

Kontrahierungszwang, Monistische Spitalfinanzierung und Risikoausgleich

Dr. Beatrice Mäder, Dr. Harry Telser, Markus Saurer

Olten, 7. Mai 2019



Inhalt

- 1 Ausgangslage
- 2 1. KVG Revision
- 3 2. KVG Revision
- 4 Standesinitiative Kanton Jura August 2001
- 5 3. KVG Revision
- 6 Positionen Akteure Gesundheitswesen 2008
- 7 Entwicklung seit 2008

1 Ausgangslage

Ausgangslage

Kontrahierungszwang

Vorgabe KVG

- Krankenkasse müssen alle erbrachten und durch die Grundversicherung gedeckten Leistungen vergüten
- Impliziert ein Kontrahierungszwang für Krankenversicherer

Problematik

- Kein Wettbewerb zwischen Leistungserbringern
- Keine Möglichkeit, Angebot an Ärzten zu beeinflussen

Ausgangslage

Monistische Spitalfinanzierung

Finanzierungsvorgabe KVG

- Ambulanter Sektor: monistisch durch Krankenversicherer finanziert
- Stationärer Sektor: dual-fixe Finanzierung durch Kantone (heute min. 55% der Kosten) und Krankenversicherer

Problematik

- Kostentransparenz medizinischer Leistungen nicht gegeben
- Unklare Rollenverteilung: Kantone als Regulator und Spitalbesitzer
- Benachteiligung alternativer Versicherungsmodelle

Ausgangslage

Monistische Spitalfinanzierung

Argumente duale Finanzierung 1996

- Verteilung: Reine Finanzierung über pro Kopfprämien zu regressiv
- Effizienz: Reine Finanzierung über Steuererträge zu wettbewerbsfern
- Kompromisslösung

Argument Objektfinanzierung 1996

- Steuerungsinstrument zur Kostenkontrolle für die Kantone

Ausgangslage

Risikoausgleich

Vorgaben KVG 1996 bis 2011

- Risikounabhängige Einheitsprämie
- Auf 10 Jahre befristeter Risikoausgleich nach Alter und Geschlecht innert eines Kantons
- Möglichkeit jedes Jahr die Krankenversicherung zu wechseln

Problematik

- Alter und Geschlecht erfassen Risikounterschiede nur ungenügend
- Mobilität vor allem kranker Versicherter geringer als erwartet
- Krankenkassen können (lukrative) Risikoselektion betreiben
- Kosteneinsparungen werden ungenügend honoriert

2 1. KVG Revision

1. KVG Revision

Inhalt

Inhalt

- Erleichterung Versicherungswechsel
- Verbot Versicherung Kostenbeteiligung
- Verbot Kündigung Zusatzversicherung bei Wechsel Grundversicherung
- Substitutionsrecht Originalpräparate/Generika Apotheken
- Recht Bundesrat Zulassung Leistungserbringer zu beschränken
- Kostenbefreiung gewisser präventiver medizinischer Leistungen
- Festsetzung Bundesbeiträge Prämienverbilligung

1. KVG Revision

Geschäftsverlauf

Botschaft Bundesrat

- Festsetzung Bundesbeiträge Prämienverbilligung
- Verbot Bindung Zusatzversicherung an Grundversicherung
- Substitutionsrecht Originalpräparate/Generika Apotheken
- Möglichkeit Globalbudgets im ambulanten Bereich für Kantone

Änderungen National- und Ständerat

- Verzicht auf Möglichkeit von Globalbudgets
- Recht Bundesrat Zulassung Leistungserbringer zu beschränken
- Nationalrat will Risikoausgleich um Hospitalisierungsgrad erweitern:
Scheitert in Einigungskonferenz [▶ Details](#)

⇒ Verabschiedet am 20. März 2000, in Kraft seit 1. Januar 2001

3 2. KVG Revision

2. KVG Revision

Inhalt

Inhalt

- Aufhebung Kontrahierungszwang im ambulanten Bereich
- Auftrag an Bundesrat innert fünf Jahren Vorschlag zur monistischen Spitalfinanzierung vorzulegen
- Leistungsbezogene Spitalfinanzierung auf Basis von Pauschalen
- Stärkung besonderer Versicherungsformen
- Festlegung maximale Einkommensbelastung durch Prämien
- Aufnahme Aufenthalt Geburtshäuser in Grundversicherung
- Substitutionsrecht Generika
- Aufhebung Befristung des Risikoausgleichs

Geschäftsverlauf

Botschaft Bundesrat

- Vorschlag Aufhebung Kontrahierungszwang stösst in Vernehmlassung auf Kritik
- Bundesrat schlägt vor auf Aufhebung zu verzichten
- Botschaft erhält aber Ausgestaltungsvorschlag falls Parlament auf Aufhebung besteht
- Definitive Verankerung Risikoausgleich

Uneinigkeit National- und Ständerat

- Prämienrabatte für Kinder
- Selbstbehalt nicht HMO-Versicherte
- SP und Grüne sehen Aufhebung Kontrahierungszwang kritisch
- Aufhebung Befristung Risikoausgleich

