

Positionspapier
27. Juni 2019

8-3-2-1
KB/MJ

Pa.Iv. 09.528 Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung Monismus Stellungnahme der GDK

Das Wichtigste in Kürze

Die GDK fordert den Bundesrat auf, den Entwurf vom 5.4.2019 an die SGK-NR zurückzuweisen und der Einführung einer einheitlichen Finanzierung der Leistungen im ambulanten und im stationären Bereich nicht zuzustimmen, bevor folgende Mindestvoraussetzungen erfüllt sind:

1. Die Verknüpfung von EFAS mit der Zulassungssteuerung wird aufgehoben und die Kantone erhalten effiziente Steuerungsinstrumente für die ambulante Versorgung;
2. Das neue Finanzierungsmodell umfasst sämtliche KVG-Leistungen einschliesslich der Pflege (Kosten der Pflegeleistungen nach Art. 25a Abs. 1 KVG und die Restfinanzierung der Kantone und Gemeinden, d. h. ohne Betreuungs- oder Hotelleriekosten);
3. Nationale Tarifstrukturorganisationen werden gesetzlich vorgeschrieben;
4. Die Kostenneutralität im Übergang ist für jeden Kanton voll gewährleistet;
5. Es werden Bestimmungen zur Transparenz über die Rechnungskontrolle erlassen. Im stationären Bereich wird an der dualen Rechnungstellung festgehalten.

Hält das Bundesparlament an der aktuellen Vorlage fest, erachten die Kantone dies als Verletzung des finanzpolitisch zentralen Äquivalenzprinzips.

A. Beurteilung der Vorlage

Die GDK stand der monistischen Finanzierung immer kritisch gegenüber. Sie hat aber im Juni 2018 eine Positionierung vorgenommen, welche eine Brücke baut zu einem neuen einheitlichen Finanzierungssystem, sofern folgende Anforderungen erfüllt sind:

1. Die finanzielle Belastung der einzelnen Kantone muss im Übergang überprüfbar kostenneutral sein.
2. Den Kantonen wird das Instrumentarium in die Hand gegeben, um das ambulante Versorgungsangebot (Leistung, Menge und Qualität) gezielt zu beeinflussen.
3. Die Rechnungen im *stationären* Bereich werden analog zu heute abgewickelt, mit entsprechend angepasstem Finanzierungsschlüssel. Die Rechnungstellung im *ambulanten* Bereich erfolgt aufgrund der für die Kantonsbevölkerung effektiv erbrachten Leistungen.
4. Es besteht eine Kontrollmöglichkeit für die Kantone in Bezug auf die korrekte Abrechnung von ambulanten Leistungen für die Kantonsbevölkerung, beispielsweise durch die Schaffung eines gemeinsamen Organs (Krankenversicherer / Kantone), welches dies sicherstellt.

5. Es wird eine nationale Tariforganisation für ambulante Tarife gesetzlich vorgeschrieben, an welcher die Kantone paritätisch beteiligt sind.
6. Fehlanreize infolge Verknüpfung der vertraglichen Vereinbarungen der Tarifpartner im Grund- und Zusatzversicherungsbereich werden konsequent eliminiert.
7. Die einheitliche Finanzierung im ambulanten und im stationären Bereich kann eine echte Verbesserung der Versorgungsorganisation erst entfalten, wenn auch die Langzeitpflege (Pflegeheime und Spitex) in das Finanzierungsmodell einbezogen wird.

Diese Anforderungen stellen sicher, dass die angestrebten Ziele einer effizienteren, integrierteren Versorgung auch tatsächlich erreicht werden können, die Steuerung des Angebots und damit der Kosten durch die Kantone sowie die Transparenz der Rechnungskontrolle sichergestellt und auch die notwendigen Verbesserungen im Bereich der Tarife erreicht werden können. Die Vernehmlassungsvorlage der SGK-NR vom letzten Jahr genügt diesen Anforderungen nicht. Nun stellt die GDK mit Befremden fest: Die überarbeitete Vorlage der SGK-NR enthält keine nennenswerten Verbesserungen in Bezug auf die Schwachstellen im Vorentwurf, auf welche die GDK im Rahmen der Vernehmlassung bereits hingewiesen hat.

