

Auszug aus dem Protokoll des Regierungsrates des Kantons Zürich

Sitzung vom 5. September 2018

829. Bundesgesetz über die Krankenversicherung, Änderung (09.528 Parlamentarische Initiative. Finanzierung der Gesundheits- leistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus; Vernehmlassung)

Am 11. Dezember 2009 reichte Nationalrätin Ruth Humbel die parlamentarische Initiative 09.528 «Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus» ein. Nach längeren Verzögerungen nahm 2016 die Subkommission «Monismus» der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-N) ihre Arbeit im Zusammenhang mit dieser parlamentarischen Initiative auf und entwickelte einen entsprechenden Gesetzes- und Berichtsentwurf. Diesen beriet die SGK-N im Frühling 2018 und verabschiedete die Vorlage «Einheitliche Finanzierung der Leistungen im ambulanten und im stationären Bereich» zur Vernehmlassung.

Mit Schreiben vom 15. Mai 2018 eröffnete die SGK-N zu dieser Vorlage das Vernehmlassungsverfahren.

Die Vorlage verfolgt gemäss eigener Beschreibung drei Ziele. Erstens soll sie, wo medizinisch sinnvoll, die Verlagerung von Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich fördern. Da ambulant erbrachte Leistungen in der Regel günstiger sind als stationär erbrachte, soll so das Kostenwachstum insgesamt gebremst werden und die Prämien sollen weniger schnell steigen, da der Kantonsbeitrag neu auch für die ambulant erbrachten Leistungen vorgesehen ist. Unter diesen Rahmenbedingungen soll auch eine qualitativ hochstehende koordinierte Versorgung, die unnötige Hospitalisationen durch rechtzeitige ambulante Behandlung vermeidet, finanziell attraktiver werden für die Versicherten. Zweitens beabsichtigt die Vorlage, mit der Umstellung auf eine einheitliche Finanzierung sicherzustellen, dass die steuer- und die prämiendifinanzierten Finanzierungsanteile an den Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) – unter Ausschluss der Langzeitpflege – stabilisiert werden. Drittens soll die Vorlage die einheitlichen Finanzierungsträger – also Versicherer und Kantone – veranlassen, stärker auf eine sachgerechte Tarifierung der ambulant und der stationär erbrachten Leistungen hinzuwirken.

Erreicht werden sollen diese drei Ziele über eine einheitliche Finanzierung aller stationären und ambulanten OKP-Leistungen mit Ausnahme der Pflegeleistungen. Neu sollen zudem einzig die Versicherer die ambulanten und stationären Leistungen vergüten (Monismus). Die SGK-N ist der Ansicht, dass die Versicherer dafür ideal geeignet sind, da es sich bei der Abwicklung und Kontrolle der Rechnungen der Leistungserbringer um eine Kernaufgabe dieser Versicherer handle. Sie seien an einer effizienten und wirksamen Rechnungskontrolle interessiert, da sie gegenüber ihren Mitbewerbern einen Vorteil hätten, wenn sie unnötige Ausgaben vermeiden und so den Prämienanstieg dämpfen könnten. Die Umstellung auf die einheitliche Finanzierung soll für die Versicherer und Kantone insgesamt kostenneutral erfolgen. Die Vorlage sieht derzeit einen landesweiten, einheitlichen minimalen Kantonsbeitrag von 25,5% der Nettoleistungen der Versicherer vor, wobei dieser Anteil nach dem Vernehmlassungsverfahren noch aktualisiert werden soll. Die Einspeisung der öffentlichen Gelder soll über die gemeinsame Einrichtung gemäss Art. 18 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG, SR 832.10) erfolgen. Die Aufgabe der gemeinsamen Einrichtung besteht anschliessend darin, den kantonalen Beitrag den Versicherern zu übertragen, basierend auf den Kosten pro versicherte Person, die den einzelnen Versicherern entstanden sind.

