



Zentralsekretariat

85.33

19.5.2017

Optimierung der Steuerung und Finanzierung in der Gesundheitsversorgung

Argumentarium

1.	Ausgangslage		2
2.	Mögliche Interventionsansätze zur Optimierung der Effizienz in der Gesundheitsversorgung		4
2.1	Vorgaben betreffend ambulante Leistungserbringung	4	
2.2	Ambulant-stationäre Pauschale für bestimmte Leistungsbereiche	5	
2.3	Stärkere Trennung von Grund- und Zusatzversicherung	6	
2.4	Modelle der einheitlichen Finanzierung	7	
2.4.1	<i>EFAS – Einheitliche Finanzierung stationärer und ambulanter Leistungen gemäss Modell curafutura</i>		7
2.4.2	<i>Einheitliche Finanzierung stationär – ambulant ohne monistische Finanzierung</i>		9
2.4.3	<i>Gleiche Finanzierung stationäre und spitalambulante Leistungen</i>		10
2.4.4	<i>Fazit über die verschiedenen Modelle der einheitlichen Finanzierung</i>		10
3.	Positionierung der GDK		11



1. Ausgangslage

Die stetige Kostensteigerung im Gesundheitswesen und mögliche Massnahmen zu deren Dämpfung stehen heute und in den kommenden Jahren im Zentrum der gesundheitspolitischen Debatte. Es ist unbestritten, dass die Effizienz in der Gesundheitsversorgung verbessert werden soll, indem entsprechende Anreize gesetzt und Fehlanreize eliminiert werden. Diese Erkenntnis dient derzeit als Ausgangspunkt für eine Vielfalt von Vorschlägen zu Reformen der Steuerungs- und Finanzierungssysteme im Gesundheitswesen.

Die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) ist gewillt in diesen Diskussionen eine proaktive Rolle einzunehmen. Die Kantone sind als Verantwortliche für die Gesundheitsversorgung und als Mitfinanzierende von Gesundheitsleistungen ganz entscheidend von diesen Diskussionen und allfälligen Reformen betroffen.

Im Herbst 2016 hat die Plenarversammlung der GDK neun Kriterien festgelegt, an welchen Reformvorschläge gemessen werden sollen:

Wirkungen/Kriterien in Bezug auf die Versorgung

- Eine Systemanpassung soll dazu führen, dass Entscheide über die zweckmässigste und gleichzeitig wirtschaftlichste Behandlungsform (inkl. Behandlungsort) aus fachlichen (medizinischen) Gründen und nicht aufgrund von finanziellen Fehlanreizen erfolgen.
- Bei einem Systemwechsel bleiben die Kantone in der Versorgungsverantwortung.
- Die Kantone müssen zur Wahrnehmung ihrer Versorgungsverantwortung über die dazu notwendigen Instrumente verfügen.

Wirkungen/Kriterien in Bezug auf die finanziellen Kostenfolgen einer Systemanpassung

- Systemanpassungen müssen insgesamt zu Minderkosten im Gesamtsystem führen
- Der Finanzierungsanteil der Kantone an den Gesamtkosten soll insgesamt nicht erhöht werden.
- Ein Systemwechsel gewährleistet die Planbarkeit des Mitteleinsatzes für die Kantone.

Wirkungen/Kriterien in Bezug auf die Umsetzung/Verfahren eines Systemwechsels

- Die Versorgungssicherheit und Finanzierbarkeit darf durch einen Systemwechsel nicht gefährdet werden
- Ein Systemwechsel muss insgesamt die Transparenz für alle Beteiligten (auch für die Patienten) erhöhen
- Ein Systemwechsel darf insgesamt nicht zu einem administrativen Mehraufwand führen.

Ab Anfang 2017 hat sich die GDK mit den bestehenden Interventionsansätzen auseinandergesetzt, diese an der eingangs erwähnten Zielsetzung und an den neun Prüfkriterien gemessen und die Ergebnisse sowohl auf fachlicher wie auf politischer Ebene vertieft diskutiert.

Im Zentrum der öffentlichen Diskussion über eine mögliche Effizienzsteigerung in der Gesundheitsversorgung stehen Regelungen und Anreize für betroffene Akteure, welche zu einer Verlagerung von heute stationär erbrachten Leistungen in den ambulanten Bereich führen, wo dies medizinisch und ökonomisch sinnvoll ist (s. Kasten).



