Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG): Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation	: Kanton Zürich / Gesundheitsdirektion
Abkürzung der Firma / Organisation	: Kt. ZH
Adresse	: Stampfenbachstrasse 30
Kontaktperson	: Dania Tremp
Telefon	: 043 / 259 52 53
E-Mail	: dania.tremp@gd.zh.ch
Datum	: 5. September 2018

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **15. September 2018** an folgende E-Mail Adresse: abteilung-leistungen@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht 3

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen 10

Weitere Vorschläge 12

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: 13

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	**Bemerkung/Anregung**
Kt. ZH	Der Kanton Zürich lehnt die Vorlage der SGK-N für eine einheitliche Finanzierung der Leistungen im ambulanten und im stationären Bereich in der vorliegenden Form ab.
Kt. ZH	A. Grundsätzliches Gemäss Art. 117 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999 (BV, SR 101) erlässt der Bund Vorschriften über die Krankenversicherung. Er kann die Versicherung allgemein oder für einzelne Bevölkerungsgruppen obligatorisch erklären. Bei der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) handelt es sich somit um eine «Bundes»-Sozialversicherung. Im Rahmen von Versicherungen sind die Prämien grundsätzlich so zu bemessen, dass sie zur Finanzierung der geschuldeten Leistungen ausreichen. Im Bereich der Sozialversicherungen kommt es jedoch häufig zu staatlichen Subventionen, in dem Sozialversicherungsleistungen zumindest teilweise durch öffentliche Mittel quersubventioniert werden. Sofern die Prämien in der OKP nicht ausreichen, um die Versicherungsleistungen zu finanzieren, müssten entsprechend der Kompetenzregelung von Art. 117 BV korrekterweise Bundesmittel zur Subventionierung herangezogen werden. Diesem Grundsatz widerspricht die vorliegende Vorlage diametral – wie im Übrigen auch die bereits seit 2012 geltende gesetzliche Verpflichtung der Kantone, 55% der Kosten für stationäre OKP-Leistungen zu übernehmen. Der Bundesgesetzgeber überschreitet seine Kompetenzen, wenn er die Kantone zur Mitfinanzierung einer Bundesversicherung verpflichtet. Hinzu kommt, dass die Vorlage das Prinzip der fiskalischen Äquivalenz nach Art. 43a Abs. 3 BV verletzt, demgemäss das Gemeinwesen, das die Kosten einer staatlichen Leistung trägt, auch über diese Leistungen bestimmen kann. Das ist vorliegend ganz offensichtlich nicht der Fall: Die Festlegung des Leistungsumfangs der Versicherung sowie der möglichen Leistungserbringer zulasten der OKP erfolgen auf Bundesebene. Bei den zugelassenen ambulanten Leistungserbringern verfügen die Kantone aber nur über minimalste und nur provisorische Steuerungsmöglichkeiten (Art. 55a KVG). Im stationären Bereich sind immerhin einzig die gemäss kantonalen Spitalplanungen notwendigen Listenspitäler zur Tätigkeit zu Lasten der Kantone zugelassen. Da aber gemäss KVG die Spitalwahlfreiheit gilt, müssen die Kantone auch hier Beiträge an Listenspitäler anderer Kantone leisten, für die gemäss ihrer eigenen Planung kein Bedarf besteht. Es kann nicht sein, dass die Kantone inskünftig bei Annahme der Vorlage bis zu 10% ihrer Fiskaleinnahmen an die Krankenversicherer überweisen müssen, ohne dass sie eine sachgerechte und effiziente Verwendung dieser Mittel sicherstellen können. Gleichzeitig würde aber auch eine Ausweitung der Aufsichtsverantwortung des Bundes über die Krankenversicherer unabdingbar, da diese gemäss neuem Finanzierungsregime ein viel grösseres Geldvolumen in ihrer Verantwortung hätten. Es gilt sich vor Augen zu halten, dass die Umsetzung der vorliegenden Finanzierungsvorlage zu einem völligen Systemumbruch führen würde. Sie hätte zum einen kurzfristig eine substanzielle Lastenverschiebung von den Versicherern zu gewissen Kantonen zur Folge (für den Kanton Zürich