Die GDK lässt deshalb die in ihrer Stellungnahme vom 28.6.2018 formulierte allgemeine Kritik am Vorentwurf auch in Bezug auf den aktuellen Entwurf gelten und lehnt diesen dezidiert ab. Dabei stützt sie sich auf folgende Überlegungen:

1. EFAS genügt nicht für eine wirksame Kostendämpfung durch integrierte Versorgung

Eine einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen mit nur noch einer einzigen Zahlstelle (Versicherer als Monist) leistet als Einzelmassnahme keinen massgeblichen Beitrag zur Eindämmung der Systemkosten. Denn mit einer reinen Umleitung von Finanzströmen lassen sich noch keine Kosten einsparen.

EFAS mag zwar die Komplexität des Finanzierungssystems reduzieren. Für eine echte Kostendämpfung ist jedoch eine zusätzliche Förderung der integrierten Versorgung durch griffigere Massnahmen notwendig. Gefragt ist dabei insbesondere die Definition von Versorgungspaketen mit einer sachgerechten Tarifierung, welche die Kooperation der Leistungserbringer entlang der gesamten Versorgungskette angemessen zu entschädigen vermag. Erstens fehlt aber den Kantonen im Vorschlag der SGK-NR weiterhin jegliche Möglichkeit zur direkten Beeinflussung der künftigen Optimierung der Versorgungskette. Zweitens sind die Bereiche Spitex und Pflegeheime in der aktuellen Vorlage nicht eingeschlossen, obwohl hier in Bezug auf die Zusammenarbeit der Leistungserbringer entlang der Behandlungskette der grösste Bruch zu beobachten ist.

2. Verknüpfung mit EFAS verzögert die Einführung der neuen Zulassungssteuerung

Wenn die Kantone die ambulanten Leistungen mitfinanzieren sollen, müssen sie auch das Versorgungsangebot im ambulanten Bereich beeinflussen können. Kann aber die KVG-Änderung zu EFAS wie im Kap. IV des Erlassentwurfs vorgeschlagen «nur zusammen», d. h. gleichzeitig mit der KVG-Revision zur Zulassung von Leistungserbringern in Kraft treten, so muss die heute geltende, wenig wirksame Zulassungsregelung voraussichtlich nochmals verlängert werden. Der Ständerat hat mit seinen Beschlüssen vom 3. Juni 2019 den Weg gewiesen, wie eine wirksamere Zulassungssteuerung unabhängig von der Einführung von EFAS, aber als deren notwendige Voraussetzung, rasch realisiert werden kann. Dennoch ist auch darin noch keine Möglichkeit für die Kantone vorgesehen, aus Bedarfsgründen eine *bestehende* Zulassung aufzuheben.

3. Einbezug der Pflege wird auf die lange Bank geschoben

Gemäss Vorlage soll der Bundesrat die Integration der KVG-Pflegeleistungen in die einheitliche Finanzierung vorschlagen können, sobald die «notwendigen Grundlagen» dafür erarbeitet sind. Mit Ausnahme der Kostentransparenz sind diese Grundlagen jedoch im Gesetz nicht näher beschrieben. Die im erläuternden Bericht aufgeführte, nicht abschliessende Liste von Pendenzen nährt die Befürchtung, dass die Forderung der Kantone zum Einbezug der Pflege auf die lange Bank geschoben wird. Die GDK besteht darauf, dass die Ausweitung von EFAS auf den Pflegebereich verbindlich in der Vorlage verankert wird und die notwendigen Gesetzesanpassungen im KVG bereits jetzt vorgenommen werden. Die Inkraftsetzung der entspre-

chenden Bestimmungen betreffend Ausweitung auf den Pflegebereich soll dann zeitlich gestaffelt bis spätestens drei Jahre nach Inkrafttreten der übrigen Vorlage erfolgen. Dies ist in den Übergangsbestimmungen des KVG festzuhalten.