Die Vorlage enthält verschiedene Minderheitsanträge: Ein erster lautet dahingehend, nicht auf die Vorlage einzutreten, da sie den Anliegen der Kantone zu wenig Rechnung trage und daher nicht mehrheitsfähig sei. Sodann schlägt eine Minderheit der SGK-N vor, den Kantonsbeitrag als pauschalen Betrag pro versicherte Person einzuspeisen und die Kontrolle der Rechnungen der Leistungserbringer durch die gemeinsame Einrichtung oder ein neu zu schaffendes Organ, in dem die Kantone vertreten wären, vornehmen zu lassen. Weiter fordert eine Minderheit der SGK-N, dass die OKP wie bisher höchstens 45% der Kosten der Leistungen von Vertragsspitalern und -geburtshäusern vergütet (und nicht 74,5%, wie es dem neuen Anteil der Versicherer an sämtlichen ambulanten und stationären Leistungen entsprechen würde). Schliesslich will eine Minderheit der SGK-N sicherstellen, dass die Vorlage zur einheitlichen Finanzierung der Leistungen im ambulanten und im stationären Bereich nur in Kraft tritt, wenn auch eine Nachfolgeregelung zu Art. 55a KVG im Sinne einer Zulassungssteuerung im ambulanten Bereich in Kraft tritt.

Auf Antrag der Gesundheitsdirektion

b e s c h l i e s s t d e r R e g i e r u n g s r a t :

I. Schreiben an die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (Zustellung auch per E-Mail als PDF- und Word-Version zusammen mit dem Word-Formular an abteilung-leistungen@bag.admin.ch):

Mit Schreiben vom 15. Mai 2018 haben Sie uns die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG, SR 832.10) unter dem Titel «Einheitliche Finanzierung der Leistungen im ambulanten und im stationären Bereich» zur Vernehmlassung unterbreitet. Wir danken für die Gelegenheit zur Stellungnahme und äussern uns wie folgt:

Der Kanton Zürich lehnt die Vorlage der SGK-N für eine einheitliche Finanzierung der Leistungen im ambulanten und im stationären Bereich in der vorliegenden Form ab.

A. Grundsätzliches

Gemäss Art. 117 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999 (BV, SR 101) erlässt der Bund Vorschriften über die Krankenversicherung. Er kann die Versicherung allgemein oder für einzelne Bevölkerungsgruppen obligatorisch erklären. Bei der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) handelt es sich somit um eine «Bundes»-Sozialversicherung. Im Rahmen von Versicherungen sind die Prämien grundsätzlich so zu bemessen, dass sie zur Finanzierung der geschuldeten Leistungen ausreichen. Im Bereich der Sozialversicherungen kommt es jedoch häufig zu staatlichen Subventionen, in dem Sozialversicherungsleistungen zumindest teilweise durch öffentliche Mittel quersubventioniert werden.

Sofern die Prämien in der OKP nicht ausreichen, um die Versicherungsleistungen zu finanzieren, müssten entsprechend der Kompetenzregelung von Art. 117 BV korrekterweise Bundesmittel zur Subventionierung herangezogen werden. Diesem Grundsatz widerspricht die vorliegende Vorlage diametral – wie im Übrigen auch die bereits seit 2012 geltende gesetzliche Verpflichtung der Kantone, 55% der Kosten für stationäre OKP-Leistungen zu übernehmen. Der Bundesgesetzgeber überschreitet seine Kompetenzen, wenn er die Kantone zur Mitfinanzierung einer Bundesversicherung verpflichtet. Hinzu kommt, dass die Vorlage das Prinzip der fiskalischen Äquivalenz nach Art. 43a Abs. 3 BV verletzt, demgemäss das Gemeinwesen, das die Kosten einer staatlichen Leistung trägt, auch über diese Leistungen bestimmen kann. Das ist vorliegend ganz offensichtlich