	würde gemäss den aktuellen Berechnungen des BAG die Umstellung aber praktisch kostenneutral ausfallen und tragbar sein). Zum anderen wäre mittelfristig jedoch mit einer finanziellen Mehrbelastung aller Kantone zu rechnen – dies aufgrund der Kostendynamik des von den Kantonen neu mitzufinanzierenden ambulanten Bereichs. Vor allem aber würden die Kantone zu einem systemimmanenten Mitfinanzierer der OKP gemacht – wohlgemerkt für eine Versicherung, die im Zuständigkeitsbereich des Bundes liegt und auf deren Ausgestaltung die Kantone keinen Einfluss haben. Wird ein solcher Systemumbau vom Parlament ernsthaft in Betracht gezogen und diskutiert, so müssten dabei auf jeden Fall die Ergebnisse der vom Bundesrat beim BAG in Auftrag gegebenen Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung berücksichtigt und eingearbeitet werden. Der Schlussbericht der Evaluation soll 2019 vorliegen. Er wird die Auswirkungen der seit 2012 umgesetzten Revision der Spitalfinanzierung aufzeigen sowie Entscheidungsgrundlagen für die Weiterentwicklung des KVG schaffen. Zudem hat das Parlament die Motion 13.3363 «Aufgabentrennung zwischen Bund und Kantonen» angenommen. Damit wurde der Bundesrat beauftragt, sämtliche Aufgaben, bei denen die Verantwortung und/oder die Finanzierung gemeinsam bei Bund und Kantonen liegen, systematisch zu analysieren und bis 2018 einen umfassenden Bericht vorzulegen. Der Einbezug der Vorlage «Einheitlichen Finanzierung der Leistungen im ambulanten und im stationären Bereich» in diesen Bericht wäre zwingend.
Kt. ZH	B. Die beantragte Neuregelung Der Kanton Zürich unterstützt grundsätzlich die von der SGK-N selbst formulierten und gesteckten Ziele (Förderung der Verlagerung von Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich; Dämpfung des Kostenwachstums insgesamt; Stabilisierung der steuer- und prämienfinanzierten Finanzierungsanteile an den Leistungen der OKP; Förderung der koordinierten Versorgung und eine sachgerechte Tarifierung der ambulant und der stationär erbrachten Leistungen). Allerdings ist die vorliegend geplante Änderung des KVG aus nachstehenden Gründen kein taugliches Instrument, um die gesteckten Ziele zu erreichen. a) Förderung der Verlagerung von Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich Die Versicherer müssen mit Ausnahme der Rehabilitation nur in absoluten Ausnahmefällen vorgängig einer Behandlung eine Kostengutsprache für deren Vornahme erteilen. Abgesehen von diesen seltenen Fällen haben sie keine Möglichkeit zur Einflussnahme auf den Entscheid betreffend stationäre oder ambulante Durchführung. Dieser Entscheid wird vielmehr von der/dem behandelnden Ärztin/Arzt zusammen mit der Patientin oder dem Patienten getroffen. Für die Leistungserbringer (Ärztinnen und Ärzte, Spitäler) ist es aber – abgesehen vom vernachlässigbaren administrativen Aufwand – unerheblich, ob er seine Entschädigung je anteilmässig vom Versicherer und vom Kanton oder nur vom Versicherer erhält. Ausschlaggebend für den Entscheid sind neben medizinischen Kriterien vielmehr die Ertrags- und Verdienstmöglichkeiten für den Leistungserbringer selbst. Diese hängen einerseits von der Tarifstruktur und anderseits vom Versicherungsstatus der Patientin oder des Patienten (Zusatzversicherungen) ab. Die Umleitung der Finanzflüsse von den Kantonen zu den Versicherern (einheitliche Finanzierung) setzt diesbezüglich keine anderen Anreize bei den Leistungserbringern und bewirkt folglich nichts. Um die Verlagerung von Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich zu fördern, bedarf es anderer Massnahmen: beispielsweise den bereits teilweise auf Kantons- und auch auf Bundesebene erfolgten Erlass von Listen mit operativen Eingriffen, die grundsätzlich nur noch bei ambulanter Durchführung von der OKP vergütet werden

