

11.439

**Parlamentarische Initiative
Ergänzende Übergangsbestimmungen zur Einführung
der Spitalfinanzierung**

**Bericht der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit
des Ständerates**

vom 31. Mai 2011

Sehr geehrter Herr Präsident
Sehr geehrte Damen und Herren

Mit diesem Bericht unterbreiten wir Ihnen den Entwurf zu einer Änderung des Bundesgesetz vom 18. März 1994¹ über die Krankenversicherung (KVG). Gleichzeitig erhält der Bundesrat Gelegenheit zur Stellungnahme.

Die Kommission beantragt, dem beiliegenden Entwurf zuzustimmen.

31. Mai 2011

Im Namen der Kommission
Der Präsident: Alex Kuprecht

¹ SR 832.10

Bericht

1 Entstehungsgeschichte

Im Rahmen einer Information über den Stand der Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung, und insbesondere über die Einführung der DRG, beschloss die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates (SGK-SR) am 5. Mai 2011 eine Kommissionsinitiative zur Ergänzung der Übergangsbestimmungen der neuen Spitalfinanzierung. Am 13. Mai 2011 stimmte die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates der Initiative zu.

Am 31. Mai 2011 wurde die Vorlage von der SGK-SR mit 9 zu 2 Stimmen zuhanden ihres Rates und des Bundesrates verabschiedet.

2 Grundzüge der Vorlage

2.1 Spitalfinanzierung 2007

Am 21. Dezember 2007 haben die eidgenössischen Räte im Interesse eines möglichst effizienten und qualitativ optimalen Einsatzes der Prämien- und Steuergelder eine Neuordnung der Spitalfinanzierung beschlossen. Die Neuordnung ist am 1. Januar 2009 in Kraft getreten.

Sie verfolgt folgende *Ziele*:

1. *Leistungsbezogene* Vergütung stationärer OKP-Leistungen (Art. 49 Abs. 1–3).
2. *Einheitliche Tarifstruktur* für leistungsbezogenen Vergütungen, idR in der Form von Fallpauschalen (DRG) (Art. 49 Abs. 1 und 2).
3. Übergang von der *Objekt- zur Subjektfinanzierung* beim Finanzierungsanteil der öffentlichen Hand und Festlegung eines Mindestanteils von 55 %.
4. *Gleichbehandlung aller OKP-Versicherten*, einschliesslich der Zusatzversicherten, bezüglich der OKP-Behandlungsvergütung (Art. 49 und 49a).
5. *Freie Spitalwahl* der Versicherten (Art. 41 Abs. 1^{bis}).
6. Zulassung der Spitalbetreiber zur OKP unabhängig von der Struktur der Trägerschaft nach den *Kriterien der Qualität und Wirtschaftlichkeit* (Art. 39 Abs. 2^{ter}).

Die Übergangsbestimmungen sehen vor, dass

- die Kantone mit einem unterdurchschnittlichen Prämienniveau ihren Finanzierungsanteil zwischen 45 und 55 Prozent festlegen können (Abs. 5);
- die kantonalen Spitalplanungen spätestens bis 1. Januar 2015 den neuen Anforderungen entsprechen müssen (Abs. 3).

2.2 Stand der Einführung der Spitalfinanzierung 2007

Die zeitgerechte Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung ist für alle Beteiligten eine Herausforderung. Im ersten Quartal 2011 haben die Kantone den für ihre Kantons-einwohner geltenden Anteil an der Finanzierung der Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung festgelegt.

Die in SWISS DRG AG zusammengeschlossenen Akteure des schweizerischen Gesundheitswesens (Kantone, Spitäler, FMH, MTK, Versicherer) haben alle Anstrengungen unternommen, um die neue Tarifstruktur (DRG) rechtzeitig bereitzustellen. Ausserdem sind in vielen Kantonen die Spitalstrukturen optimiert worden.