Geschäftsverlauf

Einigungskonferenz (16/17.12.03)

- Ständerat: Zustimmung
- Nationalrat: Ablehnung: 71 zu 66 (35 Enthaltungen)
 - ▶ Grüne: Sozial Ziele mit Revision nicht erreicht
 - ▶ SP: Für soziale Absichten ungenügende finanzielle Mittel. Zugang hochqualitative medizinische Versorgung für alle gefährdet
 - ▶ CVP: Verzicht auf Prämienrabatte für Kinder nicht akzeptabel
 - ▶ FDP und SVP stimmen ohne grosse Begeisterung zu

4 Standesinitiative Kanton Jura August 2001

Standesinitiative Kanton Jura

August 2001: Risikoausgleich unter den Krankenkassen

Inhalt

- Fordert Erweiterung der Kriterien des Risikoausgleichs
- Zusätzliche Berücksichtigung der Hospitalisierungsrate oder der Anzahl Todesfälle

Geschäftsverlauf

- Ständerat gibt der Initiative statt: Sieht Handlungsbedarf, erwartet aber Behandlung im Rahmen der 2. KVG Revision
- Nationalrat lehnt die Initiative im März 2004 definitiv ab. Minderheit der SGK setzt sich mit ihrem Antrag durch

5 3. KVG Revision

3. KVG Revision

Überblick

Aufspaltung der einzelnen Reformvorhaben

- Erarbeitung Expertenberichte
 - ▶ Kontrahierungszwang, monistische Spitalfinanzierung, Managed Care, modifizierte Kostenbeteiligung
 - ▶ Nachträglich fünfter Bericht zum Risikoausgleich

- Sieben Botschaften des Bundesrates aufgeteilt auf drei Gesetzgebungspakete
 - ▶ I: Gesamtstrategie inkl. Risikoausgleich und Pflēgetarife, Vertragsfreiheit, Prämienverbilligung, Kostenbeteiligung
 - ▶ II: Spitalfinanzierung, Managed Care
 - ▶ III: Neuregelung der Pflegefinanzierung

3. KVG Revision

Gesamtstrategie: Expertengruppe Risikoausgleich

Inhalt

- Aufzeigen Interdependenz mit anderen Teilrevisionen
 - ▶ Aufhebung Kontrahierungszwang erweitert Instrumentarium Risikoselektion.
 - ▶ Monistische Spitalfinanzierung erhöht betroffenes Finanzvolumen
 - ▶ Geringer Anreiz zur Einführung von Managed Care Modellen
- Ausarbeitung verschiedener Modelle
- Hauptvorschlag:
 - ▶ Aufnahme der Hospitalisierung im Vorjahr als Kriterium
 - ▶ Prospektive Ausgestaltung des Risikoausgleichs
- Einzelmeinung Vertreter Groupe Mutuel
 - ▶ Aufnahmepflicht in der OKP macht Risikoausgleich unnötig
 - ▶ Risikoausgleich verhindert Wettbewerb zwischen den Kassen

3. KVG Revision

Gesamtstrategie: Geschäftsverlauf Risikoausgleich

Geschäftsverlauf

- Botschaft Bundesrat vom 26. Mai. 2004 sieht Verlängerung Risikoausgleich um fünf Jahre vor
 - ▶ Verlängerung in Vernehmlassung unbestritten, allfällige Reform nicht
- National- und Ständerat stimmen der Verlängerung am 8. Oktober 2004 um fünf Jahre zu

Debatte

- Mehrheit SGK Nationalrat wollte Bundesrat mit Erarbeitung Reform Risikoausgleich beauftragen: Ablehnung im Rat (85:82: FDP, SVP)
- Ständerat anerkennt Handlungsbedarf bei Risikoausgleich.

3. KVG Revision

Kontrahierungszwang: Expertengruppe

Inhalt

- Ausarbeitung unterschiedliche Modelle
- Hauptvorschlag
 - ▶ Aufhebung im ambulanten und stationären Bereich
 - ▶ Liberalisierung der Preisbildung: Keine Verpflichtung auf den TARMED.
 - ▶ Keine Verbandsverhandlungen und Einheitsverträge betreffend Tarifen

Stellungnahmen

▶ Details

- Gegen: Konsumentenorganisationen, Preisüberwacher, SVBG
- Pro: SECO/ASWP, WEKO, BSV, Santésuisse
- Abhängig vom gewählten Modell: H+, SDK
- Fehlende Stellungnahme : FMH

