

Forum Managed Care / Zugerstr. 193 / 6314 Neuägeri

Bundesamt für Gesundheit
Frau Anne Lévy, Direktorin

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

Neuägeri, 18. November 2020

Stellungnahme des fmc zum Vorentwurf des EDI vom 19.8.2020 zur Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)

Sehr geehrte Frau Lévy
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit zur erwähnten KVG-Revision Stellung nehmen zu können. Als unabhängiger Schweizer Thinktank setzt sich das fmc das Ziel, durch Publikationen und Veranstaltungen einen Wissens- und Erfahrungsaustausch zu ermöglichen und dadurch zur Verbesserung der integrierten, qualitativ hochstehenden, patientenorientierten und effizienten Versorgung beizutragen.

In diesem Sinne äussern wir uns nicht zu allen Massnahmen des Kostendämpfungspakets 2, sondern beschränken uns auf die drei Massnahmen Erstberatungsstelle (EBS), Netzwerke der koordinierten Versorgung (NKV), Patientenprogramme (PP). Wir verzichten auch darauf, jeden einzelnen Artikel des Entwurfs zu kommentieren und beschränken uns auf eine allgemeine, zusammenfassende Diskussion der Massnahmen.

Vorausgehende Bemerkung: Wir bedauern es, dass insbesondere die NKV und PP Teil eines Kostendämpfungspakets sind. Wir befürchten, dass die beiden Massnahmen dadurch nicht entsprechend gewürdigt, sondern als Teil der Vorlage gesamthaft zurückgewiesen werden. Auch besteht die Gefahr, dass der einseitige Blick auf die Kosten, Fragen der Qualität zu wenig berücksichtigt. Bei allen Massnahmen gilt es immer die Versorgungsqualität sowie Chancen- und Zugangsgerechtigkeit zu gewährleisten.

Grundsätzliche Position zu den Massnahmen Erstberatungsstelle (EBS), Netzwerke der koordinierten Versorgung (NKV), Patientenprogramme (PP)

Das fmc begrüsst das übergeordnete Ziel der drei Massnahmen die **integrierte Versorgung** zu fördern. Die Vorschläge enthalten zudem verschiedene Elemente für welche sich der fmc ausspricht. Wir sind überzeugt, dass eine pauschalierte Vergütung (siehe [fmc Denkstoff Nr. 3](#)), wie vorgesehen in den NKV und den PP, die interprofessionelle Verantwortung und Zusammenarbeit fördert und Möglichkeiten schafft, relevante Leistungen (Koordination, Prävention, Patienten-informationen, usw.) zu delegieren und v.a. finanziell zu entschädigen. Die NKV und PP bieten die Chance, dass sich ärztliche sowie nicht ärztliche Leistungserbringer und Gesundheitsfachpersonen zu professionellen Netzwerken zusammenschliessen um hierdurch eine koordinierte und qualitativ hochstehende ganzheitliche Versorgung sicherzustellen (siehe [fmc Denkstoff Nr. 5](#)). Es ist zudem davon auszugehen, dass durch diese Art der interprofessionellen Zusammenarbeit und Vergütung, die Einführung von unterstützenden digitalen Gesundheitsanwendungen begünstigt wird.

Damit sich diese Versorgungskonzepte erfolgreich entwickeln können, müssen sie jedoch von Beginn an **interprofessionell** ausgerichtet sein. Es ist nicht sinnvoll, dass die vorgeschlagenen Massnahmen nur unter ärztlicher Leitung umgesetzt werden können. Der Förderung und Entwicklung der Interprofessionalität in den letzten Jahren wird mit dieser Auflage nicht Rechnung getragen.

Neben dieser grundsätzlichen Ansicht vertritt das fmc folgende Positionen zu den einzelnen Massnahmen:

Erstberatungsstelle (EBS)

- Die bisherigen alternativen Versicherungsmodelle belegen, dass eine gesteuerte Erstberatung (Gatekeeping) sinnvoll für die koordinierte Versorgung ist.
- Ein Obligatorium für eine Erstberatungsstelle wird aber abgelehnt.
- Anstelle eines verpflichtenden Gatekeepings für alle durch die Erstberatungsstelle schlagen wir vor, die bisherigen partnerschaftlich entwickelten, alternativen Versicherungsmodelle (AVM) als Standardversicherungsmodell festzulegen. Gegen eine höhere Prämie, oder auch eine andere Form der Kostenbeteiligung soll die freie Arztwahl in der OKP weiterhin möglich sein.