Der gegenwärtige Trend in modernen Gesellschaften zur Verlagerung der Gesundheitsversorgung vom stationären in den ambulanten Bereich ist auch in der Schweiz zu spüren. Der Anteil der stationären Leistungen an den Gesamtkosten des Gesundheitswesens (71,3 Milliarden Franken im Jahr 2014) sank in den letzten zwei Jahrzehnten von 47,4 % (1995) auf 44,7 % (2014), während ambulante Leistungen im Jahre 2014 bereits rund 35 % der Kosten ausmachten gegenüber einem Anteil von 29,3 % in der Mitte der 1990er Jahre. Bemerkenswert ist insbesondere der Vormarsch der ambulanten Chirurgie, deren Kostenanteil in absoluten Zahlen seit 1995 beinahe um das Vierfache gestiegen ist und aktuell bei ca. 37 % der ambulanten Gesamtkosten liegt. Nimmt man jedoch die aktuelle Zahl aller chirurgischen Eingriffe in den Spitälern als Basis, so ist der Anteil der ambulanten Chirurgie mit knapp 20 % immer noch relativ bescheiden, zumindest im internationalen Vergleich. Die letzten Zahlen der OECD aus dem Jahre 2007 über den Anteil spitalambulanter Eingriffe an allen chirurgischen Eingriffen in Spitälern weisen darauf hin, dass die Schweiz von 13 europäischen Staaten (u. a. Grossbritannien, Holland und Deutschland) in die hinteren Ränge verbannt wurde.

Das Gesundheitsobservatorium Obsan wies bereits 2015 auf die ungenutzten Potenziale der Verlagerung von stationären Leistungen in den ambulanten Bereich hin.¹ Eine neue Studie beziffert nun dieses Potenzial und vermutet bei einer langfristigen und breitflächigen Verlagerung mögliche Einsparungen von bis zu einer Milliarde Franken pro Jahr.²

Die GDK teilt den zurzeit unter den Akteuren im Gesundheitswesen diskutierten Schluss, dass ein grosses Potential für Effizienzsteigerung und damit für eine Kostendämpfung in der Gesundheitsversorgung in einer verstärkten Verlagerung von Spitalbehandlungen vom stationären in den ambulanten Bereich liegt und Interventionen in das System insbesondere auf die Förderung dieser Verlagerung auszurichten sind.

Die Ursachen für die heute in zahlreichen Fällen nicht optimale Leistungsallokation liegen sowohl bei Fehlanreizen für die Leistungserbringer wie auch für die Versicherer.

a) *Die Spitäler nehmen zu viele Behandlungen aus finanziellem Interesse stationär vor, auch wenn aus medizinischer Sicht eine (in der Regel kostengünstigere) ambulante Behandlung möglich wäre.*

Die finanziellen Anreize und Fehlanreize für die Spitäler, eine Behandlung stationär durchzuführen, obwohl diese aus medizinischer Sicht auch ambulant erfolgen könnte, hängen von der Ausgestaltung der Tarife ambulant (TARMED / Taxpunktwerte) resp. stationär (SwissDRG / Baserate) sowie von den Leistungen der Zusatzversicherungen bei stationären Behandlungen ab. Es ist heute davon auszugehen, dass die Abgeltung einer stationären Behandlung für ein Spital innerhalb der OKP eher kostendeckend resp. gewinnbringend durchgeführt werden kann als eine entsprechende (aus medizinischer Sicht mögliche) ambulante Behandlung. Erheblich verstärkt wird der Anreiz für einen Leistungserbringer, eine Behandlung stationär durchzuführen, wenn der Patient über eine Zusatzversicherung verfügt, welcher das Spital über die OKP hinausgehende Leistungen mit hoher Gewinnmarge in Rechnung stellen kann. Beide Elemente tragen heute in erheblichem Ausmass zu einer unzureichenden Verlagerung von stationären zu ambulanten Behandlungen im Spital bei.

b) *Die Versicherer nehmen aufgrund finanzieller (Fehl-)Anreize die Verantwortung für das Gesamtsystem und die Verpflichtungen nach KVG ungenügend wahr.*

Solange der von der Krankenversicherung zu tragende Kostenanteil bei der stationären Leistungserbringung (45 % der Gesamtkosten) absolut kleiner ist als die von der Versicherung zu deckenden Kosten bei gleichwertiger ambulanter Behandlung, hat ein Versicherer ein Interesse an einer stationären Behandlung. Zwar haben die Krankenversicherer auf den Entscheid der Leistungsallokation im Einzelfall wenig Einfluss (dieser erfolgt durch den Arzt /

¹ Roth, S. & Pellegrini, S. (2015). *Virage ambulatoire. Transfert ou expansion de l'offre de soins ?* (Obsan Rapport 68). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

² PWC (2016). *Ambulant vor stationär. Oder wie sich eine Milliarde Franken jährlich einsparen lassen.*



das Spital und den Patienten im konkreten Fall), es besteht für die Krankenversicherer im Rahmen der Rechnungskontrolle aber die Möglichkeit der Intervention (z. B. Bestreiten der Zahlungspflicht bei Nichteinhalten der WZW-Kriterien). Entsprechende Massnahmen der Krankenversicherer könnten auch präventive Wirkung entfalten und damit die Verlagerung stationär/ambulant unterstützen. Nach Artikel 32 KVG ist die Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung Voraussetzung zur Kostenübernahme im Rahmen der OKP. Somit sind die Versicherer grundsätzlich verpflichtet, die entsprechenden Kontrollen durchzuführen und zu intervenieren, wenn die erforderlichen Kriterien nicht erfüllt sind. Erfolgt dies aufgrund von finanziellen Anreizen für den einzelnen Versicherer nicht, verletzt ein Versicherer seine Pflicht gemäss KVG und nimmt seine Verantwortung für das Gesamtsystem nicht angemessen wahr.