	(«ambulant vor stationär»), oder eine Verbesserung der Tarifstrukturen (z.B. sachgerechtere Tarifstrukturen, Entwicklung [spital]ambulanter Pauschalen, Ausrichtung neuer Tarifstrukturen auf die integrierte Versorgung). Es bleibt darauf hinzuweisen, dass erste Auswertungsergebnisse im Kanton Luzern neun Monate nach Inkrafttreten der kantonalen Regelung «ambulant vor stationär» darauf hindeuten, dass die Behandlungskosten bei den Listeneingriffen gesamthaft – d.h. sowohl für Versicherer und Prämienzahler als auch für die Kantone und Steuerzahler – gesunken sind. Eine einheitliche Finanzierung der Leistungen war für diese kostendämpfende Wirkung nicht notwendig. b) Dämpfung des Kostenwachstums insgesamt Die beabsichtigte Dämpfung des Kostenwachstums soll gemäss Vorlage über die Verlagerung von Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich erreicht werden, da ambulante Leistungen in der Regel günstiger sind als stationäre Leistungen. Wie vorstehend aufgezeigt, wird eine einheitliche Finanzierung jedoch praktisch keine Auswirkungen auf die angestrebte Verlagerung haben, da sie die in diesem Bereich bestehenden Fehlanreize nicht beseitigt, sondern einzig zu einer Umleitung der heute bestehenden Finanzierungsflüsse führt. In welchem Verhältnis die Kosten der OKP durch Prämien und Steuern gedeckt werden, beeinflusst das Verhalten der Leistungserbringer bzw. die Verlagerung von Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich nicht: Eine Dämpfung des Kostenwachstums wird auf diese Weise nicht erreicht. c) Förderung der Attraktivität der koordinierten Versorgung Eine einheitliche Finanzierung von stationären und ambulanten Leistungen mag möglicherweise Voraussetzungen für eine Verbesserung der Behandlungskette und damit auch der Behandlungsqualität schaffen – allerdings nur sehr indirekt, da diesbezügliche Fehlanreize vor allem in den Tarifstrukturen begründet liegen (nicht sachgerechte ambulante Tarife, verschiedene Tarifstrukturen entlang der Behandlungskette usw.). Anstatt auf die indirekte Wirkung der einheitlichen Finanzierung zu hoffen, wäre es ehrlicher und effizienter, die Fehlanreize direkt anzugehen. Zudem gibt es nicht nur einen Finanzierungsbruch zwischen dem stationären und dem ambulanten Leistungsbereich, sondern auch zwischen «kurzfristigen» Akutbehandlungen in den Spitälern und nachgelagerten Pflegeleistungen in Heimen und durch die Spitex. Wenn das Ziel der einheitlichen Finanzierung tatsächlich darin bestehen soll, die koordinierte/integrierte Versorgung zu fördern, dann sind zwingend auch die Pflegeleistungen gemäss Art. 25a Abs. 1 KVG in die Vorlage miteinzubeziehen. Die Behauptung, diese Forderung sprenge den Rahmen der Vorlage, ist ein Scheinargument: Würde die einheitliche Finanzierung eingeführt, bedeutete dies für alle Beteiligten grundlegende und absolut tiefgreifende Veränderungen in Hinsicht auf die Finanzierungsregelungen der OKP. Meint es die Vorlage ernst mit der Förderung der koordinierten Versorgung, ist es unabdingbar, die Pflegeleistungen gemäss Art. 25a Abs. 1 KVG in die einheitliche Finanzierung zu integrieren. Der Einwand, die Neuordnung der Pflegefinanzierung gelte erst seit 2011 und solle nicht bereits wieder umgestellt werden, verfängt ebenfalls nicht: Die neue Spitalfinanzierung gilt erst seit 2012 und ist damit noch «jünger». Sodann sind es vor allem innovative Versorgungs- und Versicherungsmodelle, die eine koordinierte Versorgung gewährleisten. Eine einheitliche Finanzierung im stationären und im ambulanten Bereich setzt für den Leistungserbringer jedoch keine neuen Anreize, welche die Attraktivität koordinierter Versorgungsmodelle erhöhte. Für ihn ist – wie bereits erwähnt – nicht ausschlaggebend, von wem er seine Leistungen entschädigt