3. KVG Revision

Kontrahierungszwang: Geschäftsverlauf

Geschäftsverlauf

- Botschaft Bundesrat vom 26. Mai 2004 sieht Aufhebung Kontrahierungszwang im ambulanten Bereich vor. [▶ Details](#)
- Ständerat 6. Dezember 2007: Abschaffung Kontrahierungszwang zurzeit nicht mehrheitsfähig. [▶ Details](#)
 - ▶ Grosser Widerstand aus Ärzteschaft und Teilen der Bevölkerung
 - ▶ Rat beschliesst Nichteintreten auf das Geschäft
- Nationalrat 16. Juni 2010: Beschliesst Nichteintreten auf das Geschäft
- Beschluss Verlängerung Zulassungsstopp für Ärzte am 13. Juni 2008 in beiden Räten
- Stattdessen Konzentration auf Managed-Care-Vorlage. Aufhebung Kontrahierungszwang in eingeschränktem Bereich

3. KVG Revision

Managed Care

Inhalt

- Versicherer können besondere Versicherungsformen anbieten
 - ▶ Leistungsbezug nur bei integriertem Versorgungsnetzwerk
 - ▶ Niedrigere Prämie gegen höhere Kostenbeteiligung
 - ▶ Prämienhöhe in Abhängigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen
 - ▶ Niedrigere Prämie bei eingeschränktem Wahlrecht der Leistungserbringer
- Bei Koppelung besonderer Versicherungsform an niedrigere Prämien, Vertragsdauer von bis zu drei Jahren möglich
- Integriertes Versorgungsnetzwerk: Selbstbehalt 10%, Höchstbetrag Selbstbehalt 500 CHF, ansonsten 15% und 1000 CHF
- Kompetenz Bundesrat zusätzliche Morbiditätsindikatoren für Risikoausgleich festzulegen

3. KVG Revision

Managed Care

Geschäftsverlauf

- Botschaft Bundesrat vom 15. September 2004 [▶ Details](#)
 - ▶ Einführung besondere Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahlfreiheit
 - ▶ Substitutionspflicht bei Existenz eines Generikums
- Zentrale Diskussionspunkte National- und Ständerat
 - ▶ Keine Einigung auf Formulierung Substitutionspflicht Generika: Ablehnung durch Nationalrat am 1. Oktober 2010
 - ▶ Angebotspflicht: Zwang zum Angebot min. 1 Managed-Care-Modells
 - ▶ Unterschiedliche Kostenbeteiligung und max. Selbstbehalt für besondere Versicherungsformen
 - ▶ Vertragsdauer
- Verabschiedung National- und Ständerat am 30. September 2011
- Referendumsergreifung durch Komitee «Freie Arztwahl für alle» (verschiedene Ärzteverbände, VPOD, PULSUS, SP)

3. KVG Revision

Managed Care

Volksabstimmung

- Gegner: SP, SVP, BDP, FMH, H+
- Befürworter: FDP, CVP, GLP
- Stimmfreigabe: Grüne
- Argumente Referendumskomitee
 - ▶ Verlust freie Arzt-, Spital-, Pflegeheim- und Apothekenwahl
 - ▶ Schaffung Zweiklassenmedizin
 - ▶ Rationierung medizinischer Leistungen
 - ▶ Teure Knebelverträge
- Argumente Befürworter
 - ▶ Integrierte Versorgung verbessert Qualität
 - ▶ Beitrag zu langfristiger Finanzierbarkeit Gesundheitssystem
 - ▶ Stärkung der Grundversorgung

⇒ Managed Care wird am 17. Juni 2012 mit 76% Nein abgelehnt

3. KVG Revision

Spitalfinanzierung: Expertengruppe

Inhalt

- Ausarbeitung unterschiedlicher Modelle
 - ▶ Wer übernimmt Rolle des Monisten?
 - ▶ Rechtliche Regelung kantonale Finanzierungsbeiträge?
 - ▶ Art Einspeisung kantonale Finanzierungsbeiträge ins System?

- Hauptvorschlag bestehendes regulatorisches Umfeld
 - ▶ Krankenversicherer u. MCOs als Monisten.
 - ▶ Festlegung Finanzierungsanteil Kantone an gesamten OKP-Kosten im KVG
 - ▶ Ausrichtung Kantonsbeiträge pro Kopf an KV/MCOs.
 - ▶ Abgeltung Leistungen über Fallpauschale

- Untersuchung Auswirkung Monistische Finanzierung im Rahmen eines Managed-Competition-Modells.

3. KVG Revision

Spitalfinanzierung: Expertengruppe

Stellungnahmen Vorschlag bestehendes regulatorisches Umfeld

- Pro: BSV, WEKO, EVF, Santésuisse
- Gegen: H+, SDK
- Keine Stellungnahme: FMH, EDV

Stellungnahmen im Manged-Competition-Modell

- Pro: H+, WEKO, EFV, Santésuisse
- Gegen: BSV, SDK.
- Keine Stellungnahme: FMH, EDV

Spitalfinanzierung: Inhalt

Inhalt

- Leistungsbezogene Fallpauschalen zur Deckung von Betriebs- und Investitionskosten
- Finanzierungsschlüssel: 55% Kantone, 45% Versicherer
- Gleichstellung von Spital und Geburtshaus
- Freie Spitalwahl unter Listenspitälern: Bezahlung nach Referenztarif
- Risikoausgleich: Neu Berücksichtigung stationäre Aufenthalte von mehr als drei Tagen im Vorjahr