Inwieweit die derzeit diskutierten Interventionsansätze diese Fehlallokation der Leistungen zu korrigieren vermögen und wie sie sich generell auf das Gesundheitssystem auswirken, hat die GDK analysiert und ihre Erkenntnisse und Überlegungen im nachfolgenden Kapitel zusammengefasst.

2. Mögliche Interventionsansätze zur Optimierung der Effizienz in der Gesundheitsversorgung

2.1 Vorgaben betreffend ambulante Leistungserbringung

Dieser Ansatzpunkt orientiert sich an aktuellen Initiativen zur Festlegung von Leistungspaketen, welche in den (Akut-)Spitälern grundsätzlich ambulant erbracht werden sollen.

Eine mögliche Art der Umsetzung dieses Ansatzes orientiert sich am Kriterium der Wirtschaftlichkeit nach Art. 32 KVG und geht davon aus, dass die Erbringung bestimmter Leistungen im stationären Setting nicht dem Kriterium der Wirtschaftlichkeit entspricht, sofern im Einzelfall kein ausgewiesener und nachvollziehbarer medizinischer oder anderweitiger Grund vorliegt, der eine stationäre Behandlung notwendig machen würde. Ohne spezifische Begründung (oder vorgängige Kostengutsprache) wird in diesen Fällen die Ausrichtung des Kantonsanteils für die stationäre Leistungserbringung verweigert.

Eine andere Art der Umsetzung orientiert sich an den Kriterien der Zweckmässigkeit nach Art. 32 KVG und der medizinischen Indikation für den Behandlungsbedarf im Spital nach Art. 49 Abs. 4 KVG. In diesem Fall wird bei bestimmten Leistungspaketen die Zweckmässigkeit einer stationären Behandlung in Frage gestellt und die Spitalbedürftigkeit für die Durchführung der Behandlung durch den Kanton bestritten, sofern keine anderweitigen, den stationären Aufenthalt rechtfertigenden (z. B. soziale) Gründe vorliegen.

Dieser Interventionsansatz bringt folgende Vorteile mit sich:

- Die Kantone können ihn mit geringem Aufwand und kurzfristig umsetzen.
- Er kann durch die Kantone implementiert werden und der Umsetzungserfolg hängt nicht vom Verhalten der Leistungserbringer oder Versicherer ab.
- Er ist verfassungs- und gesetzeskonform (vgl. Antwort des Bundesrates vom 13.3.2017 zu den Fragen Frehner [17.5168] und Grüter [17.5164]).
- Der Ansatz kann in einer ersten (Pilot)phase in den interessierten Kantonen umgesetzt werden, eine strikte Einheitlichkeit ist dabei nicht erforderlich. Mittelfristig ist eine Vereinheitlichung der Umsetzung in den Kantonen anzustreben.



Bei einer Umsetzung dieses Ansatzpunktes ist zu beachten:

- Die Festlegung von Leistungspaketen, die ambulant zu erbringen sind, erfordert eine hohe Planungskompetenz bei den Kantonen sowie die dazu notwendigen Daten Grundlagen und medizinischen Fachinformationen. Zu prüfen wäre, ob sich die Kantone mittelfristig auf die Festlegung von einheitlichen Kriterien zu Bestimmung der relevanten Leistungen und des Vollzugs der Regelung einigen könnten. Auch wäre zu prüfen, wie allfällige Regelungen auf Ebene KLV / KVV oder kantonale rechtliche Grundlagen die Umsetzung zusätzlich unterstützen könnten.
- Die Behandlungsmethoden unterliegen einem stetigen Wandel. Die Kontrolle und Bewirtschaftung einer Regelung betreffend ambulant zu erbringender Leistungen ist mit personellem Aufwand in den Kantonen verbunden.
- Die Wirkung einer solchen Massnahme ist abhängig von der Anzahl und Relevanz der bezeichneten Leistungspakete.
- Es müssen Ausnahmeregelungen festgelegt und im Einzelfall zur Anwendung gebracht werden können, in jedem Fall soll die medizinische Indikation ausschlaggebend für die Bestimmung des Behandlungssettings sein. Die Bewirtschaftung der Ausnahmeregelungen ist mit personellem Aufwand verbunden.
- Der Ansatzpunkt geht von der Annahme aus, dass die Tarifstrukturen die betreffenden Leistungen korrekt abzubilden vermögen und mit der Intervention keine Ungenauigkeiten in den Tarifstrukturen kompensiert werden können/sollen.

2.2 Ambulant-stationäre Pauschale für bestimmte Leistungsbereiche

Die unter 2.1 beschriebene Intervention betreffend ambulant zu erbringende Leistungen könnte durch die Einführung einer ambulant-stationären Pauschale (z. B. Zero-Night-DRG) für diese Leistungen ergänzt werden.

