



Gesundheits- und Sozialdepartement

Bahnhofstrasse 15
Postfach 3768
6002 Luzern
Telefon 041 228 60 84
gesundheit.soziales@lu.ch
www.lu.ch

E-Mail

Nationalrat
Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit
CH-3003 Bern

Luzern, 7. September 2018

Protokoll-Nr.: 873

**Stellungnahme zum Vorentwurf der SGK-NR vom 19. April 2018 zur
Änderung des KVG (einheitliche Finanzierung Pa. Iv. 09.528)**

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit, zum Vorentwurf «Einheitliche Finanzierung der Leistungen im ambulanten und im stationären Bereich» Stellung zu nehmen. Im Namen und Auftrag des Regierungsrates tun wir dies wie folgt:

1. Allgemeine Beurteilung

1.1 Es werden nur Kosten verschoben und nicht gespart

Das Hauptproblem bei den Gesundheitskosten ist nicht deren Zusammensetzung und Verteilung auf die einzelnen Finanzierungsquellen, sondern die Entwicklung der Gesamtkosten. Die vorgeschlagene Revision ändert aber lediglich die Finanzierung und beschränkt sich auf die Umleitung von Finanzströmen. Vor diesem Hintergrund ist die Vorlage klar ungenügend.

Um das Kostenwachstum zu bremsen, müssen in erster Linie bestehende Fehlanreize beseitigt werden. Solche gibt es vor allem bei der Tarifstruktur und Tarifhöhe sowie aufgrund des Versicherungsstatus der Patientinnen und Patienten. Gerade hier bringt die Vorlage aber keinerlei Verbesserungen. Denn für die Leistungserbringer ist es unerheblich, ob die Kosten aus einer oder aus zwei Quellen entschädigt werden.

Es ist nicht bestritten, dass die einheitliche Finanzierung für die Versicherer einen Anreiz schaffen würde, neue Versicherungsmodelle im Sinne der integrierten Versorgung anzubieten. Allerdings ist es keineswegs sicher, dass die Krankenversicherer dies auch tatsächlich tun werden, und andererseits haben sie diese Möglichkeiten bereits heute. Als Sozialversicherer sollten sie diese Aufgabe auch ohne speziellen finanziellen Anreiz wahrnehmen.

Ein wesentlicher Nachteil ist schliesslich auch, dass die Bereiche Spitex und Pflegeheime in der aktuellen Vorlage nicht eingeschlossen sind, obwohl hier bezüglich Zusammenarbeit der Leistungserbringer entlang der Behandlungskette der grösste Bruch zu beobachten ist.

Und schliesslich führt die vorgeschlagene monistische Finanzierung zu einer ungewollten Besserstellung der Vertragsspitäler. Diese erhalten neu mindestens 74,5% statt wie bisher 45 % durch die obligatorische Krankenversicherung mitfinanziert. Für einige Spitäler könnte es interessant werden, sich den strengen Vorgaben als Listenspital zu entziehen und als Vertragsspital tätig zu sein. Damit wird gerade ein falscher Anreiz gesetzt.

1.2 Kostenfolgen für die Kantone intransparent und nicht verkraftbar

Mittelfristig bedeutet die vorgeschlagene Revision eine erhebliche finanzielle Mehrbelastung für die Kantone, auch bei einer kostenneutralen Einführung. Denn bekanntlich steigen die Kosten im ambulanten Bereich deutlich schneller als im stationären. Damit wird eine Verschärfung der bestehenden Tendenz in Kauf genommen. Der Beitrag der Kantone an die Gesundheitskosten stieg in den letzten 20 Jahren von rund 6 Mrd. Franken auf 16 Mrd. Franken. Die Mehrausgaben der Kantone und namentlich des Kantons Luzern lassen sich nicht mit einer Steuererhöhung finanzieren. Die Mehrkosten führten unweigerlich zu Sparmassnahmen im Gesundheitsbereich oder zu Sparmassnahmen in andern staatlichen Aufgabenbereichen.