Spitalfinanzierung: Geschäftsverlauf

Geschäftsverlauf

- Botschaft Bundesrat vom 15. September 2004
 - ▶ Einführung von Fallpauschalen
 - ▶ Bundesrat beantragt innert drei Jahren nach Inkrafttreten Gesetzesrevision für Übergang monistische Spitalfinanzierung
- Ständerat
 - ▶ Kommission: Modell-Vorschlag monistische Spitalfinanzierung
 - ▶ Massive Kritik der Kantone: Referendumsdrohung. Befürchten Einschränkung Einflussmöglichkeit und höhere Kosten
 - ▶ Rückweisung an Kommission
 - ▶ Nach Konsultation Kantone zieht Kommission Vorschlag zurück
 - ▶ Erweiterung Risikoausgleich um Hospitalisierung im Vorjahr
- Verabschiedung im National- und Ständerat am 21. Dezember 2007
- Inkrafttreten per 1. Januar 2009

6 Positionen Akteure Gesundheitswesen 2008

Umfrage Obsan 2008

Aufhebung Kontrahierungszwang

Positionen der Akteure

- Krankenversicherer: Für Aufhebung Vertragszwang im ambulanten und stationären Bereich: Zwingt Leistungserbringer zur Offenlegung Qualität Leistung
- Ärzte: Gegen Aufhebung Vertragszwang: Machtkonzentration bei den KV führt zu Willkür, Abbau Gesundheitsversorgung, Endsolidarisierung
- H+: Für Aufhebung, sofern gemeinsam mit monistischer Spitalfinanzierung und einem verbesserten Risikoausgleich eingeführt
- BAG: Für Aufhebung im ambulanten Bereich, im stationären Bereich nur bei gleichen Regeln/Pflichten für alle Spitäler
- GDK: Grosse Vorbehalte gegenüber Abschaffung im ambulanten Bereich. Gegen Abschaffung im stationären Bereich [▶ Details](#)

Umfrage Obsan 2008

Monistische Spitalfinanzierung

Positionen der Akteure

- Krankenversicherer: Für Aufhebung Mehrfachrolle Kantone sowie Territorialprinzips.
- Ärzte: Keine Stellungnahme
- H+: Für monistische Spitalfinanzierung, Aufhebung Mehrfachrolle Kantone sowie Territorialprinzips
- BAG: Nur im Zusammenhang mit anderen Massnahmen sinnvoll (z. B. Vertragsfreiheit)
- GDK: Entschiedene Ablehnung
 - ▶ Gezielte Zuweisung öffentlicher Mittel als zentrales Steuerungsinstrument
 - ▶ Allfällige Verzerrungen ambulant/stationär aufgrund unterschiedlicher Tarif- und Kostenstrukturen, nicht unterschiedlicher Direktzahler

Umfrage Obsan 2008

Risikoausgleich

Positionen der Akteure

- Krankenversicherer:
 - ▶ Einigkeit über Notwendigkeit Existenz Risikoausgleich
 - ▶ Unterschiedliche Ansichten bezüglich Weiterentwicklung
- Ärzte: Für Verbesserung Risikoausgleich durch Berücksichtigung Morbiditätsunterschiede
- H+: Befürwortet Verfeinerung Risikoausgleich
- BAG: Abwarten Evaluation neue Berücksichtigung Spitalaufenthalte des Vorjahres und prospektive Ausgestaltung des Risikoausgleichs ab 2012
- GDK: Befürwortet Berücksichtigung von Morbiditätsunterschieden im Risikoausgleich

7 Entwicklung seit 2008

Kontrahierungszwang

Entwicklung 2008 bis 2018

- Aufhebung Zulassungsstopp per Ende 2011
- Motion Gutzwiller September 2012
 - ▶ Verlangt Einführung Vertragsfreiheit für Spezialärzte
 - ▶ Wird im Ständerat nach Ablehnung Managed-Care-Vorlage als nicht mehrheitsfähig betrachtet
- Wiedereinführung Zulassungsstopp für drei Jahre per 1. Juli 2013
- KVG-Änderung Steuerung ambulanter Bereich per 1. Juli 2016
 - ▶ Bundesrat schlägt vor, dass Kantone bei Über- und Unterversorgung eingreifen können
 - ▶ Ablehnung im Nationalrat 18. Dezember 2015 (Nein: FDP, SVP)
- 17. Juni 2016: Verlängerung Zulassungsstopp bis 30. Juni 2019
 - ▶ Auftrag an Bundesrat, innert drei Jahren Alternativen auszuarbeiten
 - ▶ Bundesrat hat Bericht ausgearbeitet und mit Frist 25. Oktober 2017 Vorschlag in Vernehmlassung geschickt
 - ▶ Lockerung Vertragszwang wird nicht als valable Alternative gesehen: Kein Konsens über mögliches Modell

