

Per E-Mail an:

tarife-grundlagen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Bern, 22. Oktober 2020

Vernehmlassungsantwort zur Vorlage «Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)»

Sehr geehrter Herr Bundesrat

Im Namen der Privatkliniken Schweiz (PKS) danken wir Ihnen für die Gelegenheit, in rubrizierter Angelegenheit Stellung nehmen zu können.

Für PKS muss jede gesetzgeberische Intervention in der Gesundheitspolitik, also auch die vorliegende Teilrevision des KVG, mindestens den drei folgenden Anforderungen genügen:

- Sie muss die inakzeptable Governance, d.h. die Vielfachrolle und fehlende "Gewaltenteilung" der Kantone verbessern.
- Sie muss geeignet sein, die therapeutische Leistungsqualität der Gesundheitsdienstleister zu fördern.
- Sie muss faire Wettbewerbsbedingungen für die Leistungserbringer und die Versicherer schaffen oder mindestens fördern.

Generelle Beurteilung der Revision:

Diese Revision verfehlt sowohl die Anforderungen an gesundheitspolitische Reformen als auch die vom Bundesrat in der Vorlage genannten Ziele und verursacht stattdessen gravierende Nebenwirkungen. Sie muss als Ganzes zurückgewiesen werden, denn sie droht den Weg in die Zweiklassenmedizin zu betonieren, indem sie:

- **die medizinische Versorgung rationiert: Der Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen für ausschliesslich obligatorisch Versicherte wird erschwert und beschränkt**
- **die Innovationskraft des schweizerischen Gesundheitswesens schwächt und damit die Qualität gefährdet**
- **zweckmässige Anpassungen der medizinischen Infrastruktur hemmt, zugunsten einer bürokratischen Planerfüllung**
- **die kantonale Mehrfachrolle weiter kompliziert. Die Vorlage verleiht den Kantonen noch mehr Kompetenzen im Sinne der planwirtschaftlichen Kontingenzwirtschaft**

Einzig die Anerkennung von koordinierten Netzwerken als Leistungserbringer verdient Unterstützung.

Das bundesrätliche Paket will die Prämien entlasten und rechnet mit Kosteneinsparungen von rund 1 Milliarde Franken, die sich ausschliesslich auf die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) beziehen. Der Bundesrat scheint sich aber selber nicht sicher zu sein über die Wirkung seiner Vorschläge: Er geht einzig davon aus, dass längerfristig Einsparungen in dieser Grössenordnung «möglich sind.» Hier muss auch auf S. 85 des erläuternden Berichts hingewiesen werden: «Die noch laufende RFA für die Zielvorgabe wird eine genauere Analyse der möglichen volkswirtschaftlichen Auswirkungen und eventuell weitere Optimierungen erlauben.» Es wird also eine Vorlage in Vernehmlassung gebracht, über deren volkswirtschaftliche Auswirkungen noch keinerlei Klarheit besteht. Für eine so unsichere Wirkung ist der immense systematische Schaden des Pakets für die Qualität und den Zugang zum schweizerischen Gesundheitswesen viel zu hoch. Gravierend kommt hinzu, dass die Massnahmen zu deutlichen Kostenzunahmen führen:

- für die Wirtschaft aufgrund der längeren Wartezeiten bis zu Behandlung der Versicherten
- für die Versicherten aufgrund der längeren Ausfälle, weil die medizinische Innovation gehemmt wird
- für die Steuerzahlenden aufgrund der zusätzlichen Bürokratie sowie den zu erwartenden zunehmenden Direktsubventionen der öffentlichen Hand zum Erhalt der geplanten Strukturen

PKS schlägt anstelle dieses missglückten und politisch wohl chancenlosen Pakets vor, mehr Raum zu schaffen für Qualitätswettbewerb und für nachweisliche kostensenkende Kooperationen. Dazu notwendig ist die Umsetzung der Empfehlung (Massnahme M36) der bundesrätlichen Expertenkommission Diener, die Governanceproblematik der Kantone endlich zu entschärfen, die jährlich zu rund 2.5 Milliarden kantonalen Subventionen führt, die in der Spitalfinanzierung nicht erscheint (Studie Felder V). Eine aktuelle Studie zeigt zudem Alternativen auf, wie zeitgemässe Strukturen der Kooperation unter den Leistungserbringern zu echten jährlichen Kosteneinsparungen in der Höhe von bis zu 730 Millionen Franken und zu Investitionseinsparungen von bis zur 3.1 Milliarden Franken führen (PWC).

