



Dufourstrasse 30
CH—3005 Bern

Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen
Schwarzenburgstrasse 157
CH—3003 Bern

abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Bern, den 14. September 2018

Vernehmlassung: 09.528 Parlamentarische Initiative. Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus.

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 15. Mai 2018 hat der Präsident der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-N) die Vernehmlassung in oben genanntem Geschäft mit Frist bis 15. September 2018 eröffnet. Wir lassen Ihnen nachstehend die Stellungnahme der FMCH fristgerecht zukommen.

1. Allgemeine Bemerkungen

Die FMCH befürwortet die Einführung der Finanzierung der OKP-Pflichtleistungen aus einer Hand, wie sie von der SGK-N vorgeschlagen wird.

Hingegen lehnt die FMCH die von einer Minderheit der SGK-N vertretene Auffassung, wonach auf die Vorlage nicht einzutreten sei, weil diese neue Fehlanreize schaffe und die Kantone zu einer Mitfinanzierung des ambulanten Bereichs verpflichte ohne ihnen entsprechende Steuerungsmöglichkeiten zu geben, dezidiert ab.

Die FMCH begrüsst die drei Zielsetzungen der Vorlage:

- Förderung einer Verlagerung von Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich, wo dies medizinisch sinnvoll ist;
- Stabilisierung der prämierten- und steuerfinanzierten Anteile an den obligatorisch versicherten Krankheitskosten (ohne Langzeitpflege);
- Förderung einer sachgerechten Tarifierung.

Für die Erreichung dieser Ziele, die aus medizinischer und ökonomischer Sicht als prioritär einzustufen sind, schafft die Vorlage wichtige Voraussetzungen.

Im Gegenzug fordert die FMCH, dass die kantonalen und nationalen Listen „ambulant vor stationär“ ersatzlos gestrichen werden. Wenn die vorliegende Teilrevision die Fehlanreize zum Ort der Leistungserbringung weitgehend eliminiert, werden die medizinisch und ethisch problematischen, bürokratisch aufwändigen und damit kostentreibenden Listen für ambulantes Operieren obsolet. Eine entsprechende Übergangsbestimmung zur Abschaffung der kantonalen und bundesweiten Operationslisten und ihrer Umsetzungsmassnahmen ist in die vorliegende Teilrevision aufzunehmen.

1.1. Aktuelle Situation

Die heute geltenden, unterschiedlichen Finanzierungsregimes des ambulanten und des stationären Bereichs führen zu Fehlanreizen, die eine effiziente und effektive medizinische Versorgung erschweren oder sogar verhindern.

So haben die Versicherer nur dann einen Anreiz, die Verlagerung von stationären zu ambulanten Leistungen zu fördern, wenn die ambulante Leistungserbringung mindestens 55 Prozent günstiger ist als die stationäre.

Umgekehrt haben die Kantone ein finanzpolitisches Interesse, das Volumen von ambulanten Leistungen zu steigern, weil dadurch der kantonale Anteil an stationären Leistungen sinkt, freilich unter dem Vorbehalt, dass die Bettenauslastung nicht mit zusätzlichen stationären Fällen kompensiert wird. Dass es sich hierbei nicht nur um theoretische Überlegungen handelt, haben die Kantone mit der Einführung von AVOS-Listen eindrücklich vor Augen geführt.

Die solchermassen entgegengesetzten Interessen von Kantonen und Versicherern widerspiegeln sich in den Verhandlungen der Tarifpartner und bei Tariffestsetzungen durch die Kantone. Bei der Tarifgestaltung versucht jede Partei, das ihr jeweils zufallende Kostenvolumen zulasten der anderen Partei zu minimieren.

Dadurch kann der Fehlanreiz entstehen, Leistungen nicht aufgrund der WZW-Kriterien und kostendeckend zu tarifieren, wie es das KVG vorschreibt, sondern aufgrund der gewünschten Wirkung, die der Tarif auf die Wahl des Behandlungsortes haben soll. Dieses „egoistische“ Verhalten kann den Versicherern und Kantonen jedoch nicht verübelt werden. Sie tragen keine Verantwortung für die volkswirtschaftliche Gesamtrechnung. Der Kanton ist gegenüber dem Steuerzahler, der Krankenversicherer gegenüber dem Prämienzahler Rechenschaft schuldig. Unter den gegebenen Spielregeln kann das Verhalten von Kantonen und Versicherern, ihr jeweiliges Kostenvolumen zu minimieren, als ökonomisch rational bezeichnet werden. Darunter leidet