nicht der Fall: Die Festlegung des Leistungsumfangs der Versicherung sowie der möglichen Leistungserbringer zulasten der OKP erfolgen auf Bundesebene. Bei den zugelassenen ambulanten Leistungserbringern verfügen die Kantone aber nur über minimalste und nur provisorische Steuerungsmöglichkeiten (Art. 55a KVG). Im stationären Bereich sind immerhin einzig die gemäss kantonalen Spitalplanungen notwendigen Listenspitäler zur Tätigkeit zulasten der Kantone zugelassen. Da aber gemäss KVG die Spitalwahlfreiheit gilt, müssen die Kantone auch hier Beiträge an Listenspitäler anderer Kantone leisten, für die gemäss ihrer eigenen Planung kein Bedarf besteht. Es kann nicht sein, dass die Kantone inskünftig bei Annahme der Vorlage bis zu 10% ihrer Fiskaleinnahmen an die Krankenversicherer überweisen müssen, ohne dass sie eine sachgerechte und effiziente Verwendung dieser Mittel sicherstellen können. Gleichzeitig würde aber auch eine Ausweitung der Aufsichtsverantwortung des Bundes über die Krankenversicherer unabdingbar, da diese gemäss neuem Finanzierungsregime ein viel grösseres Geldvolumen in ihrer Verantwortung hätten.

Es gilt sich vor Augen zu halten, dass die Umsetzung der vorliegenden Finanzierungsvorlage zu einem völligen Systemumbruch führen würde. Sie hätte zum einen kurzfristig eine substanzielle Lastenverschiebung von den Versicherern zu gewissen Kantonen zur Folge (für den Kanton Zürich würde gemäss den neusten Berechnungen des BAG die Umstellung aber praktisch kostenneutral ausfallen und tragbar sein). Zum anderen wäre mittelfristig jedoch mit einer finanziellen Mehrbelastung aller Kantone zu rechnen – dies aufgrund der Kostendynamik des von den Kantonen neu mitzufinanzierenden ambulanten Bereichs. Vor allem aber würden die Kantone zu einem systemimmanenten Mitfinanzierer der OKP gemacht – wohlgerne für eine Versicherung, die im Zuständigkeitsbereich des Bundes liegt und auf deren Ausgestaltung die Kantone keinen Einfluss haben.

Wird ein solcher Systemumbau vom Parlament ernsthaft in Betracht gezogen und diskutiert, so müssten dabei auf jeden Fall die Ergebnisse der vom Bundesrat beim BAG in Auftrag gegebenen Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung berücksichtigt und eingearbeitet werden. Der Schlussbericht der Evaluation soll 2019 vorliegen. Er wird die Auswirkungen der seit 2012 umgesetzten Revision der Spitalfinanzierung aufzeigen sowie Entscheidungsgrundlagen für die Weiterentwicklung des KVG schaffen. Zudem hat das Parlament die Motion 13.3363 «Aufgabentrennung zwischen Bund und Kantonen» angenommen. Damit wurde der Bundesrat beauftragt, sämtliche Aufgaben, bei denen die Verantwortung und/oder die Finanzierung gemeinsam bei Bund und Kantonen liegen, systematisch zu analysieren und bis 2018 einen umfassenden Bericht vorzulegen. Der Einbezug der Vorlage «Einheit-

liche Finanzierung der Leistungen im ambulanten und im stationären Bereich» in diesen Bericht wäre zwingend.

B. Zur Vorlage

Der Kanton Zürich unterstützt grundsätzlich die von der SGK-N selbst formulierten und gesteckten Ziele (Förderung der Verlagerung von Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich; Dämpfung des Kostenwachstums insgesamt; Stabilisierung der steuer- und prämiendifinanzierten Finanzierungsanteile an den Leistungen der OKP; Förderung der koordinierten Versorgung und eine sachgerechte Tarifierung der ambulant und der stationär erbrachten Leistungen). Allerdings ist die vorliegend geplante Änderung des KVG aus nachstehenden Gründen kein taugliches Instrument, um die gesteckten Ziele zu erreichen.

a) Förderung der Verlagerung von Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich

Die Versicherer müssen mit Ausnahme der Rehabilitation nur in sehr seltenen Ausnahmefällen vorgängig einer Behandlung eine Kostengutsprache für deren Vornahme erteilen. Abgesehen von diesen seltenen Fällen haben sie keine Möglichkeit zur Einflussnahme auf den Entscheid betreffend stationäre oder ambulante Durchführung. Dieser Entscheid wird vielmehr von der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt zusammen mit der Patientin oder dem Patienten getroffen. Für die Leistungserbringer (Ärztinnen und Ärzte, Spitäler) ist es aber – abgesehen vom vernachlässigbaren administrativen Aufwand – unerheblich, ob sie ihre Entschädigung je anteilmässig vom Versicherer und vom Kanton oder nur vom Versicherer erhalten. Ausschlaggebend für den Entscheid sind neben medizinischen Kriterien vielmehr die Ertrags- und Verdienstmöglichkeiten für den Leistungserbringer selbst. Diese hängen einerseits von der Tarifstruktur und andererseits vom Versicherungsstatus der Patientin oder des Patienten (Zusatzversicherungen) ab. Die Umleitung der Finanzflüsse von den Kantonen zu den Versicherern (einheitliche Finanzierung) setzt diesbezüglich keine anderen Anreize bei den Leistungserbringern und bewirkt folglich nichts. Um die Verlagerung von Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich zu fördern, bedarf es anderer Massnahmen: beispielsweise den bereits teilweise auf Kantons- und auch auf Bundesebene erfolgten Erlass von Listen mit operativen Eingriffen, die grundsätzlich nur noch bei ambulanter Durchführung von der OKP vergütet werden («ambulant vor stationär») oder eine Verbesserung der Tarifstrukturen (z. B. sachgerechtere Tarifstrukturen, Entwicklung [spital]ambulanter Pauschalen, Ausrichtung neuer Tarifstrukturen auf die integrierte Versorgung).

Es bleibt darauf hinzuweisen, dass erste Auswertungsergebnisse im Kanton Luzern neun Monate nach Inkrafttreten der kantonalen Regelung «ambulant vor stationär» darauf hindeuten, dass die Behandlungskosten bei den Listeneingriffen gesamthaft – d. h. sowohl für Versicherer und Prämienzahlerinnen und -zahler als auch für die Kantone und Steuerzahlerinnen und -zahler – gesunken sind. Eine einheitliche Finanzierung der Leistungen war für diese kostendämpfende Wirkung nicht notwendig.

b) Dämpfung des Kostenwachstums insgesamt

Die beabsichtigte Dämpfung des Kostenwachstums soll gemäss Vorlage über die Verlagerung von Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich erreicht werden, da ambulante Leistungen in der Regel günstiger sind als stationäre Leistungen. Wie vorstehend aufgezeigt, wird eine einheitliche Finanzierung jedoch praktisch keine Auswirkungen auf die angestrebte Verlagerung haben, da sie die in diesem Bereich bestehenden Fehlanreize nicht beseitigt, sondern einzig zu einer Umleitung der heute bestehenden Finanzierungsflüsse führt. In welchem Verhältnis die Kosten der OKP durch Prämien und Steuern gedeckt werden, beeinflusst das Verhalten der Leistungserbringer bzw. die Verlagerung von Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich nicht: Eine Dämpfung des Kostenwachstums wird auf diese Weise nicht erreicht.

c) Förderung der Attraktivität der koordinierten Versorgung

Eine einheitliche Finanzierung von stationären und ambulanten Leistungen mag möglicherweise Voraussetzungen für eine Verbesserung der Behandlungskette und damit auch der Behandlungsqualität schaffen, – allerdings nur sehr indirekt, da diesbezügliche Fehlanreize vor allem in den Tarifstrukturen begründet liegen (nicht sachgerechte ambulante Tarife, verschiedene Tarifstrukturen entlang der Behandlungskette usw.). Anstatt auf die indirekte Wirkung der einheitlichen Finanzierung zu hoffen, wäre es ehrlicher und effizienter, die Fehlanreize direkt anzugehen.