Dazu werden Abgeltungspauschalen für bestimmte Leistungspakete (bei bestimmten Diagnosen und bestimmten Patientensituationen) festgelegt, die unabhängig davon, ob die Leistung ambulant oder stationär durchgeführt wird, ausgerichtet werden. Die Kalkulation der Pauschalen kann auf Basis der Kostendaten für die stationäre Leistungserbringung ohne Kostenanteile für einen stationären Aufenthalt erfolgen. Die Umsetzung dieser «Vorgaben» könnte im Rahmen der Tarifstrukturen SwissDRG und TARMED und deren Abrechnungsregeln erfolgen, die Anpassungen müssten miteinander korrespondieren.

Dieses Modell bietet folgende Vorteile (als Ergänzung zu jenen der Vorgaben betreffend ambulante Leistungserbringung):

- Für die Spitäler gibt es keine finanziellen Anreize, die der (vorgegebenen) Verlagerung von Leistungen in den ambulanten Bereich entgegenstehen würden. Daher gibt es auch keine Anreize, die Vorgaben betreffend ambulante Leistungserbringung zu umgehen und die Ausnahmeregelungen anzurufen, ohne dass sich dies aus medizinischer Sicht aufdrängen würde.
- Es kann eher als durch die aktuelle Tarifstruktur TARMED gewährleistet werden, dass die in den ambulanten Bereich verlagerten Leistungen angemessen abgegolten und damit auch ohne Aufnahmepflicht der Leistungserbringer weiter bedarfsgerecht erbracht werden.
- Die Massnahme kann zur Etablierung von flexibleren und durchlässigeren Versorgungsangeboten an der Schnittstelle zwischen ambulant und stationär beitragen (z. B. in der Psychiatrie) und mit einem vergleichsweise geringen Systemeingriff hohe Wirkung erzielen.



Bei einer Umsetzung dieses Ansatzes ist zu bedenken:

- Bei einer Verlagerung von Leistungen in den ambulanten Bereich durch regulatorische Massnahmen ohne Sicherstellung einer angemessenen Abgeltung könnte das bedarfsgerechte Angebot und/oder die Qualität der Leistungen eingeschränkt werden.
- Ohne eine Mitfinanzierung der Pauschale durch die Kantone erfolgt mit einer stärkeren Verlagerung von Leistungen in den ambulanten Bereich auch eine Verlagerung der Finanzierungsanteile in den prämierten Bereich. Die Einführung einer ambulant- stationären Pauschale macht eine ambulante Leistung nicht per se zu einer stationären (die Kriterien zur Definition eines stationären Aufenthalts sind in Art. 3 VKL definiert und nicht Gegenstand der Diskussion). Eine kantonale Mitfinanzierung der Pauschale zu einem zu bestimmenden Anteil würde den Effekt der Finanzierungsverlagerung in den prämierten Bereich reduzieren oder eliminieren, gleichzeitig würde damit die Akzeptanz eines solchen Vorschlags erhöht.
- Ohne kantonale Mitfinanzierung muss eine Finanzierungsverlagerung in den prämierten Bereich grundsätzlich in Kauf genommen werden. Es ist dabei zu beachten, dass die Kantone einerseits über die Instrumente zur Dämpfung der Prämiensteigerung (Prämienverbilligung) verfügen und diese nach Bedürfnissen der eigenen Bevölkerung einsetzen, andererseits Kostensteigerungen in anderen kostendynamischen Bereichen (z. B. Langzeitpflege) schergewichtig mitfinanzieren, womit sich – in einer Gegentendenz – der steuerfinanzierte Anteil der gesamten Gesundheitskosten insgesamt erhöht.

Noch zu diskutieren wäre die Zuständigkeit für die Umsetzung der Massnahme. Die Swiss DRG AG, in welcher die Tarifpartner und die Kantone gemeinsam Einsitz haben, wird im Herbst 2017 eine entsprechende Klausurtagung veranstalten. Im Grundsatz begrüsst die GDK diese Bestrebungen. Ob die SwissDRG AG auch mit der Umsetzung beauftragt werden soll, ist allerdings noch offen.

2.3 Stärkere Trennung von Grund- und Zusatzversicherung

Die stärkere Trennung von Grund- und Zusatzversicherung könnte eine weitere unterstützungswürdige Massnahme bei der angestrebten verstärkten Verlagerung von Leistungen vom stationären in den ambulanten Bereich sein. Diese Massnahme würde verhindern, dass die Tarifpartner in den Tarifverhandlungen den Grund- und den Zusatzversicherungsbereich miteinander verknüpfen und Bedingungen aushandeln können, welche ihre Ertragslage insgesamt verbessert, jedoch einer optimalen Leistungsallokation in der OKP sowie der korrekten (kostendeckenden) Abgeltung der OKP-Leistungen zuwiderlaufen.

