



**Bündnis
Freiheitliches
Gesundheitswesen**

Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

Basel, 15. 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 die Vernehmlassung in obengenanntem Geschäft mit Frist bis 15. September 2018 eröffnet. Demgemäss lassen wir Ihnen nachstehend fristgerecht unsere Stellungnahme zukommen.

Das Bündnis befürwortet die Einführung der Finanzierung aus einer Hand (EFAS) unter dem Vorbehalt, dass auf die Verknüpfung mit anderen KVG-Revisionsvorhaben (insbesondere Zulassungssteuerung, aber auch Pflegefinanzierung) verzichtet wird.

Es kommt dabei nur ein monistischer Ansatz in Frage, eine Ausweitung der dualen Finanzierung auf den ambulanten Bereich mit zwei Teilrechnungen für jede medizinische Leistung lehnen wir ab. Monistische Zahler sind die Krankenversicherer, egal wie diese sich finanzieren (Prämien, Prämienverbilligungen und weitere Beiträge).

Vorbemerkungen: Keine politischen Verbindungen mit anderen Themen

Das Bündnis begrüsst die Aktivitäten der SGK-N in Bezug auf die einheitliche Finanzierung ausdrücklich.

Äusserst heikel ist aus unserer Sicht die mittels Beschluss der SGK-N vom 6. Juli 2018 hergestellte Verbindung zur Vorlage über die Zulassungssteuerung. Der wohl damit verbundene Versuch, den Widerstand der Kantone gegen die einheitliche Finanzierung zu dämpfen, dürfte nicht erfolgreich sein, wie erste Reaktionen bereits zeigen.

Aus diesem Grund lehnen wir auch den diesbezüglichen Minderheitsantrag (Carobbio Guscetti, Feri Yvonne, Gysi, Heim, Ruiz Rebecca, Schenker Silvia) entschieden ab, welcher sicherstellen soll, dass die Vorlage zur einheitlichen Finanzierung nur in Kraft tritt, wenn auch eine Nachfolgeregelung zu Artikel 55a KVG im Sinne einer Zulassungssteuerung im ambulanten Bereich in Kraft tritt.

Dasselbe gilt für Verbindungen zur Thematik der Globalbudgetierung und der von den Kantonen eingebrachten Forderung nach gleicher Finanzierung der Pflege.

Erfahrungen aus der Vergangenheit zeigen, dass mehrfach gute Reformvorlagen im schweizerischen Gesundheits- und Sozialwesen an der politischen Verbindung zu anderen Themen gescheitert sind, weil sich damit nicht der Konsens eingestellt, sondern vielmehr der Widerstand gegen die einzelnen Themen addiert hat.

Wir plädieren deshalb dezidiert dafür, von heiklen politischen Verbindungen zwischen Themen abzusehen und sich nun mit dieser für die Zukunft des schweizerischen Gesundheitswesens äusserst bedeutsamen Reform zu befassen.

1. Systemfehler korrigieren - Kostenwachstum nicht einseitig zu Lasten der Prämienzahlenden

Seit vielen Jahren stehen sich Versicherer und Kantone mit unterschiedlichen Positionen zur Leistungsfinanzierung gegenüber: Während die Kantone eine Verschiebung von Leistungen in den ausschliesslich mit Prämiegeldern finanzierten ambulanten Bereich mit Listen erzwingen, um die Kantonsfinanzen zu entlasten, gehen die Interessen der Versicherer in die gegenteilige Richtung mit dem Ziel, die Kantone in die Finanzierung einzubinden, um den Prämienanstieg zu entlasten. Die Korrektur des Systemfehlers durch EFAS würde diese Differenz definitiv beenden und Platz für wichtige Entwicklungen schaffen.

2. Einheitliche Finanzierung ist eine wichtige Basis für Effizienz und Qualität sowie wichtige Reformen mit grossem Einfluss auf die Kostenentwicklung

EFAS wird die Finanzierung administrativ massiv vereinfachen, aber per se keine Dämpfung der Kostenentwicklung bewirken. Sie schafft aber Anreize zur Verschiebung von Leistungen vom stationären in den ambulanten Bereich aufgrund medizinischer Fortschritte. Auch die integrierte Versorgung wird durch eine einheitliche Finanzierung vereinfacht und gefördert, weil eine bessere ambulante Versorgung insbesondere bei chronisch Kranken teure Spitalaufenthalte verhindert. Davon profitieren bis jetzt vor allem die Kantone, weil sie stationär 55 Prozent und ambulant nichts bezahlen.

3. Technische Umsetzung

a) Berechnung des Kantonsbeitrags

Wir weisen darauf hin, dass der in Art. 60 KVG („Berechnung“) genannte, für die gesamte Schweiz geltende Prozentsatz für den Kantonsbeitrag von mindestens 25,5 Prozent nach unseren Berechnungen zu einer Mehrbelastung der Kantone im Bereich von rund CHF 1.5 Mia. pro Jahr und damit zu einer entsprechenden Entlastung der prämierelevanten Ausgaben führt.

