

Monsieur  
Thomas de Courten  
Président de la commission de la sécurité  
sociale et de la santé publique  
3003 Berne

Paudex, le 10 septembre 2018  
JSV/ma

**09.528 Initiative parlementaire : Consultation sur le financement uniforme des prestations ambulatoires et des prestations avec hospitalisation**

Monsieur le Président de la commission,

Nous nous référons à l'objet cité en titre et nous nous permettons de vous faire part de nos déterminations à son sujet.

**I. Opportunité d'un système de financement uniforme**

Les coûts de la santé ne cessent d'augmenter depuis l'entrée en vigueur de la LAMal. Vieillessement de la population, améliorations technologiques coûteuses, surabondance de l'offre médicale (soit également de la consommation) figurent parmi les causes les plus fréquemment citées pour expliquer le phénomène. Les améliorations réalisées dans le domaine médical permettent toutefois d'entrevoir l'opportunité de traiter un nombre croissant de pathologies en ambulatoire, en lieu et place d'une prise en charge stationnaire, usuellement plus onéreuse. Les économies en résultant devraient dès lors contribuer à freiner l'augmentation des coûts à charge des assurés et des collectivités.

Il semble néanmoins que la dichotomie existant actuellement entre les modalités de financement entraîne des incitations négatives qui freinent le virage vers l'ambulatoire. Le financement uniforme des prestations ambulatoires et des prestations avec hospitalisation entend y remédier.

En considérant l'ensemble de ces éléments, il paraît effectivement raisonnable de penser qu'un système de financement uniforme fait partie des outils aptes à limiter les incitations négatives et, partant, permette de freiner la hausse des coûts.

Sur le principe, nous sommes donc favorables à la mise en œuvre d'un financement uniforme pour les soins stationnaires et ambulatoires.

**II. Limites du système envisagé**

Toutefois, une telle modification du système doit s'accompagner de réformes plus importantes destinées à revoir l'entier de la problématique liée à la gouvernance des cantons. Il n'est en effet pas envisageable d'étendre encore les compétences cantonales

dans le domaine du pilotage de l'ambulatorie (Projet de révision partielle de la LAMal concernant l'admission des fournisseurs de prestations), sans mesures strictes destinées à encadrer l'usage que les cantons feront de ces nouvelles compétences. A défaut, les risques de glissement vers une économie planifiée au détriment de la qualité des soins, du libre-choix du médecin ou de l'établissement hospitalier ainsi que du respect des droits fondamentaux, notamment la liberté d'exercer sa profession pour les médecins, seraient bien trop importants.

Ce risque de dérive est d'ailleurs déjà une réalité dans le canton de Vaud où l'application de l'actuel moratoire provisoire sur l'installation des médecins a récemment fait l'objet d'un arrêt du Tribunal Fédéral (18 mai 2018). Notre haute Cour a ainsi annulé une décision du Conseil d'Etat relative au refus d'une autorisation de pratique d'une rhumatologue. Le Tribunal Fédéral a notamment mis en lumière que le canton de Vaud avait procédé à une instruction incomplète des faits en matière d'évaluation de la couverture sanitaire du canton et du district de Lausanne en lien avec le taux d'activité des personnes dans le domaine de la rhumatologie. Autrement dit, les décisions d'autorisation de pratique rendues dans le canton ne tenaient absolument pas compte du taux d'activité des médecins installés, ce qui, dans le cadre de l'estimation de la couverture des besoins de la population, n'est pas acceptable.

### **III. Conclusions**

Au vu de ce qui précède, nous rejetons en bloc le projet de financement uniforme des prestations ambulatoires et des prestations avec hospitalisation tel qu'il est proposé. Il n'y a donc pas lieu d'examiner en détail ses dispositions.

Pourtant, afin de donner une chance au financement uniforme des prestations, nous appelons de nos vœux une réforme plus ambitieuse qui garantirait notamment les aspects suivants :

- la définition de principes visant à la mise en œuvre d'une gouvernance adéquate, destinée à séparer les rôles multiples joués par les cantons ; ceux-ci sont en effet générateurs de conflits d'intérêts ;
- une meilleure prise en compte de l'égalité de traitement entre tous les assurés. En effet, il y a lieu de rappeler que les assurés au bénéfice d'une assurance complémentaire sont également des contribuables qui participent au financement du système de santé et il n'y a pas de raison objective qu'ils soient privés de la contribution du canton, en particulier lorsque ceux-ci, comme Vaud et Genève par exemple, appliquent une politique de quotas pour les établissements privés figurant sur leur liste LAMal.

En vous remerciant de l'attention que vous porterez à ces quelques lignes, nous vous prions d'agréer, Monsieur le Président de la commission, l'expression de notre considération distinguée.

