

Kommission für soziale Sicherheit  
und Gesundheit  
3003 Bern

[abteilung-leistungen@bag.admin.ch](mailto:abteilung-leistungen@bag.admin.ch)

Bern, 17. Juli 2018

**Vernehmlassung zur Parlamentarische Initiative:  
"Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus"**

Sehr geehrter Herr Kommissionspräsident,

Besten Dank für die Einladung zur oben erwähnten Vernehmlassung. Der SGB lehnt den darin vorgeschlagenen Umbau der Finanzierung und Steuerung des Gesundheitswesens in dieser Form entschieden ab. Im Folgenden wird diese Haltung erläutert.

***Grundsätzliche Einschätzung***

Gegen eine einheitliche Finanzierung der stationären und ambulanten Versorgungsbereiche spricht, losgelöst von diesem Vorentwurf, im Grundsatz nichts. Ebenso entscheidend wie die Frage, zu welchen Anteilen Gesundheitsleistungen finanziert werden, ist jedoch eine demokratische Definition der Abgeltungs- und Steuerungskompetenz in der medizinischen Versorgung. Im Rahmen seines Engagements für eine öffentliche Krankenkasse (eidgenössische Abstimmungen in den Jahren 2003, 2007 und 2014) hat sich der SGB stets für eine ("unecht") monistische Finanzierung und zugleich eine öffentliche Steuerung der Grundversicherung ausgesprochen. Dies deshalb, weil die gesundheitliche Grundversorgung Teil des Service Public ist und deshalb die ineffiziente und undemokratische Anomalie der Durchführung über Dutzende privatwirtschaftlich organisierte Versicherer endlich überwunden werden sollte.

Diese Option steht zurzeit aber nicht zur Debatte, im Gegenteil: Der Vorschlag der Kommissionsmehrheit könnte nicht weiter davon entfernt sein. So ist der Kern dieser Vorlage nicht die einheitliche Finanzierung, sondern eine massive Verschiebung der Steuerungskompetenz in der Grundversicherung weg von der öffentlichen Hand hin zu den privaten Versicherern. Man könnte es auch eine Privatisierung der Grundversicherung nennen. Die öffentliche Hand, bzw. die Kantone, sollten demnach sämtliche heute für die stationäre Versorgung aufgewendeten Mittel – zurzeit sind das ca. 8 Milliarden – bedingungslos an die Versicherer überweisen, welche diese ihrerseits nach ei-

genem Gutdünken an die Leistungserbringer verteilen könnten. Demokratiepolitisch besteht bereits heute der Sündenfall, dass der demokratischen Kontrolle entzogene Versicherer frei über Prämiegelder aus einem gesetzlichen Versicherungsobligatorium verfügen können. Noch viel bedenklicher wäre nun aber, wenn diese auch frei über die Verwendung öffentlicher Steuergelder bestimmen könnten. Eine staatliche Mitfinanzierung von Leistungsbereichen, auf deren Entstehung und Abgeltungshöhe die Kantone keinerlei Einfluss haben, widerspricht zudem auch jeglichen finanzrechtlichen Prinzipien.

Es sind ähnliche Kreise, welche bei Budgetdebatten unaufhörlich eine öffentliche Haushaltsführung nach dem "Giesskannenprinzip" anprangern und nun in der Gesundheitsversorgung eine solche "Giesskanne" in der Höhe von nicht weniger als 8 Milliarden Franken fordern. Neben der darin zum Ausdruck kommenden Marktgläubigkeit – die aber auch hier nicht ohne Subventionen auskommt – lässt sich dies wohl auch mit dem Druck der Versicherer erklären, die seit Jahren für mehr eigene Steuerungsmacht im System lobbyieren. Dies tun sie, ohne dafür selbst je einen Vertrauensbeweis geliefert zu haben, im Gegenteil: Die Krankenkassen nehmen bereits heute die ihnen, beispielsweise in der Qualitäts- und Rechnungskontrolle, zugeordnete Rolle nur ungenügend wahr.