4. Mangelnde Nachvollziehbarkeit des Kostenschlüssels

Die GDK fordert ausdrücklich, dass die Daten und Methoden, welche der Ermittlung des vorgeschlagenen Kantonsanteils von 22,6 % zugrunde liegen, transparent aufgezeigt werden. Massgeblich für die Berechnung dieses Wertes sind u. a. die hochgerechneten Kantonsbeiträge von jeweils zwischen 7,3 und 7,7 Mia. Franken für die Jahre 2012 bis 2015, deren Herleitung jedoch nicht nachvollziehbar ist. Es fehlt zudem immer noch eine transparente Berechnung des Gesamtvolumens der Leistungen im Geltungsbereich der Vorlage (Art. 25-31 KVG abzüglich Pflegeleistungen nach Art. 25a KVG), an dessen Finanzierung sich die Kantone zu geschätzten 22,6 % beteiligen müssten. Eine genaue Einschätzung der finanziellen Auswirkungen auf die einzelnen Kantone ist unter diesen Voraussetzungen unmöglich.

5. Bestimmungen zur Transparenz über die Rechnungskontrolle

Es fehlt in der Vorlage eine präzise festgeschriebene Kontrollmöglichkeit für die Kantone in Bezug auf die korrekte Abrechnung von ambulanten Leistungen für die Kantonsbevölkerung, beispielsweise durch die Schaffung eines gemeinsamen Organs (Krankenversicherer / Kantone) oder eines anderen institutionalisierten Prozesses, welcher dies sicherstellt. Im stationären Bereich gibt es derweil auch mit einem neuen, angepassten Kostenteiler keinen Grund, an der bisherigen dualen Rechnungstellung an Krankenversicherer etwas zu ändern. Die daraus resultierenden Informationen und Kontrollmöglichkeiten sind für die Kantone essenziell.

6. Rechnungsabwicklung schmälert Kontrollmöglichkeit

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 deutlich spürbar. Es gibt deshalb auch mit einem neuen, angepassten Kostenteiler keinen Grund, im stationären Bereich an der bisherigen dualen Rechnungsstellung an Krankenversicherer und Wohnkanton etwas zu ändern. Hingegen kann es im ambulanten Bereich angesichts der sehr hohen Anzahl an Einzelrechnungen sinnvoll sein, eine einzige Rechnungs- und Zahlstelle zu definieren und den Finanzierern die Möglichkeit zur Kontrolle des auf sie entfallenden Rechnungsbetrags einzuräumen. Falls Modelle einer integrierten Versorgung vorliegen mit entsprechenden Tarif- und Finanzierungslösungen über die Versorgungskette hinweg, kann durchaus auch eine einheitliche Rechnungsabwicklung mit einer einzigen Zahlstelle eingerichtet werden.

7. Gemeinsame Tariforganisation(en)

Einer weiteren Anforderung der Kantone wird in der Vorlage ebenfalls nicht nachgekommen: Es ist eine nationale Tariforganisation für ambulante Tarife und auch Pflegeleistungen (oder mehrere Organisationen) gesetzlich vorzuschreiben, 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 dafür entscheidend. Die Tarifpartner und die Kantone sollen deshalb im ambulanten Leistungsbereich verpflichtet werden, eine einzige Tariforganisation einzusetzen, welche in Zukunft für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege von Einzelleistungs- und gegebenenfalls auch Pauschaltarifstrukturen im ambulanten Bereich zuständig ist. Die Organisation soll die erarbeiteten Strukturen und ihre Anpassungen dem Bundesrat zur Genehmigung unterbreiten. Dies entspricht der von der Expertenkommission «Kostendämpfungsmaßnahmen» vorgeschlagenen Massnahme M34. Die Kantone sind aufgrund der geforderten Mitfinanzierung im ambulanten Bereich an der Organisation zwingend tripartit zu beteiligen.