Nicht verhindert werden kann mit einer stärkeren Trennung von Grund- und Zusatzversicherung der grundsätzliche Anreiz für ein Spital, bei zusatzversicherten Personen eine stationäre der ambulanten Leistungserbringung vorzuziehen, wenn in diesem Bereich weiterhin erhebliche Gewinnmargen realisierbar sind. Solange die entsprechenden Prämien in der Zusatzversicherung den aufsichtsrechtlichen Anforderungen der FINMA genügen und keine Verknüpfung mit dem OKP-Geschäft erfolgt, besteht kein Interventionsbedarf. Entscheidend ist, dass die Krankenversicherer und der betroffene Kanton die Zahlungspflicht verweigern können, wenn im OKP-Bereich die WZW-Kriterien nicht eingehalten sind.

Eine stärkere Trennung von Grund- und Zusatzversicherung könnte folgende Elemente beinhalten und wäre insbesondere im Krankenversicherungsaufsichtsgesetz zu realisieren:



- Der Leistungseinkauf in den Bereichen OKP und Zusatzversicherung hat durch voneinander unabhängige Organe zu erfolgen.
- Bei der Beurteilung der OKP-Pflichtigkeit einer Leistung durch den Versicherer darf eine allfällige Zusatzversicherung der Patientin oder des Patienten 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.

2.4 Modelle der einheitlichen Finanzierung

Die kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren sind in ihren Überlegungen von der im eidgenössischen Parlament seit einigen Jahren hängigen und im letzten Jahr wieder aufgenommenen Diskussion um eine gleiche Finanzierung von stationären und ambulanten Leistungen (d. h. gleicher Anteil Krankenversicherer / öffentliche Hand) ausgegangen. Sie haben folgende Ausprägungen dieser Modelle erörtert und bewertet:

2.4.1 EFAS – Einheitliche Finanzierung stationärer und ambulanter Leistungen gemäss Modell curafutura

Nach diesem Modell finanzieren die Krankenversicherer alle Leistungen im Gesundheitswesen zu 100% und treten als alleinige Zahlstelle auf. Die Kantone speisen Steuermittel nicht mehr leistungsbezogen, sondern im Umfang eines festgelegten Anteils der OKP-Kosten in einen Fonds ein. Die Gelder aus dem Fonds werden risikogerecht auf die Versicherer verteilt. Die Steuerungsinstrumente Spital- und Pflegeheimplanung bleiben in der Hand der Kantone.

Ein solches Modell kann nach Einschätzung der GDK grundsätzlich einen Beitrag zur Eliminierung von Fehlanreizen leisten, indem

- die Versicherer verstärkt ein Interesse daran haben, dass Leistungen, die ambulant erbracht werden können, nicht stationär durchgeführt werden, und dies in der WZW-Kontrolle verstärkt durchsetzen.
- die Versicherer nicht mehr den Anreiz haben, die stationäre (durch die Kantone mitfinanzierte) Leistungserbringung der ambulanten (100 % durch Versicherer finanziert) vorzuziehen und in den Tarifverhandlungen mit den Leistungserbringern in diese Richtung zu steuern (z. B. führt das Anstreben von nicht kostendeckenden Tarifen im spitalambulanten Bereich im Wissen um eine grosszügigere Abgeltung von Leistungen im Zusatzversicherungsbereich tendenziell zu einer Verlagerung von Leistungen bei zusatzversicherten Personen in den stationären Bereich, in welchem die Versicherer Gewinn machen und die Spitäler höhere Margen erzielen können).
- die Versicherer bei der Inanspruchnahme von integrierten Versorgungsstrukturen (im Rahmen von alternativen Versicherungsmodellen) erhöhte Kosteneinsparungen erzielen und diese in Form von erhöhten Rabatten an die Versicherten weitergeben können. Finanzieren die Krankenversicherer 100 % aller Leistungen, wird die Marge, welche an die Versicherten in alternativen Versicherungsmodellen weitergegeben werden kann, grösser. Der wettbewerbliche Spielraum um alternative Versicherungsmodelle wird daher bei einer vollumfänglichen Finanzierung aller Leistungen



durch die Versicherer erhöht. Dies kann integrierte Versorgungsstrukturen für die Versicherten attraktiver machen und damit zu Kosteneinsparungen führen.

Allerdings stehen diesen Vorteilen gewichtige Nachteile gegenüber, die in der weiteren Diskussion zu berücksichtigen sind:

