

Sitzung vom 4. Oktober 2017

**935. Postulat (Einheitliche Finanzierung von ambulanten
und stationären Gesundheitsleistungen)**

Die Kantonsräte Lorenz Schmid, Männedorf, Andreas Daurù, Winterthur, und Daniel Häuptli, Zürich, haben am 26. Juni 2017 folgendes Postulat eingereicht:

Der Regierungsrat wird gebeten, in einem Bericht zu erläutern, wie und in welcher Form er die Bestrebungen des Bundesrates sowie des Nationalrates unterstützt, die ambulante sowie stationäre Gesundheitsversorgung ohne Mehrbelastung für die Kantone einheitlich zu finanzieren.

Begründung:

Die stationären Spitalkosten werden gemäss Krankenversicherungsgesetz KVG von den Kantonen und den Krankenkassen gemeinsam bezahlt, dies im Gegensatz zu den ambulanten Behandlungen, die alleine durch die Kassen bezahlt werden. Dieser Umstand führt neben unterschiedlichen Tarifsystemen zu ungewollten finanziellen Fehlanreizen. So erbringen Spitäler viele Leistungen aufgrund der höheren Rentabilität weiterhin stationär, obschon aufgrund des technologischen Fortschritts diese Leistungen kostengünstiger ambulant erbracht werden könnten. Die Folgen sind höhere Gesamtkosten sowie höhere Spitalkapazitäten. Auch verhindert die heute ungleiche Finanzierung von ambulanten und stationären Finanzierungen innovative, die Effektivität, Effizienz und Qualität steigernde Versorgungsmodelle. So sehen integrative Behandlungsmodelle das Zusammenspiel verschiedener Leistungserbringer entlang einer Behandlungskette vor, die heute durch die ungleiche Finanzierung und Tarifierung behindert werden. Es macht Sinn, dass der Regierungsrat, insbesondere die Gesundheitsdirektion und der Gesundheitsdirektor die Revision hin zur einer einheitlichen Finanzierung stützt und konstruktiv-kritisch vorwiegend im Hinblick auf Kostenneutralität aus Sicht der Kantone mitwirkt.

Auf Antrag der Gesundheitsdirektion

beschliesst der Regierungsrat:

I. Zum Postulat Lorenz Schmid, Männedorf, Andreas Daurù, Winterthur, und Daniel Häuptli, Zürich, wird wie folgt Stellung genommen:

Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG, SR 832.10, Art. 41 Abs. 1 und 1^{bis} in Verbindung mit Art. 49a) sieht seit 2007 vor, dass die Kosten der ambulanten Versorgung zu 100% von den Krankenversicherern zu tragen sind, während die Kosten einer stationären Spitalbehandlung aufgeteilt werden zwischen Krankenversicherern (45%) und Kanton (55%). Diese Aufteilung führt dazu, dass von den Gesamtkosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) rund 75% von den Kassen und rund 25% von den Kantonen getragen werden.

Bereits während der Debatte zur KVG-Revision von 2007 war im Bundesparlament die Idee aufgekommen, man könnte ambulante und stationäre Behandlungen einheitlich durch die Krankenversicherer finanzieren (sogenannter Monismus oder «Einheitliche Finanzierung ambulant-stationär [EFAS]»). Diese Idee fand 2007 im Parlament aber keine Mehrheit. In der Folge erteilte das Bundesparlament dem Bundesrat mit zwei verschiedenen Motionen (Motion 06.3009 «Einheitliche Finanzierung von Spital- und ambulanten Leistungen» der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates und Motion 09.3535 «Leistungsfinanzierung nach dem KVG vereinheitlichen» der SP-Fraktion) den Auftrag, zu diesem Thema Entscheidungsgrundlagen zu erarbeiten. 2010 verabschiedete der Bundesrat einen entsprechenden Bericht zu möglichen Umsetzungsvarianten und hielt fest, dass hierzu eine vertiefte Diskussion mit den Kantonen notwendig sei. Seit 2009 ist im Weiteren die parlamentarische Initiative von Nationalrätin Ruth Humbel 09.528 «Einführung des Monismus» hängig; der Nationalrat hat die Frist bis zur Winter-session 2017 verlängert. 2013 hat die CVP-Fraktion zudem die Motion 13.3213 «Gleiche Finanzierung von stationären und ambulanten Spitalleistungen» eingereicht. Die Beratung im Parlament wurde vorerst sistiert.

