



Landammann und Regierungsrat des Kantons Uri

Nationalrat
Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit
c/o Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen
3003 Bern

Vorentwurf der SGK-NR zur Änderung des KVG (einheitliche Finanzierung, Einführung Monismus, Pa. Iv. 09.528); Vernehmlassung

Sehr geehrter Herr Kommissionspräsident
Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 15. Mai 2018 unterbreiten Sie uns den Vorentwurf und den erläuternden Bericht der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats (SGK-NR) zur Parlamentarischen Initiative «Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus» (Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung [KVG; SR 832.10]) zur Vernehmlassung.

Für die Möglichkeit zur Stellungnahme danken wir Ihnen und äussern uns wie folgt.

I. Allgemeine Beurteilung

Das Hauptproblem in Bezug auf die Schweizer Gesundheitskosten ist nach Ansicht des Regierungsrats nicht deren Zusammensetzung und Verteilung auf die einzelnen Finanzierungsquellen, sondern vielmehr die Entwicklung der Gesamtsystemkosten über die Jahre. Daran ändert auch nichts, dass der Finanzierungsanteil aller Kantone seit 1996 kontinuierlich steigt.

Das Hauptziel muss deshalb sein, das Wachstum der Gesundheitskosten zu bremsen und längerfristig die Kosten des Gesundheitssystems gesamthaft zu senken. Die Belastung der einzelnen Kostenträger (Finanzierer) ist eine verteilungs- bzw. sozialpolitische Frage und bedarf einer anderen Diskussion.

Die Kosten des Systems lassen sich beeinflussen, indem entweder die Menge oder der Preis der erbrachten Leistungen verändert wird. Sie können demnach nur sinken, wenn in Zukunft weniger und/oder günstigere Leistungen erbracht werden. Das heisst, notwendige und sinnvolle Leistungen müssen effizienter erbracht werden und auf Unnötiges gilt es zu verzichten. Dazu müssen im komplexen Gefüge der verschiedenen Akteure und deren Interessen bestehende Fehlanreize reduziert und durch positive Anreize ersetzt werden.

Vor diesem Hintergrund ist die Vorlage der SGK-NR leider als ungenügend zu bezeichnen. Denn sie reduziert die ganze Komplexität der Einflussfaktoren, welche die Entwicklung der Gesundheitskosten bestimmen, auf einen einzigen, nämlich auf die Ausgestaltung der Finanzierung. Und selbst diese bleibt auf die Umleitung der Finanzströme beschränkt.

Der Regierungsrat stellt mit Bedauern fest, dass die vorgeschlagene KVG-Revision für den Kanton trotz der angestrebten kostenneutralen Überführung über alle Kantone hinweg mittelfristig eine erhebliche finanzielle Mehrbelastung bedeuten würde. Damit würde eine weitere Verschärfung der bereits bestehenden Entwicklung vorgenommen. Denn der Beitrag der Kantone an die Finanzierung des Gesundheitswesens (bestehend mehrheitlich aus Beiträgen an die medizinische Versorgung, Pflege, Prävention und die individuelle Prämienverbilligung) stieg in den letzten 20 Jahren von rund 6 Milliarden Franken auf 16 Milliarden Franken.

Sehr kritisch werden die generell getroffenen Annahmen über die finanziellen Auswirkungen der vorliegenden Monismus-Vorlage beurteilt. Denn wie die hochgerechneten Kantonsbeiträge von jeweils zwischen 7,3 und 7,7 Milliarden Franken für die Jahre 2012 bis 2015 hergeleitet worden sind, ist in den Vernehmlassungsunterlagen nicht nachvollziehbar dargelegt. Entsprechend ist der auf dieser Grundlage berechnete kantonale Mitfinanzierungsanteil von 25,5 Prozent nicht überprüfbar. Was gänzlich fehlt, ist eine nachvollziehbare Berechnung des Gesamtvolumens für den Geltungsbereich der Vorlage auf Leistungen nach Artikel 25 bis 31 KVG (abzüglich Pflegeleistungen nach Art. 25a KVG), an dem sich die Kantone zu geschätzten 25,5 Prozent beteiligen müssten. Eine vertiefte Auseinandersetzung mit der Vorlage über die rein finanziellen Auswirkungen ist für den Regierungsrat unter diesen Voraussetzungen unmöglich.