aber das übergeordnete Interesse einer qualitativ hochstehenden und effizienten Versorgung der Bevölkerung. Dem finanziellen Gesamtinteresse des Bürgers, der bekanntlich Steuer- und Prämienzahler in sich vereint, wird mit diesem System ebenfalls nicht Rechnung getragen. Die aufgrund der unterschiedlichen Finanzierung von ambulantem und stationärem Sektor entstehenden tarifarischen Fehlanreize begünstigen eine aus medizinischer und ökonomischer Sicht suboptimale Wahl des Behandlungsortes. Die Indikationsstellung, ob ein Patient ambulant oder stationär behandelt wird, sollte aber – im Idealfall – ausschliesslich von seinem medizinischen und sozialen Zustand abhängen.

Dass die Schweiz relativ weit von diesem Idealzustand entfernt ist, zeigen internationale Vergleiche. So werden in der Schweiz nur gerade 17% der chirurgischen Eingriffe im spitalambulanten Bereich durchgeführt. Dieser Anteil beträgt in den Niederlanden 51%, in den USA 62%.

Für die vergleichsweise schwache Entwicklung des ambulanten Bereichs in der Schweiz sind die tarifarischen Fehlanreize sicher einer der wichtigsten Gründe. Daneben können kulturelle Faktoren ebenfalls eine gewisse Rolle spielen.

1.2. Vorteile einer einheitlichen Finanzierung

Mit einer einheitlichen Finanzierung des ambulanten und stationären Sektors werden die Interessen der beiden Kostenträger, d.h. Krankenversicherer und Kantone, gleichgeschaltet (französisch: «alignement des intérêts, englisch: «alignment of interests»). Beide werden ein Interesse daran haben, dass über alle Sektoren der Versorgung hinweg qualitativ hochstehende Leistungen zu einem kostendeckenden Tarif erbracht werden können. Anreize für sektorielle Über- und Untertarifierungen fallen weg, weil sie aus tarif-taktischer Sicht keinen Sinn mehr machen.

Als monistischer Finanzierer (mit dualer Mittelherkunft aus Steuern und Prämien) wird der Krankenversicherer eine Gesamtsicht auf die Behandlungspfade und deren Kosten erhalten. Er wird besser in der Lage sein, innovative Tarifsysteme zu entwickeln wie z.B. ambulante Leistungspauschalen, Komplexpauschalen und sogenannte *bundled payments*. Mit solchen Tarifsystemen können effiziente, sektorenübergreifende Behandlungsprozesse gefördert und honoriert werden. Eine Verknüpfung der Tarife mit Elementen der Qualitätssicherung, wie sie vom KVG verlangt wird und mit der laufenden KVG-Revision über die Qualitätssicherung¹ gefördert werden soll, wird ebenfalls einfacher werden. Die für den Patienten besonders bedeutende Ergebnisqualität kann als Summe der an den verschiedenen

¹ KVG. Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit (15.083)

Etappen der Behandlungskette erbrachten Qualität definiert werden. Ein Krankenversicherer, der als monistischer Finanzierer die ganze Behandlungskette von A bis Z finanziert, wird die Ergebnisqualität und deren Zustandekommen besser analysieren und in die Tarifverhandlungen einfließen lassen können. Dadurch entsteht ein Anreiz für die Leistungserbringer, die Komponenten der Behandlungskette besser zu koordinieren oder sogar vertikal zu integrieren.

Zu den medizinischen und ökonomischen Aspekten einer Verlagerung von Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Sektor hat sich die FMCH in der Stakeholder-Konsultation vom 4. Oktober bis 3. November 2017 über die Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) betreffend «Ambulant vor Stationär» bereits geäußert. Sie ist weiterhin der Auffassung, dass die AVOS-Listen ein ungeeignetes Instrument zur Förderung der Ambulantisierung darstellen. Daran ändert auch die Tatsache nichts, dass das BAG einen vergleichsweise massvollen Erlass verfügt hat. Deshalb fordert die FMCH, dass eine entsprechende Übergangsbestimmung zur Abschaffung der kantonalen und bundesweiten Operationslisten und ihrer Umsetzungsmassnahmen in die vorliegende Teilrevision aufzunehmen sei.