Die Einführung der leistungsbezogenen Vergütung und der neuen Finanzierungsregeln sollten, wie im Gesetz vorgesehen, bis am 31. Dezember 2011 weitestgehend abgeschlossen sein.

2.3 Klärungsbedarf

Die Kommission stellt für eine gesetzeskonforme Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung in zwei Punkten notwendigen Klärungsbedarf fest:

1. in der Frage des Einflusses des Systemwechsels (Art. 49 und 49a) auf Prämien und Leistungspreise und
2. in der Frage der Zulassungskriterien für Spitäler im Bereich der stationären OKP-Behandlungen bis zum Vorliegen der kantonalen Spitalplanung.

2.3.1 Einfluss des Systemwechsels auf Prämien und Leistungspreise

a. Der nach Artikeln 49 und 49a für den Einsatz der öffentlichen Mittel vorgesehene Übergang von der Objekt- zur Subjektfinanzierung ist bezüglich des Vergütungsvolumens für stationäre Behandlungen neutral.

Der Systemwechsel verursacht auf den Zeitpunkt des Übergangs weder eine abgeltungspflichtige Ausweitung der Leistungsmenge, noch eine abgeltungspflichtige Erhöhung der Leistungsqualität. Davon ist der Gesetzgeber im Zeitpunkt des Erlasses der neuen Spitalfinanzierung ausgegangen und davon ist aus Sicht der Kommission auch heute auszugehen.

Der Systemwechsel als solcher rechtfertigt daher weder eine Erhöhung der Leistungspreise noch eine Erhöhung der Prämien.

Da im Umsetzungsprozess verschiedentlich geltend gemacht wird, wegen des Systemwechsels müssten Prämien und/oder Leistungspreise erhöht werden, besteht Klärungsbedarf.

Ohne eine Klärung bestünde das Risiko, dass in kommenden Prämien- und Tarifrunden Kostenausweitungen, die sich aus Ineffizienzen ergeben, pauschal mit dem Systemwechsel begründet werden und eine Abgeltung durch Tarif- und Prämien-erhöhungen verlangt wird. Das Ziel der neuen Spitalfinanzierung würde dadurch verfehlt.

b. Im Rahmen des Systemwechsels hat der Bundesgesetzgeber den kantonalen Anteil an den Behandlungsvergütungen auf mindestens 55 Prozent festgelegt und ausserdem den Kantonen bis 2015 innerhalb gewisser Limiten Abweichungen von der 55 %-Quote gestattet. Zweck beider Bestimmungen ist es, den unterschiedlichen bisherigen Quoten in den Kantonen Rechnung zu tragen. Die Kantone sollen bei der Umsetzung des Systemwechsels den nötigen Spielraum haben, damit dieser für Prämien- und Steuerzahler trotz der bisherigen unterschiedlichen kantonalen Finanzierungsanteile möglichst neutral umgesetzt werden kann.

Der Spielraum wurde zum Teil von den Kantonen auch in der Weise wahrgenommen, dass Lastenverschiebungen zwischen Steuerzahler und Prämienzahler erfolgten, in der Regel zugunsten des Steuerzahlers und zulasten des Prämienzahlers.

Die Kommission ist unverändert der Ansicht, dass der Systemwechsel, und insbesondere die gesetzliche Regelung der Festlegung des Anteils der Kantone, weder eine Lastenverschiebung auslösen wollte, noch eine solche von sich aus löst.

Sie anerkennt aber selbstverständlich den Handlungsspielraum, den Artikel 49a Absätze 2 und 5 ÜBest den Kantonen einräumt. An diesem Handlungsspielraum soll und darf nichts geändert werden.

Klärungsbedarf besteht aber in dem Sinne, dass in den Prämien- und Tarifverfahren nicht der Systemwechsel (Art. 49 und 49a) als Rechtfertigungsgrund für Prämien-erhöhungen angerufen werden kann. Vielmehr müssen die von den Kantonen vorgenommene Lastenverschiebungen dargestellt und quantitativ ausgewiesen werden, um die Prämien-erhöhung zu rechtfertigen.

