

Kommission für soziale Sicherheit  
und Gesundheit  
3003 Bern

E-Mail-Adressen:

[sgk.csss@parl.admin.ch](mailto:sgk.csss@parl.admin.ch)

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

11. September 2018

**Vernehmlassung:**

**09.528 Parlamentarische Initiative. Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus**

Sehr geehrter Herr Kommissionspräsident, Nationalrat de Courten  
Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 15. Mai 2018 laden Sie uns ein, an der Vernehmlassung zur parlamentarischen Initiative (Pa.Iv.): «Einheitliche Finanzierung der Leistungen im ambulanten und im stationären Bereich», respektive ihres Vorentwurfs zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) teilzunehmen. Wir danken für diese Möglichkeit und nehmen gerne aus gesamtwirtschaftlicher Sicht Stellung.

---

**economiesuisse unterstützt die Gesetzesänderung.**

**Die Wirtschaft unterstützt die Einführung der einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS). Damit wird der Fehlanreiz behoben, bloss auf Grund der Finanzierung stationäre oder ambulante Leistungen zu wählen. Dies kann erwiesenermassen zu Fehl- und Überversorgung führen. EFAS wird die Verlagerung vom stationären in den kostengünstigeren ambulanten Bereich beschleunigen, die alternativen Versicherungsmodelle begünstigen und dabei die Prämienentwicklung eindämmen.**

**Im Hinblick auf die konkrete Umsetzung ist es wichtig, keine zusätzlichen, zentralen Steuerungsinstrumente auf Seite der öffentlichen Hand einzuführen. Diese würden die Effizienzgewinne zunichtemachen. Als Finanzierungsmodell bevorzugt economiesuisse die Idee des Minderheitsantrags, d.h. eine Verteilung der Kantonsbeiträge via Risikoausgleich. EFAS soll nicht an der Umsetzungsfrage scheitern. Wenn mit EFAS jedoch die kantonalen Rollenkonflikte verstärkt werden, lehnt die Wirtschaft die Reform ab.**

---

## **Begründung**

### **EFAS verbessert die Versorgung**

Generell befürwortet economiesuisse die Vorlage, weil sie den heutigen Fehlanreiz aus der Welt schafft: Je nachdem, ob die Leistung stationär oder ambulant erfolgt, verändert sich heute die Finanzierung. Dieses Problem wird mit EFAS gelöst. Zudem kann die Verlagerung in den ambulanten Bereich ohne überproportionale Prämienbelastung vonstattengehen. EFAS begünstigt darüber hinaus die alternativen Versicherungsmodelle, welche heute durch die duale Finanzierung nicht die ganzen Effizienzgewinne ausweisen können. Durch EFAS wird dies künftig möglich sein, was die Attraktivität der integrierten Versorgung erhöht und zu einer Verbesserung in der Grundversorgung führt. Generell können Tarife für Leistungen, die ambulante und stationäre Anteile haben, erleichtert verhandelt werden (bspw. Komplexpauschalen).

### **Kontrolle ohne Leistungssteuerung**

Die Kantone wollen zu Recht nicht einfach Zahler sein, ohne Möglichkeiten zur Ausgabeneindämmung zu haben. Steuerungselemente, die in die Leistungserbringung eingreifen, lehnt economiesuisse jedoch ab. Denn die Gesundheitsversorgung ist eine komplexe und vielschichtige Aufgabe. Sie kann nicht zentral gesteuert werden kann, ohne grosse Effizienzverluste und Innovationshemmung zu verursachen. Wenn die Kantone in die Leistungserbringung eingreifen, so zementieren sie den Föderalismus und behindern sinnvolle Versorgungsstrukturen. Doch Versorgungsräume verlaufen nicht entlang den Kantonsgrenzen und sind heute je nach Bereich regional, überregional oder national. Kantone sind, in unterschiedlicher Ausprägung, sowohl Leistungsempfänger und Leistungsexporteur. Diese kantonalen «Leistungsbilanzen» verändern sich zudem Jahr für Jahr. Mindest- und Höchstzahlen pro Kanton ergeben deshalb keinen Sinn. Höchstzahlen auf Basis der Leistungserbringer sind ebenfalls schädlich. Ersteres verwehrt jungen, motivierten Ärztinnen und Ärzte den Zugang zur Praxis. Dies würde eine Rationierung von Leistungen zur Folge haben, ohne genau zu wissen, wie hoch der Nutzenverlust daraus wäre. Generell können Eckwerte zweckmässigerweise nicht zentral festgelegt werden, weil sie der Dynamik stets hinterherhinken.

