



## Landammann und Standeskommission

Sekretariat Ratskanzlei  
Marktgasse 2  
9050 Appenzell  
Telefon +41 71 788 93 11  
info@rk.ai.ch  
www.ai.ch

Ratskanzlei, Marktgasse 2, 9050 Appenzell

---

Per E-Mail an  
gever@bag.admin.ch und  
tarife-grundlagen@bag.admin.ch

Appenzell, 19. November 2020

### **Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung - Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien - Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)» Stellungnahme Kanton Appenzell I.Rh.**

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 19. August 2020 haben Sie uns die Vernehmlassungsunterlagen zur oben erwähnten Gesetzesänderung zukommen lassen.

Die Standeskommission hat die Unterlagen geprüft. Sie begrüsst die Stossrichtung des Kostendämpfungsprogramms in grundsätzlicher Hinsicht. Dennoch kann sie nicht alle Massnahmen unterstützen, weshalb sie Ihnen die folgenden Massnahmenvorschläge unterbreitet:

#### **1. Zielvorgabe**

Die vorgeschlagene Massnahme will in das angebotsgetriebene, und daher von einem andauernden Kostenwachstum geprägte, Gesundheitswesen steuernd eingreifen. Solche Eingriffe machen zwar durchaus Sinn, das geltende System mit Zulassungsbeschränkungen und Spitallisten bietet jedoch bereits heute ausreichend Möglichkeiten, die Mengenausweitung zu beeinflussen. Die Standeskommission lehnt diese Massnahme daher aus den nachfolgend erwähnten Gründen grundsätzlich ab.

Bei der konkreten Ausgestaltung der geplanten Massnahme beurteilen wir insbesondere den verfolgten Top-down-Ansatz, die Praxistauglichkeit der vorgeschlagenen Neuregelung und deren Konsequenzen für die Versorgung als kritisch. So ist die Einführung einer Zielvorgabe in der Praxis wohl nur schwer machbar, zumal der administrative Aufwand für die Kantone massiv steigen würde. Zudem besteht die Gefahr, dass das heutige regulierte Wettbewerbssystem durch zusätzliche Regulierungen untergraben würde.

Falls der Bund dennoch an der geplanten Massnahme festhalten sollte, weisen wir auf folgende Problempunkte hin:

- *Eine jährliche Anpassung der Zielvorgaben ist unter anderem aufgrund fehlender Datengrundlagen und Verzögerungseffekten grundsätzlich nicht praktikabel.* Die Kantone müssten Zielvorgaben für einzelne Leistungsbereiche schon festlegen, bevor die Daten des Vorjahrs, allenfalls sogar des Vorvorjahrs überhaupt bekannt wären. Ebenso wird von

ihnen erwartet, Korrekturmassnahmen zu verfügen, obwohl noch nicht gewiss ist, ob die Zielvorgabe eingehalten wurde. Statt einer jährlichen Festlegung und Überprüfung der Kostenziele sollte daher höchstens ein Vierjahreshorizont (mit rollender Planung) festgelegt werden.

- *Die Kantone können die ihnen zugeteilte Rolle nur wahrnehmen, wenn sie einen zeitnahen und kostenfreien Zugang zu den relevanten Daten der Versicherer und der Leistungserbringenden erhalten.* Art. 21 E-KVG nennt jedoch nur das BAG als einzige Empfängerin der Daten der Versicherer, ohne ergänzende Regelung für die Datenweitergabe vom BAG an die Kantone.
- *Die Umsetzung der Massnahme würde insbesondere die ressourcenschwachen Kantone sowohl in Bezug auf ihr Know-how als auch auf administrativer Ebene stark belasten.* Für die Erstellung von Kostenprognosen, den Einbezug betroffener Anspruchsberechtigter in die Bestimmung der Kostenziele oder die Konzeption und Durchsetzung der Korrekturmassnahmen, wären viele Kantone auf externe Unterstützung angewiesen. In Bezug auf die eventuell zu konstituierenden «unterstützenden Gremien für die einzelnen Kantone», insbesondere deren Führung und Finanzierung, bleibt der erläuternde Bericht jedoch vage.
- *Man sieht schon heute bei den verschiedenen, im Prämien genehmigungsprozess herangezogenen Kostenprognosemodellen, stark divergierende Schätzungen,* sowohl das gesamtschweizerische Kostenwachstum als auch die Entwicklung in den einzelnen Kostenblöcken betreffend. Es fehlen systematische Evaluationen über die Treffsicherheit der Prognosen, aber auch einheitliche Kriterien, an denen diese gemessen werden könnten. Für kleinere Kantone sind Schätzungen und Prognosen noch schwieriger. Für sie sollte der Bund daher auf jeden Fall grössere Toleranzmargen zulassen.
- *Die vorgeschlagene Steuerung der einzelnen Kostenblöcke dürfte eine Zementierung von «Silos der Leistungserbringergruppen» und einer rein kantonalen Sicht der Leistungserbringung bewirken* und innovative Kooperationsansätze (z.B. «ambulant vor stationär») eher bremsen. Der Massnahme fehlt der Anspruch einer gesundheitspolitischen Gesamtsteuerung, und andere wichtige Aspekte wie die Qualität, die Prävention oder die öffentliche Gesundheit werden tendenziell vernachlässigt.

