



Individuell adressiert an die Mitglieder
des Nationalrates

Basel, 22. Mai 2023

Sommersession des Nationalrates: Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative) und indirekter Gegenvorschlag – Differenzen (Geschäft Nr. 21.067) und Teilrevision des Mehrwertsteuergesetzes: Verbesserungsvorschläge!

Sehr geehrte Frau Nationalrätin
Sehr geehrter Herr Nationalrat

Im Rahmen der Sommersession des Nationalrates werden Sie am 31. Mai 2023 die Differenzen zum Ständerat im Geschäft Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative) und indirekter Gegenvorschlag (Geschäft Nr. 21.067) und am 1. Juni 2023 die Teilrevision des Mehrwertsteuergesetzes (Geschäft Nr. 21.019) beraten.

A. Im Bereich des indirekten Gegenvorschlages zur Kostenbremse-Initiative empfehlen wir Ihnen folgende zwei Beschlüsse:

1. Festhalten am ursprünglichen Beschluss des Nationalrates zu Art. 32 Abs. 3 KVG (WZW-Kriterien).

Der aktuelle Text von Art. 32 KVG ist eindeutig unvollständig. Der durch den Nationalrat eingefügte Absatz 3 (Evaluationsverfahren) ist ein erster wichtiger Schritt hin zur unerlässlichen Konkretisierung dieser Schlüsselbestimmung im KVG. Aus diesem Grund empfehlen wir Ihnen, an der Fassung des Nationalrates festzuhalten. Und in einem nächsten Schritt empfehlen wir Ihnen, einen neuen Absatz zur Kosten- / Nutzen - Beurteilung einzufügen. Dieser wichtige Aspekt fehlt heute im Gesetz gänzlich.

2. Bestätigung des Beschlusses des Ständerates betr. Ablehnung des vom Nationalrat verabschiedeten Art. 37a KVG zu den Labortarifen (Einführung der Vertragsfreiheit): Die Regulierungsfolgen dieser Ausnahme des Vertragszwangs im KVG sind bisher nicht analysiert worden. Einem möglichen negativen Effekt auf die Versorgungssicherheit sowie einem immensen administrativen Mehraufwand stehen bisher nicht abgeschätzte Kostenfolgen gegenüber.

Stattdessen liegt ein deutlich besserer, ausformulierter Vorschlag auf dem Tisch, der in Zusammenhang mit dem Bericht zur Motion 17.3969 der SGK-S diskutiert werden sollte.

- Für die Einführung der Vertragsfreiheit ist die Labormedizin der falsche Startpunkt: Berücksichtigt man, dass die Auftragserteilung an Labore immer über die behandelnde Ärztin / den behandelnden Arzt läuft und die Versicherten gar keine direkte Beziehung zu den Laboren haben, so wäre ein massiver administrativer Aufwand abzusehen, indem die Ärztin / der Arzt bei der Auftragserteilung an das Labor stets die individuelle Versicherungsdeckung der Patientin / des Patienten überprüfen müsste, womit auch das nicht unerhebliche Risiko verbunden wäre, dass Patientinnen / Patienten mangels Versicherungsdeckung die Laborkosten schlussendlich selber übernehmen müssten.

Im Lichte dieser Tatsache macht ein aufwändiger Wechsel hin zu einem System mit Vertragsfreiheit ausschliesslich im Laborbereich keinen Sinn und hat kaum Wirkung, zumal damit nur ein Segment von rund 2.8% der Gesundheitskosten erfasst würde.

- Alternative Versicherungsmodelle (AVM) mit mittlerweile über 75 Prozent der Versicherten sehen bereits heute die Möglichkeit vor, Vertragspartner im Rahmen einer vertraglich geregelten koordinierten Versorgung frei auszuwählen. Deshalb ist Art. 37a KVG insofern ohnehin überflüssig, denn dies gilt auch für Laboratorien. Versicherer und Ärztenetzwerke können dort ja gemeinsam festlegen, mit welchen Laboratorien sie zusammenarbeiten. Würden die Versicherer das alleine tun, müsste jede Ärztin / jeder Arzt eine Analyse in das Labor senden, das einen Vertrag mit der Kasse des Patienten hat. Dies würde neben erheblicher zusätzlicher Administration unter Umständen auch zu Gefährdungen der Patientensicherheit führen.