1.3. Kritiken der Gegner einer einheitlichen Finanzierung

1.3.1. Einwände und Forderungen der GDK

Die GDK behauptet, dass die Einführung einer einheitlichen Finanzierung mit Überweisung von Steuermitteln an die Versicherer das Prinzip der fiskalischen Äquivalenz, welche eine Kongruenz zwischen Nutzniessern, Kosten- und Entscheidungsträgern von öffentlichen Leistungen verlangt, verletzen würde. Die fiskalische Äquivalenz müsse aber unter allen Umständen gewahrt bleiben. Dies sei nur dann gewährleistet, wenn mit der Einführung einer einheitlichen Finanzierung die Steuerungskompetenz der Kantone auf den ambulanten Bereich ausgedehnt werde.

Dieser Forderung der GDK sind folgende grundsätzliche Überlegungen und Erkenntnisse aus der Praxis entgegenzuhalten:

- Aufgrund von Art. 117 Abs. 1 BV verfügt der Bund über die ausschliessliche Rechtskompetenz auf dem Gebiet der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Der Bund kann die Finanzierung der Versicherung nach eigenem Ermessen regeln. Er kann festlegen, welcher Anteil der Finanzierung aus öffentlicher Hand zu entrichten ist und welche öffentliche Körperschaft diesen Anteil zu entrichten hat.
- Die in Art. 43a Abs. 2 und 3 BV verankerten Grundsätze über die fiskalische Äquivalenz haben den Charakter von staatspolitischen Maximen und sind nicht justizabel, das heisst, sie haben rechtlich nur eine beschränkte Tragweite; vgl. Gutachten des Bundesamtes für Justiz vom 15. Januar 2018 „Monistische Finanzierung von Gesundheitsleistungen – Verfassungsmässigkeit“.

- Die Tragweite von Art. 117 BV wird durch Art. 43a BV nicht eingeschränkt². Die Zuweisung einer Finanzierungsverpflichtung an die Kantone verpflichtet den Bund in keiner Weise, diesen eine Gegenleistung in Sinn von finanziellen Mitteln (Art. 46 Abs. 1 BV) oder von zusätzlichen Entscheidungs- oder Steuerungsbefugnissen zu gewähren.
- Eine Mitfinanzierung der ambulanten Leistungen durch die Kantone steht nicht im Widerspruch zum haushälterischen Umgang mit den Ressourcen, dem eigentlichen Zweck der fiskalischen Äquivalenz. Bis zu einem gewissen Grad ist sogar das Gegenteil zu erwarten: Aufgrund der Mitfinanzierung dürften die Kantone ein grösseres Interesse an einer Kostenkontrolle im ambulanten Bereich aufbringen.
- Über die Nachfrage nach ambulanten OKP-Leistungen übt die Kantonsbevölkerung einen steuernden Einfluss auf das Angebot im ambulanten Bereich aus. Mit der dadurch entstehenden, weitgehenden Übereinstimmung zwischen dem Personenkreis, der den Nutzen aus den Leistungen zieht, die finanziellen Konsequenzen trägt und die Leistungserbringung mitsteuert, ist das Prinzip der fiskalischen Äquivalenz bereits in hohem Masse erfüllt.
- Über die Genehmigung oder Festsetzung von Tarifen haben die Kantone heute schon einen grossen Einfluss auf den ambulanten Bereich.
- Mit einer Ausdehnung der kantonalen Steuerungsmöglichkeiten auf den ambulanten Bereich würde sich der ohnehin schon gravierende Governance-Konflikt der Kantone noch weiter verschärfen. Ein prioritäres Ziel des Bundesrates besteht aber gerade darin, diesen Konflikt zu reduzieren. Davon verspricht er sich einen kostendämpfenden Effekt (Massnahme M36). Bei der Güterabwägung zwischen einer puristischen Durchsetzung der fiskalischen Äquivalenz und der Dringlichkeit kostendämpfender Massnahmen sollte auch den Kantonen ein Entscheid zugunsten der zweiten Option nicht schwerfallen, zumal sie an der Kostenentwicklung eine erhebliche Verantwortung mitzutragen haben.
- In der Praxis erweist sich die Anwendung der fiskalischen Äquivalenz als schwierig³. Gründe dafür sind der fehlende Rechtscharakter sowie das Fehlen von Kriterien und eines Prüfprogramms, welches die Anwendung der Prinzipien auf konkrete Sachvorlagen erlauben würde.
- Wie folgende Beispiele zeigen, wird die fiskalische Äquivalenz auch von den Kantonen nicht konsequent und zum Teil einseitig angewendet:
 - Zu Prämienverbilligungen richtet der Bund aus Steuermitteln jährlich rund CHF 2 Milliarden an die Kantone aus. Auf die Verwendung dieser Mittel kann er keinen Einfluss nehmen. Die Kantone waren bis jetzt nicht bestrebt, dem Bund eine Mitsprache über die Verwendung dieser Steuermittel einzuräumen.

