

Spitalfinanzierung

Ziele der KVG-Revision sichern!

Der Ständerat wird im Frühjahr das Kompromissmodell zur Spitalfinanzierung diskutieren. Die Lösung ist für die Kantone nur tragbar, wenn noch einige Nachbesserungen vorgenommen werden. Sonst droht ein noch grösserer Kostenschub.

Nachdem 24 Kantone ein «monistisches» Finanzierungssystem abgelehnt hatten, beriet die Gesundheitskommission des Ständerates (SGK-S) eine Kompromissvariante «bis». Diese verpflichtet die Kantone, ihre Spitalisten zu prüfen und mit den Listenspitälern Leistungsverträge abzuschliessen, die unabhängig von der Trägerschaft zu mindestens 60% durch die Kantone finanziert werden. Liegt die Prämie unter dem schweizerischen Durchschnitt, kann der Kanton seinen Anteil bis auf 45% senken. Den Rest bis 100% trägt jeweils die Grundversicherung. Gemeinwirtschaftliche Leistungen werden vom Kanton vollständig finanziert.

Ausserhalb der Spitalliste besteht Vertragsfreiheit. Dabei vergütet die Grundver-

sicherung denselben Anteil wie bei einem Listenspital. Gleichzeitig werden die Grundlagen für die leistungsbezogene Finanzierung im Gesetz verankert.

Die Vorlage will in erster Linie die heutige Ungleichbehandlung der Zusatzversicherten ausräumen. Dies zieht eine zusätzliche Belastung der Grundversicherung und der Kantone nach sich. Das Ziel der Kosteneindämmung bleibt hingegen weitgehend auf der Strecke, zumindest kurzfristig. Mittelfristig ist davon auszugehen, dass die leistungsbezogene Vergütung auf Basis von Betriebsvergleichen die Kostenentwicklung bremsen wird. Die Grundlagen für diagnosebezogene Pauschalen werden derzeit von der GDK und den Tarifpartnern entwickelt. Die SGK-S schafft im

Gesetzesentwurf die notwendige Rechtsgrundlage zur verbindlichen Einführung einer einheitlichen Tarifstruktur und deren Pflege. Der Genehmigungsweg aller Änderungen über den Bundesrat ist hingegen aufwändig.

Wichtig ist, die Leistungsmenge bzw. die Anzahl Leistungserbringer zulasten des KVG begrenzen zu können. Ansonsten droht im Anbietermarkt Gesundheitswesen ein Kostenschub, der weit über das vorhersehbare Mass hinausgehen könnte. Um diesem Szenario vorzubeugen, müssen folgende Bedingungen erfüllt werden:

- Die Beschwerdemöglichkeit gegen die kantonale Spitalplanung ist einzuschränken. Ansonsten besteht die Gefahr, dass

Fortsetzung auf Seite 2



Wende zum Besseren?

Editorial

Liebe Leserin, lieber Leser

«Ein Kompromiss, das ist die Kunst, einen Kuchen so zu teilen, dass jeder glaubt, er habe das grösste Stück bekommen.» Das geflügelte Wort von Ludwig Erhard gilt in der KVG-Revision zur Spitalfinanzierung im umgekehrten Sinne, wird doch festgelegt, wie gross der

Kuchen sein soll, den Kantone und Grundversicherer den Zusatzversicherten reichen und wer welches Stück beisteuert.

Mit der Spitalfinanzierungsvorlage sollen Zusatzversicherte besser gestellt werden. Griffige Instrumente zur Kosteneindämmung sucht man hingegen mit der Lupe. Wenn nun einige bisher nicht subventionierte Spitäler ebenfalls Staatsbeiträge erhalten sollen, dann müssen die Bedingun-

gen dafür von den Kantonen festgelegt werden können. Ansprüche darf es keine geben, sonst laufen die Kosten aus dem Ruder.

Soll das Kompromissmodell für die Kantone tragbar sein, braucht es Nachbesserungen. Es ist überdies zwingend, dass die Kantone ihren Finanzierungsanteil festlegen können. Nur so kann zumindest ein «Gleichgewicht des Schreckens» gehalten werden. Ob

damit die Wende zum Besseren erreicht wird, bleibt – wie bei jedem nicht Erhard'schen Kompromiss – fraglich. Es ist aber zu vermeiden, dass wir bei Edgar Faure landen, der meinte: «Ein Kompromiss ist dann vollkommen, wenn beide das bekommen, was sie nicht haben wollten.»