- Ohne Gegenmassnahmen führt das Modell zu einer Steigerung der Kosten für die Kantone. Die Finanzierungsanteile der Kantone und der Versicherer könnten zwar so kalkuliert werden, dass zu einem bestimmten Zeitpunkt eine für beide Seiten kostenneutrale Überführung erfolgen könnte. Dynamisch betrachtet würden die Kantone in einem solchen System aber neu ein überproportionales Wachstum des ambulanten Bereichs mittragen, was absolut zu einer finanziellen Mehrbelastung der Kantone gegenüber der Weiterführung des Status quo führen würde. Um die Kosten für die Kantone absolut und über die Zeit neutral zu halten, müsste der Kostenteiler jährlich angepasst werden. Damit würde sich der Anteil der Gesamtkosten, welcher über die Prämien zu finanzieren wäre, vergrössern.
- Der Finanzierungsanteil der Kantone würde erheblich reduziert, die Kantone wären über den ganzen Leistungsbereich Minderheitsfinanzierer. Auch wenn damit für die Kantone kein direkter Verlust von Kompetenzen im Rahmen des KVG verbunden wäre, würden die Stellung der Kantone gegenüber den Spitälern geschwächt und die Möglichkeit, Interessen und Ansprüche durchzusetzen, reduziert (z. B. fällt die Möglichkeit zur Zahlungsverweigerung bei Nichterfüllung von Zahlungsver Voraussetzungen weg). Gleichzeitig würde der direkte Dialog (Rechnungsstellung, direkte Rechnungskontrolle, Zahlung Kantonsanteile), in dem Spital und Kanton stehen, wegfallen. Die Kantone würden dadurch auch in ihrer Legitimität als Hauptverantwortlicher für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung geschwächt. Demgegenüber würden die Versicherer als deutlicher Mehrheitsfinanzierer im Verhältnis Spital – Kanton – Versicherer informell erheblich an Einfluss gewinnen.
- Die Mitfinanzierung der OKP-Kosten durch die Kantone ohne direkten Einfluss auf den Mitteleinsatz würde finanzrechtlichen Prinzipien in den Kantonen widersprechen. Die Kantone würden auch die Kosten von Leistungsbereichen mitfinanzieren, auf deren Entstehung und Höhe sie bisher keinerlei Einfluss haben (insbesondere praxisambulanter Bereich, Medikamente, usw.). Dies widerspricht der fiskalischen Äquivalenz, welche beim Einsatz von öffentlichen Geldern eine entsprechende Steuerungskompetenz für die finanzierende Staatsebene vorsieht. Gleichzeitig würde der Mitteleinsatz auf Basis des Vorjahres oder der Vorjahre zu verzögerten finanziellen Auswirkungen von Steuerungsentscheiden auf Kantonsebene führen und deren Planung und Realisierung erheblich erschweren.
- Eine Kostensteuerung durch die Kantone über das Instrument des Globalbudgets nach Art. 51 KVG, wie es in einigen Kantonen zur Anwendung kommt, wäre nicht mehr möglich.
- Der administrative Aufwand für die Kantone würde sich kaum reduzieren. Aus finanzrechtlichen Gründen müsste der Kanton zumindest in angemessener Weise die dem Kanton pro Jahr «angerechneten» OKP-Kosten kontrollieren können. Dazu müssten die personellen und fachlichen Ressourcen sowie ein neues (evtl. gemeinsam mit den Versicherern betriebenes) Kontrollsystem eingeführt werden, das systematische Kontrollen der Leistungsabgeltung in allen Leistungsbereichen (inkl. ambulante Leistungen, Medikamente) ermöglicht. Es ist zu bezweifeln, dass Kontrollen in einem für die Kantone ausreichenden Umfang mit angemessenem Aufwand durchgeführt werden könnten.
- Die Tarifstruktur und die durch die Tarifhöhe bedingten Erträge sowie die potentiellen Erträge aus der Zusatzversicherung, welche den Entscheid der Leistungsallokation



durch den Leistungserbringer wesentlich mitbeeinflussen, würden mit dem vorgeschlagenen Modell nicht tangiert. Dessen Wirkung auf die Verlagerung von stationären zu ambulanten Leistungen erscheint daher beschränkt.

Das Kosten-Nutzen-Verhältnis eines solchen Modellwechsels erscheint als unvorteilhaft für die Kantone. Bei einer Weiterverfolgung dieses Ansatzes müssten daher den genannten Nachteilen in jedem Fall durch flankierende Massnahmen entgegengewirkt werden können. Diese müssten zwingend umfassen:

- die Möglichkeit der Kantone zur Steuerung des ambulanten Bereichs (Voraussetzungen sind ein erheblicher Handlungsspielraum für die Kantone und das Bestehen der notwendigen Datengrundlagen, die zurzeit nicht verfügbar sind),
- eine Eliminierung von Fehlanreizen aus Sicht der OKP bei der Leistungserbringung infolge Optimierung der Erträge aus Grund- und Zusatzversicherung (siehe Kap. 1),
- ein Kontrollsystem, das die Einhaltung der finanzrechtlichen Prinzipien in den Kantonen sicherstellt (beispielsweise eine von Versicherern und Kantonen gemeinsam getragene Organisation, welche den Prozess der Rechnungskontrolle bei den Krankenversicherern überwacht, dies wäre allerdings mit erheblichem Aufwand für die Kantone verbunden, siehe oben),
- Mitkontrolle / Mitbeteiligung an der Einrichtung, welche für die Verteilung der öffentlichen Gelder auf die Krankenversicherungen verantwortlich ist,
- Beteiligung der Kantone an der Aufsichtstätigkeit über die Krankenversicherungen, welche mit ihrer Rolle als Monist einen grösseren Einfluss auf die Gesundheitsversorgung wahrnehmen.