*

Zur Vorlage im Detail:

Die Vorlage umfasst einige Änderungsvorschläge, von denen PKS im Folgenden nur die wichtigsten kommentieren wird.

- «Einführung einer Zielvorgabe, welche Kostenziele für das OKP-Wachstum definieren sowie Massnahmen zur Korrektur bei allfälligen Zielüberschreitungen festlegen soll»

Potenzielle Verfassungswidrigkeit: Globale Kostenziele müssen zu Leistungseinschränkungen, d.h. zu weniger Behandlungen führen, sonst haben sie keine kostendämmende Wirkung. Es werden also bestimmten Patienten Gesundheitsleistungen vorenthalten werden müssen. Es ist zumindest fraglich, wie sich die durch Kostenziele entstehende medizinische Rationierung zu den verfassungsmässigen Grundsätzen verhält. Art. 41 Abs. 1 lit. b (Sozialziele): Bund und Kantone sollen sich gemeinsam dafür einsetzen, dass «...jede Person die für ihre Gesundheit notwendige Pflege erhält.»

Weniger Qualität und Wirtschaftlichkeit im OKP-Bereich: Das KVG regelt die Leistungen der sozialen (was hier gleichbedeutend ist mit der obligatorischen) Krankenpflegeversicherung. Wenn sowohl das stationäre und ambulante Leistungsangebote mengenmässig durchgeplant

wird (Spitalplanung, Zulassung von Leistungserbringern) als auch die Preise des Angebots (Tarife) künftig stets tiefer angesetzt werden, wird die Behandlungsqualität im OKP-Bereich nach unten standardisiert und angeglichen werden. Der Spielraum für echte Mehrleistungen und damit für den Zusatzversicherungsbereich wird damit vergrössert, was angesichts des quantitativ ausufernden Katalogs der OKP-Leistungen nicht per se abzulehnen ist. Fraglich ist allerdings, ob eine solche Verschiebung qualitativ hochstehender Behandlungen in den privat finanzierten Bereich aus Sicht der Gesundheitsversorgung sinnvoll ist.

Das KVG legt den Grundsatz der Wirtschaftlichkeitsprüfung auf der Grundlage der WZW-Kriterien fest (Art. 32 ff. KVG). Eine Bewertung dieser Kriterien muss für jede erbrachte Dienstleistung durchgeführt werden. Verwaltungsbudgetsysteme beseitigen den Anreiz, diese wirtschaftlichen Kriterien zu überprüfen. Die Leistungserbringer und Krankenversicherungen haben weniger Anreiz, sich selbst zu regulieren bzw. solche Kontrollen durchzuführen, weil diese sowieso auf das Jahresbudget beschränkt sind.

Die Alternative ist eine bessere Umsetzung des Prinzips der WZW-Kriterien, so dass die Krankenversicherer wirklich "in concreto" und möglichst im Voraus die vom KVG zu erstattenden Leistungen definieren können. Das mit diesem Gesetzentwurf eingeführte Budget-System ist ein Ruhekissen, das der KVG-Philosophie widerspricht und die Rationierung gegen die Interessen der Patienten begünstigt.

Ausgestaltung nicht durchdacht: Art. 54 c zeigt beispielhaft, wie wenig durchdacht die Vorlage ausgestaltet ist: Der Bundesrat legt seine Kostenziele für die einzelnen Kantone ein Jahr vor Gültigkeit vor. Was ist die Grundlage für die Festsetzung dieser Ziele? Das Jahr x-3 (Jahr x-2 wäre ja zum Fixierungszeitpunkt noch nicht beendet)? Der Bundesstaat repliziert das Modell, das die Kantone immer wieder kritisieren, wenn es um die Festsetzung der Prämien geht. Gravierend kommt hier hinzu, dass diejenigen Entwicklungen und Fortschritte, die in den Jahren x-1 und x-2 beobachtet werden, bei der Zielfestsetzung systematisch nicht berücksichtigt werden können, sondern erst im Nachhinein bei der Evaluation einer Nichtzielerreichung als Rechtfertigung erscheinen werden.