	erhält, sondern wie seine Ertrags- und Verdienstmöglichkeiten aussehen. Man kann bestenfalls hoffen, dass die Krankenversicherer ihre Möglichkeiten zur Einführung neuer Versicherungsmodelle zur Förderung der integrierten Versorgung in einem monistischen Finanzierungssystem besser nutzen würden als heute. d) Stabilisierung der steuer- und prämienfinanzierten Finanzierungsanteile an den Leistungen der OKP Die Forderung nach einer Stabilisierung der steuer- und prämienfinanzierten Finanzierungsanteile an den Leistungen der OKP ist verteilungs- bzw. sozialpolitischer Natur. Für die Einzelnen ist die Vorlage diesbezüglich von grosser Bedeutung, sind sie doch sowohl als Steuer- als auch als Prämienzahlerinnen und -zahler betroffen. Darum müssen ihm die Auswirkungen der geplanten einheitlichen Finanzierung transparent und nachvollziehbar dargelegt werden. Diese Voraussetzung erfüllen die Vorlage sowie der erläuternde Bericht nicht: So ist zwar vorgesehen, die vorgeschlagene einheitliche Finanzierung für die Kantone mittels einer über alle Kantone hinweg kostenneutralen Einführung umzusetzen, auf die einzelnen Kantone heruntergebrochen, hätte die Einführung der einheitlichen Finanzierung aber ganz unterschiedliche Folgen. Gemäss den Schätzungen des Bundesamtes für Gesundheit im Bericht vom 5. März 2018 (Varianten im Umgang mit der Kostenbeteiligung und kantonal unterschiedliche Bedeutung des stationären Spitalsektors) käme es für einzelne Kantone zu zusätzlichen Belastungen von bis zu 100 Mio. Franken. Auf der anderen Seite gäbe es auch Kantone, die sich zugunsten der Krankenversicherer entlasten könnten, was in diesen Kantonen einen Anstieg der OKP-Prämien zur Folge haben dürfte. Die unterschiedlichen Folgen für die einzelnen Kantone rühren insbesondere daher, dass die Anteile an stationären und ambulanten Leistungen nicht in allen Kantonen gleich gross sind. Kantone mit überdurchschnittlich hohen Anteilen an ambulanten Behandlungen würden bei Umsetzung der Vorlage zusätzlich belastet, jene Kantone mit überdurchschnittlich hohen Anteilen an stationären Behandlungen demgegenüber entlastet. Diese Umstände und ihre Folgen werden im erläuternden Bericht nur schemenhaft angedeutet. Ebenfalls nicht nachvollziehbar sind die generell getroffenen Annahmen zu den finanziellen Auswirkungen der Vorlage insgesamt. Es ist unklar, woraus die hochgerechneten Kantonsbeiträge von jeweils zwischen 7,3 Mrd. und 7,7 Mrd. Franken für die Jahre 2012 bis 2015 hergeleitet worden sind. Dementsprechend kann auch nicht überprüft werden, ob der auf diesen Grundlagen berechnete kantonale Mitfinanzierungsanteil von 25,5% realistisch ist. Es ist daher unbedingt nötig, dass sämtliche Daten und Methoden, die der Ermittlung des gesetzlichen kantonalen Mindestanteils zugrunde liegen, transparent aufgezeigt werden. Nur so sind die Kantone in der Lage, die Konsequenzen der Umstellung auf eine einheitliche Finanzierung für ihre Haushalte zu prüfen und zu beziffern, und könnte das Parlament der Öffentlichkeit gegenüber auch ehrlich Rechenschaft ablegen, welche Folgen die Vorlage für sie als Steuer- und Prämienzahlerinnen und -zahler hätte. Eine Stabilisierung der steuer- und prämienfinanzierten Finanzierungsanteile an den Leistungen der OKP ist sodann nur möglich, wenn auch die Pflegeleistungen gemäss Art. 25a Abs. 1 KVG in die Vorlage integriert werden. Geschieht dies nicht, wäre die gemäss SGK-N beabsichtigte Stabilisierung der steuer- und prämienfinanzierten Finanzierungsanteile an den Leistungen der OKP bereits vor Umsetzung der Vorlage gescheitert. Der Widerstand gegen eine Integration der Pflegeleistungen in die Vorlage lässt den Verdacht aufkommen, dass es im Rahmen der Vorlage in Wirklichkeit vor allem um eine Entlastung der Krankenversicherer zulasten der Kantone geht. Gemäss Vorentwurf sollen zudem die Vertragsspitäler inskünftig 74,5% des Betrags, der einem Listenspital zustünde, aus den Mitteln der OKP erstattet erhalten. Dies im Gegensatz zum derzeitigen Beitrag der Versicherer, der 45% beträgt. Es braucht nicht viel Phantasie, um die Folgen

