nachweis durch Text erlaubt, eingeführt. Daneben wurden weniger weitgehende Anpassungen vorgenommen, die sich bei den Arbeiten als sachgerecht erwiesen haben.

Position santésuisse

Im Erstrat hat santésuisse zu Gunsten der Versicherten den Grundsatz verteidigt, dass die Versicherer den Vertrag nicht kündigen, auch nicht im Schadenfall. santésuisse begrüsst deshalb die entsprechenden Verbesserungen des Nationalrats gegenüber der Haltung des Bundesrates. Bei folgenden Artikeln hat der Nationalrat das Kind mit dem Bade ausgeschüttet, weshalb diese Neuerungen von santésuisse abgelehnt werden:

- **Art. 6 Abs. 2: Zeitliche Begrenzung der Sanktionen bei der Anzeigepflichtverletzung:**
Im Unterschied zu einer Sozialversicherung werden die Prämien nach dem Versicherungsvertragsgesetz risikogerecht berechnet werden. Folgerichtig können auch Ausschlüsse für bestimmte Risiken gemacht werden. Eine Verletzung der Anzeigepflicht seitens des Versicherungsnehmers ist deshalb alles andere als ein Kavaliersdelikt. Entsprechende Verletzungen zeigen sich oft erst nach Jahren und im konkreten Schadenfall. Kommt es dann dennoch zur Versicherungshaftung, kommen faktisch die ehrlichen Versicherten derselben Solidargemeinschaft für die unberechtigten Mehrausgaben auf.
 - **Art. 6 Abs. 2: Zeitliche Begrenzung der Sanktionen bei der Anzeigepflichtverletzung ist problematisch. WAK-SR folgen (gemäss Bundesrat).**
- **Art 35a Beendigung des Vertrages**
Einen Kollektivvertrag sollen beide Parteien ordentlich oder im Schadenfall kündigen können:
 - **WAK-SR folgen**
- **Art. 35c neu: Nachhaftung in der Krankenzusatzversicherung**
Die Versicherer sollen den Vertrag auch nicht im Schadenfall kündigen dürfen. Demgegenüber ist es aus Sicht von santésuisse nur recht und billig, wenn die Versicherten die Prämie entrichten, solange sie Leistungen beanspruchen. Es stellt sich auch die Frage, wieso jemand im Schadenfall die Prämien überhaupt weiterhin bezahlen sollte, wenn das systemfremde Kriterium der Nachhaftung gilt. Ausserdem stellen sich damit Koordinationsprobleme mit der OKP, welche nach dem Behandlungsprinzip funktioniert.
 - **Die vom NR neu aufgenommene Bestimmung zur Nachhaftung in der Krankenzusatzversicherung ist systemfremd. Minderheit II folgen (Streichen)**
- **Art. 35d neu: Hängige Versicherungsfälle**
Dieses Verbot ist unnötig. Das Bundesgericht entscheidet in Fällen, in denen kein Vertrag mehr besteht (bei einer Kündigung des Arbeitsverhältnisses), dass weiterhin Taggelder ausbezahlt werden müssen. Im Falle, dass z.B. ein Kollektivvertrag auf eine neue Gesellschaft übertragen wird, bestimmt das **Freizügigkeitsabkommen zwischen den Taggeldversicherern (FZA)** die vollumfängliche Übernahme der Leistungen zu Gunsten des Versicherten. Das bewährte FZA würde mit der Formulierung gemäss NR nichtig, was zu Rechtsunsicherheit mit Gerichtsverfahren und Prämien erhöhungen führen würde.
 - **WAK-SR folgen (neuen Abs. 2 einfügen)**

Empfehlung santésuisse:

Eintreten. Annehmen mit Änderungen (vgl. oben)

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

Ständerat, Donnerstag 19. September 2019

18.3513 Mo. Buffat. KVG. Dank der Digitalisierung die Effizienz steigern und die Kosten reduzieren

18.3664 Mo. Grossen. Digitalisierung auch im Gesundheitswesen. Sämtliche Rechnungen sollen elektronisch zu den Krankenversicherern

Inhalt der Vorlagen

Die elektronische Leistungsabrechnung nach dem KVG soll in der Regel in einem digitalen Datenaustausch erfolgen.

Position santésuisse

In der Krankenversicherung prägen vor allem die Kostentreiber das Bild, insbesondere die Mengenausweitung, die demografische Alterung und der medizinische Fortschritt. Einsparungen und Erleichterungen können hingegen mit der konsequenten Anwendung der Möglichkeiten der Digitalisierung erzielt werden.