Neue Rechtsunsicherheiten: Das Sanktionsregime bei Nichterreichen der einseitig festgelegten Kostenziele schafft neue Rechts- und Investitionsunsicherheit und setzt kontraproduktive ökonomische Anreize:

- Rechts- und Investitionsunsicherheit entsteht durch das ungeklärte Verhältnis zwischen Bundes- und Kantonssanktionen, das institutionelle Probleme schaffen wird. Was passiert, wenn sowohl ein Kanton die Kostenziele verfehlt als auch auf schweizerischer Ebene in einem bestimmten Kostenblock die Ziele nicht erfüllt werden? Wer kann, darf oder muss dann in welchem Mass intervenieren?
- Das eigentliche «Kollektivstrafenregime» via Tarif- und Preisanpassungen schafft Anreize für jährlich gezielte, auf einen Bereich ausgerichtete Mengenausweitungen einzelner Anbieter, die dann – sobald die Behörden die Tarife nach unten angepasst haben – in einen anderen Bereich wechseln, während andere Leistungserbringer des betroffenen Bereichs dann bei sinkenden Volumina mit tieferen Tarifen konfrontiert sind, welche die Hauptverursacher gar nicht mehr betreffen. Solches Verhalten kann nicht im Sinne des Gesetzgebers sein.

Bürokratischer Aufwand: Die vorgeschlagene komplexe Kostenzielsystematik erfordert einen unverhältnismässigen bürokratischen Aufwand bei allen Akteuren – beim BAG, bei den kantonalen Gesundheitsdirektionen, den einzelnen Leistungserbringern sowie ihren Verbänden auf kantonaler und nationaler Ebene. Der zusätzliche Aufwand wird unverständlicherweise kaum

thematisiert in der Vernehmlassungsvorlage: Auf S. 87 wird lediglich geschrieben: «Die Umsetzung einer «Zielvorgabe», von «Preismodellen» sowie die vermehrte Transparenz respektive die Veröffentlichung von weiteren Unterlagen sowie Informationen erfordern beim Bund voraussichtlich zusätzliche personelle Ressourcen. Im Rahmen der laufenden RFA wird der Vollzugaufwand einer Zielvorgabe geprüft».

Verschärft wird zudem die **Governance-Problematik der Kantone**: Sie würden mit der Kostenzielkompetenz auf kantonaler Ebene sowie der Ebene der einzelnen kantonalen Kostenblöcke einem zusätzlichen Interessenkonflikt mit ihrer Rolle als Eigentümer öffentlicher Spitäler sowie ihrer Rolle als Bedarfsplaner ausgesetzt. Die Entflechtung der kantonalen Interessenkonflikte war bereits im Bericht der bundesrätlichen Expertenkommission Diener (Massnahme M36) ein zentrales Anliegen. Der Bundesrat hat diese Massnahme in seiner eigenen Priorisierung 2018 noch aufgeführt. In allen späteren bundesrätlichen Massnahmenpaketen ist sie ohne Begründung nicht mehr aufgeführt. Dies irritiert sehr, denn aus systemischer Sicht ist die Eliminierung von Interessenkonflikten eine der wichtigsten Massnahmen, um die Anreize für Qualität und Wirtschaftlichkeit bei den Akteuren richtig zu setzen.

Die ungenügend genaue KVG-Definition der Gemeinwirtschaftlichen Leistungen, der Handlungsspielraum der Kantone und das Fehlen einer kantonalen Aufsichtsbehörde für die Umsetzung des KVG, abgesehen von langwierigen Rechtsmittelverfahren vor den Gerichten, führen dazu, dass viele Kantone die öffentlichen Spitäler stark subventionieren. Die Kantone, die das vom Bund vorgeschlagene globale Budgetsystem bereits enthalten, sind die grössten Finanziere der gemeinwirtschaftlichen Leistungen (Felder Studien). Der Bundesrat schweigt zu dieser Finanzierung. Diese Praxis wird subventionierte Spitäler weiter begünstigen und den vom Gesetzgeber gewollten Wettbewerb zugunsten der Patienten verhindern.

Die Kantone können andere Kostenblöcke (Art. 54b) als der Bund schaffen, sofern sie die vom Bund festgelegten allgemeinen Anforderungen an die Kostendämpfung erfüllen. Es steht den Kantonen also frei, neue Kostenblöcke zu schaffen, die z.B. ihre subventionierten Einrichtungen einschliessen, und die übrigen Leistungserbringer in einer anderen Kategorie zu belassen. Damit wird eine weitere Tür geöffnet für die Objektfinanzierung durch Subventionen und für die Behinderung des Wettbewerbs. Weder Konsultationen mit Leistungserbringern und Versicherern noch Prüfungen durch das BAG, welches nicht die Befugnis hat, Sanktionen zu verhängen (Art. 54b Abs. 3 und 4), können diese Missbräuche aufgrund der multiplen Rollen der Kantone verhindern.