	abzuschätzen: Der Vertragsspital-Status würde an Attraktivität gewinnen und die Zahl der Vertragsspitäler zunehmen. Diese zusätzlichen Spitalbetten, die gemäss kantonalen Planungen nicht versorgungsnotwendig wären, unterliefen damit einerseits noch stärker als heute die kantonalen Spitalplanungen und verkleinerten das zur Gewährleistung der Spitalversorgung notwendige Volumen an Versorgungskapazitäten in unverantwortlicher Weise. Anderseits würden die in Vertragsspitälern erbrachten Leistungen neu zu 74,5% durch die OKP finanziert. Die dadurch gesteigerte Attraktivität der Vertragsspitäler könnte unbeabsichtigte, unplanbare und unnötige Mengen- und Kapazitätsausweitungen auslösen, was wiederum zu steigenden Gesundheitskosten führen würde. Diese nur zulasten der Krankenversicherer gehenden Kosten hätten steigende Krankenkassenprämien zur Folge. Eine Stabilisierung der steuer- und prämienfinanzierten Finanzierungsanteile wäre nicht möglich. Das Institut der Vertragsspitäler ist daher bereits aus systempolitischen Überlegungen abzuschaffen – unabhängig von der Vorlage. Findet sich dafür keine Mehrheit, so darf zumindest der Beitrag der Versicherer im Rahmen der einheitlichen Finanzierung keinesfalls auf mehr als 45% des Betrags, der einem Listenspital zusteht, festgelegt werden; insoweit ist für Listenspitäler in jedem Falle der heutige Zustand beizubehalten. e) Förderung einer sachgerechten Tarifierung der ambulant und der stationär erbrachten Leistungen Unbestrittenermassen hat die Tarifierung einen grossen Einfluss auf das Leistungsvolumen sowie darauf, ob Leistungen ambulant oder stationär erbracht werden. Werden hier die richtigen Anreize gesetzt, können die Kosten allenfalls gedämpft werden. Es ist aber nicht ersichtlich, inwiefern eine einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen und der Monismus eine sachgerechtere Tarifierung fördern würde. Für die Entwicklung und Pflege der Tarifsysteme sind nämlich die Tarifpartner (Leistungserbringer und Krankenversicherer) zuständig – im stationären Bereich über eine gemeinsam mit den Kantonen eingesetzte Organisation, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie Anpassung und Pflege der Strukturen zuständig ist (SwissDRG AG; Art. 49 Abs. 2 KVG). Die Tarifpartner sind also dafür verantwortlich, dass die den Leistungen zugrunde liegenden Tarifstrukturen den medizinischen Entwicklungen angepasst, entsprechend weiterentwickelt und gepflegt werden. Es ist auch ihre Aufgabe dafür zu sorgen, dass die richtigen Anreize (z.B. adäquate Abgeltung ambulanter Behandlungen) gesetzt werden. In welchem prozentualen Verhältnis Versicherer und Kantone sich sodann die Gesamtkosten der ambulant und der stationär erbrachten OKP-Leistungen teilen, hängt nicht von der Tarifstruktur ab und spielt für sie auch keine Rolle. Eine einheitliche Finanzierung hat darum keinerlei Einfluss auf eine sachgerechte Tarifierung.
Kt. ZH	C. Zu den Minderheitsanträgen Der Antrag auf Nichteintreten sowie der Antrag – so die Vorlage angenommen würde – auf eine Kontrolle der Rechnungen der Leistungserbringer durch ein neu zu schaffendes Organ, in dem die Kantone vertreten sind, decken sich mit den Forderungen des Kantons Zürich (vgl. Abschnitte D und E). Der Minderheitsantrag, die Entschädigung von Vertragsspitälern und -geburtshäusern durch die OKP auf wie bisher höchstens 45% der Vergütung nach Art. 49 Abs. 1 KVG zu beschränken, ist absolut zwingend. Der Kanton Zürich fordert jedoch die Abschaffung dieses Instituts überhaupt (vgl. Abschnitte B und D). Hinsichtlich der Verknüpfung des Inkrafttretens der Vorlage der einheitlichen Finanzierung von Leistungen im ambulanten und im stationären Bereich mit dem Inkrafttreten einer Nachfolgeregelung zu Art. 55a KVG im Sinne eine Zulassungssteuerung im ambulanten Bereich muss wie folgt differenziert werden: Sollte die einheitliche Finanzierung der Leistungen im ambulanten und stationären Bereich vom Parlament gutgeheissen werden, dann müssen den Kantonen gleichzeitig auch die nötigen Instrumente zur Steuerung des ambulanten