Centre Patronal

Jérôme Simon-Vermot

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 einfache 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 Kantons Gelder 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

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

Kommission für soziale Sicherheit  
und Gesundheit  
3003 Bern

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

Bern, 18. Juli 2018

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

Sehr geehrter Herr Kommissionspräsident,

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

***Grundsätzliche Einschätzung***

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

Diese Option steht zurzeit aber nicht zur Debatte, im Gegenteil: Der Vorschlag der Kommissionsmehrheit könnte nicht weiter davon entfernt sein. So ist der Kern dieser Vorlage nicht die einheitliche Finanzierung, sondern eine massive Verschiebung der Steuerungskompetenz in der Grundversicherung weg von der öffentlichen Hand hin zu den privaten Versicherern. Man könnte es auch eine Privatisierung der Grundversicherung nennen. Die öffentliche Hand, bzw. die Kantone, sollten demnach sämtliche heute für die stationäre Versorgung aufgewendeten Mittel – zurzeit sind das ca. 8 Milliarden – bedingungslos an die Versicherer überweisen, welche diese ihrerseits nach eigenem Gutdünken an die Leistungserbringer verteilen könnten. Demokratiepoltisch besteht bereits heute der Sündenfall, dass der demokratischen Kontrolle entzogene Versicherer frei über Prämien-gelder aus einem gesetzlichen Versicherungsobligatorium verfügen können. Noch viel bedenklicher wäre nun aber, wenn diese auch frei über die Verwendung öffentlicher Steuergelder bestimmen könnten. Eine staatliche Mitfinanzierung von Leistungsbereichen, auf deren Entstehung und Abgeltungshöhe die Kantone keinerlei Einfluss haben, widerspricht zudem auch jeglichen finanzrechtlichen Prinzipien.

Monbijoustrasse 61, 3007 Bern, [www.sgb.ch](http://www.sgb.ch)  
031 377 01 01, Fax 031 377 01 02, [info@sgb.ch](mailto:info@sgb.ch)

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

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

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

Die Forderung nach einer monistischen Finanzierung ist bei Weitem nicht das einzige Anliegen der Versicherer zum Ausbau ihrer Steuerungsmacht. Keineswegs an Aktualität verloren hat ihr Ruf nach einer Aufhebung des ärztlichen Vertragszwangs in der Grundversicherung.<sup>1</sup> In Verbindung mit dem vorgeschlagenen Finanzierungsmodell würde die Einführung der Vertragsfreiheit allerdings eine maximale Ausweitung der Kassenhoheit bedeuten. Deshalb wird vielmehr von vielen Seiten bekräftigt, ohne eine dauerhafte staatliche Lösung der ärztlichen Zulassungssteuerung gar nicht erst über die Vorlage zur einheitlichen Finanzierung befinden zu wollen.

---

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

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

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

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

Dennoch ist klar, dass die Verlagerungspolitik weiter vorangetrieben werden muss. Verlagert werden kann aber nur, was medizinisch überhaupt verlagerbar ist. Insofern ist der einfachste erste Schritt einer wirksamen Verlagerungspolitik die Festlegung von Leistungen, welche in den (Akut-)Spitälern prinzipiell ambulant erbracht werden müssen. Etliche Kantone (AG, LU, VS, ZG, ZH) haben bereits vor einiger Zeit solche Listen ambulant durchzuführender Eingriffe erlassen. Das EDI ist anfangs des Jahres nachgezogen und hat seinerseits eine, zunächst bescheidene, national einheitliche Liste mit sechs Eingriffsgruppen definiert,<sup>5</sup> welche ab Januar 2019 nur noch bei einer ambulanten Durchführung vergütet werden. Für die Kantone werden dabei zunächst Einsparungen von 90 Millionen prognostiziert, wobei aufgrund der günstigeren Therapieform keine Zusatzbelastung der Prämien erwartet wird. Die regulierte Verlagerung mittels Eingriffslisten sollte aber weiter ausgebaut werden. Eine PWC-Studie<sup>6</sup> geht für ausgewählte 13 verlagerbare Eingriffe von einem Einsparpotenzial von insgesamt 250 Millionen aus. Mittelfristig könnten aufgrund des medizinisch-technischen Fortschrittes weitere kurzstationäre Behandlungen ambulant durchgeführt werden, wofür die Studie zusätzliche Einsparungen von – sehr optimistischen – 600 Millionen schätzt.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Völlig unverständlich am vorliegenden Gesetzesentwurf ist zudem, dass trotz des im Erläuternden Bericht postulierten Ziels der Finanzierungsneutralität die Kostenbeteiligung der Versicherten zusätzlich erhöht werden soll. Heute wird die Kostenbeteiligung nur auf dem prämiertenfinanzierten Anteil erhoben. Neu würden die Kassen sämtliche Leistungen zu 100% vergüten und deshalb auch die Kostenbeteiligung auf den vollen Betrag dieser Leistungen einfordern. Die Kommissionsmehrheit hat dabei bewusst darauf verzichtet, einen Korrekturmechanismus in die Vorlage einzubauen. Eine weitere Erhöhung der Kostenbeteiligung ist allerdings aufgrund des bereits heute rekordhohen Niveaus absolut inakzeptabel<sup>10</sup>. Dies erst recht deshalb, weil die Erhöhung zwar unweigerlich eintreten würde, jedoch im Erläuternden Bericht nicht einmal beziffert werden kann.