Zusammengefasst gilt das Folgende zur so genannten Zielvorgabe: Die Einführung von Globalbudgets auf Bundesebene ist gefährlich, unnötig und bürokratisch. In der Konsequenz ist sie potenziell letal für private Leistungserbringer, welche die ungedeckten Kosten nicht durch öffentliche Subventionen (Defizitübernahmen und Finanzspritzen durch die öffentliche Hand, so genannte gemeinwirtschaftliche Leistungen) ausgleichen können. Gemeinnützige und wirtschaftliche Investoren werden sich zurückziehen müssen, was im Widerspruch zum Auftrag des Gesetzgebers steht (Art. 39 Abs. 1 KVG), private Trägerschaften in die Planung des stationären Angebots einzubeziehen. Das medizinische Angebot wird ausgedünnt, die verbleibenden Leistungserbringer werden qualitativ unter Druck sein, da der Kostenentwicklung allerobere Priorität eingeräumt wird. Dies kann nicht im Sinne einer optimalen Gesundheitsversorgung der breiten Bevölkerung sein.

- «Einführung einer Erstberatungsstelle, an die sich die Versicherten bei gesundheitlichen Problemen zuerst wenden. Diese Stelle berät die Patienten und behandelt sie selber oder verweist sie an einen anderen Leistungserbringer»

Der Zwang zur Erstberatungsstelle entmündigt die Patientinnen und Patienten und schafft einen weiteren Hebel zur Unterbindung des Qualitätswettbewerbs zwischen den medizinischen Leistungserbringern. Der Bundesrat wird mit der Festlegung sowohl des Umfangs der Leistungen der Erstberatungsstelle (Art. 40c Abs. 4) als auch der Preisfixierung (Jahrespauschale nach Art. 40c Abs. 3) einen zentralen Teil der ambulanten Gesundheitsversorgung neu direkt steuern und damit der tariflichen Kompetenz von Versicherern und Leistungserbringern entziehen. Die bundesrätliche Jahrespauschale führt zu einer de facto-Lohnempfängersituation der ärztlichen Praxen, notabene ohne jeden Arbeitnehmerschutz. Zudem ist das Einsparpotential mehr als fraglich, zumal bereits heute eine Mehrheit der Versicherten ein alternatives Versicherungsmodell wählen. Auch hier droht ein unverhältnismässiger bürokratischer Aufwand.

Der Bundesrat schafft mit diesem unausgegorenen Vorschlag zudem einen neuen problematischen Anreiz der Risikoselektion: Erstberatungsstellen erhalten einen starken Anreiz, gute Risiken (also Versicherte mit einem tiefen Risiko, die Erstberatungsstelle in Anspruch zu nehmen) zu rekrutieren, um so möglichst viele Jahrespauschalen in Rechnung stellen zu können, ohne die Leistung erbringen zu müssen. Umgekehrt werden so genannt schlechte Risiken (also Versicherte mit Multimorbiditäten oder ältere Versicherte) kaum mehr einen Leistungserbringer finden, der sie unter Vertrag nimmt. Diese Versicherten werden gemäss Art. 40a Abs. 7 vom Versicherer einem Leistungserbringer zwangszuteilt. Über kurz oder lang wird dieser Mechanismus zu weiterem Regulierungsbedarf führen, um die Risikoselektion zu unterbinden und die Versicherten gleichmässig zuzuteilen, was auf ein staatliches Diktat der Bestimmung der Erstberatungsstelle hinausläuft. Dies ist das Ende jeder freien Wahl der Versicherten.