² Der Verfassungsgeber hätte mit der Einführung von Art. 43a BV (im Rahmen der NFA) die Tragweite von Art. 117 BV einschränken können und auch müssen, falls er dies so gewollt hätte. Er hat aber Art. 117 BV unverändert belassen. Damit bleibt dessen Tragweite uneingeschränkt bestehen.

³ Vgl. BUNDESRAT, Bericht Postulat Stadler, Seite 17.

- Analog zur Argumentation der GDK müssten die Kantone die Krankenversicherer als Zahler aktiv in die kantonale Spital- und Versorgungsplanung einbinden. Dies verweigern die Kantone aber konsequent.

Im Ergebnis der vorausgehenden Überlegungen und Beispiele kann festgehalten werden, dass eine absolutistische Auslegung der fiskalischen Äquivalenz, wie sie von der GDK vorgetragen wird, weder der Absicht des Verfassungsgebers noch der gängigen Praxis entspricht. Fiskalische Äquivalenz bedeutet nicht, dass das Gemeinwesen zu allen Verwendungen von Steuermitteln Steuerungsinstrumente etablieren darf oder muss. Der Forderung der Kantone stehen Zielsetzungen gegenüber, die höher zu gewichten sind. So kann mit der Einführung einer einheitlichen Finanzierung eine längst fällige Systemkorrektur vollzogen werden. Damit kann auch ein rascher und wirkungsvoller Beitrag zur Kostendämpfung geleistet werden.

1.3.2. Kritiken und Einwände des Schweizerischen Gewerkschaftsbundes (SGB)

Der SGB lehnt die Vorlage aus folgenden Gründen ab:

- Der Kern der Vorlage sei nicht die einheitliche Finanzierung, sondern eine massive Verschiebung der Steuerungskompetenz in der Grundversicherung weg von der öffentlichen Hand hin zu den privaten Versicherern («Privatisierung der Grundversicherung»).
- Die vom Bund und einigen Kantonen erlassenen Eingriffslisten («ambulant vor stationär») seien effizienter, um die Verlagerung von Eingriffen aus dem stationären in den ambulanten Bereich zu fördern.
- Die Vorlage würde trotz postulierter Finanzierungsneutralität die Kostenbeteiligung der Versicherten zusätzlich erhöhen.
- Die Vorlage würde keine entscheidende Korrektur existierender Fehlanreize bewirken.
- Mit der Vorlage würden Vertragsspitäler und Zusatzversicherungen gestärkt werden. Dies sei aber nicht wünschenswert.
- Mit EFAS würde der Druck auf das Gesundheitspersonal steigen.
- Der vorgesehene einheitliche Finanzierungsschlüssel würde neue Fehlanreize schaffen.
- Die einheitliche Finanzierung würde die Einführung von Globalbudgets, wie sie bereits in den Kantonen Tessin, Genf und Waadt existieren, verhindern.

Diesen Einwänden des SGB können folgende Überlegungen entgegengehalten werden:

- Es ist keine Besonderheit der einheitlichen Finanzierung, dass sie den Druck auf das Gesundheitspersonal erhöhen wird. Dieser Effekt ist allen kostendämpfenden Massnahmen gemeinsam. Entscheidend ist vielmehr die Frage, welche

Massnahmen den Kostendruck einigermaßen gerecht verteilen werden ohne Einbussen bei der Qualität der medizinischen und pflegerischen Versorgung zu verursachen. In dieser Hinsicht ist der einheitlichen Finanzierung gegenüber Rasenmäher- oder Deckelungsmethoden, wie sie etwa bei Globalbudgets zur Anwendung kommen, klar der Vorzug zu geben.