2.4.2 Einheitliche Finanzierung stationär – ambulant ohne monistische Finanzierung

Eine gleiche Finanzierung stationärer und ambulanter Leistungen könnte auch ohne monistischen Finanzierer erfolgen. Eine Übernahme der heutigen Abrechnungspraxis im stationären Bereich für die ambulanten Leistungen (Splitting der Rechnungen; Kantone neben Versicherern als direkte Rechnungsadressaten) ist aufgrund des damit verbundenen zusätzlichen Aufwands bei den Leistungserbringern und den Kantonen undenkbar. Möglich wäre aber aus Sicht der GDK ein Modell, nach dem die Abrechnungspraxis mit den Leistungserbringern unverändert bleiben würde. Die Rechnungen im stationären Bereich würden gleich wie heute abgewickelt. Die Rechnungen aus dem praxisambulanten Bereich könnten weiterhin ausschliesslich durch die Versicherer abgewickelt werden, wobei diese den definierten Kantonsanteil an den ambulanten Kosten leistungsbezogen (d.h. unter Ausweis der individuell erstatteten Kosten) und periodisch den Kantonen in Rechnung stellen würden.

Auch dieses Modell hat grundsätzlich das Potential, einen Beitrag zur Eliminierung von Fehlanreizen bezüglich stationärer vs. ambulanter Leistungserbringung leisten zu können (Begründung analog EFAS).

Gegenüber dem Modell EFAS besteht bei diesem Ansatz zudem ein grösserer Handlungsspielraum für die Kantone. Indem sie ihren Kostenanteil erst nach Eingang einer Rechnung vom Krankenversicherer ausrichten, können sie vor Zahlungsausgang die notwendigen Kontrollen durchführen oder Informationen einfordern. Damit können sie den Mittelfluss kontrollieren und die finanzrechtlichen Prinzipien einhalten.

Die Kantone sehen auch bei diesem Modell der einheitlichen Finanzierung gewichtige Nachteile analog dem Modell EFAS:

- Finanzielle Mehrbelastung der Kantone durch Mitfinanzierung der überproportional wachsenden ambulanten Leistungen,
- Verlust von Einfluss auf die Spitäler durch die Rolle als Minderheitsfinanzierer,



- erheblicher Aufwand für die Kantone für den Aufbau und den Betrieb eines angemessenen Kontrollsystems.

Gleichzeitig wären auch bei diesem Modell wesentliche Einflussfaktoren für die Leistungsallokation bei den Leistungserbringern (Tarifstruktur, Tariffhöhe und Abgeltung Zusatzversicherungen) nicht tangiert und gegenüber heute unverändert, was eine durch das Modell allenfalls erwirkbare Optimierung der Leistungsallokation erheblich relativieren würde.

Das Kosten-Nutzen-Verhältnis eines solchen Modellwechsels erweist sich dadurch ebenfalls als unvorteilhaft für die Kantone.

2.4.3 Gleiche Finanzierung stationäre und spitalambulante Leistungen

Bei diesem Modell werden alle stationären und spitalambulant Leistungen zu gleichen Anteilen durch die Kantone und die Versicherer mitfinanziert. Das Modell ist in der Zielsetzung und den Auswirkungen grundsätzlich gleich zu beurteilen wie die Modelle der gleichen Finanzierung für alle ambulanten Leistungen (2.4.1 und 2.4.2), beschränkt sich im Umfang jedoch nur auf die Spitäler als Leistungserbringer.

Der zusätzlich für die Kantone anfallende Kontrollaufwand (ggf. in einer gemeinsamen Organisation mit den Versicherern) wäre geringer als in den Modellen der gleichen Finanzierung aller Leistungen.

Indem die ambulanten Leistungen nur bei den Spitälern neu durch die Kantone mitfinanziert würden, wäre der Systemeingriff weniger gross als bei der gleichen Finanzierung aller Leistungen (die Kantone sind bereits heute gegenüber den Spitälern in der Rolle des Mitfinanziers).

Als problematisch ist zu beurteilen, dass eine Abgrenzung zwischen spitalambulant und praxisambulant Leistungen aus versorgungspolitischer und medizinischer Sicht nicht sinnvoll möglich ist und zu neuen Fehlanreizen zwischen dem spital- und dem praxisambulant Bereich führen könnte.

In einem solchem Modell müssten sich die durch die Kantone mitzufinanzierenden ambulanten Leistungen klar durch die Notwendigkeit einer Spitalinfrastruktur auszeichnen und von den übrigen, u. a. auch im Spital erbrachten ambulanten Leistungen (z. B. Kurzkonsultationen, wie sie analog in einer Allgemeinarztpraxis durchgeführt werden) abgegrenzt werden können. Diese Leistungen müssten durch klar operationalisierbare Kriterien beschrieben werden können. Die Anbindung der Finanzierung an die Definition «Spital»/«Nichtspital» ist keinesfalls sinnvoll und praktikabel.