Für die einzelnen Kantone wäre der Übergang im Übrigen alles andere als kostenneutral. Für VD und GE entstünden beispielsweise gemäss Schätzungen des Bundesamts für Gesundheit mit einem Schlag Mehrkosten von rund 100 Millionen Franken, während andere Kantone wie etwa AG, SG oder BE mit rund 40 Millionen weniger Ausgaben rechnen könnten. Die Gründe für diese grossen Unterschiede sind vielfältig. Zum einen spielt sicher die unterschiedliche Inanspruchnahme des ambulanten und stationären Angebots eine Rolle und zum andern sind es auch willkürliche Elemente wie etwa der unterschiedliche Taxpunktwert, der heute in den verschiedenen Kantonen gilt. Generell würden jene Kantone, die sich schon heute besonders stark für die Vermeidung unnötiger stationärer Spitalaufenthalte einsetzen, eher belastet. Für Luzern wäre die Umstellung aufgrund der Zahlen von 2016 mit gut 2 Millionen Minderkosten heute etwa kostenneutral. Allerdings setzt sich der Kanton seit gut einem Jahr dafür ein, dass unnötige stationäre Spitalaufenthalte vermieden werden und dafür würde er mit dem vorgeschlagenen Modell bestraft.

Generell muss auch festgestellt werden, dass die Berechnungen der Kantonsbeiträge nicht nachvollziehbar sind und der kantonale Mitfinanzierungsanteil von 25,5 % nicht überprüfbar ist. Eine vertiefte Auseinandersetzung mit der Vorlage über die rein finanziellen Auswirkungen ist für die Kantone unter diesen Voraussetzungen nicht möglich.

1.3 Mangelnde Steuerungs- und Kontrollmöglichkeit der Kantone

Und schliesslich sei festgestellt, dass der Vorschlag der SGK-NR bedeuten würde, dass die Kantone mit den geschätzten 7,7 Mia. Franken rund 10 % 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 somit die fiskalische Äquivalenz verletzt und damit ein Konflikt mit der Bundesverfassung geschaffen.

Wenn die Kantone die ambulanten Leistungen mitfinanzieren sollen, müssen sie auch das Versorgungsangebot im ambulanten Bereich beeinflussen können. Dies ist jedoch in der Vorlage nicht vorgesehen.

2. Anforderungen für die Einführung einer monistischen Finanzierung

2.1 Die finanzielle Belastung der einzelnen Kantone muss in der Überführung und auch während einer bestimmten Zeit nach der Einführung überprüfbar kostenneutral sein.

Die Kostenneutralität muss also nicht nur für die Gesamtheit der Kantone und im Übergang, sondern auch für jeden einzelnen Kanton und während einer bestimmten Zeit gewährleistet werden. Damit erst wird eine verlässliche Finanz- und Versorgungsplanung möglich. Ansonsten werden 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 weiteren Verlagerung in den ambulanten Bereich bis zum Zeitpunkt des Inkrafttretens und damit letztendlich auch einer wirksamen Kostendämpfungsmassnahme im Wege stehen.

Es ist unabdingbar, dass sämtliche Daten und Methoden, die der Ermittlung des gesetzlichen kantonalen Mindestanteils zugrunde liegen, transparent aufgezeigt werden. Nur so sind die Kantone in der Lage, die Konsequenzen der Umstellung auf eine einheitliche Finanzierung für ihre Haushalte zu prüfen und zu beziffern. Nur so kann das Parlament der Öffentlichkeit gegenüber Rechenschaft ablegen, welche Folgen die Vorlage für sie als Steuer- und Prämienzahler haben wird.

Dabei ist auch aufzuzeigen, dass die Kantone jährlich zusätzlich noch mit mehreren Milliarden Franken zur Finanzierung der Gesamtkosten im Gesundheitswesen beitragen, nämlich im Rahmen der individuellen Prämienverbilligung, der Finanzierung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen der Spitäler und der Prävention, sowie als Träger der Verwaltungskosten der kantonalen gesundheitspolitischen und gesundheitspolizeilichen Aufgaben.

2.2 Den Kantonen muss das Instrumentarium gegeben werden, auch das ambulante Versorgungsangebot (Leistung, Menge und Qualität) gezielt zu beeinflussen.

Wenn die Kantone den im Vergleich zum stationären Sektor zurzeit stärker wachsenden ambulanten Sektor neu ebenfalls mit einem fixen (d. h. nicht reduzierbaren) Schlüssel mitfinanzieren sollen, müssen sie bei einem Überangebot sowohl in Bezug auf die ärztlichen Fachdisziplinen als auch hinsichtlich der regionalen Verteilung intervenieren können.