Ebenfalls moniert wird regelmässig, dass sich der Staat, bzw. die Kantone in der Gesundheitsversorgung zu viele verschiedene Hüte aufgesetzt hätten. Was der SGB an dieser Kritik grundsätzlich teilt, ist die Feststellung, dass die Steuerung des Gesundheitswesens noch viel zu föderalistisch organisiert ist, wohingegen für eine gesamtheitliche medizinische Versorgung weit mehr über die Kantonsgrenzen hinweg gedacht werden müsste. Die Kantone haben nun in der Tat eine Mehrfachrolle als Eigentümer von Spitälern, Mitfinanzierer von stationären Leistungen, Regulierer bei der Zulassung von Arztpraxen und Listenspitälern sowie Schiedsrichter beim Scheitern von Tarifverhandlungen. Diese Mehrfachrolle der Kantone ist jedoch ganz einfach Ausdruck ihrer integralen Aufgabe der Gewährleistung medizinischer Versorgungssicherheit. Die Versorgungssicherheit kann nur durch die öffentliche Hand gewährleistet werden und wird bereits im heutigen System von den Versicherern punktuell unterwandert (siehe beispielsweise die schockierenden Fälle von Verweigerungen lebensnotwendiger Leistungen bei zahlungsunfähigen Versicherten). Die Mehrfachrolle ist zudem ganz einfach Abbild des öffentlichen Charakters der Gesundheitsversorgung. So wäre es ähnlich vermessen, Bund und Kantone eine Mehrfachrolle als Gesetzgeber, Steuerentreiber und Gewährleister der öffentlichen Sicherheit vorzuwerfen.

Bereits heute bedenklich ist allerdings der Wandel bzw. Ausbau der Rolle der Versicherer. Während die Erhebung von Prämien und die Finanzierung von Leistungen ihre ursprünglich vorgesehenen Aufgaben sind, weiten die Krankenkassen ihren Einfluss auch immer mehr auf die Seite der Leistungserbringung aus. Heute betreiben die meisten grossen Kassen im Rahmen ihrer – grundsätzlich begrüssenswerten – HMO-Modelle eigene Ketten ambulanter Gesundheitszentren. Diese bescheren ihnen, im Gegensatz zum Grundversicherungsgeschäft, auch die Möglichkeit der Erwirtschaftung von Gewinn. Es versteht sich deshalb von selbst, dass die ungeteilte Macht über die Verteilung der Mittel in der Gesundheitsversorgung diesen neuen Geschäftsmodellen der Krankenversicherer sehr zuträglich wäre. Dasselbe gilt für die angebotenen lukrativen Zusatzversicherungen sowie die Möglichkeit zur Leistungserstattung an Privatspitäler (siehe weiter unten).

Die Forderung nach einer monistischen Finanzierung ist bei Weitem nicht das einzige Anliegen der Versicherer zum Ausbau ihrer Steuerungsmacht. Keineswegs an Aktualität verloren hat ihr Ruf

nach einer Aufhebung des ärztlichen Vertragszwangs in der Grundversicherung.<sup>1</sup> In Verbindung mit dem vorgeschlagenen Finanzierungsmodell würde die Einführung der Vertragsfreiheit allerdings eine maximale Ausweitung der Kassenhoheit bedeuten. Deshalb wird vielmehr von vielen Seiten bekräftigt, ohne eine dauerhafte staatliche Lösung der ärztlichen Zulassungssteuerung gar nicht erst über die Vorlage zur einheitlichen Finanzierung befinden zu wollen.

### ***Ziel Verlagerung: Eingriffslisten effizienter***

Die Schweiz weist im internationalen Vergleich einen sehr tiefen Anteil spital-ambulant durchgeführter chirurgischer Eingriffe auf. Aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts könnten und müssten kleinere chirurgische Eingriffe heute viel öfter spital-ambulant durchgeführt werden. Dazu gehören beispielsweise Leistenbrüche, die Behandlung von Krampfadern oder Mandeloperationen. Die stationäre Durchführung dieser Eingriffe verursacht nicht nur unnötig hohe Kosten, sie kann PatientInnen auch physisch über Gebühr belasten.

Nichtsdestotrotz wächst der spital-ambulante Bereich bereits heute sehr stark: Betragen dessen Leistungen im Jahr 2000 erst knapp 11% aller OKP-Ausgaben, waren es im Jahr 2016 bereits 17%.<sup>2</sup> Längerfristig ist allerdings nicht mit Sicherheit klar, ob sich das Verhältnis der spital-ambulant und spital-stationären Leistungen wesentlich verschieben wird. Dies deshalb, weil sowohl aufgrund des demografischen Wandels als auch wegen des technologischen Fortschritts vermehrt neue, schwere stationäre Fälle behandelt werden (können). So ist die Hospitalisierungsrate (bzw. die Anzahl stationärer Spitalbehandlungen) über die letzten 15 Jahre im jährlichen Durchschnitt um über 2% gewachsen, bei den über 70-jährigen Versicherten gar um über 3%.<sup>3</sup> Etliche Spitäler haben bereits festgestellt, dass sie trotz erfolgreicher Verlagerung kleinchirurgischer Eingriffe in den ambulanten Bereich wegen der Zunahme neuer stationärer Fällen insgesamt keine wesentlichen Einsparungen erzielen. Dazu beitragen dürfte auch, dass gewisse Fälle prozentual zwar vermehrt ambulant, aber dennoch in der Anzahl nicht weniger oft stationär durchgeführt werden.<sup>4</sup>

