

Einfache Anfrage Sulzer-Wil vom 31. März 2019

## **Kostenverschiebung vom Kanton auf die Versicherten: Droht ein zusätzlicher Prämienanstieg?**

Schriftliche Antwort der Regierung vom 21. Mai 2019

Dario Sulzer-Wil erkundigt sich in seiner Einfachen Anfrage vom 31. März 2019 nach den finanziellen Auswirkungen, weil vermehrt ambulante Behandlungen (vor stationären Behandlungen) durchgeführt werden.

Die Regierung antwortet wie folgt:

In der Schweiz werden bestimmte Eingriffe – im Vergleich zum Ausland – öfter stationär als ambulant durchgeführt, obwohl ambulantes Operieren für Patientinnen und Patienten auch Vorteile hat und weniger Ressourcen benötigt. Um unnötige Spitalaufenthalte zu vermeiden und die Effizienz der Versorgung zu optimieren, gilt ab dem 1. Januar 2019 gemäss Art. 3c der Krankenpflege-Leistungsverordnung (SR 832.112.31; abgekürzt KLV) in der ganzen Schweiz die Regelung «ambulant vor stationär». Diese Regelung bezieht sich auf sechs Gruppen von elektiven, d.h. nicht dringlichen Operationen an gesundheitlich stabilen Patientinnen und Patienten (Ausnahmen sind möglich und vorgesehen). Mit dieser Massnahme soll die ambulante Leistungserbringung gefördert werden. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) geht in der ganzen Schweiz von rund 42'000 verlagerbaren Fällen aus. Die Verordnungsanpassung schafft für alle Versicherten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) die gleichen Voraussetzungen. Für Leistungen, die bereits heute überwiegend ambulant durchgeführt werden (z.B. kleine Handchirurgie, Kataraktoperationen usw.) besteht aus Sicht des BAG kein Handlungsbedarf. Deshalb wird für diese Leistungen auf eine Regelung, die mit administrativem Zusatzaufwand verbunden wäre, verzichtet.

Im stationären Bereich erfolgt die Rechnungsstellung über Fallpauschalen gemäss SwissDRG. Stationäre Leistungen werden zu 55 Prozent vom Kanton und zu 45 Prozent vom Versicherten finanziert. Im ambulanten Bereich erfolgt die Rechnungsstellung anhand des Einzelleistungstarifs TARMED. Diese Kosten werden zu 100 Prozent vom Versicherten getragen. Dies führt dazu, dass – je nach Behandlungsmethode – für denselben Eingriff unterschiedlich hohe Beträge in Rechnung gestellt werden. Bei zusatzversicherten Patientinnen und Patienten kann bei stationärer Behandlung zusätzlich noch ein Privathonorar in Rechnung gestellt werden. Aus Sicht des Leistungserbringers führt dies aus finanziellen Gründen vielfach zu einer Bevorzugung der stationären Behandlung – insbesondere bei zusatzversicherten Patientinnen und Patienten. In diesem Zusammenhang ist ebenfalls zu beachten, dass die Entschädigungen im ambulanten Bereich aufgrund der unterschiedlich hohen TARMED-Taxpunktweite stark variieren. Die grossen Differenzen gehen auf die kostenneutrale Einführung von TARMED im Jahr 2004 zurück. Kantone mit bisher tiefen Tarifen erhielten dementsprechend auch unter TARMED tiefe Tarife. Eine Angleichung der Taxpunktweite hat nicht bzw. nur in geringem Umfang stattgefunden. Die St.Galler Spitäler verzeichnen derzeit mit 83 Rappen den zweittiefsten TARMED-Taxpunktweite der Schweiz und sind deshalb von der Regelung «ambulant vor stationär» stärker betroffen als andere Spitäler. Vor diesem Hintergrund haben die Spitalverbände ihre Tarifverträge zum ambulanten TARMED-Taxpunktweite auf Ende des Jahres 2018 gekündigt.

Da stationäre Leistungen aufgrund des höheren Ressourceneinsatzes in Form der Beherbergung und Betreuung der Patientinnen und Patienten i.d.R. wesentlich teurer sind als ambulante Leistungen, ist der 100-Prozent-Anteil des Versicherers bei einer ambulanten Leistung nicht unbedingt höher als der 45-Prozent-Anteil bei einer stationären Leistung. Berechnungen des BAG zufolge resultiert aufgrund der schweizweiten Regelung «ambulant vor stationär» keine Mehrbelastung der Versicherer bzw. der Prämienzahlerinnen und -zahler. Nicht zuletzt war die Kostenneutralität für die Krankenkassenprämien eines der Kriterien des Bundes für die Bestimmung der Liste mit den Operationen, die inskünftig grundsätzlich ambulant erbracht werden sollen. Für den Kanton resultieren hingegen Minderkosten für jeden vom stationären in den ambulanten Bereich verlagerten Fall. Für die Spitäler ist die Regelung mit erheblichen Mindereinnahmen verbunden (tiefere Entschädigung der ambulanten Behandlung und Wegfall von Honoraren bei zusatzversicherten Patientinnen Patienten). Bei den Einnahmefällen der Spitäler fällt v.a. der tiefe TARMED-Taxpunktwert ins Gewicht.

Zu den einzelnen Fragen:

1. Gemäss Berechnungen des BAG resultieren für die Krankenversicherer bzw. für die Prämienzahlenden aus der Umsetzung der Regelung «ambulant vor stationär» keine Zusatzbelastungen.
2. Die Kosten für spitalambulante Behandlungen liegen im Kanton St.Gallen deutlich unter dem schweizerischen Durchschnitt und haben sich wie folgt entwickelt:

Spitalambulante Behandlungen: Kosten je versicherte Person	2016	2017	2018
SG	597.5	637.4	638.4
CH	702.7	735.0	729.9

Die Erträge der vier Spitalverbände für ambulante Behandlungen haben von insgesamt 242,8 Mio. Franken im Jahr 2012 auf 332,7 Mio. Franken im Jahr 2017 zugenommen.

- 3./4. Gestützt auf die Berechnungen des BAG erwartet die Regierung keine Auswirkungen auf die Krankenkassenprämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung der St.Galler Bevölkerung. Einsparungen werden indes für den Kanton resultieren, da für jeden in den ambulanten Bereich verlagerten Fall kein Kantonsbeitrag mehr geleistet werden muss. Der Kanton rechnet mit Einsparungen von rund 5,7 Mio. Franken. Die Einnahmefälle der vier Spitalverbände im Zusammenhang mit «ambulant vor stationär» dürften gemäss Kanton rund 6 Mio. Franken betragen.
5. Da die Regierung aufgrund der BAG-Massnahme «ambulant vor stationär» keine Auswirkungen auf die Krankenkassenprämien erwartet, drängen sich diesbezüglich auch keine Entlastungsmassnahmen für Prämienzahlerinnen und -zahler auf.
6. Unabhängig von der Umsetzung der Regelung «ambulant vor stationär» schlägt die Regierung mit ihrer Botschaft und dem Entwurf vom 2. April 2019 betreffend Prämienverbilligung (VIII. Nachtrag zum Einführungsgesetz zur Bundesgesetzgebung über die Krankenversicherung [22.19.06]) Massnahmen zur Besserstellung von Familien im Umfang von 12 Mio. Franken vor.