- Am 31. März 2023 wurde die Vernehmlassung des bundesrätlichen Berichts zur Motion 17.3969 der SGK-S „Tarifpartner sollen Tarife von Laboranalysen aushandeln“ abgeschlossen. Der Ergebnisbericht steht noch aus, dieser muss abgewartet werden: Es wäre widersinnig, den Bericht zu dieser entscheidenden Motion durch einen Schnellschuss auszuhebeln, dessen Folgen in keiner Art und Weise absehbar sind. Im Rahmen der Beratung dieses Berichtes könnte auch der nachstehende Vorschlag des Bündnisses berücksichtigt werden, der gleichzeitig auch auf die Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL) angewendet werden könnte und damit die dort bestehenden Probleme lösen würde.

- Eine optimale Lösung für den Laborbereich ist im vollständig ausformulierten Reformpaket enthalten, welches Prof. Bernhard Rütscbe in Zusammenarbeit mit dem Bündnis für das Krankenversicherungsgesetz erarbeitet hat: Das Paket ist nicht theoretisch, sondern enthält komplett ausformulierte und kommentierte Gesetzestexte.

Das vorgeschlagene Modell für den Laborbereich ist umsetzbar und mehrheitsfähig. Es sieht eine Verhandlungslösung der Tarifpartner vor mit einer subsidiären Kompetenz des BAG zur Festlegung, womit kein Risiko eines vertragslosen Zustandes besteht, wie dieses beispielsweise beim Arzttarif TARMED drohen kann, welcher ein reiner Verhandlungstarif ist. Ausserdem würde bei diesem neuen System die starre und nicht gerichtlich überprüfbare Analysenliste (Verordnung des EDI) durch eine Positivliste ersetzt, womit gegen Änderungen der Rechtsweg möglich wäre. Dies würde zu mehr Rechtsstaatlichkeit und mehr Transparenz führen.

Dieses Modell wird von der FAMH, dem Verband der medizinischen Laboratorien der Schweiz, der an seiner Ausarbeitung mitgewirkt hat, als Alternative zum bestehenden Verordnungstarif (Analysenliste) gesehen. Ausserdem wird das Modell auch von SwissMedtech, dem Verband der Schweizer Medizintechnik empfohlen, der eine analoge Anwendung auf die Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL) unterstützt. Damit könnte folglich gleichzeitig ein anderer, seit vielen Jahren bestehender Missstand behoben werden.

Das Modell wurde auch einigen Versicherern präsentiert, welche Bereitschaft signalisiert haben, es vertieft zu prüfen.

Visualisiert präsentiert sich das Lösungsmodell wie folgt:

Modell Analysenliste, auch auf MiGeL anwendbar

Beschwerdefähige Positivliste mit Tariforganisation



B. In Bezug auf die Teilrevision des Mehrwertsteuergesetzes empfehlen wir Ihnen dringend, von einer diskriminierenden Unterscheidung zwischen sogenannt gemeinnützigen und nicht gemeinnützigen Organisationen respektive mit oder ohne öffentlichem Leistungsauftrag abzusehen, weil dadurch der Wettbewerb zum Nachteil von Patientinnen und Patienten verfälscht wird. Die Tendenz „ambulant vor stationär“ soll steuerneutral und nicht durch die Aufrechterhaltung falscher Unterscheidungen beeinflusst werden.