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

Die heutige Finanzierung des Gesundheitswesens ist tatsächlich der Ursprung verschiedener Fehlanreize. Diese sind allerdings höchstens teilweise auf die Existenz unterschiedlicher Vergütungsinstanzen zurückzuführen und ergeben sich im Wesentlichen aus den Differenzen zwischen den zwei parallel existierenden Tarifsystemen Tarmed und SwissDRG. Die blosser Umleitung eines fixen

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

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

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

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

Betrags an Steuergeldern würde hingegen kaum Fehlanreize korrigieren und deshalb auch die Leistungsverlagerung nicht wesentlich beeinflussen.<sup>11</sup>

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

- Die Spitäler nehmen heute zu viele Behandlungen aus finanziellem Interesse stationär vor. Dies tun sie aber nicht deshalb, weil nur stationäre Behandlungen vom Kanton mitfinanziert werden, denn aus Sicht der Leistungserbringer ist die Einkommensquelle prinzipiell unerheblich. Die Tendenz der Spitäler für stationäre Behandlungen hängt vielmehr von den Tarifen ab: Die im stationären Bereich vergüteten Fallpauschalen (SwissDRG) sind in der Regel eher kostendeckend als die entsprechenden Tarifpositionen des ambulanten Tarifsystems Tarmed, welches ursprünglich für die Vergütung von Leistungen in Arztpraxen konzipiert wurde. Ein Spital erhält so heute für denselben Eingriff nicht selten eine um mehrere Tausend Franken höhere Entschädigung, wenn es eine Patientin stationär aufnimmt statt ambulant. Das vorgeschlagene Modell würde daran nichts ändern.
- Das Anstreben von nicht kostendeckenden Tarifen im spital-ambulanten Bereich, im Wissen um eine grosszügigere Abgeltung von Leistungen im Zusatzversicherungsbereich, führt tendenziell zu einer Verschiebung dieser Leistungen bei zusatzversicherten PatientInnen in den stationären Bereich. Dort machen die Versicherer Gewinn und die Spitäler erzielen höhere Margen: Gemäss der erwähnten Studie von PWC ist die stationäre Abgeltung für zusatzversicherte PatientInnen für 13 relevante Eingriffe 165% höher als für grundversicherte PatientInnen. Die vorgeschlagene Gesetzesrevision würde hier jedoch keineswegs Abhilfe schaffen, sie würde das Problem vielmehr weiter verschärfen.
- Die Versicherer haben zwar bei konkreten Behandlungsfällen einen geringen Einfluss auf die Wahl der Therapieform (ambulant oder stationär), sie haben aber sehr wohl Gewicht in der Gestaltung der Tarife. Wenn also den Versicherern viel an einer griffigen Verlagerungspolitik läge, dann könnten sie darauf über die Tarifverhandlungen bereits heute mehr hinwirken. Dies ist keineswegs abwegig, denn die Krankenkassen stehen mit ihren zwei bis drei Verhandlungsgemeinschaften in der Tarifpolitik nur begrenzt in Konkurrenz zueinander, sie vereinen vielmehr eine geballte Verhandlungsmacht. Die Motivation zu einer Tarifpolitik, die zu einem relativen Rückgang des stationären Bereichs führt, dürfte für die Versicherer aber deshalb klein sein, weil sie damit in diesem Bereich eben auch ihre gewinnträchtigen Zusatzversicherungen unter Druck setzen würden. Mit dem vorgeschlagenen Modell besteht diese Gefahr nicht, die Zusatzversicherungen würden weiter gestärkt.
- In der Tat kann es aber problematisch sein, dass stationäre Leistungen heute nur zu 45% prämiendifinanziert sind, ambulante Leistungen jedoch zu 100%. Es gibt also Eingriffe, die zwar ambulant durchgeführt massiv günstiger sind, die PrämienzahlerInnen aber dennoch mehr belasten: Beträgt die Einsparung nicht mindestens 55%, werden die Prämien per Definition zusätzlich belastet. Bekanntlich gibt es nun unterschiedliche Zahlen zum Einsparpotenzial von Verlagerungen. Die erwähnte PWC-Studie untersucht 13 verlagerbare chirurgische Eingriffe

---

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

mittels eines datenbasierten Vergleichs der durchschnittlichen Abgeltungen in den Tarifsyste-  
men Tarmed und SwissDRG. Sie stellt dabei ein durchschnittliches Einsparpotenzial von 56.5%  
über alle Eingriffe fest. Dies bedeutet, dass die Verlagerung dieser Eingriffe zu Einsparungen  
führen würde, welche hoch genug sind, um eine zusätzliche Prämienbelastung zu vermeiden.  
Der Krankenkassenverband Curafutura verweist seinerseits zwar auf Berechnungen, die ein  
weit tieferes Einsparpotenzial aufzeigen sollen, hält diese aber stets unter Verschluss. Über die  
Beweggründe kann nur gerätselt werden.