Dennoch ist klar, dass die Verlagerungspolitik weiter vorangetrieben werden muss. Verlagert werden kann aber nur, was medizinisch überhaupt verlagerbar ist. Insofern ist der einfachste erste Schritt einer wirksamen Verlagerungspolitik die Festlegung von Leistungen, welche in den (Akut-)Spitälern prinzipiell ambulant erbracht werden müssen. Etliche Kantone (AG, LU, VS, ZG, ZH) haben bereits vor einiger Zeit solche Listen ambulant durchzuführender Eingriffe erlassen. Das EDI ist anfangs des Jahres nachgezogen und hat seinerseits eine, zunächst bescheidene, national einheitliche Liste mit sechs Eingriffsgruppen definiert,<sup>5</sup> welche ab Januar 2019 nur noch bei einer ambulanten Durchführung vergütet werden. Für die Kantone werden dabei zunächst Einsparungen von 90 Millionen prognostiziert, wobei aufgrund der günstigeren Therapieform keine Zusatzbelastung der Prämien erwartet wird. Die regulierte Verlagerung mittels Eingriffslisten sollte aber weiter ausgebaut werden. Eine PWC-Studie<sup>6</sup> geht für ausgewählte 13 verlagerbare Eingriffe von einem Einsparpotenzial von insgesamt 250 Millionen aus. Mittelfristig könnten aufgrund des medizinisch-

<sup>1</sup> Siehe beispielsweise Pa. Iv. 17.442 "Kantonale Steuerung der Zulassung und Stärkung der Vertragsautonomie"

<sup>2</sup> OKP-Statistik, Bundesamt für Gesundheit

<sup>3</sup> MedStat, Bundesamt für Statistik

<sup>4</sup> "Virage ambulatoire : Transfert ou expansion de l'offre de soins?", Obsan Rapport 68 (2015)

<sup>5</sup> Medienmitteilung des GS-EDI vom 20.2.2018

<sup>6</sup> "Ambulant vor Stationär", Studie PWC (2016)

technischen Fortschrittes weitere kurzstationäre Behandlungen ambulant durchgeführt werden, wofür die Studie zusätzliche Einsparungen von – sehr optimistischen – 600 Millionen schätzt.

Die Kommissionsmehrheit der SGK führt als oberstes Ziel des vorgeschlagenen Finanzierungsmodells die Förderung der Verlagerung von stationär zu ambulant auf. Es ist allerdings nicht einzusehen, inwiefern das vorgeschlagene Modell dieses Ziel angesichts der gleichzeitig unveränderten Tarifstrukturen erreichen soll – ganz im Gegensatz zum heute eingeschlagenen, klaren Weg der Verlagerungspolitik durch Eingriffslisten.

### ***Ziel Stabilisierung des Steueranteils: Falsche Verteilungsneutralität***

Das erklärte zweite Ziel dieser Vorlage ist die Stabilisierung der prämiens- und steuerfinanzierten Anteile an den obligatorischen Krankheitskosten. Dies ist vor jenem Hintergrund verständlich, dass eine vermehrte ambulante Leistungserbringung – heute zu 100% prämiensfinanziert – nicht zusätzlich zu steigenden Krankenkassenprämien beitragen darf. Für den SGB ist darüber hinaus aber klar, dass der Anteil der öffentlichen, steuerfinanzierten Mittel im Gesundheitswesen in jedem Fall dringend erhöht werden muss. Zum einen gibt es kein anderes OECD-Land, in dem die private Kostenbeteiligung der Bevölkerung höher ist als in der Schweiz (29% der gesamten Gesundheitsausgaben<sup>7</sup>). Und zum anderen wird in der Schweiz die Grundversicherung bekanntermassen nicht wie im europäischen Umland über Steuern oder Lohnbeiträge, sondern über unsoziale Kopfprämien finanziert. Die Prämien haben in den letzten zehn Jahren (2006-2016) um 43% zugenommen, die Ausgaben für die private Kostenbeteiligung um 45%.<sup>8</sup>