Monistische Spitalfinanzierung

Vorstösse 2008 bis 2018

- Einführung Monismus
 - ▶ Motion 09.3275: «Einführung des Monismus im KVG»(abgesch.)
 - ▶ Parlamentarische Initiative 09.528 «Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus»
- Dual-fixe Finanzierung ambulante und stationäre Leistungen.
 - ▶ Motion 09.3546: «Transparente Finanzierung der sozialen Grundversicherung»
- Dual-fixe Finanzierung aller Spitalleistungen
 - ▶ Motion 09.3853 «KVG. Neuer Anlauf für einen Ausweg aus der für die Versicherten unerträglichen Situation»(abgesch.)
 - ▶ Postulat 10.3137 «Zunahme der ambulanten Chirurgie. Aufteilung der Kosten»
 - ▶ Motion 13.3213 «Gleiche Finanzierung von stationär und ambulanten Spitalleistungen»

Monistische Spitalfinanzierung

Verlauf Vorstösse 2008-2018

- Diskussion im Rahmen des «Dialogs Nationale Gesundheitspolitik »von Bund und Kantonen.
- Prüfung unterschiedlicher Finanzierungsmodelle im Projekt «Tarife und Eckwerte einer künftigen Finanzierung»
 - ▶ Bericht Expertengruppe Markus Moser
 - ▶ Bericht Bundesrat
- Vorschlag SGK Nationalrat zur Umsetzung der Parlamentarische Initiative Einführung Monismus aktuell in der Vernehmlassung

Risikoausgleich

Verlauf 2008 bis 2018

Parlamentarische Initiative Risikoausgleich der SP September 2011

- Aufgrund von Volksabstimmung zu Managed Care, Neuerungen zum Risikoausgleich separat festlegen
- Aufhebung Befristung Risikoausgleich
- Alter und Geschlecht als Kriterium im Gesetz verankert
- Weiterer Morbiditätsindikatoren durch den Bundesrat festlegbar
- ➔ Verabschiedung durch National- und Ständerat am 21. März 2014

Erweiterung Kriterien durch Bundesrat

- Seit 2017 werden im Risikoausgleich auch die Medikamentenkosten des Vorjahr berücksichtigt
- 2020 Ablösung Arzneimittelkosten-Indikator durch pharmazeutische Kostengruppen (PCG)

8 Anhang

Risikoausgleich

Debatte Risikoausgleich nach Einführung KVG

- Solidaritätsstudie CSS zeigt das Alter und Geschlecht Risikounterschiede ungenügend erfassen
- Rückzug Visana aus acht Kantonen wegen Verschlechterung Risikostruktur

1. KVG Revision

- Antrag Nationalrat Gross Hospitalisierungsrisiko in Risikoausgleich aufnehmen
- Nationalrat nimmt Antrag mit 85:80 Stimmen an
 - ▶ Ja: SP, G, CVP: Vermeidung Risikoselektion
 - ▶ Nein: FDP, SVP: Revision zu früh, Einschränkung Wettbewerb
- Deutliche Ablehnung im Ständerat: Anpassung als unnötig erachtet

2. KVG Revision

Inhalt Vernehmlassung Aufhebung Kontrahierungszwang

Inhalt

- Aufhebung Kontrahierungszwang im ambulanten Bereich
- Zugang auf Leistungserbringer mit Tarifvertrag mit Versicherer beschränkt
- Weitgehende Vertragsfreiheit zwischen Versicherern und Leistungserbringer
- Kantone bei Feststellung ungenügender Versorgung Möglichkeit einzugreifen

2. KVG Revision

Ergebnis Vernehmlassung Aufhebung Kontrahierungszwang

Skepsis gegenüber vorgeschlagenem Modell

- Zu grosse Machtverschiebung zu den Versicherern
- Unklare Selektionskriterien für Leistungserbringer
- Kantone gegen Definition Versorgungssicherheit durch Bund
- Befürchtung hoher administrativer Aufwand sowie Beschwerdeflut
- Kritische Sicht auf Wegfall freie Arztwahl

Hauptkritiker

- Leistungserbringer, einige Versicherten- und Konsumentenorganisationen

⇒ Viele Vorbehalte bezüglich Umsetzbarkeit und Kostenwirkung des vorgeschlagenen Modells

2. KVG Revision

Botschaft Bundesrat vom 18. September 2000

Aufgrund Vernehmlassung schlägt vor auf Aufhebung Kontrahierungszwang zu verzichten

- Zu grosse Unsicherheit über Auswirkungen und Ausgestaltung
- Weitere Abklärungen notwendig

Enthält aber Ausgestaltungsvorschlag falls Parlament auf Aufhebung besteht

- Begrenzung Aufhebung auf ambulanten Bereich
- Informationsrecht Versicherte
- Informationspflicht Leistungserbringer
- Liste darf während Kalenderjahr nicht eingeschränkt werden
- Vertragsfreiheit Versicherer und Leistungserbringer sofern
 - ▶ Medizinische Versorgung gewährleistet
 - ▶ Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung gewährleistet

