



Gesundheits- und Sozialdepartement

Bahnhofstrasse 15
6002 Luzern
Telefon 041 228 60 84
gesundheit.soziales@lu.ch
www.lu.ch

Per E-Mail an:

Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Eidg. Departement des Inneren
Herr Alain Berset
Bundesrat
Inselgasse 1
3003 Bern

Luzern, 17. November 2020

Protokoll-Nr.: 1280

Krankenversicherung: Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)»

Sehr geehrter Herr Bundesrat

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit, zum Vorentwurf und zu den Erläuterungen des EDI zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) und somit zum indirekten Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen» Stellung zu nehmen. Im Namen und Auftrag des Regierungsrates teilen wir Ihnen was folgt mit:

Allgemeine Bemerkungen

Die allgemeine Stossrichtung des Kostendämpfungsprogramms wird von uns begrüsst, und wir können die vorgeschlagenen Massnahmen mehrheitlich unterstützen. Bei der Planung und Umsetzung von Massnahmen mit kostendämpfender Wirkung muss das gesamte Gesundheitssystem und insbesondere auch die Versorgungssicherheit und -qualität im Auge behalten werden. Bei der Wirksamkeit der Massnahmen «Zielvorgabe» und «Erstberatungsstelle» dürfte dies stark davon abhängen, wie sie umgesetzt werden. Diesbezüglich erachten wir die Vorlage als noch zu wenig ausgereift. Mit der GDK sind wir deshalb der Ansicht, dass deswegen die Massnahme «Stärkung der koordinierten Versorgung» prioritär weiterverfolgt werden sollte. Sie könnte nicht nur einen Beitrag zur Kostendämpfung leisten, sondern auch massgebliche Vorteile für die Versorgung bringen.

Bemerkungen zu den einzelnen Massnahmenvorschlägen

1. Zielvorgabe

Die Stossrichtung Massnahme ist grundsätzlich zu begrüessen. Die Versorgungsverantwortung und die Steuerungskompetenz werden in den Händen der Kantone belassen. Sie erhalten ein Instrument, um im Falle eines ungerechtfertigten Kostenanstiegs korrigierend in die

Versorgung einzugreifen und die Nutzung vorhandener Effizienzpotenziale in ihrem jeweiligen Gebiet voranzutreiben. Die vorgesehenen Handlungsspielräume bei der Festlegung des kantonalen Kostenziels und dessen Aufteilung auf die Kostenblöcke und Leistungserbringergruppen, aber auch die Möglichkeit der Bestimmung allfälliger Korrekturmassnahmen, bieten den Kantonen die nötige Freiheit, ihre Verantwortung für die Gesundheitsversorgung und deren längerfristige finanzielle Tragbarkeit wahrzunehmen. Dabei können sie spezifische Verhältnisse im Kanton und unterschiedliche Effizienzpotenziale in den verschiedenen Kostenblöcken berücksichtigen und eigene gesundheitspolitische Akzente setzen.

Kritisch beurteilen wir die Praxistauglichkeit und die Auswirkungen der Massnahme. So ist die Einführung einer Zielvorgabe in der Praxis wohl nur schwer machbar, zumal der administrative Aufwand für die Kantone massiv steigen würde. Zudem besteht die Gefahr, dass das heutige regulierte Wettbewerbssystem durch zusätzliche Regulierungen untergraben würde. Das geltende System mit der revidierten Zulassungsbeschränkung und Spitallisten bietet den Kantonen bereits heute Möglichkeiten, die Mengenausweitung zu beeinflussen. Im Einzelnen sehen wir folgende Probleme:

- Eine jährliche Anpassung der Zielvorgaben ist u.a. aufgrund fehlender Datengrundlagen und Verzögerungseffekten grundsätzlich nicht praktikabel. Es sollte ein mehrjähriger Betrachtungshorizont mit entsprechend rollender Planung in Betracht gezogen werden.
- Ohne gesetzlich geregelten Zugang zu den relevanten Daten der Versicherer und der Leistungserbringer können die Kantone keine Gesamtkostenziele festlegen und deren Aufteilung in Kostenblöcke nicht vornehmen.
- Die Umsetzung der Massnahme (Erstellung von Kostenprognosen, Einbezug der Stakeholder, Festlegung der Kostenziele und Durchführung der Korrekturmassnahmen etc.) würde insbesondere ressourcenschwache Kantone sowohl in Bezug auf ihr Know-how als auch auf administrativer Ebene stark belasten oder allenfalls überfordern.
- Es fehlen systematische Evaluationen über die Genauigkeit der Prognosen, aber auch einheitliche Kriterien, an denen diese gemessen werden könnten. Für kleine Kantone sind Schätzungen und Prognosen noch schwieriger. Für sie soll der Bund daher grössere Toleranzmargen zulassen.
- Die vorgeschlagene Steuerung der einzelnen Kostenblöcke dürfte eine Zementierung von «Silos der Leistungserbringergruppen» und einer rein kantonalen Sicht der Leistungserbringung bewirken (dies im Widerspruch zur Koordinationspflicht bei der Spital- und künftig auch der ambulanten Planung) und innovative Kooperationsansätze (z.B. «ambulant vor stationär») eher bremsen. Wir bestehen deshalb darauf, dass im Falle einer Weiterverfolgung der Massnahme mögliche Nebeneffekte, wie die Rationierung von wirksamen, zweckmässigen und wirtschaftlichen Leistungen oder eine verminderte Behandlungsqualität durch Monitoring aufgedeckt und gezielt korrigiert werden. Ebenfalls zu verhindern sind ungewollte Verlagerungen von Leistungen aus bereits ausgeschöpften Kostenblöcken in andere (evtl. sogar teurere) Kostenblöcke, z.B. von ambulant zu stationär.