- Eine koordinierte Versorgung – wie sie durch diese Vorlage ebenfalls gefördert werden soll –  
kann tatsächlich einen massgeblichen Beitrag dazu leisten, durch rechtzeitige ambulante Be-  
handlungen unnötige Hospitalisierungen und damit Kosten zu vermeiden. Es gibt aber keinen  
entscheidenden Grund, weshalb dies nicht schon heute vermehrt gemacht werden könnte –  
bzw. wird es das auch: Die Anzahl Versicherter, die sich für integrierte Modelle entscheiden,  
steigt stetig an (dies allerdings hauptsächlich aufgrund der untragbaren Prämienlast, bzw. der  
Möglichkeit von Prämienrabatten in alternativen Versicherungsmodellen). Der koordinierten  
Versorgung abträglich ist jedoch die Ausklammerung der Langzeitpflege aus der einheitlichen  
Finanzierung. Aufgrund der Ausgabendynamik in diesem Bereich ist zwar ein Einbezug zu ei-  
nem kostenneutralen Finanzierungsschlüssel unvorstellbar (er würde massive Prämiensteige-  
rungen mit sich bringen), in einem sozial ausgestalteten Finanzierungsmodell müsste die Lang-  
zeitpflege aber selbstverständlich gleichwertig eingebettet sein.

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

Die Kantone definieren heute mit den Spitalisten jene Kliniken, für die sie bei stationären Eingriffen  
55% der Kosten übernehmen. Die Krankenkassen haben ihrerseits die Freiheit, Verträge mit Nicht-  
Listenspitälern abzuschliessen, dabei dürfen aber aus der Grundversicherung nur 45% der medi-  
zinischen Kosten übernommen werden. Der Rest wird über Zusatzversicherungen oder durch  
Selbstzahlungen der PatientInnen finanziert. Die Versicherer dürften zwar mit dem vorgeschlage-  
nen Modell der einheitlichen Finanzierung diesen sogenannten Vertragsspitalern aus der Grund-  
versicherung weiterhin nur den Prämienanteil finanzieren, dieser betrüge neu allerdings 74.5% (Art.  
49a). Diese knapp 30-prozentige Erhöhung des Krankenkassenanteils würde die Attraktivität von  
Vertragsspitalern ungemein erhöhen. Private Spitalgruppen wie Genolier oder Hirslanden dürften  
bereitstehen, um ihr mittlerweile bescheidenes Portfolio an Vertragsspitalern in Zukunft kräftig zu  
erweitern. Davon würde im Gegenzug auch die Versicherungsbranche profitieren, weil sie die ent-  
sprechenden halbprivaten und privaten Zusatzversicherungen neu günstiger anbieten könnte, was  
ihr neuen Zulauf beschere würde.

Das vorgeschlagene Modell der einheitlichen Finanzierung ist somit sowohl für Privatkliniken als  
auch für Krankenkassen ein perfektes Vehikel zur Erschliessung neuer Gewinnquellen in der Ge-  
sundheitsversorgung. Diese Gewinnquellen werden erbittert gesucht, ist doch das "Geschäftsum-  
feld" in der Grundversicherung in den letzten Jahren immer schwieriger geworden (beispielsweise  
aufgrund der Verfeinerung des Risikoausgleichs). Eine Stärkung von Privatkliniken und Zusatzver-  
sicherungen schafft aber nicht nur neue Gewinnmöglichkeiten zulasten von eher zahlungskräftigen  
PatientInnen, sie schwächt auch systematisch die Grundversicherung. So belastet die medizini-

sche Überversorgung von zusatzversicherten PatientInnen die Prämien der Grundversicherung bereits heute mit über 400 Millionen Franken pro Jahr<sup>12</sup> (dies im Grundsatz deshalb, weil der medizinische Tarif auch bei der Operation einer halbprivat oder privat versicherten Patientin prinzipiell über die Grundversicherung finanziert wird). Im Gegensatz dazu ist die reine Verlagerungspolitik (ohne einheitliche Finanzierung) eine Gefahr für das Geschäftsmodell der Privatspitäler und Zusatzversicherer: So hat der Mutterkonzern der Hirslanden-Gruppe im Juni 2018 deren Beteiligungswert um ganze 840 Millionen nach unten korrigiert.<sup>13</sup> Als Gründe dafür wurden höhere finanzielle Risiken angegeben, wie sie beispielsweise durch "neue Regelungen zu ambulant vor stationär" entstehen würden.