Zudem stellt der Regierungsrat mit Sorge fest, dass der Vorschlag der SGK-NR bedeuten würde, dass die Kantone mit den geschätzten 7,7 Milliarden Franken rund 10 Prozent ihrer Fiskaleinnahmen an die Krankenversicherer überweisen müssten, ohne dass sie eine Möglichkeit haben, über die sachgerechte und effiziente Verwendung dieser Mittel zu bestimmen oder diese zu kontrollieren. Mit der Umsetzung des vorliegenden Vorschlags würde die fiskalische Äquivalenz verletzt und damit ein Konflikt mit der Bundesverfassung geschaffen.

Deshalb lehnt der Regierungsrat den Vorentwurf der SGK-NR in der vorliegenden Fassung ab.

Im Einzelnen stützt er sich dabei auf folgende Überlegungen:

1. Eine einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen mit nur noch einer einzigen Zahlstelle (Versicherer als Monist) leistet als Einzelmassnahme keinen massgeblichen Beitrag zur Eindämmung der Systemkosten.

- a) Zwei grosse Kostentreiber im schweizerischen Gesundheitswesen, nämlich einerseits die Fehlanreize im Zusammenhang mit Tarifstruktur und Tarifhöhe sowie andererseits jene, die sich aus dem Versicherungsstatus der Patienten ergeben, werden durch die vorgeschlagene Reform nicht angetastet.
- b) Anreize müssen dort gesetzt werden, wo der Behandlungsentscheid getroffen wird, also primär beim Leistungserbringer. Es ist aber für diesen - abgesehen von administrativen Aufwendungen - unerheblich, ob er aus einer Hand oder aus zwei Händen entschädigt wird. Eine reine Umleitung der Finanzflüsse von den Kantonen zu den Versicherern setzt keinen neuen Anreiz beim Leistungserbringer und bewirkt folglich auch nichts.
- c) Die einheitliche Finanzierung mag zwar Voraussetzungen schaffen für eine Verbesserung der Leistungsallokation, der Behandlungsabläufe, der Behandlungskette und damit auch der Behandlungsqualität. Dazu sind aber auch Versicherungsmodelle gefragt, welche die Behandlungen entlang der gesamten Leistungskette erfassen. Nun ist es aber keineswegs sicher, dass die Krankenkassen ihre Möglichkeiten zur Einführung neuer Versicherungsmodelle zur Förderung der integrierten Versorgung in einem monistischen Finanzierungssystem besser nutzen würden als heute. Den Kantonen fehlen im Vorschlag der SGK-NR jegliche Möglichkeiten zur direkten Beeinflussung der künftigen Optimierung der Versorgungskette. Weiter sind die Bereiche Spitex und Pflegeheime in der aktuellen Vorlage nicht eingeschlossen, obwohl hier in Bezug auf die Zusammenarbeit der Leistungserbringer entlang der Behandlungskette der grösste Bruch zu beobachten ist.
- d) Offen gelassen wird in der Vorlage zudem, wie die Aufsichtsverantwortung des Bunds ausgeweitet wird. Eine solche Verstärkung wäre aufgrund des erhöhten Volumens von KVG-Geldern in den Händen der Krankenversicherer unabdingbar.

2. Der Einsatz von Steuergeldern setzt Steuerungsinstrumente voraus.

Wenn der Kanton die ambulanten Leistungen mitfinanzieren soll, muss er auch das Versorgungsangebot im ambulanten Bereich beeinflussen können. Dies ist jedoch in der Vorlage nicht vorgesehen. Die SGK-NR erfüllt diese Notwendigkeit allein durch die aktuelle Teilrevision des KVG hinsichtlich der Neuzulassung von Leistungserbringern. Dies ist aber noch keine hinreichende Voraussetzung für eine wirksame Steuerung des ambulanten Versorgungsangebots durch den Kanton. Denn sie betrifft primär nur die Neuzulassungen, gewährt keine Kontroll- und Steuerungsmöglichkeit über die bereits zugelassene Ärzteschaft und sie klammert das Leistungsangebot im spitalambulantem Bereich aus. Zudem ist politisch noch keineswegs gesichert, dass der Gesetzesentwurf des Bundesrats vom Parlament auch beschlossen wird. Vielmehr vertritt eine Mehrheit der SGK des National- wie auch des Ständerats sogar die Ansicht, dass die Steuerung des ambulanten Angebots primär durch die Krankenversicherer über die weitgehende Aufhebung des Kontrahierungszwangs erfolgen soll.