Da ausserdem das jeweilige Verhältnis der stationären und ambulanten Kosten von Kanton zu Kanton bzw. je nach Versichertenkollektiv auch von Krankenversicherer zu Krankenversicherer unterschiedlich ist, empfehlen wir wie bei der neuen Spitalfinanzierung Übergangsfristen.

b) Kostenbeteiligung Versicherte

Wir empfehlen im Sinne der Systemlogik, die Kostenbeteiligung (Franchise und Selbstbehalt) weiterhin auf den mit Prämien finanzierten Anteil der Leistungskosten auszurichten und den jeweiligen Kantonsanteil wie bisher in der Spitalfinanzierung zu ignorieren.

c) Aufteilung des Kantonsanteils auf die Versicherer

In dieser rein versicherungstechnischen Frage sollten sich die Versicherer einigen.

4. Ambulante Listen schaffen Zwang statt Anreize

Der Bund und einige Kantone versuchen, im bestehenden, inkohärenten System mit Listen die Ärzte und Spitäler zu zwingen, bestimmte Eingriffe nur noch ambulant durchzuführen. Dieser Ansatz ist falsch, weil er nicht die richtigen Anreize setzt, jede Operation dort durchzuführen, wo sie gemäss KVG wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich ist. Nach der Einführung von EFAS sind ambulante Listen konsequenterweise wieder aufzuheben.

5. Einwände der Kantone sind politischer Natur

Die vorstehend geäusserten Vorbehalte des Bündnisses in Bezug auf diese Vorlage haben nichts mit den politischen Einwänden der Kantone zu tun.

Die Kantone, vertreten durch die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), haben bereits vor dem Start der Vernehmlassung klar gegen EFAS Position bezogen.

Die Widerstände gegen diese längst überfällige Revision sind politisch motiviert, wobei es beinahe ausschliesslich um konfliktreiche Rollen der Kantone bei der Durchführung des KVG geht.

Die Kantone ignorieren die Tatsache, dass aufgrund ihrer Mehrfachrollen im Gesundheitswesen bereits heute eine massive Governance-Problematik besteht, die bei Umsetzung ihrer Forderungen weiter verstärkt würde.

Die GDK hat sich in ihrem Positionspapier „Optimierung der Steuerung und Finanzierung in der Gesundheitsversorgung“ vom 19. Mai 2017 kritisch zur einheitlichen Finanzierung geäußert und die aus ihrer Sicht zu deren Einführung notwendigen Rahmenbedingungen formuliert. In ihrer Stellungnahme vom 28. Juni 2018 zum vorliegenden Revisionsvorschlag weicht die GDK von ihrer letztjährigen Position ab, bringt zusätzliche Gegenargumente vor und stellt zusätzliche Forderungen, die in keinem direkten Zusammenhang zur erfolgreichen Umsetzung der neuen Finanzierungsregelung stehen.

Den Einwänden der Kantone ist folgendes zu entgegnen:

- a) Als aus ihrer Sicht stärkstes Argument wenden die Kantone ein, die Einführung einer einheitlichen Finanzierung mit Überweisung von Steuermitteln an die Versicherer verletze das Prinzip der fiskalischen Äquivalenz (Übereinstimmung der Steuerungskompetenz und der Finanzierung).

Hierzu ist folgendes festzuhalten:

- Fiskalische Äquivalenz bedeutet nicht, dass das Gemeinwesen zu allen Verwendungen von Steuermitteln Steuerungsinstrumente etablieren darf oder muss. Das im Entwurf vorgeschlagene Modell verletzt den Grundsatz der fiskalischen Äquivalenz nicht. Wir verweisen hierzu auf das Gutachten des Bundesamtes für Justiz vom 15. Januar 2018: „*Monistische Finanzierung von Gesundheitsleistungen – Verfassungsmässigkeit*“.
 - Aufgrund der Zuständigkeitsordnung im schweizerischen Gesundheitswesen kann das Prinzip ohnehin nicht vorbehaltlos umgesetzt werden. Wir verweisen hierzu auf das Beispiel der Bundesbeiträge an die Prämienverbilligungen. Der Bund richtet hier aus Steuermitteln rund CHF 2 Mia. an die Kantone aus, ohne auf die Verwendung dieser Mittel Einfluss nehmen zu können. Die Kantone waren bis jetzt auch nicht bestrebt, dem Bund die selber geforderte Mitsprache über die Verwendung von Steuermitteln einzuräumen.
 - Analog zu ihrer Argumentation müssten die Kantone die Versicherer als Zahler aktiv in die kantonale Spital- und Versorgungsplanung einbinden. Dies verweigern die Kantone aber konsequent.
- b) Unter anderem machen die Kantone den Einbezug der Pflegefinanzierung in die neue Regelung zur *conditio sine qua non* für eine Reform, obwohl keine systemische Notwendigkeit hierfür besteht. Im Gegenteil, das KVG macht bei der Pflegefinanzierung schon jetzt keinen Unterschied zwischen ambulanten und stationären Pflegeleistungen. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung leistet einen Beitrag an die Pflegeleistungen, welche aufgrund einer ärztlichen Anordnung und eines ausgewiesenen Pflegebedarfs ambulant, auch in Tages- oder Nachtstrukturen, oder im Pflegeheim erbracht werden.
- c) Ausserdem fordern die Kantone weitgehende Mitsprache betreffend Verwendung der von Ihnen zu leistenden Mittel und die Kompetenz zur Beplanung des ambulanten Angebotes. Damit verschärfen die Kantone ihre Rollenkonflikte. Dabei definiert

