

Nationalrat

Conseil national

Consiglio nazionale

Cussegl naziunal



12.3245 n Mo. Nationalrat (Humbel). Gesetzeskonforme Umsetzung der Spitalfinanzierung

Bericht der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit vom 27. Juni 2014

Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates prüfte an ihrer Sitzung vom 27. Juni 2014 die von Nationalrätin Ruth Humbel am 15. März 2012 eingereichte, im Titel erwähnte Motion, die vom Nationalrat am 11. September 2013 und vom Ständerat am 13. Juni 2014 mit abgeändertem Text angenommen wurde.

Mit der Motion wird der Bundesrat beauftragt, mit einer Änderung der rechtlichen Grundlagen effizienten Spitälern im Rahmen der neuen Spitalfinanzierung zu ermöglichen, Gewinne zu planen und weiter zu verwenden.

Antrag der Kommission

Die Kommission beantragt mit 17 zu 7 Stimmen bei 1 Enthaltung, die abgeänderte Motion (vgl. Anhang) anzunehmen.

Ein Minderheit (Heim Bea, Carobbio Guscelli, Feri Yvonne, Rossini, Schenker, Steiert, van Singer) beantragt, die Motion abzulehnen.

Berichterstattung: Humbel (d), Cassis (f)

Im Namen der Kommission
Der Präsident:

Guy Parmelin

Inhalt des Berichtes
1 Text und Begründung



- 2 Stellungnahme des Bundesrates vom 23. Mai 2012
- 3 Verhandlungen und Beschluss des Erstrats
- 4 Verhandlungen und Beschluss des Zweitrates
- 5 Erwägungen der Kommission



1 Text und Begründung

1.1 Text

Der Bundesrat wird beauftragt, dem Parlament die Aufhebung von Artikel 59c Absatz 1 Litera a der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vorzuschlagen.

1.2 Begründung

Mit der Revision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) sollte die Spitalfinanzierung per 1. Januar 2012 grundsätzlich geändert werden: von der Objekt- zur Subjektfinanzierung und vom Kostenrückerstattungsprinzip zur Leistungsfinanzierung. Gemäss Artikel 49 Absatz 1 KVG orientieren sich die Spitaltarife an jenen Spitälern, welche die Leistungen in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen. Der Wille des Gesetzgebers war ganz klar, dass die einzelnen Spitäler für gleiche Leistungen bei gleicher Qualität den gleichen Preis bekommen und die Tarife nicht mehr gemäss ausgewiesenen Kosten der einzelnen Spitäler berechnet werden. Zumindest kantonal muss das Prinzip gleiche Preise für gleiche Leistung gelten, was eine Baserate pro Kanton zur Folge hätte.

Faktisch läuft es aber weiter wie bisher. Die Preise werden in Widerspruch zu Artikel 49 Absatz 1 KVG pro Spital kostenbasiert berechnet, was zu spitalbezogenen Basispreisen führt und die vom Gesetz geforderte Transparenz verhindert. Diese spitalbezogenen Tarife - seien sie vertraglich vereinbart oder hoheitlich festgesetzt - belohnen weiterhin Hochkostenspitäler und bestrafen kosteneffiziente Spitäler. Dabei wollte die Spitalfinanzierung gerade diese Fehlentwicklung korrigieren.

Diese widersinnige, gesetzeswidrige Tarifentwicklung beruht auf Artikel 59c Absatz 1 Litera a KVV, wonach Tarife höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung decken. Diese Verordnungsbestimmung steht in Widerspruch zu Artikel 49 Absatz 1 KVG und muss daher aufgehoben werden.

Im neuen Spitalfinanzierungssystem der Leistungsfinanzierung und Vollkostendeckung soll ein effizient arbeitendes Spital auch "Überschüsse" machen dürfen, damit es reinvestieren kann. Ineffiziente Spitäler hingegen sollen gemäss Artikel 59c Absatz 1 Litera b KVV nicht die ausgewiesenen Kosten als Tarifbasis geltend machen können, weil sonst jeglicher Anreiz, Prozesse zu optimieren und Kosten zu minimieren, dahinfällt.

2 Stellungnahme des Bundesrates vom 23. Mai 2012

Gemäss Artikel 49 Absatz 1 des Krankenversicherungsgesetzes (KVG; SR 832.10), der auf dem Grundsatz der Wirtschaftlichkeit nach den Artikeln 32 und 46 Absatz 4 KVG basiert, orientieren sich die Spitaltarife an der Entschädigung jener Spitälern, welche die tarifierte obligatorisch versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen. Folglich haben die Tarife effizienter Spitälern als Referenz für die Festlegung von anwendbaren und gesetzeskonformen Tarifen der anderen Spitäler zu dienen. Gemäss Artikel 59c Absatz 1 Buchstabe b der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) deckt der Tarif höchstens die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten. Für effiziente Spitäler darf der Tarif also die transparent ausgewiesenen Kosten im Sinne von Artikel 59c Absatz 1 Buchstabe a KVV nicht übersteigen. Weiter müssen die Kosten der Spitäler auf der Grundlage einer Kostenträgerrechnung gemäss Artikel 49 Absatz 7 KVG ausgewiesen werden, damit Kostenvergleiche zwischen den Spitälern nach Artikel 49 Absatz 8 KVG vorgenommen werden können. Der Wille des Gesetzgebers wird insofern berücksichtigt, als insbesondere die Kosten effizienter Spitälern, welche die Referenz für die geltenden Tarife darstellen, aufgrund einer Kostenträgerrechnung und gemäss den in der



Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL; SR 832.104) festgelegten Bestimmungen ausgewiesen werden müssen. Wenn der Grundsatz von Artikel 59c Absatz 1 Buchstabe a KVV nicht mehr zur Anwendung käme, könnten die betreffenden Kosten höher sein als die effektiven Kosten des Spitals. Dies würde der Anforderung widersprechen, wonach Tarife auf der Grundlage der geltenden betriebswirtschaftlichen Bemessungen gemäss Artikel 43 Absatz 4 KVG festgelegt werden sollen. Daraus würde eine höhere Entschädigung resultieren, als die auf der Grundlage eines wirtschaftlichen Tarifs für ein effizientes Spital gemäss den gesetzlichen Anforderungen festgelegte Entschädigung.

Artikel 59c Absatz 1 Buchstabe a KVV bezweckt somit den transparenten Kostennachweis der Spitäler. Gemäss Artikel 59c Absatz 1 Buchstabe b KVV dienen die Kosten der effizienten Leistungserbringer als Referenz für die Entschädigung. Die bestrittene Verordnungsbestimmung entspricht dem KVG und bildet eine notwendige Konkretisierung des allgemeinen Grundsatzes der Wirtschaftlichkeit.

Die bestrittene Verordnungsbestimmung muss im übrigen in einem grösseren Zusammenhang betrachtet werden, der über die Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung hinausgeht. Denn die Grundsätze der Tarifgestaltung gemäss Artikel 59c KVV müssen nicht nur von allen Leistungserbringern des stationären, sondern auch von jenen des ambulanten Bereichs eingehalten werden. Diese Grundsätze richten sich sowohl an die Tarifpartner bei der Ausarbeitung ihrer Tarife, als auch an die zuständige Behörde im Sinne von Artikel 46 Absatz 4 KVG, die diese genehmigt oder festsetzt.

Schliesslich handelt es sich formell bei der KVV um eine Verordnung des Bundesrates, basierend auf den Bestimmungen des KVG über Tarife und Preise. Der Bundesrat versteht die Motion entgegen ihrem Wortlaut in dem Sinne, dass von ihm selber die Aufhebung der betreffenden Bestimmung nach Artikel 120 Absatz 1 des Bundesgesetzes über die Bundesversammlung (SR 171.10) verlangt wird und nicht, dass er der Bundesversammlung deren Aufhebung vorschlägt.

Der Bundesrat beantragt die Ablehnung der Motion.

3 Verhandlungen und Beschluss des Erstrats

Der Nationalrat nahm die Motion am 11. September 2013 mit 118 zu 66 Stimmen bei 3 Enthaltungen an.

4 Verhandlungen und Beschluss des Zweitrates

Der Ständerat nahm die Motion mit einem abgeänderten Text am 13. Juni 2014 mit 24 zu 15 Stimmen an (vgl. Anhang).

5 Erwägungen der Kommission

Es sei nicht das Ziel des Gesetzgebers gewesen, dass mit der neuen Spitalfinanzierung effiziente Spitäler gegenüber teuren Spitälern mit tieferen Preisen bestraft würden. Mit der Einführung der DRG wollte man den Übergang vom bisherigen Prinzip der Kostentruckerstattung hin zur Leistungsfinanzierung. Auch das Bundesverwaltungsgerichtsurteil vom 7. April 2014 (C-1698/2013) hält fest, dass Effizienzgewinne zulässig sind. Das müsse mit dieser Motion weiter präzisiert werden. In diesem Zusammenhang müsse auch geklärt werden, was unter der gezielten Verwendung der Gewinne im Rahmen der OKP zu verstehen ist. Hier sei falsches Misstrauen gegenüber den Leistungserbringern fehl am Platz. Vielleicht können ja auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter davon profitieren.



Eine Minderheit wendet sich dagegen, dass ohne Kenntnis der Resultate der noch laufenden Evaluationen über die Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung bereits wieder in das System eingegriffen werde. Zudem sei es problematisch, dass im Rahmen der sozialen Krankenversicherung Einnahmenüberschüsse wie Gewinne behandelt werden sollen.

Anhang

Abgeänderter Motionstext

Der Bundesrat wird beauftragt, die nötigen rechtlichen Grundlagen zu schaffen, damit effiziente Spitäler mit einer guten Qualität im Rahmen der OKP Gewinne (Differenz zwischen den effektiven Kosten und dem Benchmark) planen und gezielt weiterverwenden können.