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 Daten Grundlagen zu schaffen, damit die Kantone das gesamte ambulante und spitalambulante Leistungsangebot analog zum stationären Bereich mitsteuern können. So kann der heute beobachtete Trend, dass das Leistungsangebot und mit ihm das Leistungsvolumen über den medizinischen Bedarf der Bevölkerung hinauswächst und vermehrt in den ambulanten Sektor ausweicht, wirksam gestoppt werden.

2.3 Die Rechnungen im stationären Bereich müssen analog zu heute abgewickelt werden. Die Rechnungstellung im ambulanten Bereich muss aufgrund der für die Kantonsbevölkerung effektiv erbrachten Leistungen erfolgen.

Stellt der Leistungserbringer künftig nur noch eine einzige Rechnung (an den Versicherer) anstelle von zwei (an Versicherer und Kanton), erfährt er höchstens einen marginalen Effizienzgewinn. Hingegen ist der Verlust an Information und an Kontrollmöglichkeiten für den Kanton sehr gross. Es gibt deshalb auch mit einem neuen 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 und den Finanzierern die Möglichkeit zur Kontrolle des auf sie entfallenden Rechnungsbetrags einzuräumen (vgl. dazu 2.4).

2.4 Es muss eine Kontrollmöglichkeit für die Kantone in Bezug auf die korrekte Abrechnung geschaffen werden, beispielsweise durch die Schaffung eines gemeinsamen Organs (Krankenversicherer / Kantone), welches dies sicherstellt.

Bei einer durchgängig dualen Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen durch Krankenversicherer und Kantone kann die Rechnungskontrolle nicht mehr alleinige Aufgabe der Versicherer sein. Beispiel könnte Deutschland sein. Dort sind bereits heute länderweise gemeinsam getragene Medizinische Dienste der Krankenversicherung (MDK) eingerichtet, welche durch die Kostenträger beanstandete oder kritische Rechnungen unabhängig und nach gemeinsam festgelegten Kriterien überprüfen.

2.5 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 der Tarifstrukturen und die Professionalität von deren Pflege sind dabei entscheidend. Die Tarifpartner und die Kantone sollen deshalb verpflichtet werden, im ambulanten Leistungsbereich eine einzige Tariforganisation einzusetzen, welche 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 zu beteiligen.

2.6 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 z.B. folgende Elemente beinhalten:

- Der Leistungseinkauf in den Bereichen OKP und Zusatzversicherung hat durch voneinander unabhängige Organe zu erfolgen.
- Bei der Beurteilung der OKP-Pflichtigkeit einer Leistung darf eine allfällige Zusatzversicherung keine Rolle spielen.
- Zwischen den Organen des Leistungseinkaufs und den vertrauensärztlichen Diensten in der OKP resp. der Zusatzversicherung dürfen keine Informationen, die für den jeweiligen Leistungseinkauf relevant sind, ausgetauscht werden.
- 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.

2.7 Auch die Langzeitpflege (Pflegeheime und Spitex) ist in das Finanzierungsmodell einzubeziehen.

Auch im Langzeitbereich und an den Schnittstellen zwischen medizinischer Akutversorgung und Pflege sind Fehlanreize zu beobachten. Ob eine Pflegeleistung ambulant oder stationär erbracht wird, sollte weder von der Finanzierung, noch von den Tarifen abhängen, sondern

sich nach dem effizientesten und objektiv richtigen Pflegesetting richten. 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 Kantone und Gemeinden im Bereich der Pflege 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 und die Beiträge der Kantone und Gemeinden im Rahmen der KVG-Restfinanzierung sind somit ebenfalls in das dual zu finanzierende Kostenvolumen einzurechnen. Der Gesamtfinanzierungsschlüssel ist aufgrund des erweiterten Geltungsbereichs der einheitlichen Finanzierung entsprechend anzupassen.

Zusammenfassend verlangen wir im Sinne unserer Ausführungen eine vollständige Überarbeitung der aktuellen Vorlage.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen und stehen Ihnen für weitere Auskünfte gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

Guido Graf
Regierungsrat