Netzwerke der koordinierenden Versorgung (NKV)

- Die Einführung der NKV als 14. Leistungsbringer(gruppe) (Artikel 35 Absatz 2 KVG) wird begrüsst, da sie zur Förderung und Finanzierung der gewünschten koordinativen, interprofessionellen Versorgung beitragen kann. Die bisherigen Leistungserbringer sollen aber weiterhin uneingeschränkt ihre Leistungen anbieten können und niemand zur Teilnahme einer NKV verpflichtet werden.
- Der mit der Zulassung verbundene Tarifvertragsbeitritt sowie die Vergütung durch einen Verbandstarifvertrag werden aber abgelehnt.

- Bei der Zulassung und Anerkennung eines NKVs gilt es die Qualität der koordinierten Versorgung zu definieren und zu gewährleisten. Mit der Zulassung darf daher nicht automatisch ein Beitritt zu einem Tarifvertrag einhergehen (Kontrahierungszwang). Der Qualitäts- und Kostenwettbewerb, in dem sich heute Leistungserbringer und Krankenversicherer befinden, soll gewährt werden. Damit ein Kontrahierungsanreiz besteht sollte Art. 41 Abs. 4 KVG dahingehend angepasst werden, dass NKVs auch ohne die Prämisse einer kostengünstigeren Versorgung, von den Versicherern ausgewählt und in AVM Produkten noch Art. 62 Abs 1 und 3 angeboten werden können.
- Die im Entwurf aufgeführten 7 Zulassungsvoraussetzungen beschreiben nur eine minimale Struktur der NKV. Je nach Versorgungsstruktur und Region werden die NKVs ganz unterschiedliche Leistungserbringer integrieren. Es ist davon auszugehen, dass ein einheitlicher Verbandstarifvertrag die entstehende Leistungsvielfalt nicht adäquat abbilden kann. Es sind daher, wie bisher in den AVM, individuelle Methoden zur Leistungspauschalierung zu definieren, damit sich ein auf die unterschiedlichen Patientenbedürfnisse angepasstes, differenziertes Angebot der NKVs entwickeln kann.


Patientenprogramme (PP)

- Grundsätzlich werden Patientenprogramme, i.S. von strukturierten, koordinierten Disease oder Chronic Care Management Programmen als sinnvoll betrachtet. Im erläuternden Bericht wird darauf hingewiesen, dass innerhalb des Programmes nicht-ärztliche Leistungserbringer weitergehende Aufgaben in der Koordination und Beratung sowie Überwachungs- und Behandlungsmassnahmen übernehmen können, die ansonsten ärztliche Leistungen darstellen. Dies begrüßen wir ausdrücklich, falls diese auch entsprechend vergütet werden.
- Die aktuelle Vorlage führt jedoch zu wenig aus, was unter Patientenprogrammen zu verstehen ist und wie die konkrete Entwicklung und Umsetzung der Patientenprogramm zu erfolgen hat.
- Durch den seit 2020 bestehenden morbiditätsorientierten Risikoausgleich auf Basis der Pharmaceutical Cost Groups (PCG) haben sich in den letzten Jahren bereits eine Vielzahl von Disease Management und Chronic Care Programmen entwickelt. Durch die Vertragspartnerschaft zwischen Leistungserbringern und Krankenversicherern konnten diese sukzessive weiterentwickelt und den medizinischen Entwicklungen angepasst werden. Es ist zu befürchten, dass die vorgesehene staatliche Leistungsdefinition und Programmgenehmigung nicht die gleiche Dynamik und Innovationskraft entfalten werden.
- Die bisherigen Programme sind derzeit fast nur im Rahmen von AVM- oder VVG-Produkten umsetzbar und daher in ihrer Entwicklung und der gezielten Einbindung der relevanten Zielgruppen (chronisch kranken) Patienten eingeschränkt. Wir schlagen deshalb für die Krankenversicherer erweiterte Möglichkeiten vor, damit diese einerseits Betroffene einfacher identifizieren und finanzielle Anreize zur Beteiligung schaffen können. Andererseits sollen Organisationen, welche solche Programme anbieten finanziell für ihre Leistung vergütet werden können (nicht nur im Rahmen der AVM- und VVG-Produkte).

Das fmc spricht sich dafür aus, dass heutige System mit den positiven Elementen der Vorlage sukzessive weiterzuentwickeln und den Akteuren genügend Handlungsspielraum zu lassen, diese zu erproben und die Auswirkungen zu evaluieren.

Freundliche Grüsse

fmc Schweizer Forum für Integrierte Versorgung



Ursula Koch
Präsidentin



Oliver Strehle
Geschäftsführer