Ausserdem können selbstverständlich in den Prämienverfahren die übrigen qualitativen und quantitativen Gründe angerufen werden, die generell nach Krankenversicherungsgesetz Prämien-erhöhungen rechtfertigen können.

c. Aus diesen Gründen schlägt die Kommission eine ergänzende Übergangsbestimmung vor, wonach die Neuregelung in Artikel 49 und 49a in Genehmigungs- und Beschwerdeverfahren weder Tarif- noch Prämien-erhöhungen rechtfertigt.

Die Regelung bedeutet kein Einfrieren der Tarife und kein Einfrieren der Prämien. Sie will aber klarstellen, dass Begehren um Erhöhung der Leistungspreise oder der Prämien nicht mit dem Systemwechsel (Art. 49 und 49a) begründet werden können.

2.3.2 Zulassungskriterien für Spitäler

Die Zulassung der Spitäler zur OKP-Leistungsabrechnung richtet sich nach Artikel 39.

Mit Artikel 39 Absatz 2^{ter} beauftragte der Bundesgesetzgeber den Bundesrat, einheitliche Planungskriterien auf der Grundlage von Qualität und Wirtschaftlichkeit zu erlassen.

Das Gesetz bezeichnet damit Qualität und Wirtschaftlichkeit als die beiden massgebenden Zulassungskriterien (neben den Kriterien gemäss Artikel 39 Absatz 1 Buchstaben a–c).

Im Umsetzungsprozess der neuen Spitalfinanzierung zeigte sich indessen die Unsicherheit, ob bis zum Vorliegen der rechtsverbindlichen kantonalen Spitalplanung diese bundesrechtlichen Kriterien anzuwenden seien oder ob es der Zulassungsbehörde frei gestellt sei, andere Kriterien zur Anwendung zu bringen.

Um dem Risiko eines Widerspruch zur neuen Spitalfinanzierung zu begegnen, besteht aus Sicht der Kommission Klärungsbedarf: unter der neuen Spitalfinanzierung müssen bundesrechtlich in allen Spitalzulassungsverfahren die beiden Kriterien Qualität und Wirtschaftlichkeit zur Anwendung kommen.

3 Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen

Abs. 1

Absatz 1 stellt klar, dass der Systemwechsel als solcher, wie er in Artikel 49 und 49a geregelt ist, weder Prämien erhöhungen, noch Erhöhungen der Leistungspreise zu rechtfertigen vermag. Die bundesgesetzliche Regelung der neuen Spitalfinanzierung ist (unter Einschluss von Abs. 5 der Übergangsbestimmungen) so ausgestaltet, dass der Systemwechsel für Prämien- und Steuerzahler neutral erfolgen kann.

Abs. 2

Absatz 2 stellt klar, dass in den Spitalzulassungsverfahren nach Artikel 39 KVG neben den Kriterien von Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe a–c KVG auch die Kriterien nach Artikel 39 Absatz 2^{er} KVG, also Qualität und Wirtschaftlichkeit, Anwendung finden und zwar auch in Fällen, wo eine rechtsverbindliche Spitalplanung noch nicht besteht.

4 Auswirkungen

4.1 Finanzielle Auswirkungen auf den Bund

Aus den ergänzenden Übergangsbestimmungen ergeben sich keine finanziellen oder personellen Auswirkungen für den Bund.

4.2 Auswirkungen auf Kantone und Krankenversicherer

Die Auswirkungen auf Kantone und Versicherer bestehen – wie ausgeführt – darin, dass kommende Tarif- und Prämien erhöhungen nicht mit dem Systemwechsel gerechtfertigt werden können, sondern auf andere Gründe abgestützt werden müssen, die nach Krankenversicherungsgesetz zugelassen sind.