8. Weitere kritische Punkte

a. *Kostenneutraler Übergang*

In die Vorlage wurde eine Übergangsbestimmung aufgenommen, mit welcher Kantone und Versicherer drei Jahre erhalten sollen, um den Systemwechsel vorzubereiten, und die Kantone weitere drei Jahre, um den Kantonsbeitrag von 22,6 % zu erreichen. Die Gewährung einer insgesamt sechsjährigen Vorlaufzeit ist zwar zu begrüssen, die Mindestschwelle von 18,1 % kann jedoch im Übergang trotzdem zu einem Kostensprung führen. Die von der GDK geforderte Kostenneutralität für jeden einzelnen Kanton ist damit auch mit der neuen Vorlage nicht vollständig gewährleistet. Die jährlichen Schritte (auf- oder abwärts) vom individuell festgelegten initialen Kantonsanteil bis zum schweizweit einheitlichen Satz dürfen aus Sicht GDK nicht mehr als 1 % betragen.

b. *Vertragsspitäler*

Darüber hinaus würde die Vorlage eine Besserstellung der Vertragsspitäler bedeuten, da die durch sie erbrachten Leistungen neu zu 77,4 % statt zu 45 % durch die obligatorische Krankenversicherung mitfinanziert würden. Es ist durchaus anzunehmen, dass durch die damit gesteigerte Attraktivität der Vertragsspitäler Mengen- und Kapazitätsausweitungen entstehen. Die Wirksamkeit der kantonalen Spitalplanungen würde durch die Stärkung der Vertragsspitäler unterlaufen. In der Konsequenz wirkt sich dies auf der Kostenseite noch zusätzlich zulasten der Prämienzahlenden aus, hätte also Prämienerrhöhungen zur Folge. Deshalb besteht aus Sicht der GDK unter einer einheitlichen Finanzierung grundsätzlich kein Raum für die Kategorie «Vertragsspital». Für die bestehenden Vertragsspitäler muss der aktuelle Finanzierungsanteil der Versicherer im Moment der Einführung von EFAS bei 45 % eingefroren werden (vgl. Minderheitsantrag der SGK-NR).

c. *Wechsel von den Netto- zu den Bruttokosten*

Die Gründe für den vorgeschlagenen Wechsel von den Netto- zu den Bruttokosten der Versicherer (inkl. Kostenbeteiligung der Versicherten) in der Bemessungsgrundlage des Kantonsbeitrags sind für die GDK nicht nachvollziehbar. Die neue Variante soll nach Aussage der SGK-NR sicherstellen, dass alle Versicherten unabhängig von ihrer gewählten Franchise vom Kantonsbeitrag profitieren. Es ist jedoch erstens zu prüfen, inwieweit die im Vorentwurf aufgeführte Variante (Bemessung an den Nettokosten) die Versicherten in hohen Franchisestufen tatsächlich benachteiligen würde und ob eine Korrektur tatsächlich nötig ist. Zweitens teilt die GDK die Einschätzung des Bundesamtes für Justiz¹ sowie der Kommissionsminderheit, wonach es verfassungsrechtlich fragwürdig ist, die Kantone gesetzlich zu verpflichten, dem Versicherer einen Beitrag an Kosten auszurichten, die dem Versicherer gar nicht entstanden sind.

B. Der Einbezug der Pflege ist richtig, machbar und zwingend

Aufgrund der seit Jahren unveränderten OKP-Beiträge und der 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.