das KVG die Verwendung der Mittel (Steuern, Prämien und Kostenbeteiligung Patienten) hinreichend klar. Ganz abgesehen davon ist die Einführung weiterer staatlicher Planungsinstrumente grundsätzlich anzulehnen, zumal die jahrelange staatliche Planung im stationären Bereich zu keinem erkennbaren Effekt in Bezug auf die Kostentwicklung geführt hat.

- d) Ebenfalls unzutreffend und nicht durch Fakten respektive Evidenz belegt ist die Behauptung, das Risiko von Verknüpfungen zwischen Grund- und Zusatzversicherung im Rahmen von Tarifverhandlungen nehme wegen der Einführung einer einheitlichen Finanzierung ursächlich zu. Ausserdem ist es die Pflicht der Aufsichtsbehörden BAG und Finma, allfällige gesetzeswidrige Querfinanzierung zwischen Grund- und Zusatzversicherung zu unterbinden.

Diesen Einwänden ist ferner zu entgegnen, dass die Kantone bereits heute im Rahmen von Tarifgenehmigungsverfahren Einfluss auf die Gestaltung ambulanter und stationärer Tarife nehmen.

- e) Schlussendlich vernachlässigen die Kantone im Rahmen ihrer Argumentationsführung, dass der Bund die Aufsicht über die Versicherer im OKP-Bereich ausübt und hierfür seit dem 1. Januar 2017 mit dem Krankenkassenaufsichtsgesetz über ein starkes Instrument verfügt.

Zusammenfassend ist nochmals festzuhalten, dass sich das Bündnis unter dem Vorbehalt, dass auf eine Verknüpfung mit anderen KVG-Revisionsvorlagen (insb. Zulassungsstopp) verzichtet wird, für die Einführung einer einheitlichen Finanzierung ausspricht. Damit wird ein wichtiger Anreiz geschaffen, jede medizinische Leistung dort zu erbringen, wo sie im Sinne des KVG am wirksamsten, zweckmässigsten und wirtschaftlichsten erbracht werden kann.

Betreffend Kantonsanteil insgesamt weisen wir auf Mehrkosten für die Kantone von rund CHF 1,5 Mia. hin und empfehlen angesichts der unterschiedlichen Ausgangslage der einzelnen Kantone und Krankenversicherer Übergangsfristen wie bei der Einführung der neuen Spitalfinanzierung. Die Kostenbeteiligung der Versicherten sollte sich weiterhin auf den mit Prämien finanzierten Anteil der Leistungskosten beziehen. Über die Zuteilung des jeweiligen Kantonsbeitrags an die Versicherer sollen sich die Versicherer einigen.

Den Minderheitsantrag Carobbio Guscetti, Feri Yvonne, Gysi, Heim, Ruiz, Schenker, welcher verlangt, dass die Vorlage zur einheitlichen Finanzierung nur in Kraft tritt, wenn auch eine Nachfolgeregelung zu Artikel 55a KVG im Sinne einer Zulassungssteuerung im ambulanten Bereich in Kraft tritt, lehnen wir ebenso entschieden ab wie weitere Verknüpfungen mit anderen KVG-Revisionsvorhaben wie beispielsweise mit der Pflegefinanzierung, weil die Pflegefinanzierung schon jetzt keinen Unterschied zwischen stationären und ambulanten Leistungen macht.

Für die wohlwollende Berücksichtigung unserer Ausführungen danken wir Ihnen im Voraus bestens.

Mit freundlichen Grüssen

Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen



Prof. Dr. Robert Leu, Präsident



Dr. Andy Fischer, 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 25 grosse Verbände und Unternehmen aus allen Bereichen des schweizerischen Gesundheitswesens an. Der Vorstand setzt sich aus 11 Top-Exponenten des schweizerischen Gesundheitswesens zusammen.

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. Nur so bleibt genug Raum für Innovation sowie eine Optimierung von Behandlungsqualität und Patientensicherheit.

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