Es ist deswegen, unabhängig von den Diskussionen über die einheitliche Finanzierung, unumgänglich, dass sich die öffentliche Hand (sowohl die Kantone als auch der Bund) substanziell stärker an der Finanzierung der Gesundheitsversorgung beteiligen. Die mit Abstand zielgerichtetste Massnahme zur Erhöhung der öffentlichen Beteiligung wäre im heutigen System ein deutlicher Ausbau der Mittel für die Prämienverbilligungen<sup>9</sup>. Die von einem Grossteil der Kantone über die letzten Jahre umgesetzten massiven Kürzungen dieser Mittel gingen jedoch genau in die falsche Richtung. Dennoch gilt es diesbezüglich festzuhalten, dass die Kantone über die Prämienverbilligungen bereits heute einen gewichtigen Teil der ambulanten Kosten mitfinanzieren. Ein Ausbau der Prämienverbilligungen ist deshalb faktisch immer auch ein Schritt in Richtung ausgeglichenerer Finanzierung des ambulanten und stationären Bereichs.

Völlig unverständlich am vorliegenden Gesetzesentwurf ist zudem, dass trotz des im Erläuternden Bericht postulierten Ziels der Finanzierungsneutralität die Kostenbeteiligung der Versicherten zusätzlich erhöht werden soll. Heute wird die Kostenbeteiligung nur auf dem prämiensfinanzierten Anteil erhoben. Neu würden die Kassen sämtliche Leistungen zu 100% vergüten und deshalb auch die Kostenbeteiligung auf den vollen Betrag dieser Leistungen einfordern. Die Kommissionsmehrheit hat dabei bewusst darauf verzichtet, einen Korrekturmechanismus in die Vorlage einzubauen.

<sup>7</sup> "Health at a Glance 2017", OECD (2017)

<sup>8</sup> OKP-Statistik (BAG) und MedStat (BFS)

<sup>9</sup> Wünschenswert wäre auch eine Definition von spezifischen Leistungen, welche vermehrt oder ausschliesslich öffentlich finanziert würden. Der Fokus müsste dabei auf der medizinischen Grundversorgung, bzw. auf Leistungen des Gesundheitserhalts, der Prävention und der Vorsorge liegen.

Eine weitere Erhöhung der Kostenbeteiligung ist allerdings aufgrund des bereits heute rekordhohen Niveaus absolut inakzeptabel<sup>10</sup>. Dies erst recht deshalb, weil die Erhöhung zwar unweigerlich eintreten würde, jedoch im Erläuternden Bericht nicht einmal beziffert werden kann.

### ***Keine entscheidende Korrektur existierender Fehlanreize***

Die heutige Finanzierung des Gesundheitswesens ist tatsächlich der Ursprung verschiedener Fehlanreize. Diese sind allerdings höchstens teilweise auf die Existenz unterschiedlicher Vergütungsinstanzen zurückzuführen und ergeben sich im Wesentlichen aus den Differenzen zwischen den zwei parallel existierenden Tarifsystemen Tarmed und SwissDRG. Die blosser Umleitung eines fixen Betrags an Steuergeldern würde hingegen kaum Fehlanreize korrigieren und deshalb auch die Leistungsverlagerung nicht wesentlich beeinflussen.<sup>11</sup>

Entscheide über die zweckmässigste und wirtschaftlichste Behandlungsform sollten aus fachlichen Überlegungen und nicht aufgrund von finanziellen Fehlanreizen erfolgen. Die vorliegende Gesetzesrevision zur einheitlichen Finanzierung stützt sich allerdings nicht vollends auf diesen Grundsatz und schafft vielmehr neue Fehlanreize. Im Folgenden einige Feststellungen dazu:

- Die Spitäler nehmen heute zu viele Behandlungen aus finanziellem Interesse stationär vor. Dies tun sie aber nicht deshalb, weil nur stationäre Behandlungen vom Kanton mitfinanziert werden, denn aus Sicht der Leistungserbringer ist die Einkommensquelle prinzipiell unerheblich. Die Tendenz der Spitäler für stationäre Behandlungen hängt vielmehr von den Tarifen ab: Die im stationären Bereich vergüteten Fallpauschalen (SwissDRG) sind in der Regel eher kostendeckend als die entsprechenden Tarifpositionen des ambulanten Tarifsystems Tarmed, welches ursprünglich für die Vergütung von Leistungen in Arztpraxen konzipiert wurde. Ein Spital erhält so heute für denselben Eingriff nicht selten eine um mehrere Tausend Franken höhere Entschädigung, wenn es eine Patientin stationär aufnimmt statt ambulant. Das vorgeschlagene Modell würde daran nichts ändern.
- Das Anstreben von nicht kostendeckenden Tarifen im spital-ambulanten Bereich, im Wissen um eine grosszügigere Abgeltung von Leistungen im Zusatzversicherungsbereich, führt tendenziell zu einer Verschiebung dieser Leistungen bei zusatzversicherten PatientInnen in den stationären Bereich. Dort machen die Versicherer Gewinn und die Spitäler erzielen höhere Margen: Gemäss der erwähnten Studie von PWC ist die stationäre Abgeltung für zusatzversicherte PatientInnen für 13 relevante Eingriffe 165% höher als für grundversicherte PatientInnen. Die vorgeschlagene Gesetzesrevision würde hier jedoch keineswegs Abhilfe schaffen, sie würde das Problem vielmehr weiter verschärfen.
- Die Versicherer haben zwar bei konkreten Behandlungsfällen einen geringen Einfluss auf die Wahl der Therapieform (ambulant oder stationär), sie haben aber sehr wohl Gewicht in der Gestaltung der Tarife. Wenn also den Versicherern viel an einer griffigen Verlagerungspolitik

<sup>10</sup> Gleichlautend hat sich der SGB auch in seinen Vernehmlassungsantworten zur KVG-Änderung "Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung" (18.036) sowie zur Umsetzung der Parlamentarischen Initiative "Stärkung der Selbstverantwortung im KVG" (15.468) geäussert.

<sup>11</sup> Dies ist im Grundsatz auch die Position der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren; siehe "Optimierung der Steuerung und Finanzierung in der Gesundheitsversorgung", Argumentarium der GDK (2017).

läge, dann könnten sie darauf über die Tarifverhandlungen bereits heute mehr hinwirken. Dies ist keineswegs abwegig, denn die Krankenkassen stehen mit ihren zwei bis drei Verhandlungsgemeinschaften in der Tarifpolitik nur begrenzt in Konkurrenz zueinander, sie vereinen vielmehr eine geballte Verhandlungsmacht. Die Motivation zu einer Tarifpolitik, die zu einem relativen Rückgang des stationären Bereichs führt, dürfte für die Versicherer aber deshalb klein sein, weil sie damit in diesem Bereich eben auch ihre gewinnträchtigen Zusatzversicherungen unter Druck setzen würden. Mit dem vorgeschlagenen Modell besteht diese Gefahr nicht, die Zusatzversicherungen würden weiter gestärkt.

- In der Tat kann es aber problematisch sein, dass stationäre Leistungen heute nur zu 45% prämienerhalten sind, ambulante Leistungen jedoch zu 100%. Es gibt also Eingriffe, die zwar ambulant durchgeführt massiv günstiger sind, die PrämienzahlerInnen aber dennoch mehr belasten: Beträgt die Einsparung nicht mindestens 55%, werden die Prämien per Definition zusätzlich belastet. Bekanntlich gibt es nun unterschiedliche Zahlen zum Einsparpotenzial von Verlagerungen. Die erwähnte PWC-Studie untersucht 13 verlagerbare chirurgische Eingriffe mittels eines datenbasierten Vergleichs der durchschnittlichen Abgeltungen in den Tarifsystemen Tarmed und SwissDRG. Sie stellt dabei ein durchschnittliches Einsparpotenzial von 56.5% über alle Eingriffe fest. Dies bedeutet, dass die Verlagerung dieser Eingriffe zu Einsparungen führen würde, welche hoch genug sind, um eine zusätzliche Prämienbelastung zu vermeiden. Der Krankenkassenverband Curafutura verweist seinerseits zwar auf Berechnungen, die ein weit tieferes Einsparpotenzial aufzeigen sollen, hält diese aber stets unter Verschluss. Über die Beweggründe kann nur gerätselt werden.
- Eine koordinierte Versorgung – wie sie durch diese Vorlage ebenfalls gefördert werden soll – kann tatsächlich einen massgeblichen Beitrag dazu leisten, durch rechtzeitige ambulante Behandlungen unnötige Hospitalisierungen und damit Kosten zu vermeiden. Es gibt aber keinen entscheidenden Grund, weshalb dies nicht schon heute vermehrt gemacht werden könnte – bzw. wird es das auch: Die Anzahl Versicherter, die sich für integrierte Modelle entscheiden, steigt stetig an (dies allerdings hauptsächlich aufgrund der untragbaren Prämienlast, bzw. der Möglichkeit von Prämienrabatten in alternativen Versicherungsmodellen). Der koordinierten Versorgung abträglich ist jedoch die Ausklammerung der Langzeitpflege aus der einheitlichen Finanzierung. Aufgrund der Ausgabendynamik in diesem Bereich ist zwar ein Einbezug zu einem kostenneutralen Finanzierungsschlüssel unvorstellbar (er würde massive Prämiensteigerungen mit sich bringen), in einem sozial ausgestalteten Finanzierungsmodell müsste die Langzeitpflege aber selbstverständlich gleichwertig eingebettet sein.