Die GDK vertritt deshalb einstimmig und mit Überzeugung die Ansicht, dass die Kosten aller KVG-Leistungen in das dual einheitlich zu finanzierende Volumen einzurechnen sind (vgl. oben Punkt A2). Sie steht dafür ein, dass Kantone und OKP die Kostenentwicklung aller Gesundheitsleistungen gemeinsam tragen. Die detaillierte Begründung für dieses Anliegen hat die GDK in einem Argumentarium publiziert.

1. Finanzielle Auswirkungen

Der Gesamtfinanzierungsschlüssel ist aufgrund des umfassenden Geltungsbereichs entsprechend festzulegen. In den Folgejahren wird der Kostenanstieg bei sämtlichen ambulanten und stationären Leistungen gemäss diesem fixen Kostenteiler gemeinsam von Kantonen und der OKP getragen. Die OKP beteiligt

¹ Vgl. Gutachten des Bundesamtes für Justiz vom 15. Januar 2018 zur Verfassungsmässigkeit einer monistischen Finanzierung von Gesundheitsleistungen (publiziert auf www.parlament.ch), S. 21

sich somit an der Finanzierung der Kostensteigerung in der Pflege, gleich wie es die Kantone mit EFAS im stark wachsenden ambulanten Bereich tun, der auch Therapien, Medikamente etc. umfasst.

Die in Auftrag gegebene Studie zu den finanziellen Auswirkungen eines Modells «EFAS mit Pflege» liegt bei der GDK bereits vor. Die Berechnungen zeigen, dass die Mehrbelastung der Finanzierungsträger infolge einer Umstellung auf die einheitliche Finanzierung insgesamt gerechter ausfällt, wenn die Ausgaben der OKP für die Pflegeleistungen nach Art. 25a Abs. 1 KVG und die Restfinanzierung der Kantone und Gemeinden ins Gesamtvolumen der dual gemeinsam zu tragenden Leistungen eingerechnet werden. Unter der Bedingung der Kostenneutralität und ohne Berücksichtigung der Patientenbeteiligungen an KVG-Pflegekosten von 0,7 Mia. Franken würde sich in diesem Fall voraussichtlich ein Kostenteiler von 25,5 % (Anteil Kantone und Gemeinden) zu 74,5 % (Anteil Versicherer) ergeben. Offizielle Prognosen für die Periode von 2016 bis 2030 zeigen, dass die Kosten im Pflegebereich am stärksten wachsen werden, gefolgt von den Kosten der Leistungen im ambulanten und im stationären Bereich. Basierend auf diesen Annahmen wächst die Ausgabenlast der Kantone und ihrer Gemeinden unter Beibehaltung des heute geltenden Finanzierungssystems im untersuchten Zeitraum um ca. 34 % und jene der Versicherer um rund 45 %. Wird EFAS ohne Einbezug der KVG-Pflegekosten realisiert, steigt die Belastung der Kantone/Gemeinden mit etwa 49 % deutlich stärker als beim Status quo (Mehrausgaben Versicherer ca. +40 %). Die Integration der Pflege in EFAS bringt hingegen eine ausgeglichene Mehrbelastung von ungefähr 42 % bei beiden Finanzierungsträgern. Das GDK-Modell EFAS plus Pflege sorgt somit für eine ausgewogene Verteilung der durch den Kostenanstieg bedingten Mehrbelastung zwischen Kantonen/Gemeinden und Versicherern in den kommenden Jahren.

2. Tarife und national einheitliche Vergütungsgrundsätze für die Pflege

Wenn im Pflegebereich keine kantonalen Finanzierungsregelungen mehr bestehen, wird das System zu Tarifen zurückkehren. Damit wird die Tarifpartnerschaft wieder gestärkt. Die Kantone genehmigen die Tarife oder setzen sie fest. Die Tarife müssen der Kostentransparenz und Kostenwahrheit genügen und auf einer schweizweit zuverlässigen Datenbasis beruhen. Die Kostenrechnungen der Pflegeheime einerseits und der Spitex andererseits sind heute schon weitgehend vereinheitlicht. Leistungen der Betreuung und Hotellerie müssen weiterhin separat ausgewiesen und abgerechnet werden. Die Schaffung von Transparenz wird durch den Einbezug der Pflege in EFAS beschleunigt.