Bezüglich Korrekturmassnahmen (Art. 54d E-KVG) sprechen wir uns klar für eine *Kann-Regelung* aus. Ein Ausgabenwachstum kann durchaus gerechtfertigt sein kann, z.B. wenn es darum geht, der Unterversorgung in einer Region durch einen gezielten Ausbau des Angebots entgegenzuwirken. Da Rückvergütungen in der Umsetzung aufwendig sind und systembedingt zu Ungerechtigkeiten führen, kommen für uns ausschliesslich Korrekturmassnahmen mit einem prospektiven Charakter in Frage. Art. 54d E-KVG ist in dieser Hinsicht noch zu präzisieren.

Die vorgesehene Umsetzung nach dem Prinzip Wohnkanton des Versicherten ist für uns nachvollziehbar, auch wenn diese Variante Vollzugsprobleme mit sich bringen wird. Insbesondere im spitalstationären Bereich können kleinere Kantone mit einem (auch angebotsbedingt) relativ hohen Anteil an ausserkantonalen Behandlungen die Inanspruchnahme der

Leistungen durch die Kantoneinwohner nur schwer beeinflussen. Zudem bedeutet das Wohnortprinzip einen Bruch mit der bisherigen Spitalplanungslogik und macht es für die Kantone deutlich schwieriger, die Zielerreichung zu überprüfen sowie Korrekturmassnahmen bezogen auf einzelne Leistungserbringer(-kategorien) bzw. Kostenblöcke zu formulieren und umzusetzen.

Ablehnend stehen wir einer alleinigen Festlegung der kantonsindividuellen Ziele durch den Bundesrat gegenüber (Art. 52 Abs. 2 E-KVG). Der Bund hat keine Finanzierungs- und Versorgungsverantwortung. Wir fordern deshalb einen angemessenen Einbezug der Kantone bei diesem Teilschritt. Sie verfügen über spezifische Kenntnisse über die Entwicklungen im Gesundheitssektor in ihrem jeweiligen Gebiet und sind in der Lage, die vorgeschlagenen Ziele auf ihre Erreichbarkeit zu prüfen. Die Kantone sind deshalb vor der Festlegung der kantonsindividuellen Ziele durch den Bund anzuhören.

2. Erstberatungsstelle

Im Grundsatz begrüssen wir das Ziel, durch Förderung des «Gatekeeping» Gesundheitskosten überall dort einzusparen, wo unnötige Leistungen oder Doppelspurigkeiten vermieden werden können. Die politischen Erfolgsaussichten dieser Massnahme sind dennoch fraglich (vgl. Managed-Care-Vorlage). Es bestehen jedoch mögliche Fehlanreize und zahlreiche offene Vollzugsfragen:

- Es besteht die Gefahr, dass chronisch kranke, multimorbide oder ältere Personen, die ihren Leistungserbringer bisher über die gesamte Behandlungskette frei wählen durften, neu von der als Erstberatungsstelle fungierenden Fachpersonen abhängig wären und gegebenenfalls den (oft langjährigen) Kontakt zu ihren bisherigen betreuenden Ärzten und Ärztinnen abbrechen müssten. Die adäquate Versorgung dieser Menschen muss gewährleistet sein.
- Erhalten Ärztinnen und Ärzte unabhängig vom Gesundheitszustand ihrer Patientinnen und Patienten und von der Anzahl Konsultationen denselben Pro-Kopf-Betrag, so ist dieser bei älteren, chronisch kranken oder multimorbiden Patienten womöglich nicht kostendeckend, während er bei jüngeren Patienten mit gutem Gesundheitszustand allenfalls die effektiven Kosten übersteigt. So besteht mit der Pauschale die Gefahr einer Risikoselektion, die verhindert werden muss.
- Die Pauschale ist auch hinsichtlich Kosten-Nutzen-Verhältnis zu hinterfragen: Während mit der Massnahme Gesundheitskosten eingespart werden sollen, bezahlt der Versicherer gemäss Vorlage für jede versicherte Person eine Pauschale auch dann, wenn sie die Erstberatungsstelle nicht beansprucht. Der Bund muss im Falle einer Weiterverfolgung der Massnahme zuerst das Kosten-Nutzen-Verhältnis aufzeigen.
- Damit die Mehrbelastung der Kantone für die Prüfung der Kriterien für Erstberatungsstellen sowie für die Veröffentlichung und die regelmässige Pflege der Listen tragbar bleibt, sind schlanke und unbürokratische Lösungen nötig.
- Die Frage der Weiterführung von Prämienrabatten ist zu klären.