### ***Gefährliche Stärkung von Vertragsspitalern und Zusatzversicherungen***

Die Kantone definieren heute mit den Spitalisten jene Kliniken, für die sie bei stationären Eingriffen 55% der Kosten übernehmen. Die Krankenkassen haben ihrerseits die Freiheit, Verträge mit Nicht-Listenspitälern abzuschliessen, dabei dürfen aber aus der Grundversicherung nur 45% der medizinischen Kosten übernommen werden. Der Rest wird über Zusatzversicherungen oder durch Selbstzahlungen der PatientInnen finanziert. Die Versicherer dürften zwar mit dem vorgeschlagenen Modell der einheitlichen Finanzierung diesen sogenannten Vertragsspitalern aus der Grundversicherung weiterhin nur den Prämienanteil finanzieren, dieser betrüge neu allerdings 74.5% (Art.

49a). Diese knapp 30-prozentige Erhöhung des Krankenkassenanteils würde die Attraktivität von Vertragsspitalern ungemein erhöhen. Private Spitalgruppen wie Genolier oder Hirslanden dürften bereitstehen, um ihr mittlerweile bescheidenes Portfolio an Vertragsspitalern in Zukunft kräftig zu erweitern. Davon würde im Gegenzug auch die Versicherungsbranche profitieren, weil sie die entsprechenden halbprivaten und privaten Zusatzversicherungen neu günstiger anbieten könnte, was ihr neuen Zulauf bescheren würde.

Das vorgeschlagene Modell der einheitlichen Finanzierung ist somit sowohl für Privatkliniken als auch für Krankenkassen ein perfektes Vehikel zur Erschliessung neuer Gewinnquellen in der Gesundheitsversorgung. Diese Gewinnquellen werden erbittert gesucht, ist doch das "Geschäftsumfeld" in der Grundversicherung in den letzten Jahren immer schwieriger geworden (beispielsweise aufgrund der Verfeinerung des Risikoausgleichs). Eine Stärkung von Privatkliniken und Zusatzversicherungen schafft aber nicht nur neue Gewinnmöglichkeiten zulasten von eher zahlungskräftigen PatientInnen, sie schwächt auch systematisch die Grundversicherung. So belastet die medizinische Überversorgung von zusatzversicherten PatientInnen die Prämien der Grundversicherung bereits heute mit über 400 Millionen Franken pro Jahr<sup>12</sup> (dies im Grundsatz deshalb, weil der medizinische Tarif auch bei der Operation einer halbprivat oder privat versicherten Patientin prinzipiell über die Grundversicherung finanziert wird). Im Gegensatz dazu ist die reine Verlagerungspolitik (ohne einheitliche Finanzierung) eine Gefahr für das Geschäftsmodell der Privatspitäler und Zusatzversicherer: So hat der Mutterkonzern der Hirslanden-Gruppe im Juni 2018 deren Beteiligungswert um ganze 840 Millionen nach unten korrigiert.<sup>13</sup> Als Gründe dafür wurden höhere finanzielle Risiken angegeben, wie sie beispielsweise durch "neue Regelungen zu ambulant vor stationär" entstehen würden.

Die Stärkung der Vertragsspitäler durch die höhere Kostenübernahme der Krankenkassen würde im Gegenzug auch die Wirksamkeit der kantonalen Spitalisten systematisch schwächen. Die Spitalisten hätten zwar weiterhin Gültigkeit, der Finanzierungsvorteil der Listenspitäler würde aber drastisch abnehmen. Dazu kommt, dass die Kantone mit dem vorgeschlagenen Modell auch gegenüber Listenspitälern sämtliche Weisungsbefugnisse verlieren würden. Die heute mögliche Zahlungsverweigerung bei "Nichterfüllung von Zahlungsvoraussetzungen" würde wegfallen, ebenso die Rechnungsstellung und -kontrolle. Die öffentliche Hand wäre bei den heute öffentlich kontrollierten, bzw. regulierten Spitälern plötzlich Minderheitsfinanzierer und würde damit drastisch an Einfluss verlieren. Im übergeordneten Sinn bedeutet dies, dass das vorgeschlagene Modell nicht nur die öffentliche Planungskompetenz für den ambulanten Bereich vernachlässigt, es würde auch die kantonale Steuerbarkeit des stationären Bereichs drastisch einschränken.