2. KVG Revision

Botschaft Bundesrat vom 18. September 2000

Inhalt

- Leistungsbezogene Spitalfinanzierung auf Basis von Pauschalen
- Keine Unterscheidung mehr zwischen Betriebs- und Investitionskosten
- Einheitliche Vergütung für alle Listenspitäler.
- Stärkung besonderer Versicherungsformen
- Ausdehnung Finanzierungsanteil Kantone auf Privatversicherte
- Ambulante Leistungserbringer > 65 Jahre brauchen Vertrag mit Versicherern, um KV zugelassen zu sein
- Aufhebung Befristung Risikoausgleich

2. KVG Revision

1. Lesung Ständerat

Änderungen gegenüber der Botschaft

- Abschaffung Kontrahierungszwang: Weitgehende Übernahme
Vorschlag Bundesrat (33 zu 3 Stimmen)
- Bundesrat soll innert fünf Jahren ein Vorschlag zur monistischen
Spitalfinanzierung und zur Revision des Risikoausgleichs vorlegen
- Verzicht auf Schaffung eines teilstationären Bereichen
- Prämienverbilligungen so gestalten, dass Ausgaben für
Krankenkassenprämien $\leq 8\%$ des Einkommen
- Graduelle Einführung Ausdehnung Finanzierungsanteil Kantone auf
Privatversicherte über 4 Jahre

2. KVG Revision

1. Lesung Nationalrat

Änderungen gegenüber Ständerat

- Ablehnung Aufhebung Kontrahierungszwang (91 zu 76 Stimmen)
- Planung Spitzenmedizin neu die Aufgabe des Bundes
- Substitutionspflicht Originalpräparate/Generika Apotheken
- Unterschiedliche maximale Einkommensbelastung durch Prämien für Familien und Einzelpersonen sowie nach Einkommensklasse
- Ablehnung Gesamtvorlage mit 93 zu 89 Stimmen (Ja: SP, Grüne, CVP Nein: FDP, SVP)
- Keine Aufhebung Befristung Risikoausgleich sondern Verlängerung um 10 Jahre
- Krankenversicherungsgruppen sollen beim Risikoausgleich wie eine Versicherung behandelt werden

2. KVG Revision

2. Lesung Ständerat

Änderungen

- Hält an Abschaffung Kontrahierungszwang fest, Abschwächung:
 - ▶ Festlegung durch die Kantone, wie viele Ärzte pro Sparte gebraucht werden
 - ▶ Krankenkassen müssen dann mit der vorgegebenen Anzahl Ärzte pro Sparte Verträge abschliessen
 - ▶ Anfangs 2003 zugelassene Ärzte haben Anrecht auf vierjährigen Vertrag
- Selbstbehalt nur noch bei HMO-Versicherten 10%, andere Versicherungsformen 20%
- Aufnahmen Finanzierung Pflegeleistung: Kassen müssen nur noch für einen Teil der Pflegekosten aufkommen
- Krankenversicherungsgruppen sollen beim Risikoausgleich nicht als eine Versicherung behandelt werden

2. KVG Revision

2. Lesung Nationalrat

Änderungen gegenüber Ständerat

- Zustimmung Aufhebung Kontrahierungszwang (153 zu 18 Stimmen)
 - ▶ Mit Ärzten in Ärztenetzwerken mit Budgetverantwortung müssen die Kassen zwingend Verträge abschliessen
 - ▶ Chronisch Kranke und Betagte können ihren Arzt behalten
- Kein höherer Selbstbehalt für nicht HMO-Versicherte
- Pflegefinanzierung soll erst in der nächsten Revision besprochen werden
- Substitutionsrecht statt -pflicht Originalpräparat Generika Apotheken
- Aufnahme Aufenthalt Geburtshäuser in Grundversicherung
- Zustimmung zur Gesamtvorlage mit 86 zu 48 Stimmen (Nein: SP)

2. KVG Revision

3. Lesung Ständerat

Änderungen

- Verzicht auf Pflegefinanzierung
- Festhalten an Erhöhung Selbstbehalt für Nicht-HMO-Versicherte
- Keine generelle Halbierung der KK-Prämie für das zweite Kind sowie Abschaffung für jedes weitere Kind
- Bundesbeiträge an Kantone nicht nur an Kosten indexieren sondern auch Finanzlage Bund und Kantone berücksichtigen
- Keine Benachteiligung von privaten gegenüber öffentlichen Spitälern in der Spitalplanung
- Keine Aufnahme Aufenthalt Geburtshäuser in Grundversicherung

2. KVG Revision

3. Lesung Nationalrat

Änderungen gegenüber Ständerat

- Aufnahme Aufenthalt Geburtshäuser in Grundversicherung
- Kein höherer Selbstbehalt für Nicht-HMO-Versicherte
- Prämienrabatte für Kinder unabhängig vom Einkommen der Eltern
- Keine Berücksichtigung Finanzlage bei Bundesbeiträgen