Eine sinnvolle Steuerungsmöglichkeit für die Kantone wäre demgegenüber eine Lockerung des Vertragszwangs. Die dezentrale Lösung der Vertragsfreiheit ist bedarfsgerecht und schliesst junge Ärztinnen und Ärzte nicht per se von der Leistungserbringung aus. Der Markt kann flexibler auf Veränderungen der Nachfrage reagieren. Ausserdem können die kantonalen Bedürfnisse besser abgedeckt werden. Die Vertragsfreiheit kann nämlich eingeschränkt, beispielsweise für bestimmte Facharztgruppen oder in bestimmten Regionen, eingeführt werden. Die angestrebten Qualitätserfordernisse lassen sich weiterhin auf Ebene der Ergebnisqualität erreichen. Reguliert man die Qualität auf der Zulassungsebene, so vergibt man sich das dynamische Instrument der Qualitätsentwicklung. Dies gilt allgemein für ein erweitertes, staatliches Zulassungsverfahren, welches die Wirtschaft daher dezidiert ablehnt.

### **Folgereform**

Die EFAS kann die grössten Fehlanreize auf der Ebene der Finanzierung beheben. Es ist aber entscheidend, dass stationäre oder ambulante Leistung auch die gleichen Margen aufweisen. Nur dann entscheiden rein medizinische Argumente für die eine oder andere Leistungserbringung. Entsprechend muss die EFAS-Reform zwingend mit einer Überarbeitung der Tarifierung an der Schnittstelle ambulant/stationär gekoppelt sein.

### **Drei Minderheitsanträge im Vorentwurf**

#### **a) Wie sollen die Gelder in den KVG-Bereich fliessen?**

Gemäss dem Vorentwurf sollen Kantons- und Bundesbeitrag anhand der anrechenbaren Kosten an die Versicherer aufgeteilt werden. Damit wird - wie heute - ein Teil der Kosten vom Kanton getragen. Neu ist allerdings, dass die Kantone nicht mehr nur die Kosten für stationäre Behandlungen, sondern auch die Kosten für alle Leistungen nach KVG unter Ausschluss von Langzeitpflege und Vertragsspitalern übernehmen. Der kantonale Anteil der Kosten wird somit weiterhin nicht dem Risikoausgleich der Versicherer unterstellt. Die Anreize zur Risikoselektion bleiben gegenüber heute unverändert.

Demgegenüber will eine Minderheit die Kantongelder den Versicherern nicht aufgrund der entstandenen Kosten, sondern als Pauschalbetrag pro Versicherten zuweisen. Dieses Modell hat einen wichtigen Vorteil, würde doch der Kantonsbeitrag indirekt in den Risikoausgleich überführt. Entsprechend verstärkt dies den Anreiz für die Krankenversicherer, sich für eine effiziente Versorgung einzusetzen (vgl. Minderheit Humbel, Aeschi Thomas, de Courten, Herzog, Hess Lorenz, Sauter, Schmid-Federer, Weibel).

economiesuisse präferiert die Minderheit Humbel et. al., sieht darin aber keine Condition-sine-qua-non für die Einführung von EFAS.