- «Stärkung der koordinierten Versorgung durch die Definition von Netzwerken zur koordinierten Versorgung als eigene Leistungserbringer»

Die Aufnahme von koordinierten Netzwerken in den Katalog der Leistungserbringer ist zu begrüssen, geht aber noch deutlich zu wenig weit. Die medizinische Entwicklung und diverse politische Vorlagen (u.a. AVOS, EFAS) versuchen zurecht, die regulatorischen Schranken zwischen dem stationären und dem ambulanten Bereich aufzuweichen bzw. zu eliminieren. Der Gesetzgeber sollte diese koordinierten Netzwerke deshalb nicht auf den ambulanten Bereich beschränken, sondern generell anerkennen. Dies wäre ein willkommener Schritt in die Richtung, die auch die eingangs zitierte Kooperationsstudie von PWC fordert. Im Detaillierungsgrad der Regulierung geht der Vorschlag hingegen zu weit. Es bräuchte mehr Flexibilität für neue Kooperationsmodelle.

Es ist nicht klar, warum in dem Gesetzentwurf nur von koordinierter Versorgung und nicht von integrierter Versorgung gesprochen wird, was die sowohl national als auch international am häufigsten verwendete Terminologie ist.

Netzwerke zur koordinierten Versorgung sind im Grunde ein separater Kostenblock, da sie nun als eine separate Kategorie von Leistungserbringern betrachtet werden (Bericht Seite 76). Die Netzwerke für die koordinierte Versorgung werden oft Leistungserbringer in mehreren Kantonen integrieren (Universitätsspital, spezialisierte Einrichtung, spezifische Rehabilitation usw.). Die Festlegung von Budgets pro Kanton ist nicht ausreichend. Dies zeigt die Grenzen der Überlegungen des Gesetzentwurfs und das Fehlen einer eingehenden Analyse der zukünftigen Entwicklung des Gesundheitssektors.

- «Schaffung von Rechtsgrundlagen für eine differenzierte Prüfung der WZW-Kriterien sowie für die Bemessung einer möglichst kostengünstigen Vergütung von Analysen, Arzneimitteln sowie Mitteln und Gegenständen»

Art. 32 Abs. 3 eröffnet ein ganz neues Feld der Bundeskompetenzen: Neu wird der Bund direkt in einem durch den Bundesrat selbst und ohne weitere demokratische Kontrolle definierten Perimeter und einer willkürliche festgelegten Häufigkeit die Wirksamkeit, die Zweckmässigkeit und die Wirtschaftlichkeit medizinischer Leistungen prüfen können. In Verbindung mit Art. 24 Abs. 1 («Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für die Leistungen gemäss den Artikeln 25–31 nach Massgabe der in den Artikeln 32–34 festgelegten Voraussetzungen.») ergibt sich, dass die OKP künftig Leistungen nicht mehr vergüten wird, die nicht der Bundes-WZW-Definition entsprechen. Von einem Departement, das bereits heute rund 20 Prozent der medizinischen Leistungen als «unnötig» betrachtet – immerhin jede fünfte Behandlung – wird zu erwarten sein, dass die von der OKP zu übernehmenden Leistungen in diesem Umfang beschnitten werden.

- «Festlegung von Referenztarifen für ausserkantonale Wahlbehandlungen zur Förderung des kantonsübergreifenden Wettbewerbs unter den Spitälern.»

Art. 41 Abs. 1 wird nicht zur stipulierten Förderung des kantonsübergreifenden Wettbewerbs unter den Spitälern führen, im Gegenteil. Die nun vorgeschlagene Regelung ist schwammig («Der Referenztarif orientiert sich an der Entschädigung für eine vergleichbare Behandlung in einem auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführten Spital, welches die Behandlung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringt») und führt neue unbestimmte und der kantonalen Willkür obliegende Vergleiche ein. Die vorgeschlagene Regelung wird die stossende Praxis verstärken, dass Patienten, die sich in einem besseren Spital als in ihrem Wohnkanton behandeln lassen möchten, die Differenz zum günstigsten Spital ihres Wohnkantons als Selbstzahler aus der eigenen Tasche kompensieren müssen.

Die einzige Regulierung, die den vom Gesetzgeber erwünschten Qualitätswettbewerb tatsächlich fördern würde, wäre die volle Übernahme desjenigen Tarifs des betreffenden Spitals, der im Standortkanton gilt. Bereits dieser Tarif ist das Ergebnis von harten Verhandlungen, die von der jeweiligen kantonalen Behörden genehmigt worden sind.

*

Wir danken Ihnen für Ihre Kenntnisnahme sowie für die Berücksichtigung unserer Stellungnahme, und grüssen Sie freundlich.

Privatkliniken Schweiz



Dr. Beat Walti
Präsident

Guido Schommer
Generalsekretär