Einigungskonferenz

Ständerat

- Verbleib bei Selbstbehalt von 10%, Kompetenz Bundesrat, diesen bei Nichtbeanspruchung besondere Versicherungsform anzupassen
- Ablehnung genereller Prämienrabatte für Kinder
- Aufnahme Geburtshäuser in Grundversicherung
- Indexierung Bundesbeiträge nur nach Kosten

Nationalrat

- Ablehnung Vorlage mit 71 zu 66 Stimmen bei 35 Enthaltungen
 - ▶ Grüne: Soziale Ziele mit Revision nicht erreicht
 - ▶ SP: Für soziale Absichten nicht genügend finanzielle Mittel eingeplant. Zugang zu qualitativ hochstehender medizinischer Versorgung für alle durch Aufhebung Kontrahierungszwang gefährdet
 - ▶ CVP: Verzicht auf Prämienrabatte für Kindern nicht akzeptabel
 - ▶ FDP- und SVP-Fraktion stimmen ohne grosse Begeisterung zu

Kontrahierungszwang: Expertengruppe

Stellungnahmen

- Konsumentenorganisationen: Gegen: Einschränkung Wahlfreiheit, befürchtet Zweiklassenmedizin
- Preisüberwacher: Gegen: Trägt weder zur Kostensenkungen noch zu Qualitätsverbesserung bei, befürchten Zweiklassenmedizin
- SECO/ASWP: Pro: Verstärkung der Konkurrenz
- H+: Gewisse Rahmenbedingungen müssen erfüllt sein
- SDK: Abhängig vom gewählten Modell
- Wettbewerbskommission: Pro: Mehr Wettbewerb.
- BSV: Pro: Mehr Wettbewerb
- SVBG: Gegen: Ungeeignetes Instrument für Kostendämpfung
- Santésuisse: Pro
- FMH: Noch keine Stellungnahme

Kontrahierungszwang: Bundesrat

Botschaft vom 26. Mai 2004

- Aufhebung Kontrahierungszwang im ambulanten Bereich
- Bundesrat bestimmen Mindestzahl an Leistungserbringern für jede Kategorie. Spielraum für Mindest- und Höchstzahlen
- Vertragsärzte müssen sich an vorgesehene Anforderungen bezüglich Wirtschaftlichkeit und Qualität halten
- Nicht auf Ärzte beschränkt: Alle Personen, welche auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen
- Während Kalenderjahres können Versicherer keine Leistungserbringer von Liste streichen
- Information Versicherter durch Versicherer und Leistungserbringer
- Alle bei Inkrafttreten zugelassenen Leistungserbringer bleiben dies für einen Zeitraum von zwei Jahren

Kontrahierungszwang: FMH

Widerstand

- Ablehnung Aufhebung Kontrahierungszwang an ausserordentlicher Ärztekammer im Oktober 2003 (157 zu 2). Referendumsdrohung
- Bekräftigung Entscheid in Ärztekammer Oktober 2004
- Demonstration Grundversorger auf dem Bundesplatz 1. April 2006
- Thesenpapier FMH 2006
 - ▶ Bei Aufhebung Kontrahierungszwang wird Referendum ergriffen
 - ▶ Massiver Eingriff Gesundheitssystem (Arzt-Patienten-Beziehung, Freiheit Berufsausübung, Entsolidarisierung, vermehrte Risikoselektion durch Versicherer usw.)
 - ▶ Kein generelles Überangebot an Leistungserbringern: Lediglich Verteilungsproblem
 - ▶ Zu grosse Machtkonzentration bei Versicherern

Managed Care

Botschaft Bundesrat

- Versicherungsverhältnis mit eingeschränktem Wahlrecht
 - ▶ Nur Leistung von zugelassenen Leistungserbringern werden erstattet
 - ▶ Versicherungsverhältnis von bis zu drei Jahren möglich
 - ▶ Möglichkeit niedrigerer Prämien oder Rückvergütungen
 - ▶ Verbot Versicherung Kostenbeteiligung
 - ▶ Kostenbeteiligung kann durch den Bundesrat aufgehoben werden
- Möglichkeit zur Schaffung von integrierten Versorgungsnetzen
- Substitutionspflicht bei Existenz eines Generikums

3. KVG Revision

Spitalfinanzierung: Bundesrat

Botschaft vom 15. September 2004

- Pflicht gemeinsame Planung Kantone im Bereich Spitzenmedizin
- Einführung von Leistungspauschalen zur Vergütung stationärer Behandlungen
- Vergütung wird je zur Hälfte von Wohnkanton und Versicherung übernommen
 - ▶ Wohnkanton zahlt direkt an Spital
 - ▶ Vergütung darf kein Kostenanteil für Forschung und Entwicklung enthalten
 - ▶ Kantone können weitere Bereiche separat finanzieren
- Einheitliche Erfassung Betriebs- und Investitionskosten. Erstellung Kostenrechnung
- Innert drei Jahren nach Inkrafttreten beantragt Bundesrat Gesetzesrevision für Übergang zur monistischen Spitalfinanzierung