3. Die einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen ist nicht der folgerichtige Schritt bzw. die unverzichtbare Begleitmassnahme zur Förderung der Verlagerung aus dem stationären Sektor in die (Spital-)Ambulatorien, so wie dies die Versicherer- und Leistungserbringerverbände fälschlicherweise propagieren.

- a) Die Ergebnisse im Kanton Luzern mit der kantonalen Regelung «ambulant vor stationär» deuten nach neun Monaten darauf hin, dass die Behandlungskosten bei den Listeneingriffen gesamthaft, also sowohl für die Versicherer und Prämienzahler als auch für die Kantone und Steuerzahler gesunken sind. Mehrkosten für die Versicherer bei einzelnen ambulanten Eingriffen konnten durch die Einsparungen im stationären Bereich und durch die Abnahme der Eintritte am Vortag kompensiert werden. Eine einheitliche Finanzierung der Leistungen war für die Erzeugung dieser kostendämpfenden Wirkung nicht notwendig.
- b) Die Finanzsituation der Leistungserbringer könnte sich infolge Ausbau der ambulanten Listen auf Bundes- und Kantonsebene insofern negativ entwickeln, als die aktuellen TARMED-Tarife für manche der betroffenen Einzelleistungen nicht kostendeckend sind. Hier hilft aber eine einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen auch nicht weiter. Gefragt ist vielmehr eine Weiterentwicklung der Tarifstruktur in Richtung (spital-)ambulanter Pauschalen, welche für die Leistungserbringer neue positive tarifliche Anreize setzen würden.

II. Vorschläge für ein Finanzierungssystem für eine steuerbare, effiziente und integrierte Gesundheitsversorgung

Eine effizientere und optimierte Gesundheitsversorgung mit einheitlicher Finanzierung muss nach Auffassung des Regierungsrats mindestens folgende Anforderungen erfüllen:

1. Die finanzielle Belastung der einzelnen Kantone muss im Übergang überprüfbar kostenneutral sein.

Diese Anforderung ist im Vorschlag der SGK-NR für die Gesamtheit der Kantone zwar erfüllt. Allerdings muss die Kalkulation noch plausibilisiert werden können.

Kostenneutralität bei der Umstellung auf die einheitliche Finanzierung heisst, dass die Beteiligung der Gesamtheit der Kantone bzw. der Versicherer an der Finanzierung der ambulanten und stationären Leistungen nicht höher ausfällt als unter dem aktuellen dual-fixen Regime. Der gesetzliche kantonale Mindestanteil muss auch in Zukunft konstant gehalten werden. Allein den Kantonen soll es vorbehalten bleiben, eine punktuelle Erhöhung des Kantonsbeitrags auf freiwilliger Basis vorzunehmen.

Die Kostenneutralität muss jedoch nicht nur für die Gesamtheit der Kantone, sondern auch für jeden einzelnen Kanton gewährleistet werden. Ansonsten wären im Übergang zur einheitlichen Finanzierung gerade jene Kantone stärker belastet, deren Versorgungs- und Patientenstrukturen heute im Sinne einer effizienteren Gesundheitsversorgung überdurchschnittlich stark auf ambulante Behandlungen ausgelegt sind. Dieser Effekt könnte die Bestrebungen der Kantone zur wei-

teren Verlagerung in den ambulanten Bereich bis zum Zeitpunkt des Inkrafttretens unterminieren und damit letztendlich auch einer wirksamen Kostendämpfungsmassnahme im Wege stehen. In den Kantonen mit vorwiegend stationären Strukturen, die im gleichen Zug entlastet werden, wäre durch die Erhöhung des OKP-Finanzierungsanteils mit einem weiteren Anstieg der Prämien zu rechnen.

