

Interpellation Warzinek-Mels / Müller-Lichtensteig / Widmer-Mosnang (17 Mitunterzeichnende)
vom 18. Februar 2019

Blockiert auch der Kanton St.Gallen die einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen (EFAS)?

Schriftliche Antwort der Regierung vom 26. März 2019

Thomas Warzinek-Mels, Mathias Müller-Lichtensteig und Andreas Widmer-Mosnang erkundigen sich in ihrer Interpellation vom 18. Februar 2019 nach der Position des Kantons St.Gallen zur einheitlichen Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen (EFAS).

Die Regierung antwortet wie folgt:

Im schweizerischen Gesundheitswesen werden stationäre und ambulante Leistungen nicht nur nach unterschiedlichen Tarifkatalogen abgerechnet (stationär: SwissDRG im Bereich Akutsomatik, TARPSY im Bereich Psychiatrie und Fall-/Tagespauschalen im Bereich Rehabilitation / ambulant: TARMED für ärztliche Leistungen, Liste für Mittel und Gegenstände, Arzneimittelliste, Tarife für Chiropraktorinnen und Chiropraktoren, Tarife für Hebammen und Tarife für Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und Ernährungs- und Diabetesberatung), sondern auch unterschiedlich finanziert. Stationäre Leistungen in Spitälern, die auf der Spitalliste aufgeführt sind, werden zu 55 Prozent von den Kantonen und zu 45 Prozent von den Krankenversicherern finanziert. Ambulante Leistungen werden hingegen vollumfänglich von den Krankenversicherern finanziert. Stationäre Leistungen sind i.d.R. wesentlich teurer als ambulante Leistungen, insbesondere wenn es sich um zusatzversicherte Patientinnen und Patienten der Halbprivat- und Privatabteilung handelt, weil dort Zusatzleistungen in Rechnung gestellt werden. Eine zu 100 Prozent von den Krankenversicherern finanzierte ambulante Leistung ist aber nicht automatisch teurer als der 45-Prozent-Anteil des Krankenversicherers an einer stationären Leistung.

Mit EFAS ist vorgesehen, ambulante und stationäre Leistungen zu gleichen Teilen durch die Krankenversicherer und die Kantone zu finanzieren. Es handelt sich um eine gesamtschweizerische Problemstellung, da EFAS eine Anpassung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (SR 832.10; abgekürzt KVG) bedingen würde. Berechnungen der Krankenversicherer zufolge müssten sich die Kantone mit 25,5 Prozent an der einheitlichen Vergütung von ambulanten und stationären Leistungen beteiligen (Anteil Krankenversicherer: 74,5 Prozent). Für die Befürworter von EFAS ist die heute unterschiedliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen das Hauptproblem, dass medizinische Leistungen nicht dort erbracht werden, wo sie aus Sicht der Effizienz und Qualität am besten erbracht werden sollten. Die heutige Finanzierung würde effiziente Behandlungsprozesse verhindern und positive Anreize zur koordinierten Versorgung schmälern. Ärztenetze und Grundversorger, die mit nachhaltiger und intensiver Betreuung ihrer Patientinnen und Patienten Spitaleinweisungen und Klinikaufenthalte verhindern würden, seien heute aber mit allfälligen Mehrkosten bei den ambulanten Leistungen konfrontiert.

Nach Auffassung der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) muss eine Revision vor allem dort ansetzen, wo der Behandlungsentscheid getroffen wird, das heisst bei den Leistungserbringern. Für die Leistungserbringer spiele es keine Rolle, ob deren Rechnungen aus einer oder zwei Finanzierungsquellen vergütet werden. Erfahrungen aus Deutschland oder Frankreich, wo ambulante und stationäre Leistungen gleich vergütet werden (aber ebenfalls unterschiedliche Tarifkataloge zur Anwendung kommen) zeigen, dass

damit die Fehlanreize an der Schnittstelle von ambulanter und stationärer Behandlung nicht beseitigt werden konnten. Die GDK sieht deshalb in der Förderung ambulanter Behandlungen (ambulant vor stationär – AVOS) ein grösseres Potenzial als in der Umsetzung von EFAS. Bestehende Fehlanreize im Finanzierungssystem müssen beseitigt werden. Dabei gilt es, reine Finanzstromverschiebungen zu vermeiden, da damit keine Einsparungen erzielt werden. Unabhängig von dieser Einschätzung bietet die GDK Hand für eine einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen. Die GDK verlangt jedoch, dass die Pflegekosten in EFAS einbezogen werden, um die integrierte Versorgung über die ganze Behandlungskette hinweg zu stärken. Zudem müssen den Kantonen bei einer Mitfinanzierung im ambulanten Bereich auch Möglichkeiten zur Steuerung der Leistungen eingeräumt werden.

Die GDK weist darauf hin, dass EFAS nur eine echte Verbesserung der Versorgungsorganisation bewirken kann, wenn auch die Pflegekosten (d.h. die Kosten für Pflegeleistungen von Pflegeheimen, Spitexorganisationen sowie selbständigen Pflegefachpersonen) in das Finanzierungsmodell einbezogen werden. Ohne Einbezug der Leistungen in Pflegeheimen und der Spitex wird die Entwicklung integrierter Versorgungsmodelle über die ganze Versorgungskette hinweg behindert. Die Pflege muss auch mit Blick auf die demografische Entwicklung einbezogen werden. Inzwischen haben auch andere Akteure im Gesundheitswesen die systemlogische Bedeutung und die effizienzfördernde Wirkung des Einbezugs der Pflegekosten in EFAS erkannt. Neben der GDK sprechen sich auch die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) und H+ Die Spitäler der Schweiz dafür aus, dass sich EFAS über die ganze Versorgungskette erstrecken soll.