Gegenwärtig setzt sich eine Subkommission der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-N) mit der möglichen Ausgestaltung des Monismus vertieft auseinander. Als Ziele einer einheitlichen Finanzierung definierte sie die Förderung der Verlagerung von Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich, die Förderung einer sachgerechten Tarifierung, die Stabilisierung der steuer- und prämiendifinanzierten Anteile der Leistungen der OKP und die Verhinderung neuer Fehlanreize und Wettbewerbsverzerrungen. Der Geltungsbereich einer einheitlichen Finanzierung soll sich auf alle stationären und

ambulanten Leistungen erstrecken, einschliesslich Psychiatrie und Rehabilitation, jedoch unter Ausschluss der Pflegefinanzierung, der Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung und weiterer kantonaler Ausgaben im Gesundheitswesen wie beispielsweise für die Gesundheitsprävention.

Die Kantone würden nach dem Modell der Subkommission SGK-N ihren Vergütungsanteil für die ambulanten und stationären Leistungen der OKP an die Krankenversicherer überweisen, und zwar in Form einer Pauschale von rund 25% auf dem Vorjahresaufwand. Gegenüber den Leistungserbringern (Ärztenschaft, Spitäler usw.) würden die Versicherer als alleinige Zahler auftreten. Der Systemwechsel hätte für Kantone und Versicherer kostenneutral zu erfolgen. Konkret heisst dies: Der Kanton Zürich müsste die stationären Spitalbehandlungen nicht mehr wie heute direkt an die Spitäler vergüten, sondern den Betrag von rund 1,5 Mrd. Franken, der für die Vergütung der stationären Gesundheitsversorgung jährlich anfällt, anteilmässig den Krankenversicherern überweisen.

Die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektoren und -direktoren (GDK) hat sich mit dem EFAS-Modell der Subkommission SGK-N vertieft auseinandergesetzt. Sie hat die Vor- und Nachteile eines entsprechenden Systemwechsels gegeneinander abgewogen und kommt zum Schluss, dass ein solcher Monismus einen Finanzierungsumbau, aber keine Kostendämpfung zur Folge hätte. Eine positive Wirkung auf die integrierte Versorgung wäre allenfalls darin zu sehen, dass Versicherte mit alternativen Versicherungsmodellen (integrierte Versorgung) von zusätzlichen Prämienrabatten profitieren könnten und damit diese Versicherungsmodelle attraktiver würden. Hingegen räumen selbst die Entwickler des Modells ein, dass die Wirkungen nur schwer vorherzusehen und nicht quantifizierbar sind. Mehr noch: Aus Sicht der GDK werden die wesentlichen Fehlanreize des heutigen Systems (veraltete und nicht aufeinander abgestimmte Tarifstrukturen, Zusatzversicherungen fördern unnötige stationäre Spitalbehandlungen) nicht angegangen. Die Krankenversicherer könnten bereits nach geltendem Recht beispielsweise die Tarifstrukturen weiterentwickeln oder neue Versorgungsmodelle auf den Markt bringen. Sie tun es nicht oder nur rudimentär. Auf die Frage, weshalb sich dies ändern sollte, wenn mit monistischer Finanzierung die Versicherer über die Gelder insgesamt verfügten, bleiben auch die Befürworter von EFAS eine Antwort schuldig.

