



Brugg, 12. Juli 2004

EDI
Herr Bundesrat
Pascal Couchepin
Bundeshaus
3003 Bern

Vernehmlassung Teilrevision KVG

Sehr geehrter Herr Bundesrat

Für die Möglichkeit, zum zweiten Paket der KVG-Revision Stellung nehmen zu können, danken wir Ihnen.

Vorlage 2 A /Spitalfinanzierung

Grundsätzliches

Wir unterstützen die Neugestaltung der Spitalfinanzierung grundsätzlich. Es ist richtig, dass die im geltenden Gesetz bestehende Objektsubventionierung durch ein leistungsbezogenes Modell abgelöst wird. Allerdings würden wir es begrüßen, wenn ein direkter Übergang zum monistischen System gewählt würde. Wir anerkennen aber die vorgebrachten Bedenken gegen ein solches Vorgehen und erachten den gewählten Weg über die dual-fixe Methode als einen Schritt in die richtige Richtung.

Die Auswirkungen der Realisierung der vorgeschlagenen dual-fixen Finanzierung, insbesondere hinsichtlich der Finanzierungsumverteilung Kanton - Versicherer, sind aufgrund fehlender Statistiken kaum zu beziffern. Hier bedarf es noch genauerer Abklärungen und präziserer Angaben.

Aussagen zu den Detailregelungen

Leistungen

Wir begrüßen die Streichung der Begriffe "Allgemeine Abteilung", "teilstationäre Behandlung".

Spitalplanung / Tarife

Wie einleitend bereits erwähnt, unterstützen wir die vorgeschlagene Lösung.

- Der Wechsel, weg von der Objekt- hin zur leistungsbezogenen Finanzierung, erachten wir als zwingend.
- Auch erachten wir es als sinnvoll, dass die heute bestehende unterschiedliche Tarifierung für innerkantonale und ausserkantonale Versicherte wegfällt.

- Grundsätzlich ist es zu begrüßen, dass auch die Investitionskosten in die Berechnung miteinbezogen werden. Diesbezüglich ist aber dringend darauf zu achten, dass dieser Kostenteil einwandfrei ermittelt wird. Wie in den Vernehmlassungsunterlagen richtig erwähnt wird, besteht die Gefahr, dass die Kantone versucht sein werden, hier sehr hohe Kosten einzusetzen und dass somit eine ungerechtfertigte Umlagerung der Kosten vom Steuer- auf den Prämienzahler erfolgt.
- Im Hinblick auf den Systemwechsel bei der Spitalfinanzierung, erachten wir es als absolut unumgänglich, dass die Spitäler verpflichtet werden, ihr Rechnungswesen wesentlich zu verbessern, so dass eine volle Kostentransparenz besteht. Es ist mehr als nur bedauerlich, dass dies heute immer noch nicht der Fall ist.
- Die Gleichstellung der Privatspitäler mit den öffentlich- oder öffentlich subventionierten Spitälern, erachten wir als richtig.
- Eine über die Kantongrenzen hinweg koordinierte Planung der hochspezialisierten Medizin, ist aus Effizienz- und Kostengründen dringend notwendig.

Rückgriffsrecht des Wohnkantons/ Datengrundlagen

Keine Bemerkungen.

Vorlage 2B: Managed Care

Grundsätzliches

Die aktuelle Gesetzgebung ermöglicht das Anbieten von MC-Modellen, eine Verpflichtung dazu besteht jedoch nicht. Die Versicherer können grundsätzlich wählen, ob sie überhaupt eine entsprechendes Modell anbieten wollen. Versicherte können frei wählen, ob sie von einem solchen Angebot Gebrauch machen wollen. Wir sprechen uns klar dagegen aus, die Kassen zu verpflichten, derartige Modelle anzubieten. Wenn solche wirklich kostensparend wirken, setzen sie sich am Markt auch durch. Dies ist aber bisher offensichtlich nicht der Fall.

Zu der vorgeschlagenen Lösung nehmen wir wie folgt Stellung:

- Wir begrüßen die Regelung, dass MC-Modelle durch die Versicherer freiwillig angeboten werden können. Ein Obligatorium lehnen wir entschieden ab.
- Soll den MC-Modellen nachhaltig und wirkungsvoll zum Durchbruch verholfen werden, muss der behandlungs- und kostenintensive Patient miteinbezogen werden können. Dies ist freiwillig wohl kaum möglich. Die heutigen MC-Modelle tragen praktisch nichts zur Kosteneinsparung bei. Im Grunde genommen sind es lediglich Lösungen, die es gesunden Versicherten ermöglichen, dem Prämienruck solange auszuweichen, bis sie selber erkranken. Ist dies der Fall, kehren sie in der Regel wieder ins System der OKP zurück. Wenn man mit MC-Modellen die Kosten wirklich senken wollte, müsste dem Versicherer ermöglicht werden, gewisse Patientengruppen obligatorisch in spezielle MC-Modelle einzuteilen. Dies dürfte politisch heute aber kaum realisierbar sein.

Dauer des Versicherungsverhältnisses

Die vorgeschlagene Lösung, dass der Versicherer Versicherungsnehmer mit einer besonderen Versicherungsform (z.B. MC-Modelle, wählbare Franchise) maximal drei Jahre an das gewählte Versicherungsverhältnis binden kann, geht in die richtige Richtung. Wir beantragen aber die Frist von 3 auf 5 Jahre zu erhöhen. Ein solche Regelung behebt die heute gängige "Rosinenpickerei" wenigstens teilweise, in dem gesunde Personen jahrelang von Prämien-Rabatten der besonderen Versicherungsformen profitieren und sobald eine Behandlung ansteht, ins System der ordentlichen Franchise zu-

rückkehren. Bei den wählbaren Franchisen lässt sich die Umgehung der selbst gewählten Kostenbeteiligung im heutigen System in vielen Fällen zum Voraus richtiggehend planen. Diesem Missbrauch muss dringend mit einer längeren Bindung an das gewählte Prämiensparmodell begegnet werden.

Wirkstoffverschreibung - Generika

Mit den Vorschlägen sind wir einverstanden.

Wir danken Ihnen nochmals für die Möglichkeit der Stellungnahme und hoffen, dass Sie unsere Anregungen bei Ihren Entscheiden berücksichtigen.

Freundliche Grüsse
Schweizerischer Bauernverband

Urs Schneider
Stv. Direktor

Fritz Schober
Leiter Departement
Soziales, Bildung und Dienstleistungen