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

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

Ungefähr 70% der Kosten im Gesundheitswesen sind Personalaufwand. Im Rahmen des Kostendämpfungsdiskurses müssen daher sämtliche Massnahmen auf ihre Auswirkungen auf das Gesundheitspersonal überprüft werden. Einsparungen am falschen Ort können zu Personalabbau und damit Qualitätsverlusten führen, oder aber zu einer Verschlechterung der Arbeitsbedingungen und damit ebenfalls zu Qualitätsverlusten (und im schlimmsten Fall zu höheren Folgekosten). Nun ist der Kostendämpfungseffekt des vorgeschlagenen Finanzierungsmodells zwar stark in Zweifel zu ziehen, alleine die neue Verteilung der Mittel birgt jedoch die Gefahr eines weiter zunehmenden Drucks auf das Gesundheitspersonal. Die Versicherer könnten frei über die Verwendung sämtlicher Gelder entscheiden und würden damit in ihrer impliziten Verhandlungsmacht gegenüber dem Gesundheitspersonal ungemein gestärkt. Angesichts des sich abzeichnenden substantiellen Personalmangels und der hohen Berufsausstiegsquote muss aber eine weitere Verschlechterung der Arbeitsbedingungen in den Pflegeberufen um jeden Preis verhindert werden.

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

---

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

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

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

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

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

Im Rahmen der Diskussion um die Kostendämpfung im Gesundheitswesen steht u.a. die Einführung von Zielvorgaben zum Kostenwachstum der unterschiedlichen Leistungsbereiche im Raum<sup>14</sup>. Eine naheliegende Möglichkeit, solche Zielvorgaben zu erreichen, ist zumindest bei Spitälern die Einführung von Globalbudgets. Solche können gemäss KVG Art. 51 von den Kantonen bereits heute eingeführt werden; davon Gebrauch gemacht haben bis jetzt die Kantone Tessin, Genf und Waadt. Ohne an dieser Stelle dieses Instrument näher zu bewerten, gilt es festzuhalten, dass die Umsetzbarkeit von Globalbudgets mit diesem Vorentwurf nicht mehr gegeben ist. Wenn keine Leistungsvergütungen mehr direkt von den Kantonen an die Spitäler flössen, würden auch Globalbudgets – auch dort, wo es sie heute gibt – völlig bedeutungslos. So erstaunt es denn auch nicht, dass die Versicherer Globalbudgets als "Instrumente der Staatsmedizin" grösstenteils vehement ablehnen: Es geht ihnen nicht um eine effiziente Versorgung, sondern um die ungeteilte Steuerungsmacht im System.

### ***Position der Kantone***

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

---

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

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

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

Freundliche Grüsse

**SCHWEIZERISCHER GEWERKSCHAFTSBUND**



Paul Rechsteiner  
Präsident



Reto Wyss  
Zentralsekretär

---

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

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG):  
Vernehmlassungsverfahren**

## Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Schweizerischer Gewerkschaftsbund

Abkürzung der Firma / Organisation : SGB

Adresse : Monbijoustrasse 61, 3007 Bern

Kontaktperson : Reto Wyss

Telefon : +47 79 740 99 84

E-Mail : reto.wyss@sgb.ch

Datum : 5.7.2018

### **Wichtige Hinweise:**

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **15. September 2018** an folgende E-Mail Adresse:  
[abteilung-leistungen@bag.admin.ch](mailto:abteilung-leistungen@bag.admin.ch)
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

**Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!**

## Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG): Vernehmlassungsverfahren

<b>Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht</b>	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
SGB	Der SGB lehnt den mit diesem Vorentwurf vorgeschlagenen Umbau der Finanzierung und Steuerung des Gesundheitswesens entschieden ab. Untenstehend werden daher nicht alle einzelnen Artikel kommentiert (respektive zur Ablehnung empfohlen), sondern nur die unterstützten Minderheitsanträge angegeben. Für weitere, detaillierte Erläuterungen siehe beigelegtes detailliertes Schreiben.
SGB	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG):  
Vernehmlassungsverfahren**

<b>Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen</b>					
<b>Name/Firma</b>	<b>Art.</b>	<b>Abs.</b>	<b>Bst.</b>	<b>Bemerkung/Anregung</b>	<b>Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)</b>
SGB	18	2octies		Ablehnung	Unterstützung des Minderheitsantrags
SGB	49a			Ablehnung	Unterstützung des Minderheitsantrags
SGB	II				Unterstützung des Minderheitsantrags in den Schlussbestimmungen
SGB					

Nationalrätliche Kommission für soziale  
Sicherheit und Gesundheit (SGK-NR)  
3003 Bern

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

Bern, 14. September 2018 sgv-Gf/is

### **Vernehmlassungsantwort**

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

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit dem Schreiben vom 15. Mai 2018 hat uns der Kommissionspräsident eingeladen, zu einem Entwurf zur Umsetzung der parlamentarischen Initiative 09.528 (Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus) Stellung zu nehmen. Für die uns eingeräumte Gelegenheit zur Meinungsäusserung und für die Berücksichtigung unserer Anliegen danken wir Ihnen bestens.

Der Schweizerische Gewerbeverband sgv, die Nummer 1 der Schweizer KMU-Wirtschaft, vertritt 230 Verbände und gegen 500'000 Unternehmen, was einem Anteil von 99.8 Prozent aller Unternehmen in unserem Land entspricht. Im Interesse der Schweizer KMU setzt sich der grösste Dachverband der Schweizer Wirtschaft für optimale wirtschaftliche und politische Rahmenbedingungen sowie für ein unternehmensfreundliches Umfeld ein.