Zudem gibt es nicht nur einen Finanzierungsbruch zwischen dem stationären und dem ambulanten Leistungsbereich, sondern auch zwischen «kurzfristigen» Akutbehandlungen in den Spitälern und nachgelagerten Pflegeleistungen in Heimen und durch die Spitex. Wenn das Ziel der einheitlichen Finanzierung tatsächlich darin bestehen soll, die koordinierte/integrierte Versorgung zu fördern, dann sind zwingend auch die Pflegeleistungen gemäss Art. 25a Abs. 1 KVG in die Vorlage miteinzubeziehen. Die Behauptung, diese Forderung sprengt den Rahmen der Vorlage, ist ein Scheinargument: Würde die einheitliche Finanzierung eingeführt, bedeutete dies für alle Beteiligten grundlegende und tiefgreifende Veränderungen hinsichtlich der Finanzierungsregelungen der OKP. Soll die koordinierte Versorgung ernsthaft gefördert werden, ist es unabdingbar,

die Pflegeleistungen gemäss Art. 25a Abs. 1 KVG in die einheitliche Finanzierung zu integrieren. Der Einwand, die Neuordnung der Pflegefinanzierung gelte erst seit 2011 und solle nicht bereits wieder umgestellt werden, verfängt ebenfalls nicht: Die neue Spitalfinanzierung gilt erst seit 2012 und ist damit noch «jünger».

Sodann sind es vor allem innovative Versorgungs- und Versicherungsmodelle, die eine koordinierte Versorgung gewährleisten. Eine einheitliche Finanzierung im stationären und im ambulanten Bereich setzt für die Leistungserbringer jedoch keine neuen Anreize, welche die Attraktivität koordinierter Versorgungsmodelle erhöhte. Für sie ist – wie bereits erwähnt – nicht ausschlaggebend, von wem sie ihre Leistungen entschädigt erhalten, sondern wie ihre Ertrags- und Verdienstmöglichkeiten aussehen. Man kann bestenfalls hoffen, dass die Krankenversicherer ihre Möglichkeiten zur Einführung neuer Versicherungsmodelle zur Förderung der integrierten Versorgung in einem monistischen Finanzierungssystem besser nutzen würden als heute.

d) Stabilisierung der steuer- und prämienfinanzierten Finanzierungsanteile an den Leistungen der OKP

Die Forderung nach einer Stabilisierung der steuer- und prämienfinanzierten Finanzierungsanteile an den Leistungen der OKP ist verteilungs- bzw. sozialpolitischer Natur. Für die Einzelnen ist die Vorlage diesbezüglich von grosser Bedeutung, sind sie doch sowohl als Steuer- als auch als Prämienzahlerinnen und -zahler betroffen. Darum müssen ihnen die Auswirkungen der geplanten einheitlichen Finanzierung transparent und nachvollziehbar dargelegt werden. Diese Voraussetzung erfüllen die Vorlage und der erläuternde Bericht nicht: So ist zwar vorgesehen, die vorgeschlagene einheitliche Finanzierung für die Kantone mittels einer über alle Kantone hinweg kostenneutralen Einführung umzusetzen, auf die einzelnen Kantone heruntergebrochen, hätte die Einführung der einheitlichen Finanzierung aber ganz unterschiedliche Folgen. Gemäss den Schätzungen des Bundesamtes für Gesundheit im Bericht vom 5. März 2018 (Varianten im Umgang mit der Kostenbeteiligung und kantonal unterschiedliche Bedeutung des stationären Spitalsektors) käme es für einzelne Kantone zu zusätzlichen Belastungen von bis zu 100 Mio. Franken. Auf der anderen Seite gäbe es auch Kantone, die sich zugunsten der Krankenversicherer entlasten könnten, was in diesen Kantonen einen Anstieg der OKP-Prämien zur Folge haben dürfte. Die unterschiedlichen Folgen für die einzelnen Kantone rühren insbesondere daher, dass die Anteile an stationären und ambulanten Leistungen nicht in allen Kantonen gleich gross sind. Kantone mit überdurchschnittlich grossen Anteilen an ambulanten Behandlungen würden bei Umsetzung der Vorlage zusätzlich belastet, jene Kantone mit überdurchschnittlich grossen An-