	Versorgungsangebots gegeben werden (vgl. Abschnitt D). Die derzeit im Parlament diskutierte Vorlage zur Zulassungssteuerung ist ein erster, aber nicht ausreichender (weil sie im Wesentlichen nur Neuzulassungen beschlägt) Schritt in diese Richtung. Die Vorlage zur Zulassungssteuerung kann insofern unabhängig von der Vorlage zur einheitlichen Finanzierung behandelt werden. Schliesslich beantragt eine Minderheit, den Kantonsbeitrag als pauschalen Betrag pro versicherte Person einzuspeisen – anstelle eines kantonalen Beitrags an die Versicherer, basierend auf den Kosten pro versicherte Person. Beim Minderheitsvorschlag rechnen die Experten mit einem leicht erhöhten Anreiz zur Risikoselektion sowie der Notwendigkeit einer separaten Einspeisung für Kinder, damit deren Prämien nicht steigen, während bei der Einspeisung des Kantonsbeitrags gestützt auf die Kosten pro versicherte Person mit einem etwas kleineren Anreiz zur effizienten Versorgung innerhalb des ambulanten Bereichs gerechnet wird. Unter diesen Umständen scheint der Mehrheitsvorschlag pragmatischer.
Kt. ZH	D. Ausblick Der Kanton Zürich – im Einklang mit der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) – unterstützt Massnahmen, die direkt und nachweislich auf eine Kostendämpfung hinwirken und Fehlanreize, die zu einer Über- oder Fehlversorgung der Bevölkerung führen, ausmerzen. Diese Ziele werden mit der vorliegend vorgeschlagenen einheitlichen Finanzierung von Leistungen im ambulanten und im stationären Bereich aber praktisch nicht und wenn, dann nur sehr indirekt erreicht. Soll die einheitliche Finanzierung dennoch eingeführt werden, muss sichergestellt werden, dass - die finanzielle Belastung der Kantone – gestützt auf plausibilisierte und nachvollziehbare Daten – im Systemübergang transparent und überprüfbar kostenneutral ist, und zwar nicht nur für die Gesamtheit der Kantone, sondern auch für jeden einzelnen Kanton. - die Langzeitpflege (Pflegeheime und Spitex) in das einheitliche Finanzierungsmodell einbezogen wird. Nur so werden Fehlanreize an Schnittstellen der Versorgung konsequent angegangen, die koordinierte und integrierte Versorgung gefördert und tatsächlich eine Stabilisierung der steuer- und prämienfinanzierten Finanzierungsanteile angestrebt. - die Kantone ein Instrumentarium zur Hand haben, um das ambulante Versorgungsangebot sowohl hinsichtlich Leistung als auch Menge und Qualität gezielt zu beeinflussen. Dies ist aufgrund des in der Bundesverfassung verankerten fiskalischen Äquivalenzprinzips absolut zwingend. Der Entwurf des Bundesrates zur Teilrevision des KVG vom 9. Mai 2018 ist diesbezüglich ein erster und wichtiger, aber noch nicht ausreichender Vorschlag. - die Kantone in Bezug auf die korrekte Abrechnung von ambulanten Leistungen für die Kantonsbevölkerung über eine Kontrollmöglichkeit verfügen, beispielsweise durch die Schaffung eines gemeinsamen Organs. Nur so können sie ihre finanzrechtliche Verantwortung für einen effizienten Einsatz von Steuergeldern sicherstellen und gegenüber ihren Einwohnerinnen und Einwohnern auch nachweisen. - eine nationale Tariforganisation für ambulante Tarife gesetzlich vorgeschrieben wird, an der die Kantone paritätisch beteiligt sind. - Fehlanreize infolge Verknüpfung der vertraglichen Vereinbarungen der Tarifpartner im Grund- und Zusatzversicherungsbereich konsequent

	beseitigt werden. - die Rechnungen im stationären Bereich analog zu heute abgewickelt werden – mit einem entsprechend angepassten Finanzierungsschlüssel –, sodass die Informations- und Kontrollmöglichkeiten der Kantone gewahrt bleiben. - das Institut der Vertragsspitäler abgeschafft wird, da es zu einem unnötigen Leistungs- und Mengenwachstum führt und die kantonalen Spitalplanungen aushebelt.
Kt. ZH	E. Fazit Der Kanton Zürich unterstützt die Haltung der GDK-Plenarversammlung und die Stellungnahme des GDK-Vorstands vom 28. Juni 2018 und verlangt übereinstimmend mit der GDK eine vollständige Überarbeitung der aktuellen Vorlage unter Berücksichtigung der in Abschnitt D angeführten Voraussetzungen. Nur dann hat die angestrebte Systemumstellung eine echte Chance, die gesteckten Ziele auch tatsächlich erreichen zu können. Aufgrund der Bedeutung der Vorlage und der möglichen finanziellen Verwerfungen in einzelnen Kantonen sollten im Rahmen der Überarbeitung sodann zum einen die Resultate der laufenden Evaluation zur Spitalfinanzierung abgewartet und zum anderen die Vorlage selbst im Projekt «Aufgabenteilung 2 Bund – Kantone» (Prüfung von Entflechtungsmöglichkeiten) berücksichtigt werden.
Kt. ZH	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	**Art.**	**Abs.**	**Bst.**	**Bemerkung/Anregung**	**Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)**
Kt. ZH	49a	2		Gemäss Vorentwurf sollen zudem die Vertragsspitäler inskünftig 74,5% des Betrags, welcher einem Listenspital zustünde, aus den Mitteln der OKP erstattet erhalten. Dies im Gegensatz zum derzeitigen Beitrag der Versicherer, der 45% beträgt. Es braucht nicht viel Phantasie, um die Folgen abzuschätzen: Der Vertragsspital-Status würde an Attraktivität gewinnen und die Zahl der Vertragsspitäler zunehmen. Diese zusätzlichen Spitalbetten, die gemäss kantonalen Planungen nicht versorgungsnotwendig wären, unterliefen damit einerseits noch stärker als heute die kantonalen Spitalplanungen und verkleinerten das zur Gewährleistung der Spitalversorgung notwendige Volumen an Versorgungskapazitäten in unverantwortlicher Weise. Anderseits würden die in Vertragsspitälern erbrachten Leistungen neu zu 74,5% durch die OKP finanziert. Die dadurch gesteigerte Attraktivität der Vertragsspitäler könnte unbeabsichtigte, unplanbare und unnötige Mengen- und Kapazitätsausweitungen auslösen, was wiederum zu steigenden Gesundheitskosten führen würde. Diese nur zulasten der Krankenversicherer gehenden Kosten hätten steigende Krankenkassenprämien zur Folge. Eine Stabilisierung der steuer- und prämienfinanzierten Finanzierungsanteile wäre nicht möglich. Das Institut der Vertragsspitäler ist daher bereits aus systempolitischen Überlegungen abzuschaffen – unabhängig von der Vorlage. Findet sich dafür keine Mehrheit, so darf zumindest der Beitrag der Versicherer im Rahmen der einheitlichen Finanzierung keinesfalls auf mehr als 45% des Betrags, der einem Listenspital zusteht, festgelegt werden; insoweit ist für Listenspitäler in jedem	