Bezüglich der Korrekturmassnahmen spricht sich die Ständekommission ganz klar für eine Kann-Regelung aus, und sie lehnt eine Muss-Bestimmung ab. Es gibt Situationen, in denen ein eng begleitetes Ausgabenwachstum gerechtfertigt sein kann, beispielsweise wenn es darum geht, der Unterversorgung in einer Region durch einen gezielten Ausbau des Angebots entgegenzuwirken. Da Rückvergütungen in der Umsetzung aufwändig sind und systembedingt zu Ungerechtigkeiten führen, kommen für die Kantone ausschliesslich Korrekturmassnahmen mit einem prospektiven Charakter in Frage. Art. 54d der Vorlage ist in dieser Hinsicht noch zu präzisieren.

Die Argumente für eine Umsetzung nach dem *Prinzip Wohnkanton der Versicherten* können wir nachvollziehen und unterstützen die Ausgestaltung der Vorlage gemäss diesem Prinzip. Für das Wohnortprinzip spricht insbesondere, dass die Finanzierung über Steuern und Prämien ebenfalls dem Wohnortprinzip folgt.

Es ist jedoch zu beachten, dass auch diese Variante Vollzugsprobleme mit sich bringt. Insbesondere im spitalstationären Bereich können kleinere Kantone mit einem - auch angebotsbedingt - relativ hohen Anteil an ausserkantonalen Behandlungen die Inanspruchnahme der

Leistungen durch die Kantonseinwohnerinnen und -einwohner nur schwer beeinflussen. In anderen Leistungsbereichen (allenfalls mit Ausnahme der Fachärztinnen und -ärzte) sind der Wohnort der versicherten Person und der Standort der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers eher deckungsgleich. Das Wohnortprinzip bedeutet aber einen Bruch mit der bisherigen Spitalplanungslogik und macht es für die Kantone deutlich schwieriger, die Zielerreichung zu überprüfen sowie Korrekturmassnahmen bezogen auf einzelne Leistungserbringerinnen und -erbringer sowie -kategorien sowie Kostenblöcke zu formulieren und umzusetzen.

Schliesslich würde die Festlegung der kantonsindividuellen Ziele gemäss Art. 52 Abs. 2 E-KVG in die alleinige Kompetenz des Bundesrats fallen. Die Ständekommission fordert einen angemessenen Einbezug der Kantone bei diesem Teilschritt. Dank ihrer spezifischen Kenntnisse über die Entwicklungen im Gesundheitssektor in ihrem jeweiligen Gebiet sind die Kantone in der Lage, die vorgeschlagenen Ziele auf ihre Erreichbarkeit zu prüfen. Folglich ist in Art. 52 E-KVG festzuhalten, dass die Kantone vor der Festlegung der kantonsindividuellen Ziele durch den Bund anzuhören sind.

## **2. Erstberatungsstelle**

Die Ständekommission begrüsst das Ziel, durch die Förderung der hausarztzentrierten Versorgung (Gatekeeping) Gesundheitskosten überall dort einzusparen, wo unnötige Leistungen oder Doppelspurigkeiten vermieden werden können. Gemäss der Statistik der OKP wählten 2018 bereits gut 70% der Versicherten Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahlfreiheit. Das zeigt, dass eine grosse Mehrheit der Gesellschaft gegenüber der integrierten Versorgung positiv eingestellt ist. Die politischen Erfolgsaussichten dieser Massnahme sind dennoch fraglich.