*Dr. Markus Dürr,
Gesundheitsdirektor Kanton
Luzern, Präsident der GDK*

über Rekurse das Leistungsangebot zu lasten der Allgemeinheit ausgedehnt wird. Vergeben die Kantone für 25% der heute nicht subventionierten Leistungen Aufträge, resultieren Mehrkosten von ca. 480 Mio. CHF (vgl. Grafik). Ohne Einschränkung können diese Mehrkosten auf 1.1 Mrd. CHF steigen.

- Die Kantone müssen ihre Beiträge unabhängig von der kantonalen Prämie festlegen können. Ansonsten drohen fiskalpolitische Verwerfungen und schwankende Prämien.
- Die Investitionskosten werden neu über die leistungsbezogenen Pauschalen abgegolten. Ihre Anrechenbarkeit muss im Rahmen der Bedarfsplanung und der Leistungsaufträge von den Kantonen festgelegt werden können, soll kein «Wettrüsten» ausgelöst werden.
- Als gemeinwirtschaftliche Leistungen können nur Forschung und universitäre Lehre gelten. Andere Kostenfaktoren sind nicht ermittelbar.

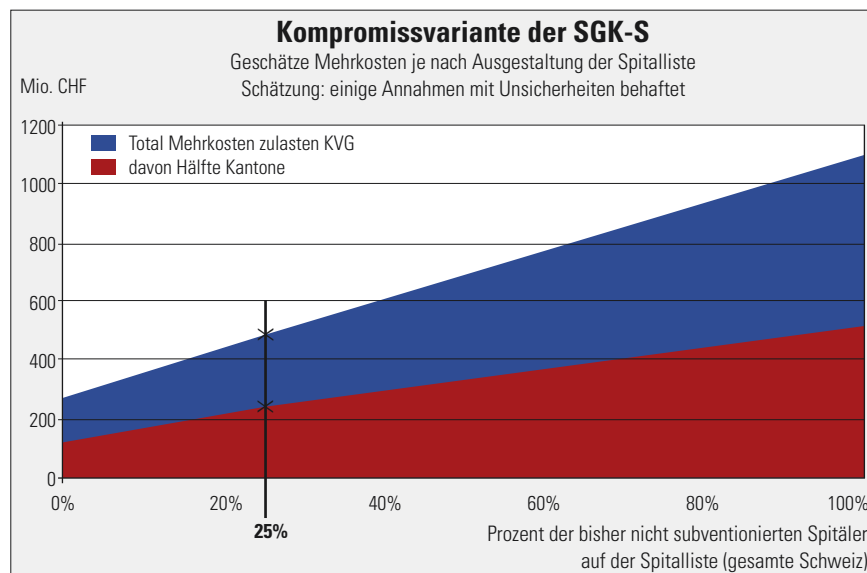
Mit der Vorlage werden neu Privatversicherungsleistungen für Behandlungen von

Zusatzversicherten in bisher subventionierten Spitälern von ca. 280 Mio. CHF sozialisiert. Darüber hinaus stehen 810 Mio. CHF für Leistungen von bisher nicht subventionierten Spitälern zur Debatte. Die oben genannten Bedingungen sollen sicherstellen, dass beim Übergang nur der rechtfertigbare Teil über das KVG finanziert wird und mittelfristig die Kostenentwicklung

gedämpft werden kann. Ohne diese flankierenden Massnahmen wäre die Umsetzung verantwortungslos. ■

WEITERFÜHRENDE UNTERLAGEN:

- Stellungnahme: www.gdk-cds.ch/34.0.html



Hausarztmedizin ohne Zukunft?

Die Schweizer Hausärzte sind sauer. Ihre Arbeitsbedingungen werden immer schlechter, und der Nachwuchs fehlt. Die GDK nimmt diese Probleme ernst. Es geht schliesslich um die Sicherstellung der medizinischen Versorgung.

Die Hausärztinnen und Hausärzte der Schweiz werden am 1. April 2006 in Bern eine Kundgebung «Gegen die Schwächung der Hausarztmedizin und den drohenden Ärztemangel» durchführen. Der Auslöser für die Demonstration ist die vom EDI letzten November beschlossene lineare Kürzung des Taxpunktwertes der Analysen. Ist die Kundgebung deshalb nur ein Protest für mehr Lohn?