- Mit der Verlagerung von Leistungen in den ambulanten Bereich werden neuartige, höchst effiziente Versorgungsbereiche entstehen, die nur dank hochqualifiziertem Personal funktionieren werden. Für dieses Personal wird Geld zur Verfügung stehen, welches aufgrund sinkender Investitionen in ineffiziente stationäre Infrastrukturen frei wird. Insgesamt wird die einheitliche Finanzierung eine wirtschaftliche Dynamik auslösen, von welcher sowohl Patienten, Personal als auch Prämien- und Steuerzahler profitieren werden.
- Eine solche Dynamik wird ungleich viel mehr Wirkung zeitigen als kantonale und nationale Listen, deren Umsetzung sich als wahres Kopfzerbrechen erweist und an Schwerfälligkeit kaum zu überbieten ist.
- Der SGB irrt vollständig, wenn er die einheitliche Finanzierung als Privatisierung der Grundversicherung bezeichnet. Die Vorlage schwächt weder die strengen Vorgaben, welche das KVG an die Krankenversicherer stellt, noch die Aufsichtsbehörde, deren Kompetenzen mit dem Krankenversicherungsaufsichtsgesetz ausgeweitet wurden. Auch werden die Planungskompetenzen der Kantone nicht eingeschränkt. Vielmehr wird deren Ausdehnung erwartet. Von einer Privatisierung der Grundversicherung kann demnach keine Rede sein. Vielmehr ist davon auszugehen, dass Kantone und Krankenversicherer aufgrund gleichgeschalteter Interessen die von der OKP garantierte qualitativ hochstehende Versorgung der Bevölkerung gemeinsam stärken werden. Dass im Gegenzug auch einige wenige Vertragsspitäler profitieren werden, kann von denjenigen, die das stören sollte, getrost vernachlässigt werden.
- In einem Punkt ist dem SGB jedoch recht zu geben: Die Vorlage könnte trotz postulierter Finanzierungsneutralität die Kostenbeteiligung der Versicherten zusätzlich erhöhen. Deshalb fordert die FMCH, die Kostenbeteiligung (Franchise und Selbstbehalt) weiterhin auf den mit Prämien finanzierten Anteil der Leistungskosten auszurichten und den jeweiligen Kantonsanteil wie bisher in der Spitalfinanzierung auszuklammern.
- Es ist zwar richtig, dass die einheitliche Finanzierung an sich noch keine Fehlansätze beseitigt. Aber sie ist die notwendige Voraussetzung dafür, dass sich die ambulanten und stationären Tarife angleichen. Damit würde aber der wichtigste Hemmschuh für die „Ambulantisierung“ der Medizin wegfallen.

2. Technische Aspekte

a) Berechnung des Kantonsbeitrags

Das jeweilige Verhältnis der stationären und ambulanten Kosten ist von Kanton zu Kanton bzw. je nach Versichertenkollektiv auch von Krankenversicherer zu Krankenversicherer unterschiedlich. Deshalb empfiehlt es sich, den Anteil des Kantonsbeitrags innerhalb einer Übergangsfrist auf ähnliche Weise anzupassen, wie dies im Rahmen der Neuen Spitalfinanzierung erfolgte.

b) Kostenbeteiligung Versicherte

Die FMCH empfiehlt, die Kostenbeteiligung (Franchise und Selbstbehalt) weiterhin auf den mit Prämien finanzierten Anteil der Leistungskosten auszurichten und den jeweiligen Kantonsanteil wie bisher in der Spitalfinanzierung auszuklammern.

c) Aufteilung des Kantonsanteils auf die Versicherer

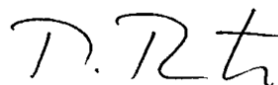
Die FMCH bezieht zu dieser versicherungstechnischen Frage keine Stellung.

Mit bestem Dank für Ihre Kenntnisnahme und freundlichen Grüssen

FOEDERATIO MEDICORUM CHIRURGICORUM HELVETICA



Dr. med. Josef E. Brandenburg
Präsident der FMCH
josef.brandenberg@hin.ch
Tel.: 079 304 71 18



Dr. med. Markus Trutmann
Generalsekretär der FMCH
markus.trutmann@fmch.ch
Tel.: 078 836 09 10

Kopie: Mitglieder SGK-N

Die FMCH ist der Dachverband von 21 chirurgisch und invasiv tätigen Fachgesellschaften und 3 Berufsorganisationen mit rund 10'000 Ärztinnen und Ärzten.
Die FMCH vertritt die Interessen ihrer Mitglieder gegenüber Politik, Behörden, Versicherungen, Verbänden und anderen Organisationen des Gesundheitswesens.
Internet: www.fmch.ch