In Bezug auf die vorgeschlagene Lösung weisen wir zudem auf folgende Vollzugsfragen hin:

- *Die Einführung der Erstberatungsstelle darf auf keinen Fall dazu führen, dass gerade chronisch kranke, multimorbide oder ältere Personen benachteiligt werden.* Diese Gefahr besteht, da die Patientin oder der Patient, die ihre Leistungserbringerin oder ihren Leistungserbringer bisher über die gesamte Behandlungskette frei wählen durften, neu vom Rat der als Erstberatungsstelle fungierenden Fachpersonen abhängig wären und gegebenenfalls den oft langjährigen Kontakt zu ihren bisherigen betreuenden Ärztinnen und Ärzten abbrechen müssten. Die adäquate Versorgung von Menschen, die älter sind und/oder an einer chronischen Krankheit oder an mehreren Krankheiten leiden, muss gewährleistet sein.
- *Die vorgesehene pauschale Vergütung der Erstberatungsstellen birgt die Gefahr der Risikoselektion.* Erhalten Ärztinnen und Ärzte unabhängig vom Gesundheitszustand ihrer Patientinnen und Patienten und von der Anzahl Konsultationen denselben Pro-Kopf-Betrag, so ist dieser bei älteren, chronisch kranken oder multimorbiden Patientinnen und Patienten womöglich nicht kostendeckend, während er bei jüngeren Patientinnen und Patienten mit gutem Gesundheitszustand allenfalls die effektiven Kosten übersteigt. So besteht mit der Pauschale die Gefahr einer medizinischen Unter- respektive Überversorgung bei den entsprechenden Bevölkerungsgruppen. Diese Fehlanreize müssen in jedem Fall verhindert werden.
- *Die Pauschale ist auch hinsichtlich Kosten-Nutzen-Verhältnis zu hinterfragen:* Während mit der Massnahme Gesundheitskosten eingespart werden sollen, bezahlt der Versicherer gemäss Vorlage für jede versicherte Person eine Pauschale - auch dann, wenn sie die

Erstberatungsstelle nicht beansprucht. Der Nutzen im Vergleich zur heutigen Regelung, wonach die erste Anlaufstelle nur für effektiv erbrachte Leistungen vergütet wird, ist unklar. Zudem muss das Netzwerk der Erstberatungsstellen erst einmal aufgebaut werden, bevor damit Kostenersparnisse erzielt werden können. Wir fordern den Bund daher auf, das Kosten-Nutzen-Verhältnis der Massnahme im Falle einer Weiterverfolgung aufzuzeigen.

- *Die Mehrbelastung der Kantone muss tragbar bleiben.* Die Ständekommission besteht auf schlanken und unbürokratischen Lösungen für die Prüfung der Kriterien für Erstberatungsstellen sowie für die Veröffentlichung und die regelmässige Pflege der Listen.
- *Die Frage der Weiterführung von Prämienrabatten ist zu klären.* Müssen Patientinnen und Patienten, die heute nach traditionellem Modell mit durchgehend freier Arztwahl versichert sind, künftig ihre Wahlfreiheit einschränken, ohne einen geldwerten Vorteil in Form eines Prämienrabatts daraus ziehen zu können? Erhalten Versicherte in alternativen Versicherungsmodellen zusätzliche Prämienrabatte, wenn sie ihre erste Anlaufstelle nur noch aus einer Liste auswählen dürfen? Zahlen bisher in Modellen mit Rabatten versicherte Personen höhere Prämien? In welchem Umfang?

### **3. Koordinierte Versorgung stärken**

Die Ständekommission ist grundsätzlich der Ansicht, dass die Förderung von Netzwerken und Programmen der Patientenversorgung deren Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit verbessern und zum Meistern der bevorstehenden demografischen Herausforderungen beitragen kann. Sie unterstützt deshalb die Schaffung von gesetzlichen Grundlagen in diesem Bereich. Zentral für das langfristige Bestehen von Netzwerken zur koordinierten Versorgung ist die angemessene Abgeltung für den Aufwand zur Koordination der Leistungen. Dies soll mit der vorgesehenen Pauschale sichergestellt werden.

Die im Rahmen der KVG-Änderung vorgeschlagenen Massnahmen zur Förderung der koordinierten Versorgung setzen den Bund in die Hauptrolle: Der Bundesrat legt die Zulassungsvoraussetzungen für Netzwerke fest, bezeichnet die Leistungen, die diese erbringen dürfen, und regelt die Voraussetzungen für die Genehmigung der Programme der Patientenversorgung durch den Bund. Auch die Kantone können aber in der integrierten Versorgung wichtige und notwendige Impulse setzen, und viele Kantone tun das auch bereits. Wir erachten es deshalb als nötig, im Gesetz festzuhalten, dass die Kantone ihre bisherigen Aktivitäten zur Stärkung der koordinierten Versorgung weiterführen und bei Bedarf ausbauen dürfen, soweit diese den Rahmen des KVG nicht verletzen. Dies beinhaltet die Genehmigung von kantonalen oder interkantonalen Programmen der Patientenversorgung durch die beteiligten Kantone, aber auch die Zulassung von Netzwerken anhand der vom Bund festgelegten Zulassungsvoraussetzungen. Diese Zulassungskompetenz der Kantone ist im Gesetz explizit zu regeln. Im Hinblick auf die sehr wahrscheinliche Weiterverfolgung dieser Massnahme weisen wir auf folgende Umsetzungsfragen hin, die voraussichtlich spätestens im Rahmen der Verordnungsanpassungen präzisiert werden sollen:

- *Koordinationsaufwand:* Es ist unklar, wessen Koordinationsaufwand an die Pauschale anrechenbar ist (Koordinationszentrum, primärer Kreis, gegebenenfalls auch Kooperationskreis) und bis zu welcher Höhe.
- *Zulassungsvoraussetzungen:* Dürfen sich die Kantone an der Definition der Zulassungsvoraussetzungen beteiligen, wenn sie die vom Netzwerk erbrachten Leistungen mitfinanzieren müssen? Die Genehmigung der Tarifverträge gemäss Art. 46 Abs. 4 KVG sichert

zwar eine gewisse «Einflussnahme» des Kantons, die aber nicht in jedem Fall ausreichend ist.

- *Festsetzung Tarife*: Muss der Kanton beim Fehlen eines Tarifvertrags zwischen Netzwerk und Versicherer den Tarif festsetzen (denn Art. 47 KVG wird durch die Vorlage nicht tangiert), oder bedeutet eine Nichteinigung, dass das Netzwerk seine Leistungen nicht gegenüber der OKP abrechnen darf? Diese Frage ist ebenfalls zu klären.

#### **4. Weitere Massnahmen**

##### **4.1 Grundsätze für die Bemessung der Vergütung von Arzneimitteln, Analysen, Mitteln und Gegenständen**

Die Standeskommission begrüsst die vorgeschlagene Regelung. Die Versorgungssicherheit muss jedoch im Auge behalten werden.

##### **4.2 Preismodelle und Rückerstattungen**

Eine vermehrte Umsetzung von Preismodellen in der Schweiz erscheint sachgerecht, auch wenn mit der vorgeschlagenen Lösung eine grössere Intransparenz in der Festlegung der Medikamentenpreise im Interesse eines rabattierten Einkaufs zugunsten der Patientinnen und Patienten in Kauf genommen werden muss, was unschön ist. Im Gegensatz zum im Paket 1 vorgestellten Referenzpreissystem könnten Preismodelle und entsprechende Rückerstattungen dem durch die Vergütung von innovativen und teuren Arzneimitteln generierten Kostenschub entgegenwirken. Der Kreis der Begünstigten der Rückerstattungen muss jedoch zwingend alle Kostenträgerinnen und -träger umfassen. Im stationären Bereich werden innovative und teure Arzneimittel häufig in Form von Zusatzentgelten zu mindestens 55% durch die Kantone abgegolten. Die Höhe der Zusatzentgelte wird dabei aufgrund der SL, spezifischer Tarifverträge oder Vereinbarungen berechnet. Sehen diese Instrumente in Zukunft vermehrt Preismodelle mit Rückerstattungen vor, haben auch die Kantone davon zu profitieren. Dafür könnte beispielsweise der geplante Fonds für die Rückerstattungen, geführt durch die Gemeinsame Einrichtung KVG, eine Lösung sein.

##### **4.3 Referenztarife für ausserkantonale Wahlbehandlungen**

Die Standeskommission kann die Bedenken nachvollziehen, dass die - aktuell in einigen Kantonen geltenden - unrealistisch tiefen Referenztarife, die freie Spitalwahl der Versicherten hindern und den kantonsübergreifenden Wettbewerb unter den Spitälern beeinträchtigen können. Die Orientierung am Tarif für eine vergleichbare Behandlung in einem Spital, das auf der Spitalliste des Kantons aufgeführt ist, erscheint deshalb angemessen.

Für die Präzisierungen auf der Verordnungsebene fordert die Standeskommission einen angemessenen Einbezug der Kantone.

Da nicht nur die Erstberatungsstelle, sondern auch andere Leistungserbringerinnen und -bringer zu einer Überweisung an Spitäler befugt sind, muss Art. 41 Abs. 1 VE-KVG offener formuliert werden.

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit zur Stellungnahme und grüssen Sie freundlich.

**Im Auftrage von Landammann und Standeskommission**

Der Ratschreiber:

Markus Dörig

*Zur Kenntnis an:*

- Gesundheits- und Sozialdepartement Appenzell I.Rh., Hoferbad 2, 9050 Appenzell
- Ständerat Daniel Fässler, Weissbadstrasse 3a, 9050 Appenzell
- Nationalrat Thomas Rechsteiner ([thomas.rechsteiner@parl.ch](mailto:thomas.rechsteiner@parl.ch))