Die Anzahl OKP-Rechnungen nimmt laufend zu; aktuell sind es rund 120 Millionen Belege, die verarbeitet werden müssen. Rund 10% der Rechnungen weisen heute Fehler auf: Sie sind in der Regel zu hoch und müssen entsprechend korrigiert werden.

Um eine effiziente, schnelle und gleichzeitig sorgfältige Kontrolle der zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung verrechneten Leistungen zu gewährleisten, ist die digitale Erfassung und entsprechend strukturierte und standardisierte Datenübermittlung zwischen den Leistungserbringern und den Krankenversicherern zentral. Digitale Formate sind zudem viel weniger fehleranfällig als Daten die «von Hand» eingelesen werden müssen. Weniger Fehler bedeutet auch weniger zurückgewiesene Rechnungen, weniger Rückfragen und weniger angeforderte Berichte der Leistungserbringer; damit auch schnellere Zahlungen bei weniger Zusatzaufwand. Echt digitalisierte Datenformate ermöglichen es den Krankenkassen, die Rechnungen automatisch, schneller und genauer zu überprüfen. Sie können so ihre im Gesetz festgelegte Aufgabe noch effizienter erfüllen. Dies wirkt sich positiv auf die Prämien- und Steuerzahler aus.

Zusammenfassend

- Ein echt digitalisierter Datenaustausch erleichtert die Rechnungskontrolle und hilft, viele «Schreib- und Lesefehler» zu vermeiden.
- Dadurch können Rückfragen und Berichte minimiert und die korrekten Rechnungen rascher bezahlt werden.
- Weniger fehlerhafte Rechnungen kommen letztlich den Kostenträgern zugute; dies dient zugleich den Prämien- und Steuerzahlern.

Empfehlung santésuisse:

Annehmen

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



Ständerat, Donnerstag 19. September 2019

18.3649 Mo. Humbel. Stärkung von integrierten Versorgungsmodellen. Abgrenzung zu einseitigen Listenangeboten ohne koordinierte Behandlung

Inhalt der Vorlage

Der Bundesrat wird beauftragt, eine Krankenversicherungsgesetz-Änderung vorzulegen, welche integrierte Versorgungsnetze definiert, um sie von einseitigen Listenmodellen abzugrenzen, die keine integrierte Behandlung vorsehen. Dabei sind insbesondere folgende Faktoren zu berücksichtigen:

1. Ein integriertes Versorgungsnetz ist eine Gruppe von Leistungserbringern, die sich zum Zweck einer Koordination der medizinischen Versorgung zusammenschliessen.
2. In einem integrierten Versorgungsnetz wird der Behandlungsprozess der versicherten Personen über die ganze Behandlungskette hinweg gesteuert. Der Zugang zu allen Leistungen der obligatorischen Krankenversicherung ist sichergestellt. Über die Pflichtleistungen hinausgehende Leistungen sind möglich.
3. Ein Vertrag zwischen dem integrierten Versorgungsnetz und den Versicherern regelt die Zusammenarbeit, den Datenaustausch, die Qualitätssicherung und die Vergütung der Leistungen.

Position santésuisse

Der Vorstoss ist unnötig und wird von santésuisse deshalb abgelehnt: Erstens werden entsprechende «Managed Care»-Verträge zwischen Leistungserbringern und Krankenversicherern immer freiwillig sein. Zweitens wird in der Begründung zum Vorstoss selbst ausgeführt, dass die Versicherer weiterhin «andere besondere Versicherungsmodelle» – gemeint sind die bisherigen, sehr beliebten und häufig gewählten Modelle ohne vertraglichen Vereinbarungen zwischen Leistungserbringern und Versicherern – anbieten können. Die Volksabstimmung von 2012 hat deutlich gezeigt, dass «Managed Care» freiwillig bleiben soll. Es wäre politisch fragwürdig, solche Modelle mit Zwang bzw. durch die Hintertüre einzuführen. Das bestehende Gesetz bietet die Möglichkeit zu freiwilligen Kooperationen bzw. Versorgungsmodellen zwischen den Krankenversicherern und den Leistungserbringern. Eine gesetzliche Definition der integrierten Versorgung bietet keinen Mehrwert für die Entwicklung von Innovationen; tendenziell ist das Gegenteil der Fall.

Zusammenfassend

- Eine gesetzliche Definition der «integrierten Versorgung» wirkt tendenziell innovationshemmend und ist damit kontraproduktiv.
- Zudem können die vom Vorstoss propagierten Modelle nicht erzwungen werden (Nein zu Managed Care-Vorlage 2012).

Empfehlung santésuisse:

Ablehnen

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