Die Versicherer lehnen die Integration der Pflegekosten in EFAS mit dem Argument ab, dass es ein zu komplizierter Schritt sei, der die Umstellung auf eine einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen verzögere. Dieser Einwand trifft nach Auffassung der GDK nicht zu. Der Gesetzgebungsprozess für eine einheitliche Finanzierung wird zusammen mit einer Einführungsphase noch einige Jahre in Anspruch nehmen. Ausserdem bestehe der Anspruch auf Kostenneutralität auch bei einem Einbezug der Pflegekosten; das heisst, dass die Beteiligung der Kantone sowie der Versicherer am gesamten Finanzierungsvolumen nicht höher ausfallen darf als unter den aktuellen Rahmenbedingungen. Nach Einschätzung der GDK ist der Einbezug der Pflegekosten in EFAS rechtlich einfach zu bewerkstelligen. Es liegen dafür auch bereits Vorschläge auf dem Tisch.

Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-N) hat inzwischen mit 20 zu 3 Stimmen ein Kommissionspostulat beschlossen. Damit wird der Bundesrat beauftragt, zusammen mit den Kantonen, den Versicherern und den Leistungserbringern die Grundlagen zu erarbeiten für den Entscheid, ob EFAS auch für Pflegeleistungen gelten soll oder nicht.

Zu den einzelnen Fragen:

1. Wenn bestehende Fehlanreize im Finanzierungssystem wirksam behoben und nicht nur Kosten verschoben werden, besteht ein Kostendämpfungspotenzial. Aktuell ist aber offen, ob die Anpassung der Kostenträgerschaft bei ambulanten Leistungen die richtigen Anreize setzt, um die Kostenträger gesamthaft zu entlasten. Der Kanton St.Gallen setzt sich für wirksame kostendämpfende Massnahmen ein (z.B. Verlagerung von stationären Leistungen in den ambulanten Bereich).
2. Berechnungen des Bundesamtes für Gesundheit wie auch erste Erfahrungen aus dem Kanton Luzern, wo AVOS auf Mitte des Jahrs 2017 eingeführt wurde, ergaben, dass die Verlagerung von definierten stationären Behandlungen in den ambulanten Bereich die Kantone entlastet, für die Krankenversicherer aber keine Mehrbelastungen resultieren. Der Kanton St.Gallen unterstützt die einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen,

sofern die Pflegekosten in EFAS einbezogen werden. Die Überführung in ein neues Finanzierungsmodell muss zudem kostenneutral erfolgen.

3. Die Vergütung von ambulanten und stationären Leistungen richtet sich nach dem KVG. Eine vom KVG abweichende Finanzierung ist heute nicht möglich. Es ist jedoch vorgesehen, im KVG einen Experimentierartikel zu verankern, der in Zukunft solche Projekte ermöglichen könnte.
4. Die öffentlichen Spitäler im Kanton St.Gallen weisen für den ambulanten Bereich insgesamt eine erhebliche Unterdeckung auf. Dies ist v.a. auf den aktuellen TARMED-Taxpunkt看wert von 83 Rappen zurückzuführen. Es handelt sich dabei im schweizweiten Vergleich um den zweittiefsten Taxpunktwert. Der Taxpunktwert für Spitäler beträgt im schweizerischen Durchschnitt rund 89 Rappen. Angaben zur aktuellen Kostendeckung einzelner Bereiche sind aufgrund des Eingriffs des Bundesrates in den TARMED-Tarifkatalog per 1. Januar 2018 noch nicht verfügbar.
5. Wenn ambulante TARMED-Leistungen nicht kostendeckend vergütet werden, steigt das Risiko, dass sich Leistungserbringer (d.h. freipraktizierende Ärzteschaft oder Spitäler) aus dem Bereich zurückziehen. Nach dem TARMED-Eingriff des Bundesrates verzichtete beispielsweise das Spital Einsiedeln auf ambulante Augenoperationen.

Der ambulante Tarif ist gegenwärtig nicht kostendeckend. Der Kanton St.Gallen weist im schweizweiten Vergleich den zweittiefsten Tarif auf. Deshalb haben die Ostschweizer Ärzteschaft sowie die Spitäler die Tarifverträge auf Januar 2019 gekündigt, mit dem Ziel, einen kostendeckenden Tarif zu erreichen.

6. Die Regierung unterstützt im Grundsatz die Haltung der GDK, wonach die Einführung von EFAS an die Bedingung geknüpft wird, dass die Pflegekosten einbezogen werden. Da der Einbezug der Pflegekosten nach Einschätzung der GDK rechtlich einfach zu bewerkstelligen ist und auch bereits Vorschläge auf dem Tisch liegen, ist nicht mit Verzögerungen zu rechnen – zumal der Gesetzgebungsprozess für eine einheitliche Finanzierung zusammen mit einer Einführungsphase noch einige Jahre in Anspruch nehmen wird.