Aus Sicht der GDK befindet sich die Hausarztmedizin in der Schweiz auf einem Abwärtstrend, und dies nicht erst seit gestern. Die Gründe sind vielfältig: geringer Stellenwert der Hausarztmedizin im Medizinstudium, schlechte Weiterbildungsmöglichkeiten, unattraktive Arbeitsbe-

dingungen. Wenn nun die Grundversorger auf diese Probleme aufmerksam machen wollen, entspricht dies einem berechtigten Anliegen und darf als aufrichtige Sorge um die Zukunft und die Qualität der Hausarztmedizin verstanden werden.

Eine aus Vertretern der GDK und des BAG zusammengesetzte Arbeitsgruppe ist seit letztem Herbst daran, Massnahmen für die drängendsten Probleme zu erarbeiten. Mit einer Umfrage bei allen kantonalen Ärztesellschaften werden die aktuellen Probleme beim ambulanten ärztlichen Notfalldienst erfasst. Vieles deutet darauf hin, dass aufgrund der Altersstruktur der Hausärzte und wegen fehlendem Nachwuchs die Engpässe beim Notfalldienst in den

nächsten Jahren akut zunehmen werden. Genauere Analysen werden aufgrund der Umfrage möglich sein und fundierte Vorschläge für Gegenmassnahmen erlauben. Die Arbeitsgruppe wird auch zukunftsweisende Finanzierungsmodelle für eine spezifische hausärztliche Weiterbildung vorschlagen. Am 30. März 2006 wird sich der Dialog Nationale Gesundheitspolitik schweremittig mit diesen Themen auseinandersetzen und über das weitere Vorgehen entscheiden. ■

WEITERFÜHRENDE UNTERLAGEN:

- Mandat der Arbeitsgruppe «Grundversorgung»: www-gdk-cds.ch/60.0.html

Annäherung in der Pflegefinanzierung

In der Pflegefinanzierung haben sich die GDK und Bundesrat Pascal Couchepin Anfang Jahr auf Eckwerte eines möglichen Kompromissmodells verständigt. So soll die Krankenversicherung einen integralen Beitrag an die gesamte Pflege leisten.

Weiter soll der Beitrag der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) an die Pflege kostenneutral festgelegt und mittels Betriebsvergleich ermittelt werden. So wird nach einer Übergangsfrist in allen Kantonen und Pflegebedarfsstufen ein einheitlicher Anteil vergütet. Damit entfallen für alle Beteiligten nervenaufreibende Tarifverhandlungen. Die nicht gedeckten Kosten werden den Pflegebedürftigen in Rechnung gestellt; bei Bedarf greifen die Ergänzungsleistungen. Gemäss GDK muss deshalb der Tarifschutz explizit auf die OKP-Beiträge beschränkt werden.

Wenn die Forderung der GDK nach einer vollen Finanzierung der Spitex-Pfle-

geleistungen nicht aufgenommen wird, ist im Akutpflegebereich eine zeitlich limitierte Vollfinanzierung vorzusehen. Ansonsten drohen Verzerrungen in der vorangehenden Behandlung. Auf ärztliche Anordnung hin soll die Pflege während bis zu 30 Tagen voll über die OKP finanziert werden. Der Arzt kann diese Frist einmal verlängern.

Offen blieb die Frage der Anpassung der Beiträge über die Zeit. Gemäss GDK soll sich die OKP proportional an der Kostenentwicklung beteiligen. Dazu ist der einmal ermittelte Beitrag als Prozentsatz an den massgebenden Kosten im Gesetz zu verankern. Nur so kann vermieden werden, dass der OKP-Anteil laufend sinkt. Um den Aufwand zu verringern, können

die Betriebsvergleiche nur alle 4–5 Jahre angestellt werden und in der Zwischenzeit die OKP-Beiträge am AHV-Mischindex angepasst werden.

Kann die Revision nicht per Anfang 2007 in Kraft treten, muss vor einer Verlängerung der eingefrorenen Tarife um maximal ein Jahr die Teuerung ausgeglichen werden. ■

WEITERFÜHRENDE UNTERLAGEN:

- Angepasstes GDK-Pflegefinanzierungsmodell: www.gdk-cds.ch/34.0.html: Beiträge



Konkret

2. NFA-Botschaft

Achtung Schnittstellen!