Es ist unabdingbar, dass sämtliche Daten und Methoden, die der Ermittlung des gesetzlichen kantonalen Mindestanteils zugrunde liegen, transparent aufgezeigt werden. Nur so ist der Kanton in der Lage, die Konsequenzen der Umstellung auf eine einheitliche Finanzierung für seinen Haushalt zu prüfen und zu beziffern.

Im Weiteren ist zu beachten, dass die kostenneutrale Überführung mit der Vorlage der SGK-NR lediglich für einen Teilbereich der finanziellen Verantwortung der Kantone, nämlich für die Leistungsfinanzierung gewährleistet ist. Nebst ihrer Rolle als Kostenträger für medizinische Leistungen und Langzeitpflege tragen die Kantone jährlich auch noch mit mehreren Milliarden Franken zur Finanzierung der Gesamtkosten im Gesundheitswesen bei. Dazu gehören namentlich die individuelle Prämienverbilligung, die Finanzierung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen der Spitäler, die Gesundheitsförderung und Prävention sowie die Verwaltungskosten der kantonalen gesundheitspolizeilichen Aufgaben.

2. Dem Kanton wird das Instrumentarium in die Hand gegeben, um das ambulante Versorgungsangebot (Leistung, Menge und Qualität) gezielt zu beeinflussen.

Gerade weil der Kanton den im Vergleich zum stationären Sektor zurzeit stärker wachsenden ambulanten Sektor neu ebenfalls mit einem fixen (d. h. nicht reduzierbaren) Schlüssel mitfinanzieren würde, muss er ein Instrument in der Hand haben, um bei einem Überangebot sowohl in Bezug auf die ärztlichen Fachdisziplinen als auch hinsichtlich der regionalen Verteilung intervenieren zu können. Der Entwurf des Bundesrats zur Teilrevision des KVG vom 9. Mai 2018 ist deshalb für die Neuzulassungen notwendig. In Bezug auf die bestehende ambulante Versorgung gibt der Entwurf des Bundesrats zudem die Möglichkeit, Kriterien wie den Nachweis einer Fortbildung und die Teilnahme an Qualitätsprogrammen festzulegen. Diese müssen die heute zugelassenen Ärztinnen und Ärzte erfüllen, um weiterhin zulasten der OKP tätig sein zu können. Andernfalls kann ihnen die Zulassung befristet oder entzogen werden.

Hingegen ist für den Kanton noch keine Möglichkeit vorgesehen, aus Bedarfsgründen eine bestehende Zulassung aufzuheben. Die Mitfinanzierung der ambulanten Leistungen aus Steuergeldern sollte auf einer effizienten Versorgung beruhen. Um eine solche sicherzustellen, muss der Kanton deshalb auch die Möglichkeit eines Zulassungsentzugs aufgrund eines über dem Bedarf liegenden Versorgungsangebots zur Verfügung stehen.

Es ist sicherzustellen, dass die vom Bundesrat vorgeschlagene Nachfolgeregelung zur geltenden befristeten Zulassungsbeschränkung ohne Regulierungsunterbruch in Kraft gesetzt werden und vorgängig zu einer neuen Finanzierung bereits Wirkung entfalten kann.

Weiter ist eine bundesgesetzliche Grundlage sowie der Zugang zu den notwendigen Datengrundlagen zu schaffen, damit der Kanton das gesamte ambulante und spitalambulante Leistungsangebot analog zum stationären Bereich mitsteuern kann.

3. **Die Rechnungen im stationären Bereich werden analog zu heute abgewickelt, mit entsprechend angepasstem Finanzierungsschlüssel. Die Rechnungstellung im ambulanten Bereich erfolgt aufgrund der für die Kantonsbevölkerung effektiv erbrachten Leistungen.**

Stellt der Leistungserbringer künftig nur noch eine einzige Rechnung (an den Versicherer) anstelle von zwei (an Versicherer und Kanton), erfährt er lediglich einen marginalen Effizienzgewinn. Hingegen ist der Verlust an Information und an Kontrollmöglichkeiten für den Kanton deutlich spürbar. Es gibt deshalb auch mit einem neuen, angepassten Kostenteiler keinen Grund, im stationären Bereich an der bisherigen dualen Rechnungsstellung an Krankenversicherer und Wohnkanton etwas zu ändern. Hingegen kann es im ambulanten Bereich angesichts der sehr hohen Anzahl an Einzelrechnungen sinnvoll sein, eine einzige Rechnungs- und Zahlstelle zu definieren. Dabei ist den Finanzierern die Möglichkeit zur Kontrolle des auf sie entfallenden Rechnungsbetrags einzuräumen.