### **Grundsätzliche Bemerkungen**

Die Vorschläge der SGK-NR für eine einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen (EFAS) haben im Kreis unserer Mitgliedverbände ein gemischtes Echo ausgelöst. Die Stossrichtung der Vorlage wird zwar mehrheitlich begrüsst. Es gibt aber auch namhafte sgv-Mitgliedverbände, die die EFAS in der nun vorliegenden Form ablehnen. Heftig kritisiert wird dabei insbesondere die Absicht, die EFAS mit einer Zulassungssteuerung im ambulanten Bereich zu verknüpfen, um so den Widerstand der Kantone zu brechen oder zumindest zu verringern.

Seitens des sgv schliessen wir uns der Mehrheitsmeinung unserer Mitgliedverbände an und begrüssen die EFAS-Vorlage grundsätzlich. Nach unserem Dafürhalten ist es wichtig, dass endlich konkrete Schritte unternommen werden, um die systembedingten Fehlanreize zu eliminieren, die sich aufgrund der unterschiedlichen Finanzierungsmechanismen für ambulante und stationäre Leistungen ergeben. Der sgv macht seine Zustimmung allerdings von folgenden Bedingungen abhängig:

- Auf eine Verknüpfung der EFAS-Vorlage mit einer Zulassungssteuerung sowie weitergehenden Steuerungen des ambulanten Bereichs wie beispielsweise Leistungsaufträge ist zu verzichten;
- Es müssen faire Wettbewerbsbedingungen für die Leistungserbringer und die Versicherer geschaffen oder zumindest gefördert werden;
- Die aus Governance-Überlegungen sehr problematische Vielfachrolle der Kantone ist zu verbessern;
- Privatversicherte dürfen nicht zusätzlich benachteiligt werden.

## Bemerkungen zu einzelnen Gesetzesbestimmungen

### Art. 18 Abs. 2<sup>sexies</sup>, 2<sup>octies</sup> Gemeinsame Einrichtung

Hinsichtlich der Verteilung der Mittel der Kantone auf die einzelnen Versicherer ist dem sgv wichtig, dass ein administrativ einfaches, kostengünstiges und transparentes Verfahren gewählt wird. Die von der Kommission vorgeschlagene Verteilung der Mittel via die gemeinsame Einrichtung stellt aus Sicht des sgv einen gangbaren Weg dar. Wir bitten die Kommission, aber auch noch alternative Lösungsansätze eingehender zur prüfen. Dabei denken wir insbesondere an die direkte Überweisung der Kantonsbeiträge auf Stufe der einzelnen Kantone an die dort tätigen Versicherer.

Den Minderheitsantrag zu Abs. 2<sup>octies</sup> lehnt der sgv dezidiert ab. Es wäre ineffizient und mit unnötigen Mehrkosten verbunden, wenn auch noch die gemeinsame Einrichtung damit beauftragt würde, Daten zu kontrollieren.

### Art. 49a Vertragsspitäler und -geburtshäuser

Wir unterstützen ausdrücklich den Vorschlag der Kommissionsmehrheit. Der Beitrag, den die Versicherer zu leisten haben, ist zwingend dem neuen Kostenteiler gemäss Art. 60 Abs. 4 anzupassen. Würde darauf verzichtet, hätte dies eine klare Benachteiligung der Vertragsspitäler und -geburtshäuser zur Folge, die wir nicht tolerieren könnten. Der Minderheitsantrag ist daher abzulehnen.

### Art. 60 Berechnung Kantonsbeitrag

In Abs. 3 wird vorgeschlagen, dass zur Berechnung des Kostenanteils der Versicherten die Nettoleistungen zu berücksichtigen sind. Bei der Berücksichtigung der Nettokosten trägt der Kanton bei gleicher Leistung weniger zu den Gesundheitskosten von Versicherten mit hoher Franchise bei als zu denjenigen der Versicherten, die sich für die ordentliche Franchise entschieden haben. Die Folge ist eine Ungleichbehandlung der Versicherten. Seitens des sgv beantragen wir daher, dass sich die Berechnung des Kostenanteils der Versicherten auf die Bruttokosten abstützt.

Falls die SGK-NR beim Ansatz bleibt, gemäss dem die Mittel der Kantone via gemeinsame Einrichtung auf die Versicherer zu verteilen sind, treten wir dafür ein, dass die Daten zur Berechnung des Kantons- und Bundesanteils direkt an die gemeinsame Einrichtung geliefert werden. Eine Datenlieferung an die Kantone erachten wir als unnötig, weshalb wir beantragen, die Absätze 6 und 7 wie folgt zu formulieren:

6 *Der Bund, die Kantone und die Versicherer übermitteln der gemeinsamen Einrichtung die Daten, die für die Berechnung des Kantonsbeitrags und des Bundesbeitrags nötig sind. Der Bundesrat regelt die Einzelheiten.*

7 *Die Kantone und der Bund entrichten ihren Beitrag der gemeinsamen Einrichtung (Art. 18).*

### Art. 60a Aufteilung auf die Versicherer

Wir unterstützen den Vorschlag der Kommissionsmehrheit. Eine von Polynomics erstellte Studie hat ergeben, dass der Ansatz der Kommissionsmehrheit die Anreize zur Risikoselektion reduziert und nicht zu einem erhöhten Reservebedarf führt. Der Ansatz der Kommissionsminderheit würde das finanzielle Risiko der Krankenversicherer erhöhen und Unsicherheiten bei der Prämienberechnung schaffen. Dies gilt es nach unserem Dafürhalten zu verhindern.