#### **b) Spitäler oder Geburtshäuser, welche nicht auf der Spitalliste stehen**

Artikel 49a Absatz 4 KVG sieht heute vor, dass Versicherer mit Spitälern oder Geburtshäusern, welche nicht auf der Spitalliste stehen und dennoch die Voraussetzungen nach Artikel 38 / 39 erfüllen, Grundversicherungsverträge abschliessen können. Diese Bestimmung wird nun im Vorentwurf neu geregelt: Die Versicherer dürfen Vertragsspitalern aus Mitteln der Grundversicherung weiterhin lediglich denjenigen Anteil vergüten, welcher von ihnen nach Berücksichtigung des Kantonsbeitrags effektiv getragen wird, also neu 74.5 Prozent des Betrags (analog Listenspitäler). Bisher waren es nur 45 Prozent. Damit dürfte das Instrument der Vertragsspitäler sowie Geburtshäuser etwas attraktiver werden, da Versicherer neu knapp 20 Prozentpunkte mehr als bisher aus Mitteln der Grundversicherung leisten dürfen. Der allenfalls von einer Zusatzversicherung oder vom Patienten zu übernehmende Anteil sinkt parallel dazu von 55 Prozent auf 25.5 Prozent, was die Prämien in den Zusatzversicherungen entlasten könnte. Damit sinkt die Relevanz der kantonalen Spitalplanung in einem gewissen Ausmass, weil Spitäler ausserhalb von Spitallisten neu für Zusatzversicherte oder Selbstzahler nicht mehr im selben Ausmass teurer sind wie unter der bisherigen Regelung. Eine Minderheit (Gysi, Carobbio Guscetti, Feri Yvonne, Häsler, Heim, Ruiz Rebecca, Schenker Silvia) will dies verhindern und beantragt die heutige Regelung.

Seit Einführung des KVG sind die Leistungen in der Krankenversicherung um 157% gestiegen, während die Zusatzversicherung bloss um 40% zulegen konnte. Es findet also eine stetige Verschiebung vom Zusatzversicherungsbereich in den obligatorischen Bereich statt. Diese privaten Gelder fehlen heute im System, was teilweise zu Finanzierungsproblemen auf Ebene der Gemeinden, Kantone und privaten Haushalten führt. Grund dafür ist der sinkende Anteil Personen mit Zusatzversicherung. Mit der Änderung im Vorentwurf könnten diese Entwicklung leicht gebremst werden, weil Zusatzversicherungen etwas attraktiver würden. Die Wirtschaft begrüsst deshalb die vorgeschlagene Neuregelung und lehnt den Minderheitsantrag ab.

#### **c) Verknüpfung der Vorlage mit Nachfolgeregelung zu Artikel 55a**

Der Minderheitsantrag Carobbio Guscetti et. al. verlangt, dass die Vorlage zur einheitlichen Finanzierung nur gemeinsam mit einer Nachfolgeregelung zu Artikel 55a KVG in Kraft tritt. Er will also

Seite 4

Vernehmlassung: 09.528 Parlamentarische Initiative. Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus

EFAS von einer neuen Regelung bei der Zulassungssteuerung im ambulanten Bereich abhängig machen. Diese Verknüpfung lehnt die Wirtschaft ab. EFAS entfaltet gerade dann die grössten Effizienzgewinne, wenn keine zusätzlichen Steuerungselemente eingeführt werden (vgl. oben). Auch eine Verknüpfung der Vorlage mit der Pflegefinanzierung, wie es den Kantonen vorschwebt, ist sachfremd. Die heutige Pflegefinanzierung macht keinen Unterschied zwischen stationären und ambulanten Leistungen. Eine Verzerrung, wie sie in der Spitalfinanzierung vorliegt und mit der Vorlage korrigiert wird, gibt es in der Pflegefinanzierung nicht. Die Wirtschaft lehnt dezidiert Verknüpfungen mit sachfremden Vorlagen ab.

Wir bedanken uns für die Berücksichtigung unserer Anliegen.

Freundliche Grüsse  
economiesuisse

Prof. Dr. Rudolf Minsch  
Chefökonom und  
stv. Vorsitzender der Geschäftsleitung

Dr. Fridolin Marty  
Leiter Gesundheitspolitik