Dass die Berechnung des Kantonsbeitrags im ambulanten Bereich auf den für die Kantonsbevölkerung effektiv erbrachten Leistungen beruhen soll, ist in der Vorlage der SGK-NR bereits vorgesehen.

4. **Es besteht eine Kontrollmöglichkeit für den Kanton in Bezug auf die korrekte Abrechnung von ambulanten Leistungen für die Kantonsbevölkerung, beispielsweise durch die Schaffung eines gemeinsamen Organs (Krankenversicherer/Kantone).**

Die Kantone müssen ihre finanzrechtliche Verantwortung für den effizienten Einsatz von Steuergeldern jederzeit sicherstellen und gegenüber der Öffentlichkeit nachweisen können, indem sie die Abrechnung von mitfinanzierten ambulanten Leistungen kontrollieren. Dafür benötigen sie volle Transparenz über die Kosten- und Leistungsdaten der Leistungserbringer sowie Einsicht in die gestellten Rechnungen möglichst zeitnah nach deren Eingang beim Versicherer. Bei einer durchgängig dualen Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen durch Krankenversicherer und Kantone kann die Rechnungskontrolle nicht mehr grundsätzlich als alleinige Aufgabe der Versicherer bezeichnet werden. Bereits heute schliesst das KVG nicht aus, dass die Kantone die Erfüllung der WZW-Kriterien und somit die Fälligkeit ihres Finanzierungsanteils (insbesondere bei Verdacht auf inkorrekte Leistungsabrechnung oder Nichteinhaltung der Leistungsaufträge) ebenfalls prüfen. Dieser Aspekt wird mit einem neuen Finanzierungsmodell an Bedeutung gewinnen. In Deutschland sind bereits heute länderspezifisch gemeinsam getragene Medizinische Dienste der Krankenversicherung (MDK) eingerichtet, welche durch die Kostenträger beanstandete oder kritische Rechnungen unabhängig und nach gemeinsam festgelegten Kriterien überprüfen. Ein analoges Modell könnte auch für die Schweiz unter einer einheitlichen Finanzierung zweckmässig sein.

- 5. Es wird eine nationale Tariforganisation für ambulante Tarife gesetzlich vorgeschrieben, an welcher die Kantone paritätisch beteiligt sind.**

Nicht nur die Anzahl Leistungserbringer und Behandlungen, sondern auch die Tarifstrukturen (und die Preise) beeinflussen die Entwicklung des Leistungsvolumens im ambulanten Bereich massgeblich. Die Aktualität und professionelle Pflege der Tarifstrukturen sind dafür entscheidend. Die Tarifpartner und die Kantone sollen deshalb im ambulanten Leistungsbereich verpflichtet werden, gemeinsam eine einzige Tariforganisation einzusetzen, welche in Zukunft für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege von Einzelleistungs- und gegebenenfalls auch Pauschaltarifstrukturen im ambulanten Bereich zuständig ist. Die Organisation soll die erarbeiteten Strukturen und ihre Anpassungen dem Bundesrat zur Genehmigung unterbreiten. Dies entspricht der von der Expertenkommission «Kostendämpfungsmassnahmen» vorgeschlagenen Massnahme M34. Die Kantone sind aufgrund der geforderten Mitfinanzierung im ambulanten Bereich an der Organisation zwingend tripartit zu beteiligen.