1. Art. 21 Abs. 2 Ziff. 2 MWSTG: Festhalten an Beschluss Nationalrat und Empfehlung der WAK-N

Die steuerliche Gleichstellung von Patientinnen und Patienten, die in Spitälern behandelt werden und solchen, die in Ambulatorien oder Tageskliniken behandelt werden, ist richtig. Der kosten- und prämiendämpfende Trend von stationär zu ambulant soll steuerneutral behandelt werden. Eine Besteuerung der ambulanten Behandlung setzt negative Anreize und ist kontraproduktiv für die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen sowie die Prämienentwicklung.

2. Art. 21 Abs. 2 Ziff. 8 MWSTG: Bestätigung Beschluss Ständerat und Empfehlung der Minderheit der WAK-N

In der Frühjahrsession hat der Ständerat beschlossen, alle Leistungen, die von Spitex-Organisationen erbracht werden, von der MWST zu befreien, unabhängig davon, ob sie von gemeinnützigen (mit öffentlichem Leistungsauftrag) oder nicht gemeinnützigen (ohne öffentlichen Leistungsauftrag) Organisationen erbracht werden, weil durch die Unterscheidung der Wettbewerb zum Nachteil von Patientinnen und Patienten verfälscht wird (Art. 21 Abs. 2 Ziff. 8 MWSTG). Wir empfehlen Ihnen, diesem Beschluss des Ständerates und der Empfehlung der Minderheit der WAK-N zu folgen.

Dies mit folgender Begründung:

- Die Diskriminierung von bis zu 50% aller Patientinnen und Patienten, welche Spitex-Leistungen bei Organisationen ohne öffentlichen Leistungsauftrag beziehen, muss abgeschafft werden.
- Gemeinnützige und „private“ Spitex-Organisationen sind in Bezug auf Pflege-Leistungen uneingeschränkt gleichgestellt und dies soll auch steuerrechtlich so abgebildet werden.
- „Private“ Spitex-Organisationen ohne öffentlichen Leistungsauftrag sind systemrelevant.

Eine ungleiche steuerrechtliche Behandlung ist somit nicht haltbar.

3. Art. 21 Abs. 2 Ziff. 12 MWSTG: Festhalten am Beschluss Nationalrat und an der Empfehlung der Minderheit der WAK-N

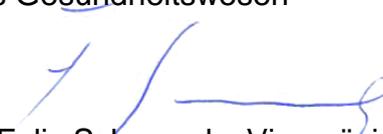
Eine knappe Kommissionsmehrheit möchte neu eine Unterscheidung schaffen entlang der Gewinnstrebigkeit der Einrichtungen, die Personal für Zwecke der Krankenbehandlung etc. zur Verfügung stellen. Ausgerechnet Leistungserbringer, die wirtschaftlich effizient arbeiten und ihre Träger (z.B. Haushalte der Kantone) nicht mit Subventionsforderungen belasten, würden durch diese Besteuerung bestraft.

Für die Berücksichtigung unserer Empfehlungen danken wir Ihnen bestens und stehen Ihnen bei Rückfragen jederzeit zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen


Prof. Dr. Robert Leu, Präsident


Felix Schneuwly, Vizepräsident

Breit abgestützte und branchenübergreifende Vereinigung mit hoher Legitimation

Am 5. September 2013 ist in Bern das Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen gegründet worden. Mittlerweile gehören dem Bündnis bereits 27 grosse Verbände und Unternehmen aus allen Bereichen des schweizerischen Gesundheitswesens an.

Das Bündnis ist dank des branchenübergreifenden Charakters und seiner Grösse einzigartig in der schweizerischen Gesundheitslandschaft und schöpft die Legitimation zur Mitwirkung an der Meinungsbildung aus seiner Grösse, seiner breiten Abstützung und der Fachkompetenz seiner Mitglieder.

Das Bündnis engagiert sich für ein marktwirtschaftliches, wettbewerbliches, effizientes, transparentes, faires und nachhaltiges Gesundheitssystem mit einem Minimum an staatlichen Eingriffen und Wahlfreiheit für Patientinnen / Patienten, Versicherte und Akteure unseres Gesundheitswesens.

Das Bündnis kann auf Internet unter www.freiheitlichesgesundheitswesen.ch besucht werden.