Ausserdem sind von den kantonalen Spitalzulassungsbehörden die Kriterien Qualität und Wirtschaftlichkeit zu beachten, auch wenn noch keine Spitalplanung vorliegt.

5 Verhältnis zum europäischen Recht

Für die mit der parlamentarischen Initiative angesprochenen Belange setzt das europäische Recht keine Normen fest.

6 Rechtliche Grundlagen

6.1 Verfassungs- und Gesetzmässigkeit

Die Vorlage stützt sich auf Artikel 117 der Bundesverfassung.

6.2 Delegation von Rechtsetzungsbefugnissen

Die Delegation von Rechtsetzungsbefugnissen ist nicht vorgesehen.

6.3 Ausgabenbremse

Die Ausgabenbremse wird nicht tangiert.

6.4 Erlassform

Die vorgeschlagenen Bestimmungen sollen als Ergänzung der von den Eidgenössischen Räten am 21. Dezember 2007 verabschiedeten Übergangsbestimmungen zur KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung erlassen werden.

Finanzierungsanteile in den Kantonen

Kantone	Anteil*	Finanzierungsanteile 2005 (inkl. Investitionen der Kantone)**				
		Kantone		Versicherer		Total
		2012	Mio. Fr.	%	Mio. Fr.	%
Zürich	51 %	1 093.4	59.6 %	741.0	40.4 %	1 834.4
Bern	55 %	907.2	54.0 %	773.6	46.0 %	1 680.8
Luzern	50 %	213.9	52.4 %	194.2	47.6 %	408.1
Uri	52 %	21.9	54.2 %	18.5	45.8 %	40.4
Schwyz	50 %	96.2	57.1 %	72.4	42.9 %	168.7
Obwalden	47 %	19.4	55.7 %	15.4	44.3 %	34.8
Nidwalden	45 %	23.6	57.8 %	17.3	42.2 %	40.9
Glarus	52 %	24.6	55.1 %	20.1	44.9 %	44.6
Zug	47 %	72.1	56.8 %	54.7	43.2 %	126.8
Fribourg	47 %	178.7	54.4 %	149.9	45.6 %	328.6
Solothurn	50 %	218.3	57.7 %	160.3	42.3 %	378.6
Basel-Stadt	55 %	290.3	63.1 %	169.8	36.9 %	460.1
Basel-Landschaft	55 %	208.4	53.1 %	184.5	46.9 %	392.9
Schaffhausen	53 %	67.4	60.8 %	43.4	39.2 %	110.7
Appenzell A.Rh.	47 %	44.5	61.5 %	27.8	38.5 %	72.3
Appenzell I.Rh.	49 %	7.0	49.1 %	7.2	50.9 %	14.2
St.Gallen	50 %	278.4	51.8 %	259.1	48.2 %	537.5
Graubünden	55 %	173.7	62.2 %	105.7	37.8 %	279.4
Aargau	47 %	298.4	46.2 %	347.3	53.8 %	645.8
Thurgau	48 %	87.6	35.4 %	159.5	64.6 %	247.1
Ticino	55 %	215.2	44.2 %	271.7	55.8 %	486.9
Vaud	55 %	620.0	59.0 %	430.0	41.0 %	1 050.1
Valais	52,5 %	228.7	58.8 %	160.0	41.2 %	388.7
Neuchâtel	55 %	236.3	65.6 %	123.8	34.4 %	360.1
Genève	55 %	819.5	73.4 %	296.5	26.6 %	1 115.9
Jura	55 %	69.8	60.7 %	45.2	39.3 %	115.0
Schweiz/Suisse		6 514.5	57.3 %	4 848.9	42.7 %	11 363.5

* santésuisse, Pressemitteilung vom 3. Mai 2011, www.santesuisse.ch
** Bundesamt für Statistik: Calcul du coût de l'hospitalisation LAMal 2005, www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/lexikon/lex/0.topic.1.html