Die Einführung von flankierenden Massnahmen (Steuerung des von den Kantonen mitfinanzierten spitalambulant Bereichs, verstärkte Trennung Grund- und Zusatzversicherung, Kontrollsystem für die per Sammelrechnung durch die Kantone mitfinanzierten spitalambulant Leistungen) wäre auch bei einem solchen Modell zwingend.

2.4.4 Fazit über die verschiedenen Modelle der einheitlichen Finanzierung

Die GDK steht aufgrund der bisherigen Diskussionen den Modellen einer gleichen Finanzierung von stationären und ambulanten Leistungen kritisch gegenüber,

- weil wesentliche Einflussfaktoren für Ineffizienzen (Abgeltung durch Zusatzversicherungen, Tarifstrukturen) damit nicht tangiert werden und potenzielle Erfolge eines Systemwechsels dadurch in ihrer Bedeutung erheblich relativiert werden,
- weil eine tatsächliche administrative Entlastung des Gesamtsystems nur mit einer Verletzung der finanzrechtlichen Prinzipien in den Kantonen erreicht werden könnte (dies geschieht beim Monismus ohne Kontrollmöglichkeiten der Kantone, während al-



le anderen Umsetzungsmodelle weiterhin einen erheblichen – gar erhöhten – Kontrollaufwand durch die Kantone erfordern),

- weil die Kantone durch eine Rolle als Minderheitsfinanzierer deutlich an Einfluss auf die Spitäler verlieren würden und in ihrer Steuerungsrolle im bedeutenden stationären Bereich deutlich geschwächt würden,
- weil die Wirkungen eines Systemwechsels weniger gut vorhersehbar sind als bei Modellen mit direkterer Einflussnahme auf die Leistungsallokation.

3. Positionierung der GDK

Aufgrund den oben dargestellten Ausgangslagen und Analysen vertritt die GDK folgende Position in der Diskussion um die Optimierung der Steuerung und Finanzierung in der Gesundheitsversorgung:

Die GDK teilt den zurzeit unter den Akteuren im Gesundheitswesen diskutierten Schluss, dass ein grosses Potential für eine Effizienzsteigerung und damit verbundene Kostendämpfung in der Gesundheitsversorgung in einer verstärkten Verlagerung von Spitalbehandlungen vom stationären in den ambulanten Bereich liegt.

Die GDK fordert Massnahmen, welche zu einer verstärkten Ausschöpfung dieses Potentials führen.

Aus Sicht der GDK können vorwiegend regulatorische Eingriffe zu einer raschen und effektiven Systemoptimierung beitragen:

- Erlass von Listen der ambulant zu erbringenden Leistungen durch die Kantone (oder den Bund), Regelungen für die Kontrolle und die Zahlungsverweigerung bei nicht begründeter stationärer Behandlung (mangels Erfüllung WZW-Kriterien resp. Spitalbedürftigkeit). Die GDK unterstützt ebenfalls, dass möglichst rasch auf Bundesebene die Leistungen, die medizinisch sinnvollerweise ambulant erbracht werden, bundesrechtlich einheitlich festgelegt werden.
- Verstärkung der Wirkung und Akzeptanz der oben genannten Listen, bspw. durch Einführung einer Zero-Night-DRG-Pauschale für die entsprechenden Leistungen.
- Verstärkte Trennung der Verhandlungen der Tarifpartner in der Grund- resp. der Zusatzversicherung zur Verhinderung von ungewollten Verknüpfungen zu Lasten der OKP/Kantone.
- Weiterentwicklung der Tarifstrukturen TARMED (ggf. durch subsidiäre Eingriffe) und SwissDRG zur Erhöhung der «Kostenwahrheit» der ermittelten Gewichtungen im ambulanten und stationären Bereich.

Modelle der einheitlichen Finanzierung führen aus Sicht der GDK zu einem erheblichen Systemumbau mit unvorhersehbaren Risiken und erheblichem Mehraufwand für die Kantone, ohne jedoch entscheidende Wirkung auf die Steigerung der Effizienz entfalten zu können. Die GDK lehnt solche Modelle daher grundsätzlich ab.

Sollten diese Modelle in der politischen Diskussion dennoch weiterverfolgt werden, so sind aus Sicht der GDK verschiedene flankierende Massnahmen zwingend notwendig, insbesondere:

- die Möglichkeit für die Kantone, das ambulante Versorgungsangebot gezielt zu steuern,
- die Schaffung von Kontrollmöglichkeiten für die Kantone in Bezug auf die korrekte Abrechnung von Leistungen für die Kantonsbevölkerung, beispielsweise durch die Schaffung eines gemeinsamen Organs (Krankenversicherer / Kantone), welches dies sicherstellt,



- die konsequente Eliminierung von Fehlanreizen infolge Verknüpfung der vertraglichen Vereinbarungen der Tarifpartner im Grund- und Zusatzversicherungsbereich,
- die verstärkte Mitsprache der Kantone bei der Aufsicht über die Krankenversicherer.
- die Gewährleistung, dass solche Modelle nicht zu einer erneuten Zunahme des kantonalen Finanzierungsanteils an den Gesamtkosten des Gesundheitssystems führen dürfen.