### ***Neuer Druck auf das Gesundheitspersonal***

Ungefähr 70% der Kosten im Gesundheitswesen sind Personalaufwand. Im Rahmen des Kostendämpfungsdiskurses müssen daher sämtliche Massnahmen auf ihre Auswirkungen auf das Gesundheitspersonal überprüft werden. Einsparungen am falschen Ort können zu Personalabbau und damit Qualitätsverlusten führen, oder aber zu einer Verschlechterung der Arbeitsbedingungen und damit ebenfalls zu Qualitätsverlusten (und im schlimmsten Fall zu höheren Folgekosten). Nun

<sup>12</sup> "Überhang in der stationären Leistungserbringung zu Gunsten der Zusatzversicherten", Studie BAG (2016)

<sup>13</sup> "Hirslanden: So schnell verpuffen 800 Millionen Franken", Medinside (7.6.2018)

ist der Kostendämpfungseffekt des vorgeschlagenen Finanzierungsmodells zwar stark in Zweifel zu ziehen, alleine die neue Verteilung der Mittel birgt jedoch die Gefahr eines weiter zunehmenden Drucks auf das Gesundheitspersonal. Die Versicherer könnten frei über die Verwendung sämtlicher Gelder entscheiden und würden damit in ihrer impliziten Verhandlungsmacht gegenüber dem Gesundheitspersonal ungemein gestärkt. Angesichts des sich abzeichnenden substanziellen Personalmangels und der hohen Berufsausstiegsquote muss aber eine weitere Verschlechterung der Arbeitsbedingungen in den Pflegeberufen um jeden Preis verhindert werden.

Durch den Ausbau privatwirtschaftlicher Macht in der Grundversicherung steigt per Definition auch der Anreiz zur Erwirtschaftung von Gewinn. Nun kann zwar seitens der Versicherer in der Grundversicherung kaum Gewinn erzielt werden, seitens der Leistungserbringung jedoch sehr wohl. Wenn dabei mit gleichbleibenden Mitteln versucht wird, neue Gewinnquellen zu erschliessen, dann geschieht dies zwangsläufig auch auf dem Buckel des Personals. Die zahlreichen Privatisierungs- und Auslagerungsprojekte der jüngeren Vergangenheit haben dies auf ähnliche Weise zu Genüge bewiesen. Sie werfen einen langen Schatten auf die durch das vorgeschlagene Modell beabsichtigte Stärkung der Vertragsspitäler zulasten der Listenspitäler.

### ***National einheitlicher Finanzierungsschlüssel: Neuer Fehlanreiz***

Der vorgeschlagene Finanzierungsanteil von 25.5% (Art. 60 Abs. 4) wurde auf der Basis der aggregierten Ausgaben aller Kantone für die stationäre Versorgung errechnet. Es handelt sich dabei also um einen Durchschnittswert. Die Kommission hat die Festlegung von kantonal unterschiedlichen Anteilen geprüft, jedoch schlussendlich verworfen. Der Effekt dieses durchschnittlichen Finanzierungsschlüssels wäre nun aber, dass genau jene Kantone bestraft würden, die – ganz im Sinne der BefürworterInnen dieser Vorlage – ihre Hausaufgaben gemacht und möglichst viele Leistungen bereits aus dem stationären in den ambulanten Bereich verlagert haben. So werden beispielsweise im Kanton Waadt gemäss OKP-Statistik heute nur noch 18% der Leistungen im spital-stationären Bereich erbracht, während es im Kanton Basel-Landschaft immer noch 24% sind. Ein kostenneutraler Finanzierungsschlüssel über das gesamte System müsste für den Kanton Waadt folglich deutlich unter 25.5% und für den Kanton Basel-Landschaft deutlich darüber liegen. Finanziell mehr belastet würden somit mit dem vorliegenden Modell ausgerechnet jene Kantone, die eine Versorgungsstruktur aufweisen, welche bereits jetzt überdurchschnittlich stark auf ambulante Behandlungen ausgelegt ist und welche diese Vorlage eigentlich vorgibt anzustreben.

