

Nationalrat

Conseil national

Consiglio nazionale

Cussegl naziunal



09.528 n Pa.Iv. Humbel. Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus

Bericht der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit vom 13. November 2015

Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates hat am 13. November 2015 über die Frage der Fristverlängerung nach Artikel 113 Absatz 1 des Parlamentsgesetzes beraten.

Mit der parlamentarischen Initiative wird die Einführung eines monistischen Finanzierungssystems in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung verlangt.

Antrag der Kommission

Die Kommission beantragt ohne Gegenstimme, die Behandlungsfrist der Initiative um zwei Jahre bis zur Wintersession 2017 zu verlängern.

Im Namen der Kommission
Der Präsident:

Guy Parmelin

Inhalt des Berichtes

- 1 Text und Begründung
- 2 Bisherige Arbeiten
- 3 Erwägungen der Kommission



1 Text und Begründung

1.1 Text

Gestützt auf Artikel 160 Absatz 1 der Bundesverfassung und Artikel 107 des Parlamentsgesetzes reiche ich folgende parlamentarische Initiative ein:

Mit einer Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) soll ein monistisches Finanzierungssystem eingeführt werden. Damit die Kantone die Kontrolle über die öffentlichen Mittel behalten können, hat ein Modell insbesondere folgende Eckwerte zu berücksichtigen:

1. Die Gelder der öffentlichen Hand sind für Aus- und Weiterbildung der Medizinalpersonen, für den Risikoausgleich, für Public Health und gemeinwirtschaftliche Leistungen sowie für die Prämienverbilligung einzusetzen.
2. Der Anteil der öffentlichen Hand an der Finanzierung der grundversicherten Leistungen ist sicherzustellen und dem Kostenwachstum im Gesundheitswesen anzupassen.
3. Alle stationären und ambulanten Leistungen gemäss KVG werden von den Krankenversicherern finanziert.

1.2 Begründung

Mit dem Forschungsbericht "Monistische Spitalfinanzierung" wurden 2004 die Grundlagen für die 3. KVG-Revision geschaffen. Nachdem der Nationalrat in der Wintersession 2003 die 2. KVG-Revision abgelehnt hatte, wurden die Arbeiten an der 3. KVG-Revision abgebrochen. Es ist indes unbestritten, dass grundlegende Fehlanreize in unserem System auf die unterschiedliche Finanzierung des ambulanten und stationären Bereiches zurückzuführen sind. Dieser Fehlanreiz im KVG muss in einer nächsten KVG-Reform beseitigt werden. Nur so kann auch der stationäre Bereich in Managed Care eingeschlossen werden, was ein wesentlicher Faktor für ein erfolgreiches Managed-Care-System ist. Damit die Kantone den Einfluss und die Kontrolle über die öffentlichen Gelder behalten, kann ein Monismusmodell so ausgestaltet werden, dass die Kantone ihre Mittel gezielt und kontrolliert einsetzen, z. B. für die Weiterbildung der Medizinalpersonen, für den Risikoausgleich, für die Prämienverbilligung sowie für Public Health und gemeinwirtschaftliche Leistungen. Der Risikoausgleich könnte mit Steuermitteln statt mit einer Prämienumverteilung unter den Versicherern finanziert werden. Gestützt auf einen Morbiditätsindikator und qualitätsbasierte Behandlungsprogramme können die Kantone mit den Versicherern bzw. Netzwerken Leistungsverträge abschliessen und Beiträge ausrichten für die integrierte Versorgung chronischkranker, polymorbider Menschen. Die Krankenversicherer ihrerseits wären dann frei in der Prämienfestsetzung.

2 Bisherige Arbeiten

Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-NR) hat der Initiative am 16. Februar 2011 mit 14 zu 10 Stimmen bei 1 Enthaltung Folge gegeben. Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates stimmte diesem Beschluss am 14. November 2011 mit 7 zu 1 Stimmen zu.

Die SGK-NR beauftragte ihre Subkommission „KVG“ mit der Erarbeitung eines Erlassentwurfes. Die Subkommission liess sich am 17. Februar 2012 über die damals laufenden Gespräche zwischen



dem Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) und der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren (GDK) im Rahmen des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik informieren. Sie beschloss, erste Ergebnisse dieser Arbeiten abzuwarten.

Die Subkommission war in den Jahren 2012 bis 2015 durch andere Geschäfte stark ausgelastet, und zwar insbesondere durch die Erarbeitung von Erlassentwürfen zu folgenden parlamentarischen Initiativen: Prämienbefreiung für Kinder (10.407 n; Humbel), Komatrinker sollen Spitalaufenthalte und Ausnüchterungszellen selber bezahlen (10.431 n; Bortoluzzi), Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege (11.418 n; Joder), Risikoausgleich (11.473 n; Fraktion S) und Wirksamen Risikoausgleich schnell einführen (12.446 n; Fraktion RL) sowie KVG. Änderung der Prämienkategorien für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene (13.477 n; Rossini).

Am 26. August 2015 beschloss die Subkommission, die Arbeiten am Erlassentwurf zur vorliegenden Initiative wieder aufzunehmen. Am 11. November 2015 führte sie ein erstes Hearing mit Kantonen, Versicherern und Experten durch.

3 Erwägungen der Kommission

Die Frage einer Umstellung der Finanzierung ist im Dialog Nationale Gesundheitspolitik weiterhin pendent, und rasche Fortschritte sind nicht zu erwarten. Das EDI und die GDK wollen zunächst die Auswirkungen der neuen Spitalfinanzierung abwarten, die seit Anfang 2012 umgesetzt wird. Dazu sollen in den Jahren 2012 bis 2018 wissenschaftliche Studien durchgeführt werden.

Auch der Bundesrat will das Ergebnis der Gespräche im Rahmen des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik abwarten, wie er am 16. September 2013 in seiner Antwort zur Motion „Gleiche Finanzierung von stationären und ambulanten Spitalleistungen“ (13.3213 n) festhielt.

Ein Erlassentwurf kann somit auf dem Weg der parlamentarischen Initiative schneller ausgearbeitet werden. Damit die bereits laufenden Arbeiten weitergeführt werden können, beantragt die Kommission, die Behandlungsfrist bis zur Wintersession 2017 zu verlängern.