teilen an stationären Behandlungen demgegenüber entlastet. Diese Umstände und ihre Folgen werden im erläuternden Bericht nur schemenhaft angedeutet. Ebenfalls nicht nachvollziehbar sind die allgemein getroffenen Annahmen zu den finanziellen Auswirkungen der Vorlage insgesamt. Es ist unklar, woraus die hochgerechneten Kantonsbeiträge von jeweils zwischen 7,3 Mrd. und 7,7 Mrd. Franken für die Jahre 2012 bis 2015 hergeleitet worden sind. Dementsprechend kann auch nicht überprüft werden, ob der auf diesen Grundlagen berechnete kantonale Mitfinanzierungsanteil von 25,5% realistisch ist. Es ist daher unbedingt nötig, dass sämtliche Daten und Methoden, die der Ermittlung des gesetzlichen kantonalen Mindestanteils zugrunde liegen, transparent aufgezeigt werden. Nur so sind die Kantone in der Lage, die Konsequenzen der Umstellung auf eine einheitliche Finanzierung für ihre Haushalte zu prüfen und zu beziffern, und könnte das Parlament der Öffentlichkeit gegenüber auch ehrlich Rechenschaft ablegen, welche Folgen die Vorlage für die Steuer- und Prämienzahlerinnen und -zahler hätte.

Eine Stabilisierung der steuer- und prämienfinanzierten Finanzierungsanteile an den Leistungen der OKP ist sodann nur möglich, wenn auch die Pflegeleistungen gemäss Art. 25a Abs. 1 KVG in die Vorlage integriert werden. Geschieht dies nicht, wäre die gemäss SGK-N beabsichtigte Stabilisierung der steuer- und prämienfinanzierten Finanzierungsanteile an den Leistungen der OKP bereits vor Umsetzung der Vorlage gescheitert. Der Widerstand gegen eine Integration der Pflegeleistungen in die Vorlage lässt den Verdacht aufkommen, dass es im Rahmen der Vorlage in Wirklichkeit vor allem um eine Entlastung der Krankenversicherer zulasten der Kantone geht.

Gemäss Vorentwurf sollen zudem die Vertragsspitäler inskünftig 74,5% des Betrags, der einem Listenspital zustünde, aus den Mitteln der OKP erstattet erhalten. Dies im Gegensatz zum derzeitigen Beitrag der Versicherer, der 45% beträgt. Es braucht nicht viel Phantasie, um die Folgen abzuschätzen: Der Vertragsspital-Status würde an Attraktivität gewinnen und die Zahl der Vertragsspitäler zunehmen. Diese zusätzlichen Spitalbetten, die gemäss kantonalen Planungen nicht versorgungsnotwendig wären, unterliefen damit einerseits noch stärker als heute die kantonalen Spitalplanungen und verkleinerten das zur Gewährleistung der Spitalversorgung notwendige Volumen an Versorgungskapazitäten in unverantwortlicher Weise. Andererseits würden die in Vertragsspitalern erbrachten Leistungen neu zu 74,5% durch die OKP finanziert. Die dadurch gesteigerte Attraktivität der Vertragsspitäler könnte unbeabsichtigte, unplanbare und unnötige Mengen- und Kapazitätsausweitungen auslösen, was wiederum zu steigenden Gesundheitskosten führen würde. Diese nur zulasten der Krankenversicherer gehenden Kosten hätten steigende Kran-

kenkassenprämien zur Folge. Eine Stabilisierung der steuer- und prämiendifinanzierten Finanzierungsanteile wäre nicht möglich. Das Institut der Vertragsspitäler ist daher bereits aus systempolitischen Überlegungen abzuschaffen – unabhängig von der Vorlage. Findet sich dafür keine Mehrheit, so darf zumindest der Beitrag der Versicherer im Rahmen der einheitlichen Finanzierung keinesfalls auf mehr als 45% des Betrags, der einem Listenspital zusteht, festgelegt werden; insoweit ist für Listenspitäler in jedem Falle der heutige Zustand beizubehalten.

e) Förderung einer sachgerechten Tarifierung der ambulant und der stationär erbrachten Leistungen