3. Koordinierte Versorgung stärken

Wir teilen die Überzeugung, dass die Förderung von Netzwerken und Programmen der Patientenversorgung deren Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit verbessern und zum Meistern der bevorstehenden demografischen Herausforderungen beitragen kann. Wir unterstützen deshalb die Schaffung von gesetzlichen Grundlagen in diesem Bereich. Zentral für ein nachhaltiges Funktionieren solcher Netzwerke erachten wir die angemessene Abgeltung des Koordinationsaufwandes.

Weiter verlangen wir, im Gesetz festzuhalten, dass die Kantone ihre bisherigen Aktivitäten zur Stärkung der koordinierten Versorgung weiterführen und bei Bedarf ausbauen dürfen, soweit diese den Rahmen des KVG nicht verletzen. Dies beinhaltet die Genehmigung von kantonalen oder interkantonalen Programmen der Patientenversorgung durch die beteiligten

Kantone, aber auch die Zulassung von Netzwerken anhand der vom Bund festgelegten Zulassungsvoraussetzungen. Diese Zulassungskompetenz der Kantone ist im Gesetz explizit zu regeln.

Im Hinblick auf die sehr wahrscheinliche Weiterverfolgung dieser Massnahme bestehen zahlreiche Umsetzungsfragen, die präzisiert werden müssen:

- Es ist unklar, wessen Koordinationsaufwand an die Pauschale anrechenbar ist (Koordinationszentrum, primärer Kreis, ggf. auch Kooperationskreis) und bis zu welcher Höhe.
- Nicht geklärt ist, ob sich die Kantone an der Definition der Zulassungsvoraussetzungen beteiligen dürfen, wenn sie die vom Netzwerk erbrachten Leistungen mitfinanzieren müssen.
- Ebenfalls unklar ist, ob der Kanton beim Fehlen eines Tarifvertrages zwischen Netzwerk und Versicherer den Tarif festsetzen muss (Art. 47 KVG wird durch die Vorlage nicht tangiert), oder heisst eine Nichteinigung, dass das Netzwerk seine Leistungen nicht gegenüber der OKP abrechnen darf? Diese Frage ist ebenfalls zu klären.

4. Bemerkungen zu weiteren Massnahmen

– Preismodelle und Rückerstattungen

Im Gegensatz zum Referenzpreissystem, das im Paket 1 vorgestellt wurde, könnten Preismodelle und entsprechende Rückerstattungen dem durch die Vergütung von innovativen und teuren Arzneimitteln generierten Kostenschub entgegenwirken. Der Kreis der Begünstigten der Rückerstattungen muss jedoch zwingend alle Kostenträger umfassen. Im stationären Bereich werden innovative und teure Arzneimittel häufig in Form von Zusatzentgelten zu mindestens 55 % durch die Kantone abgegolten. Die Höhe der Zusatzentgelte wird dabei aufgrund der Spezialitätenliste für Arzneimittel, spezifischer Tarifverträge oder Vereinbarungen berechnet. Sehen diese Instrumente in Zukunft vermehrt Preismodelle mit Rückerstattungen vor, haben auch die Kantone davon zu profitieren.

– Referenztarife für ausserkantonale Wahlbehandlungen

Die Orientierung am Tarif für eine vergleichbare Behandlung in einem Spital, das auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt ist, erscheint angemessen und entspricht in der Zielsetzung der geltenden GDK-Empfehlung betreffend Referenztarife. Die kostendämpfende Wirkung dieser Massnahme dürfte hingegen nicht zum Tragen kommen, da es Kantone gibt, welche tiefere Referenztarife festgelegt haben als vorgeschlagen werden. Für die Präzisierungen auf der Verordnungsebene sind die Kantone angemessen einzubeziehen.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen und stehen Ihnen für weitere Auskünfte gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

Guido Graf
Regierungsrat