Für die Berücksichtigung unserer Stellungnahme danken wir Ihnen bestens.

Freundliche Grüsse

### Schweizerischer Gewerbeverband sgv



Hans-Ulrich Bigler  
Direktor, Nationalrat



Kurt Gfeller  
Vizedirektor



Kommission für soziale Sicherheit und  
Gesundheit des Nationalrates  
3003 Bern

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

Bern, 25. Juni 2018

**Pa.Iv. 09.528 «Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus»**

Sehr geehrter Herr Kommissionspräsident  
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Einladung, an der Vernehmlassung zum oben genannten Geschäft teilzunehmen.

Wir bedauern, Ihnen mitteilen zu müssen, dass wir trotz der unbestrittenen Bedeutung der Vorlage aus Kapazitätsgründen auf eine Teilnahme verzichten müssen.

Besten Dank für Ihr Verständnis.

Freundliche Grüsse

**Schweizerischer Städteverband**  
Direktorin

Renate Amstutz

Zurich, le 14 septembre 2018

Commission de la sécurité sociale  
et de la santé publique  
CH – 3003 Berne

Par courriel : abteilung-  
leistungen@bag.admin.ch

**Réponse du Syndicat suisse des services publics à la consultation fédérale relative à l'initiative parlementaire 09.528. Financement moniste des prestations de soins**

Madame, Monsieur,

Le Syndicat suisse des services publics vous remercie de l'avoir consulté sur le projet cité en rubrique et vous fait part, ci-après, de ses déterminations.

Nous nous permettons de vous transmettre nos remarques sans passer par le formulaire joint à la documentation.

Notre syndicat rejette complètement l'avant-projet pour les motifs mentionnés ci-dessous :

De manière générale, cette initiative modifierait drastiquement le système de santé. Une telle réforme fondamentale du système impliquerait de:

- Modifier les flux financiers de manière conséquente en transmettant aux caisses maladie la responsabilité du financement.
- Confier la gestion des factures – et donc leur contrôle – aux seules caisses maladie, sans que les cantons ne puissent intervenir.
- Financer les soins ambulatoires selon le principe des soins stationnaires en obligeant les cantons – par le biais de l'impôt – à une participation directe, sans contrepartie d'aucune sorte.

Nous la refusons principalement pour les motifs suivants :

**1. Perte de contrôle des cantons**

- Les cantons, dans ce projet, perdent tout moyen de contrôle du système de santé pour être réduits au rôle d'agent payeur. Or, les cantons sont seuls garants d'un fonctionnement démocratique garantissant des soins à l'ensemble de la

population sans discrimination d'aucune sorte. Par ailleurs, cette perte de contrôle signifie aussi que les autorités cantonales n'auraient plus accès aux données sensibles du domaine de la santé dans le secteur hospitalier. Or, ces données sont particulièrement intéressantes et utilisables par les assureurs dans un but de marketing et pour améliorer le tri des patients selon des catégories plus ou moins rentables.

- La surveillance des assureurs, de notre point de vue totalement lacunaire en l'état - n'en est pas améliorée par le projet. Au contraire, le droit de recours des cantons est tout simplement supprimé (art. 79a).
- Les caisses maladie seraient les grandes gagnantes de cette révision, alors que l'opacité continue de régner dans leur imbrication entre assurance de base et assurances complémentaires. Ces organismes ne sont pas des instances élues sous contrôle démocratique : leur confier les rênes du système de santé est une incohérence dans la logique de services publics qui doit prévaloir pour le secteur de la santé.