3. KVG Revision

Spitalfinanzierung: Ständerat 1. Lesungen

Vorschlag Kommission

- Finanzierung aller Leistungen nach gleichem Schlüssel
- Versicherer bezahlen 70%, Kantone 30%
- Beiträge Kantone fliessen via Versicherer an die Leistungserbringer
- Ebenfalls Einführung von Fallpauschalen
- Ausgestaltung soll kostenneutral sein

Reaktion

- Massive Kritik der Kantone, Referendumsdrohung. Befürchtung Einschränkung Einflussmöglichkeit und höhere Kosten
- Antrag auf geeignete Vernehmlassung bei Kantonen angenommen. Rückweisung an Kommission

3. KVG Revision

Spitalfinanzierung: Ständerat 1. Lesungen

Erneute Beratung nach Rückweisung

- Kommission zieht nach Konsultation Kantone Vorschlag zurück
- Orientiert sich nun stark an Vorschlag Bundesrat
 - ▶ Leistungsbezogene Fallpauschale zur Deckung von Betriebs- und Investitionskosten
 - ▶ Finanzierungsschlüssel: 60% Kanton, 40% Versicherer. 45% für Kantone mit niedrigen KKprämien
 - ▶ Kantone zahlen auch an Zusatzversicherte und Privatspitälern sofern auf Liste
 - ▶ Vertragsspitäler: Versicherer dürfen mit Privatspitälern, welche sich nicht auf Liste befinden, Verträge abschliessen
- Gleichzeitige Anpassung Risikoausgleich
 - ▶ Erweiterung um Vorjahresaufenthalt in Spital oder Pflegeheim
 - ▶ Befristung auf fünf Jahre

⇒ Beide Vorschläge vom Rat angenommen

3. KVG Revision

Spitalfinanzierung: Nationalrat 1. Lesungen

Änderungen gegenüber Ständerat

- Finanzierungsschlüssel: Anteil der Kantone von min 55%. Keine Ausnahme für Kantone mit niedrigeren KK-Prämien
- Innerhalb Listenspitäler schweizweit freie Spitalwahl ohne entsprechende Zusatzversicherung
- Gleichstellung von Spital und Geburtshaus
- Vorschlag zum Risikoausgleich noch nicht beraten

⇒ Gesamtvorschlag vom Rat angenommen. SP dagegen

3. KVG Revision

Spitalfinanzierung: Ständerat 2. Lesungen

Änderungen

- Freie Spitalwahl unter Listenspitalern: Bezahlung aber nur bis Tarif im Wohnkanton des Patienten
- Finanzierungsschlüssel: Kantone zahlen min. 55%. 45% für Kantone mit niedrigeren KKprämien
- Unterstellung Geburtshäuser kantonaler Planung, wenn mit Spitälern gleichgestellt

3. KVG Revision

Spitalfinanzierung

Nationalrat 2. Lesung

- Risikoausgleich: Fliesen nur stationäre Aufenthalte von mehr als 3 Tagen ein
- Finanzierungsschlüssel: Kantone zahlen fix min. 55%

Ständerat 3. Lesung

- Finanzierungsschlüssel: Kantone zahlen min. 55%. 45% für Kantone mit niedrigeren KK-Prämien
- Risikoausgleich: Keine Begrenzung auf Aufenthalte von min. drei Tagen (Anreizprobleme)

Spitalfinanzierung

Nationalrat 3. Lesung

- Finanzierungsschlüssel: Kantone zahlen min. 55%
- Übergangsregel: Kantone mit bei Inkrafttreten unterdurchschnittlichem Prämienniveau zahlen in den ersten fünf Jahren zwischen 45 und 55%: Schrittweise Erhöhung
- Risikoausgleich: Fliesen nur stationäre Aufenthalte von mehr als 3 Tagen ein

Verabschiedung in National- und Ständerat am 21. Dezember 2007.

- ➔ Inkrafttreten grundsätzlich per 1. Januar 2009
- ➔ Inkrafttreten neuer Risikoausgleich und Fallpauschalen per 1. Januar 2012

Kontrahierungszwang

Position der GDK

- Mehrheit der Kantone grosse Vorbehalte gegenüber Abschaffung im ambulanten Bereich
 - ▶ Nicht Verantwortung Versicherer, Versorgung sicherzustellen: Kantone müssten daher Vorgaben machen. Frage, wie umzusetzen
 - ▶ Fragen hinsichtlich Umsetzbarkeit der Modelle (Komplexität des Systems, Transparenz für Versicherte, Qualitätskontrolle)
- Gegen Abschaffung im stationären Bereich
 - ▶ Mitfinanzierung Infrastruktur durch Kantone: Möchten daher mitbestimmen
 - ▶ Zentrale Rolle stationärer Sektor bei Sicherstellung Versorgung. Keine Delegation Sicherstellung Versorgung an Versicherer gewünscht. Marktmacht Versicherer zu gross für unverzerrten Wettbewerb