Unbestrittenermassen hat die Tarifierung einen grossen Einfluss auf das Leistungsvolumen sowie darauf, ob Leistungen ambulant oder stationär erbracht werden. Werden hier die richtigen Anreize gesetzt, können die Kosten allenfalls gedämpft werden. Es ist aber nicht ersichtlich, inwiefern eine einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen und der Monismus eine sachgerechtere Tarifierung fördern würden. Für die Entwicklung und Pflege der Tarifsysteme sind nämlich die Tarifpartner (Leistungserbringer und Krankenversicherer) zuständig – im stationären Bereich über eine gemeinsam mit den Kantonen eingesetzte Organisation, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie Anpassung und Pflege der Strukturen zuständig ist (SwissDRG AG; Art. 49 Abs. 2 KVG). Die Tarifpartner sind also dafür verantwortlich, dass die den Leistungen zugrunde liegenden Tarifstrukturen den medizinischen Entwicklungen angepasst, entsprechend weiterentwickelt und gepflegt werden. Es ist auch ihre Aufgabe dafür zu sorgen, dass die richtigen Anreize (z. B. angemessene Abgeltung ambulanter Behandlungen) gesetzt werden. In welchem prozentualen Verhältnis Versicherer und Kantone sich sodann die Gesamtkosten der ambulant und der stationär erbrachten OKP-Leistungen teilen, hängt nicht von der Tarifstruktur ab und spielt für sie auch keine Rolle. Eine einheitliche Finanzierung hat darum keinerlei Einfluss auf eine sachgerechte Tarifierung.

C. Zu den Minderheitsanträgen

Der Antrag auf Nichteintreten und der Antrag – sofern die Vorlage angenommen würde – auf eine Kontrolle der Rechnungen der Leistungserbringer durch ein neu zu schaffendes Organ, in dem die Kantone vertreten sind, decken sich mit den Forderungen des Kantons Zürich (vgl. Abschnitte D und E). Der Minderheitsantrag, die Entschädigung von Vertragsspitalern und -geburtshäusern durch die OKP auf wie bisher höchstens 45% der Vergütung nach Art. 49 Abs. 1 KVG zu beschränken, ist zwingend. Der Kanton Zürich fordert jedoch die Abschaffung dieses Instituts überhaupt (vgl. Abschnitte B und D). Hinsichtlich der Verknüpfung des

Inkrafttretens der Vorlage der einheitlichen Finanzierung von Leistungen im ambulanten und im stationären Bereich mit dem Inkrafttreten einer Nachfolgeregelung zu Art. 55a KVG im Sinne eine Zulassungssteuerung im ambulanten Bereich muss wie folgt differenziert werden: Sollte die einheitliche Finanzierung der Leistungen im ambulanten und im stationären Bereich vom Parlament gutgeheissen werden, dann müssten den Kantonen gleichzeitig auch die nötigen Instrumente zur Steuerung des ambulanten Versorgungsangebots gegeben werden (vgl. Abschnitt D). Die derzeit im Parlament diskutierte Vorlage zur Zulassungssteuerung ist ein erster, aber nicht ausreichender (weil sie im Wesentlichen nur Neuzulassungen beschlägt) Schritt in diese Richtung. Die Vorlage zur Zulassungssteuerung kann insofern unabhängig von der Vorlage zur einheitlichen Finanzierung behandelt werden. Schliesslich beantragt eine Minderheit, den Kantonsbeitrag als pauschalen Betrag pro versicherte Person einzuspeisen – anstelle eines kantonalen Beitrags an die Versicherer, gestützt auf die Kosten pro versicherte Person. Beim Minderheitsvorschlag rechnen die Fachleute mit einem leicht verstärkten Anreiz zur Risikoselektion sowie der Notwendigkeit einer separaten Einspeisung für Kinder, damit deren Prämien nicht steigen, während bei der Einspeisung des Kantonsbeitrags gestützt auf die Kosten pro versicherte Person mit einem etwas geringeren Anreiz zur effizienten Versorgung innerhalb des ambulanten Bereichs gerechnet wird. Unter diesen Umständen scheint der Mehrheitsvorschlag pragmatischer.