				Falle der heutige Zustand beizubehalten.	

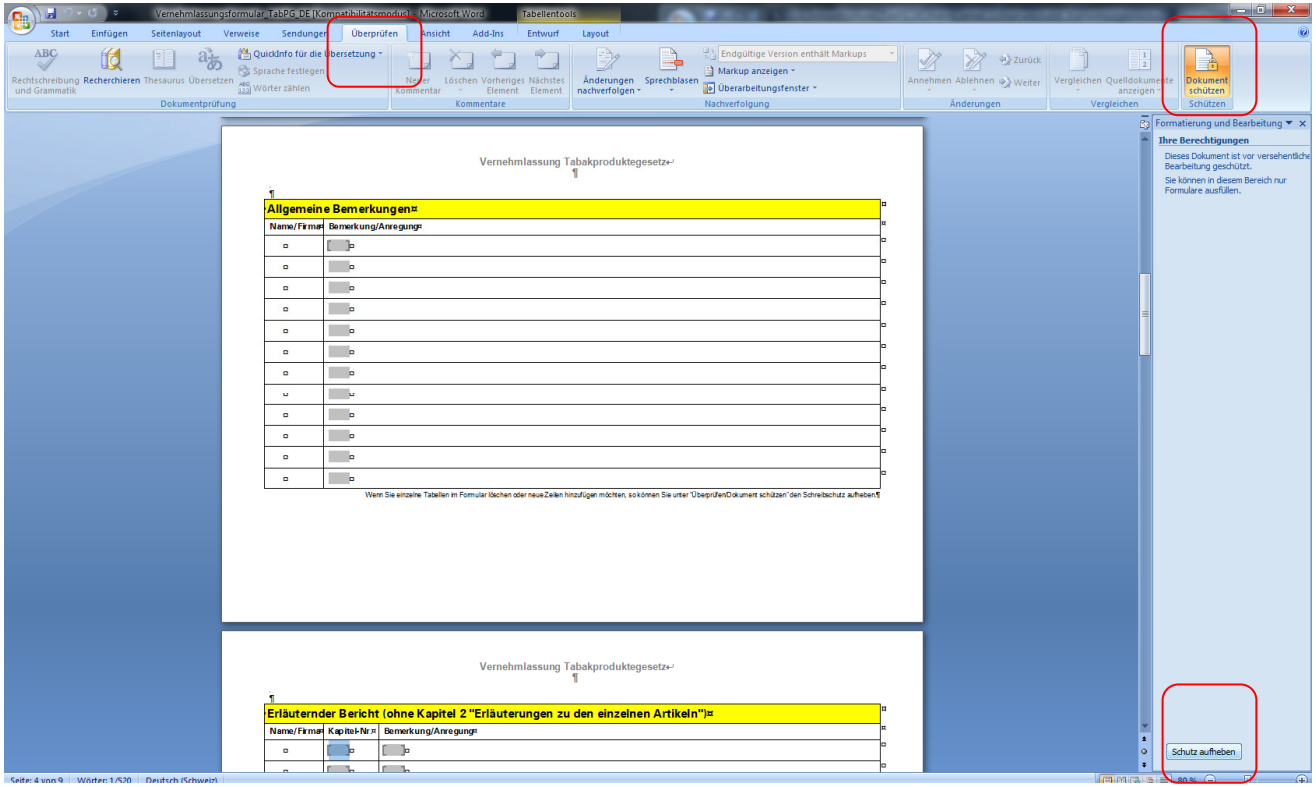
Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	**Art.**	**Bemerkung/Anregung**	**Textvorschlag**
Kt. ZH		Der Kanton Zürich verzichtet – abgesehen von den Ausführungen zu Art. 49a Abs. 2 – auf eine detaillierte Kommentierung der geplanten einzelnen Artikel der Vorlage, da er eine vollständige Überarbeitung der aktuellen Vorlage unter Berücksichtigung der vorstehend unter «Allgemeine Bemerkungen» in Abschnitt D (Ausblick) angeführten Voraussetzungen verlangt.	