Gleichzeitig ist das geplante Monismus-Modell der Subkommission SGK-N mit gewichtigen Nachteilen für die Kantone verbunden: Zum einen verringerte es die Möglichkeiten des Kantons, seinen in der Verfassung (Art. 113 Kantonsverfassung, LS 101) verankerten Auftrag der Versorgungssteuerung wahrzunehmen, wenn die Kostenbeteiligung des Kantons automatisch an die Ausgaben der Krankenversicherer geknüpft

würde. Denn die Versicherer trachten danach, ihren Einfluss auf die Leistungserbringer zu vergrössern. Dies zeigt sich etwa in ihrer steten Forderung, den Vertragszwang in der ambulanten Versorgung zu lockern, oder auch in der unlängst von Nationalrat Heinz Brand eingereichten parlamentarischen Initiative 17.460 «Mitsprache und Mitbestimmung der Krankenversicherer bei kantonalen Spital- und Pflegeheimlisten» (mit dieser soll den Versicherern eine Beschwerdelegitimation gegen kantonale Versorgerlisten verschafft werden). Zudem müsste der Kanton sich neu an den Arzneimittel- und Laborkosten in der ambulanten Versorgung beteiligen, ohne dass er einen Einfluss auf den Preis solcher Leistungen hätte, denn dieser wird zwischen dem Bundesamt für Gesundheit und der Pharmabranche ausgehandelt. Daraus ergäbe sich eine Mehrbelastung des kantonalen Finanzhaushalts von rund 25 Mio. Franken. Diese Beispiele illustrieren die Befürchtung, dass die Kantone die Verwendung der kantonalen Steuermittel im Gesundheitswesen nur noch in geringem Mass beeinflussen könnten, würde das Modell so eingeführt, wie von der Subkommission SGK-N vorgesehen. Auch die korrekte Verwendung der Steuermittel wäre infrage gestellt: Die Versicherer prüfen heute den Wohnsitz ihrer Versicherten kaum – dies im Gegensatz zu den Kantonen bezüglich der Steuerpflicht der Patientinnen und Patienten in ihren Listenspitälern. Sie täten es auch nicht, wenn sie 100% der Leistungen vergüteten, was zur Folge haben könnte, dass ein Kanton die Behandlung einer ausserkantonalen Patientin oder eines ausserkantonalen Patienten (und Steuerzahlerin oder Steuerzahlers) mitfinanzieren müsste.

Gegen Neuerungen im Bereich der spitalambulanten Versorgung (z. B. die Einführung von Leistungspauschalen wie «Zero-Night-Pauschalen» oder «Komplexpauschalen» für polymorbide Patientinnen und Patienten) wäre an sich nichts einzuwenden. Auch hat der Kanton Zürich den Tatbeweis erbracht, dass er kostendämpfende Massnahmen zu treffen gewillt ist, die nicht in seine Versorgungssteuerung eingreifen, indem er den Grundsatz «ambulant vor stationär» gesetzlich verankert und Leistungen bezeichnet hat, die im Regelfall ambulant statt stationär zu erbringen sind (vgl. Antrag des Regierungsrates vom 29. Juni 2016 zur Änderung des Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetzes, Vorlage 5293).

Das von der Subkommission vorgeschlagene Modell einer einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen wäre aber auch mit dem verfassungsrechtlichen Grundsatz der fiskalischen Äquivalenz nicht vereinbar: Art. 43a Abs. 3 der Bundesverfassung (SR 101) bestimmt, dass das Gemeinwesen, das die Kosten einer staatlichen Leistung trägt, über diese Leistung bestimmen kann. Dies wäre mit der Einführung des vorgesehenen Monismus-Modells nicht mehr gewährleistet.

Die Kantone haben aus all diesen Gründen das EFAS-Modell mit den Versicherern als Monisten an der GDK-Plenarversammlung vom 19. Mai 2017 einstimmig abgelehnt.

Der Regierungsrat kann angesichts der vorstehend aufgeführten Gründe auch keine gegenteilige Position einnehmen. Ein Postulatsbericht könnte daran nichts ändern. Aus diesem Grund beantragt er dem Kantonsrat, das Postulat KR-Nr. 173/2017 nicht zu überweisen.

II. Mitteilung an die Mitglieder des Kantonsrates und des Regierungsrates sowie an die Gesundheitsdirektion.

Vor dem Regierungsrat
Der stv. Staatsschreiber:
Hösli