D. Ausblick

Der Kanton Zürich – im Einklang mit der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) – unterstützt Massnahmen, die direkt und nachweislich auf eine Kostendämpfung hinwirken und Fehlanreize, die zu einer Über- oder Fehlversorgung der Bevölkerung führen, ausmerzen. Diese Ziele werden mit der vorliegend vorgeschlagenen einheitlichen Finanzierung von Leistungen im ambulanten und im stationären Bereich aber praktisch nicht und wenn, dann nur sehr indirekt erreicht. Soll die einheitliche Finanzierung dennoch eingeführt werden, muss sichergestellt werden, dass

- die finanzielle Belastung der Kantone – gestützt auf plausibilisierte und nachvollziehbare Daten – im Systemübergang transparent und überprüfbar kostenneutral ist, und zwar nicht nur für die Gesamtheit der Kantone, sondern auch für jeden einzelnen Kanton.
- die Langzeitpflege (Pflegeheime und Spitex) in das einheitliche Finanzierungsmodell einbezogen wird. Nur so werden Fehlanreize an Schnittstellen der Versorgung konsequent angegangen, die koordinierte und integrierte Versorgung gefördert und tatsächlich eine Stabilisierung der steuer- und prämienfinanzierten Finanzierungsanteile angestrebt.

- die Kantone ein Instrumentarium zur Hand haben, um das ambulante Versorgungsangebot sowohl hinsichtlich Leistung als auch Menge und Qualität gezielt zu beeinflussen. Dies ist aufgrund des in der Bundesverfassung verankerten fiskalischen Äquivalenzprinzips zwingend. Der Entwurf des Bundesrates zur Teilrevision des KVG vom 9. Mai 2018 ist diesbezüglich ein erster und wichtiger, aber noch nicht ausreichender Vorschlag.
- die Kantone in Bezug auf die korrekte Abrechnung von ambulanten Leistungen für die Kantonsbevölkerung über eine Kontrollmöglichkeit verfügen, beispielsweise durch die Schaffung eines gemeinsamen Organs. Nur so können sie ihre finanzrechtliche Verantwortung für einen effizienten Einsatz von Steuergeldern sicherstellen und gegenüber ihren Einwohnerinnen und Einwohnern auch nachweisen.
- eine nationale Tariforganisation für ambulante Tarife gesetzlich vorgeschrieben wird, an der die Kantone paritätisch beteiligt sind.
- Fehlanreize infolge Verknüpfung der vertraglichen Vereinbarungen der Tarifpartner im Grund- und Zusatzversicherungsbereich konsequent beseitigt werden.
- die Rechnungen im stationären Bereich analog zu heute abgewickelt werden – mit einem entsprechend angepassten Finanzierungsschlüssel –, sodass die Informations- und Kontrollmöglichkeiten der Kantone gewahrt bleiben.
- das Institut der Vertragsspitäler abgeschafft wird, da es zu einem unnötigen Leistungs- und Mengenwachstum führt und die kantonalen Spitalplanungen aushebelt.

E. Fazit

Der Kanton Zürich unterstützt die Haltung der GDK-Plenarversammlung und die Stellungnahme des GDK-Vorstands vom 28. Juni 2018 und verlangt übereinstimmend mit der GDK eine vollständige Überarbeitung der Vorlage unter Berücksichtigung der in Abschnitt D angeführten Voraussetzungen. Nur dann hat die angestrebte Systemumstellung eine echte Chance, die gesteckten Ziele auch tatsächlich erreichen zu können. Aufgrund der Bedeutung der Vorlage und der möglichen finanziellen Verwerfungen in einzelnen Kantonen sollten im Rahmen der Überarbeitung sodann zum einen die Ergebnisse der laufenden Evaluation zur Spitalfinanzierung berücksichtigt werden und zum anderen die Vorlage selbst in das Projekt «Aufgabenteilung 2 Bund – Kantone» (Prüfung von Entflechtungsmöglichkeiten) einbezogen werden.

II. Mitteilung an die Geschäftsleitung des Kantonsrates, die Mitglieder des Regierungsrates und die Gesundheitsdirektion.



Vor dem Regierungsrat
Die Staatsschreiberin:

Kathrin Arioli