- 6. Fehlanreize infolge Verknüpfung der vertraglichen Vereinbarungen der Tarifpartner im Grund- und Zusatzversicherungsbereich werden konsequent eliminiert.**

Es gilt zu verhindern, dass die Tarifpartner in den Tarifverhandlungen den Grund- und den Zusatzversicherungsbereich miteinander verknüpfen und Bedingungen aushandeln können, die ihre Ertragslage insgesamt verbessern, jedoch einer optimalen Leistungsallokation in der OKP sowie der korrekten (kostendeckenden) Abgeltung der OKP-Leistungen zuwiderlaufen. Eine stärkere Trennung von Grund- und Zusatzversicherung könnte folgende Elemente beinhalten:

- Der Leistungseinkauf in den Bereichen OKP und Zusatzversicherung hat durch voneinander unabhängige Organe zu erfolgen.
- Bei der Beurteilung der OKP-Pflicht einer Leistung darf eine allfällige Zusatzversicherung der Patienten keine Rolle spielen.
- Zwischen den Organen des Leistungseinkaufs und den vertrauensärztlichen Diensten in der OKP bzw. der Zusatzversicherung dürfen keine Informationen ausgetauscht werden, die für den jeweiligen Leistungseinkauf relevant sind.
- Mit einer Erhöhung der Transparenz bei den Leistungserbringern über die Kosten und Erträge aus dem Zusatzversicherungsgeschäft könnten unzulässige Verknüpfungen zwischen dem OKP- und dem Zusatzversicherungsgeschäft eher erkannt und verhindert werden.

- 7. Die einheitliche Finanzierung im ambulanten und im stationären Bereich kann eine echte Verbesserung der Versorgungsorganisation erst entfalten, wenn auch die Langzeitpflege (Pflegeheime und Spitex) in das Finanzierungsmodell einbezogen wird.**

Auch im Langzeitpflegebereich und an den Schnittstellen zwischen medizinischer Akutversorgung und Langzeitpflege sind Fehlanreize zu beobachten. Diese sind im Gegensatz zu den Fehlanreizen in der Spitalfinanzierung tatsächlich auch durch die Finanzierung und nicht nur durch falsche Tarifierungen bedingt. Ob eine Pflegeleistung ambulant oder stationär erbracht wird, sollte weder von der Finanzierung noch von den Tarifen abhängen, sondern sich nach dem effizientesten Pflegesetting richten. Und auch ob jemand früher oder später aus der Spitalversorgung

in die Pflege entlassen wird, soll keine Frage der unterschiedlichen Finanzierung in den beiden Bereichen sein. Aufgrund der seit Jahren unveränderten OKP-Beiträge und den im Gegensatz dazu steigenden Kosten für die Restfinanzierung werden der Kanton und die Gemeinden im Bereich der Langzeitpflege finanziell immer stärker belastet. Die Richtung der Belastungsverschiebungen ist deshalb gegenüber der Spitalfinanzierung gerade umgekehrt. Eine Ausweitung der einheitlichen Finanzierung auf die Leistungen von Pflegeheimen und Spitex ist nur konsequent. Auch im Hinblick auf die notwendige Stärkung der koordinierten Versorgung ist sie ein wesentliches Element der Reform. Die Kosten der OKP für die Pflegeleistungen nach Artikel 25a Absatz 1 KVG und Artikel 7 Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) und die Beiträge der Kantone und Gemeinden im Rahmen der KVG-Restfinanzierung (d. h. ohne Betreuungs- oder Hotelleriekosten) sind somit auch in das dual zu finanzierende Kostenvolumen einzurechnen. Der Gesamtfinanzierungsschlüssel ist aufgrund des erweiterten Geltungsbereichs der einheitlichen Finanzierung entsprechend anzupassen.

Vor dem Hintergrund der vorstehenden Überlegungen braucht es nach Auffassung des Regierungsrats eine vollständige Überarbeitung der Vorlage. Mit den aufgezeigten Anforderungen steckt er den Rahmen für ein Modell einer einheitlichen Finanzierung des gesamten medizinischen und pflegerisch/therapeutischen Leistungsbereichs ab. Allein dies ist der geeignete Weg zu einer gesteuerten, effizienten und integrierten Gesundheitsversorgung, der auch der Regierungsrat zustimmen könnte.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen.

Altdorf, 28. August 2018



Im Namen des Regierungsrats
Der Landammann Der Kanzleidirektor

Roger Nager

Roman Balli