**Une telle révision signifie la redistribution d'environ 8 milliards de francs aux assureurs.**

- En 2012, le peuple avait très massivement rejeté la révision de la Loi sur l'assurance maladie (Réseaux de soins) votée par les chambres fédérales le 30 septembre 2011. Le rôle prépondérant que les caisses maladie auraient pu prendre avec ce système était au cœur du rejet. Nous estimons que la présente initiative tente encore une fois de renforcer le pouvoir des caisses maladie. Le rapport mentionne d'ailleurs le fait que les modèles « d'assurance avec coordination des soins » - autrement dit les réseaux de soins - devraient être renforcés. Ces modèles, qui sont déjà proposés par les assureurs pour réduire les primes, servent fondamentalement à limiter l'accès aux soins (liste de thérapeutes et de médecins agréés, par exemple). Les soi-disant bénéfiques thérapeutiques n'ont jamais été prouvés, pas plus que leur économicité, par ailleurs. La coordination des soins se fait tout aussi bien en dehors des « réseaux de soins » proposés par les assureurs.
- Le rapport indique encore que les cantons ne pourront plus rémunérer directement les fournisseurs de prestations (comme ils le font aujourd'hui avec les hôpitaux publics). Ils devront verser directement à l'institution commune (une institution commune des assureurs) leur participation. Cela signifie que les cantons perdent la maîtrise actuelle du financement hospitalier en même temps qu'ils ne gagnent aucune compétence dans le secteur ambulatoire ! La question des PIG reste confuse dans le rapport. Il indique que ces prestations ne relèvent pas de la LAMal. Les prestations d'intérêt général sont pourtant bel et bien mentionnées dans la loi comme possibilité pour les cantons de financer des prestations particulières. Comment les cantons pourraient-ils piloter – dans le sens d'organiser – des soins suffisants et accessibles à toute la population dans un tel contexte ? C'est mission impossible.

**En conclusion, le fait de concentrer davantage les données sensibles et les fonds chez les assureurs accentuerait les faiblesses déjà bien connues de notre système de santé: la pression financière sur les prestataires de soins augmenterait et, avec elle, les risques de**

soins insuffisants, de mauvaise qualité, voire inaccessibles pour une partie de la population.

## **2. Aucun effet sur les primes d'assurance maladie**

Avant la lecture du projet, nous imaginions qu'une attention toute particulière serait accordée à la nécessaire réduction des primes d'assurance maladie pour les familles modestes. Ces primes devenues sont devenues insupportables pour une large partie des travailleuses et travailleurs de notre pays, elles sont à la base de privation de soins pour ces mêmes catégories (choix de franchises trop élevées qui freinent les consultations, par exemple). Or nous constatons avec surprise que l'effet escompté de cette initiative est mal maîtrisé. En effet, il est indiqué (page 17) que « les primes des jeunes adultes diminueront légèrement avec l'introduction du financement uniforme, celles des autres adultes augmenteront légèrement ». Plus loin, « on peut donc s'attendre à ce que, dans les faits, il n'y ait aucune conséquence sur les assurés » ! En revanche, nous pouvons lire plus loin (page 22) que les primes des assurances complémentaires pourraient être réduites ! Enfin, la participation directe des assurés serait plus importante qu'aujourd'hui (page. 26). Le bilan pour les payeurs de primes modestes est par conséquent totalement négatif.

Une réforme aussi profonde de la LAMal qui ne prend pas au sérieux inégalité de traitement sur laquelle repose le financement du système de santé n'est simplement pas acceptable.

Notre syndicat se bat depuis de nombreuses années pour que le système de financement des primes sorte de cet absurde principe de la « prime par tête » sans lien avec la capacité financière des assurés. Certes le système des subventions modère quelque peu le défaut principal de la LAMal mais il ne le règle pas sur le fond. Une révision de la LAMal doit prendre en compte cet élément.

## **3. Aucune contrepartie au financement public**

Dans le secteur des soins stationnaires notre syndicat milite pour que la participation financière des cantons soit conditionnée au respect de règles en matière de conditions de travail. Plus précisément, nous revendiquons le respect des lois sur le personnel et de Conventions collectives de travail en contrepartie d'un financement public. A défaut d'une telle réglementation, la concurrence entre les employeurs (hôpitaux) d'une même région est exacerbée. Depuis l'entrée en vigueur du nouveau mode de financement hospitalier (soins aigus) en 2011, nous avons constaté une massive détérioration des conditions de travail. Pour être plus avantageux en termes de coûts (les préoccupations de qualité restant marginales), les employeurs ont tenté de réduire leurs coûts en faisant pression sur le personnel : baisse de salaire, augmentation de rythmes de travail, diminution des dotations en personnel et baisse de la qualité des soins. Notre bilan de ce nouveau mode de financement est totalement négatif : aucun correctif n'est apporté par cette initiative qui ignore complètement le sort du personnel soignant. Nous constatons que cette initiative s'attache principalement aux flux financiers, sans prendre en compte l'organisation des soins. On y lit beaucoup le nécessaire transfert du stationnaire vers l'ambulatoire, pour des questions de coûts principalement.

Nous sommes persuadés que l'initiative si elle est concrétisée va accentuer les mauvaises conditions de travail dans notre secteur et provoquer de graves dégâts à notre système de santé. Les caisses maladie – dont la principale préoccupation est financière – vont utiliser leur nouveau pouvoir pour mettre encore davantage de pression sur les

fournisseurs de soins de base. Eventuellement, elles pourront mieux vendre leurs assurances complémentaires qui devront pallier la baisse de qualité des soins dans le secteur public.

**C'est donc le renforcement d'une médecine à deux vitesses que cette réforme va promouvoir. En conclusion, nous y sommes fondamentalement opposés.**

Nous vous remercions de l'attention que vous porterez à la présente et vous prions de croire, Madame, Monsieur, à l'expression de nos sentiments distingués.

B. Rosende, secrétaire centrale



E. Wieggers, secrétaire centrale