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:

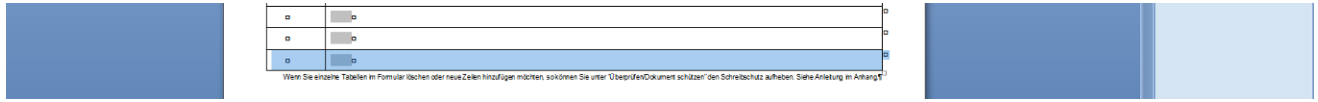
1. Dokumentschutz aufheben
2. Zeilen einfügen mit Copy-Paste
3. Dokumentschutz wieder aktivieren

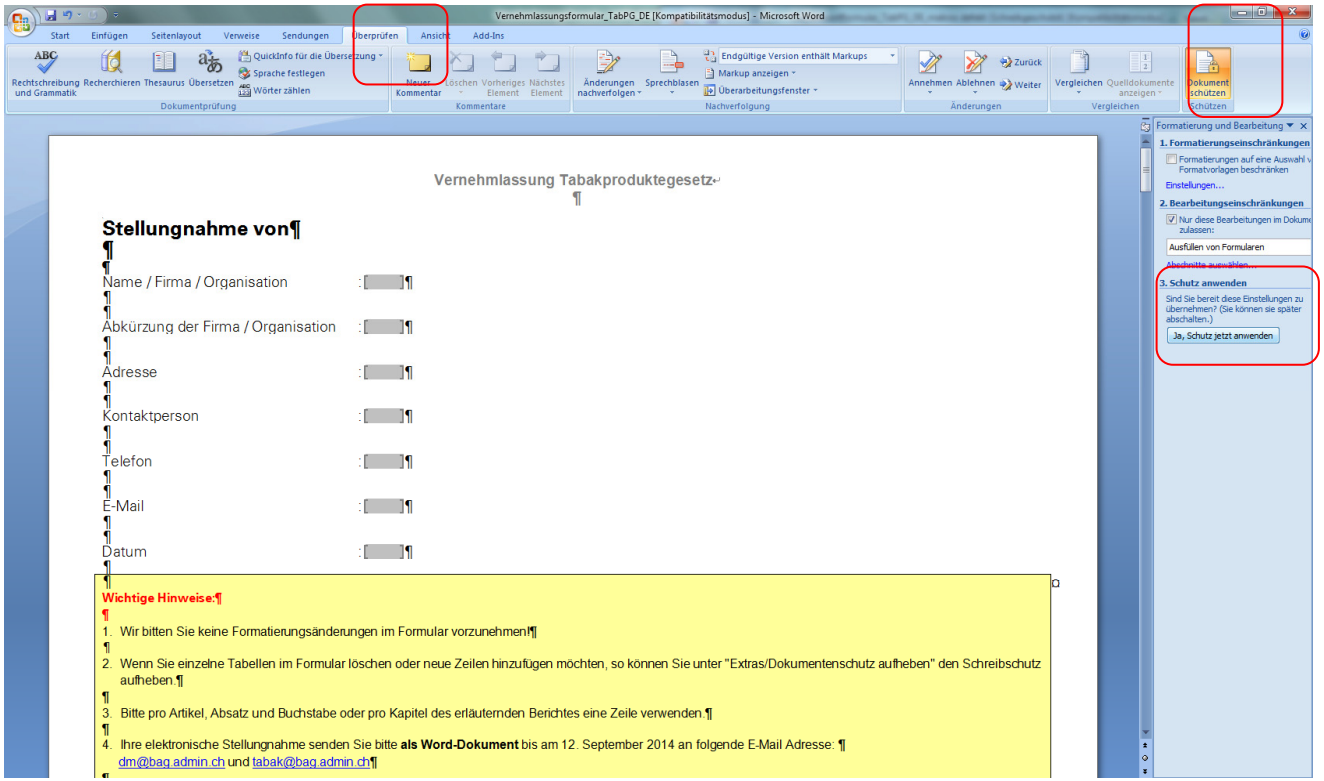
1 Dokumentschutz aufheben



2 Zeilen einfügen

Ganze Zeile mit leeren grauen Feldern markieren (die Zeile wird blau hinterlegt)
Control-C für Kopieren
Control-V für Einfügen



3 Dokumentschutz wieder aktivieren

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG): Vernehmlassungsverfahren