Für die Pflegeleistungen im Pflegeheim, in Tages- und Nachtstrukturen und bei ambulanter Pflege müssen durch den Bundesrat schweizweit einheitliche Grundsätze für die Vergütung festgelegt werden. Dabei ist eine gewisse Harmonisierung zwischen den genannten Bereichen anzustreben, um Fehlanreize zu vermeiden, die eine integrierte Versorgung und flexible Angebote verhindern.

Die GDK anerkennt den Bedarf zur Herstellung von Kostentransparenz. Sie stärkt die Tarifpartnerschaft und fördert die Festlegung national einheitlicher Vergütungsgrundsätze.

3. Nationale Tarifstrukturorganisationen werden aufgebaut

Schweizweit vergleichbare Tarife setzen auch entsprechende Tarifstrukturen voraus. Die Festlegung solcher Tarifstrukturen setzt die Schaffung von tripartiten nationalen Tarifstrukturorganisationen (Leistungserbringer – Versicherer – Kantone) für die verschiedenen ambulanten Leistungsbereiche voraus, analog wie es sie für die stationären Tarife gibt. Auch für Festlegungen der einheitlichen Tarifstrukturen für Pflegeheime und die Spitex sind die Bestimmungen für eine entsprechende Tariforganisation in die Vorlage aufzunehmen. Damit wird die im KVG als Leitprinzip verankerte Tarifpartnerschaft gestärkt.

4. In Etappen umsetzbar

Die EFAS-Vorlage wird durch den Einbezug der Pflegeleistungen nicht verzögert. Für die GDK ist entscheidend, dass die KVG-Revision zu EFAS die Pflegeleistungen von Beginn weg einschliesst. Damit die EFAS-Vorlage trotzdem rasch vorangetrieben werden kann, werden für die konkrete Umsetzung einzelner Schritte im Gesetzestext differenzierte Übergangsfristen in Etappen vorgesehen. Ein solches Vorgehen hat sich bereits bei der Einführung der neuen Spitalfinanzierung (2007 verabschiedet) bewährt.

Die GDK schlägt folgende Einführungsschritte vor :

2020: Verabschiedung Gesetzesvorlage inkl. Übergangsbestimmungen

2023: Inkrafttreten EFAS für stationär und ambulant

2024: Nationale Vergütungsgrundsätze für Pflege festgelegt

2026: Inkrafttreten EFAS inkl. Pflegeleistungen; Wegfallen kantonale Restfinanzierung; Abrechnung nach Tarifen; nationale Tarifstrukturorganisation Pflege aufgebaut; erste Tarifstruktur in Kraft

Bis 2029: Kantonale Kostenteiler erreichen den schweizweit festgelegten Prozentsatz.

Für die GDK ist entscheidend, dass der Einschluss der Pflege Bestandteil der verabschiedeten EFAS-Gesetzesvorlage wird. Für die Umsetzung sind Übergangsbestimmungen zu erlassen.

Die GDK ist überzeugt:

- Nur wenn EFAS auch die Pflegeleistungen umfasst, wird ein echter Beitrag zur Steigerung der Effektivität und Effizienz über die ganze Versorgungskette hinweg geleistet.
- EFAS mit Pflege bewirkt eine Vereinfachung der Pflegefinanzierung.
- Die Inkraftsetzung der entsprechenden Bestimmungen soll zeitlich gestaffelt bis spätestens drei Jahre nach Inkrafttreten der übrigen Vorlage erfolgen, was in den Übergangsbestimmungen des KVG festzuhalten ist.
- Die reibungslose Umstellung auf die einheitliche Finanzierung erfordert einen kostenneutralen Übergang für jeden einzelnen Kanton und die OKP, mit angemessenen Fristen für die Anpassung des Kostenteilers.