### ***Verhinderung von Globalbudgets***

Im Rahmen der Diskussion um die Kostendämpfung im Gesundheitswesen steht u.a. die Einführung von Zielvorgaben zum Kostenwachstum der unterschiedlichen Leistungsbereiche im Raum<sup>14</sup>. Eine naheliegende Möglichkeit, solche Zielvorgaben zu erreichen, ist zumindest bei Spitälern die Einführung von Globalbudgets. Solche können gemäss KVG Art. 51 von den Kantonen bereits heute eingeführt werden; davon Gebrauch gemacht haben bis jetzt die Kantone Tessin, Genf und Waadt. Ohne an dieser Stelle dieses Instrument näher zu bewerten, gilt es festzuhalten, dass die

<sup>14</sup> "Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung", Expertenbericht des Bundes (2017)



Umsetzbarkeit von Globalbudgets mit diesem Vorentwurf nicht mehr gegeben ist. Wenn keine Leistungsvergütungen mehr direkt von den Kantonen an die Spitäler flössen, würden auch Globalbudgets – auch dort, wo es sie heute gibt – völlig bedeutungslos. So erstaunt es denn auch nicht, dass die Versicherer Globalbudgets als "Instrumente der Staatsmedizin" grösstenteils vehement ablehnen: Es geht ihnen nicht um eine effiziente Versorgung, sondern um die ungeteilte Steuerungsmacht im System.

### **Position der Kantone**

Die Kantone, bzw. die Konferenz der GesundheitsdirektorInnen (GDK), hat an ihrer Plenarversammlung vom 25. Mai klar gegen die vorgeschlagene Revision Position bezogen. Thomas Heiniger (Präsident GDK, Zürcher Gesundheitsdirektor, FDP): "Die GDK lehnt das in die Vernehmlassung gegebene Modell ab", weil es "nur Steuergelder zu den Krankenkassen verschiebt, aber keinerlei kostendämpfende Wirkung hat". Nichtsdestotrotz haben die Kantone einen "Rahmen für ein tragfähiges Finanzierungsmodell" umschrieben. Dieser setzt für die GDK insbesondere die Schaffung eines Instrumentariums zur Steuerung des ambulanten Versorgungsangebots voraus. Weiter verlangen die Kantone die Gründung einer nationalen Tariforganisation für ambulante Tarife sowie eine Möglichkeit zur Kontrolle der Abrechnung von ambulanten Leistungen und die Beibehaltung der heute praktizierten Abwicklung von Rechnungen im stationären Bereich.

Der SGB unterstützt die Mehrzahl<sup>15</sup> dieser Massnahmen und hält sie unabhängig von der Vorlage zur einheitlichen Finanzierung für unumgänglich (insbesondere die Zulassungssteuerung und die Möglichkeit der Rechnungskontrolle). Ihre Umsetzung würde allerdings in den Grundzügen nichts an unserer oben dargelegten, grundsätzlichen Kritik der vorgeschlagenen Gesetzesänderung ändern.

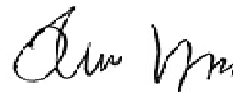
Wir danken herzlich für die Zusammenarbeit und hoffen auf die Berücksichtigung unserer Stellungnahme.

Freundliche Grüsse

**SCHWEIZERISCHER GEWERKSCHAFTSBUND**



Paul Rechsteiner  
Präsident



Reto Wyss  
Zentralsekretär

<sup>15</sup> Nicht unterstützen kann der SGB erstens die Forderung, dass ein neues Finanzierungsmodell für die Kantone keine Mehrkosten verursachen darf (siehe Abschnitt 3). Zweitens lehnt der SGB auch eine Einbindung der Langzeitpflege in das vorgeschlagene Finanzierungsmodell ab: Selbstverständlich müsste die Langzeitpflege in einem sozial ausgestalteten Modell der einheitlichen Finanzierung ein gleichwertig eingebetteter Leistungsbereich sein. Die Ausgabendynamik in diesem Bereich würde im Kommissionsmodell allerdings zu einem – im Vergleich zu heute – relativen Rückgang des öffentlichen Finanzierungsanteils zulasten des Prämienanteils führen. Die aktuelle Situation mit kantonal unterschiedlichen Regelungen zur Restfinanzierung ist davon unabhängig aber sehr unbefriedigend und muss mit dem Vorliegen der Evaluation zur Neuen Pflegefinanzierung unbedingt angegangen werden.