Die Spezialkommission NFA2 hat zur 2. Botschaft zur Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) eine Anhörung durchgeführt. Die Direktorenkonferenzen GDK, FDK und SODK haben weitgehend Zustimmung signalisiert. Im Gesundheitsbereich bedürfen jedoch zwei heikle Schnittstellen besonderer Aufmerksamkeit.

Eine Schnittstelle besteht bei der Prämienverbilligung. Das Parlament hat im März 2005 im KVG eine familienpolitische Komponente eingeführt. So müssen die Prämien von Kindern und jungen Erwachsenen in Ausbildung bis zu mittleren Einkommen um mindestens 50 Prozent verbilligt werden. Zu diesem Zweck werden die Bundesbeiträge 2006 und 2007 gestaffelt um insgesamt 200 Mio. CHF erhöht.

Sie fallen jedoch in die Bemessungslücke der Globalbilanz, wenn Letztere wie vorgesehen auf Basis der Da-

ten 2004 und 2005 berechnet wird. Sollen die gesprochenen Bundesbeiträge also nicht einfach entfallen, müssen sie in der Globalbilanz als Sonderfaktor eingerechnet werden. Dieses Vorgehen, dem bereits das politische Steuerungsorgan zugestimmt hat, ist auch insofern angezeigt, als es sich bei der Prämienverbilligung weiterhin um eine Verbundaufgabe handelt.

Die Totalrevision des Gesetzes über Ergänzungsleistungen (EL) weist Schnittstellen mit der laufenden Neuordnung der Pflegefinanzierung auf. Der Aufhebung der EL-Obergrenze für Personen im Pflegeheim kann nur zugestimmt werden,

wenn die Kantone die anrechenbaren Tagestaxen wie vorgesehen limitieren können und wenn Einkünfte und Vermögen, auf welche z.B. bei Erbvorbezug verzichtet worden ist, wie heute als Einnahmen anrechenbar bleiben. Sollten im Rahmen der Neuordnung der Pflegefinanzierung wesentlich mehr als 200 Mio. CHF auf die Kantone überwältigt werden, würde die GDK den Finanzierungsschlüssel der EL für die Existenzsicherung von 5/8 für den Bund und 3/8 für die Kantone in Frage stellen.

*Dr. Eveline Widmer-Schlumpf,
Finanzdirektorin Kanton
Graubünden, Präsidentin FDK*

Spitalfinanzierung Variante «bis»: Des Pudels Kern

In kürzester Zeit legt die SGK-S dem Ständerat in der Spitalfinanzierung einen Kompromissvorschlag vor. Was verbirgt sich hinter der Vorlage, was leistet sie und was (noch) nicht?

Schnell hat die Gesundheitskommission SGK-S gehandelt: Nachdem ihr ursprüngliches Modell von 24 Kantonen und vom Bundesrat abgelehnt worden war, schwenkte sie auf einen Kompromiss ein. Dieser beabsichtigt, den Kantonen im Rahmen ihrer Planung die notwendigen Kompetenzen einzuräumen. Die ursprünglichen Ziele der Revision der Spitalfinanzierung sind die Kosteneindämmung sowie die Gleichstellung aller Zusatzversicherten. Denn seit dem EVG-Urteil von 2001 werden die Leistungen für Zusatzversicherte je nach Behandlungsort unterschiedlich abgegolten.

Es stellt sich die Frage, ob die Vorlage diese beiden Ziele erreicht und welche weiteren Vorteile sie bringt. Doch auch die offensichtlichen und potenziellen Nachteile sind in der Gesamtwertung zu berücksichtigen. Dabei zeigt sich wie so oft, dass der Teufel weniger im Pudel als im Detail steckt. ■



SGK-S

Der Kompromissvorschlag der SGK-S verzichtet auf den Einbezug des ambulanten Bereichs. Neu soll ein leistungsbezogenes Entgeltsystem die stationären KVG-Leistungen voll zu Preisen mit Marktorientierung vergüten.

Die Kantone erhalten die Planungskompetenz und -pflicht. Sie leisten einen Beitrag an alle – öffentlichen und privaten – Spitäler auf der Spitalliste. Mit den übrigen zugelassenen Spitalern können die Versicherer Verträge abschliessen.

Nach eingehender Diskussion legte die SGK-S den Kantonsanteil bei mindestens 60%, für Kantone mit unterdurchschnittlichen Prämien bei mindestens 45% fest. Damit nimmt die SGK-S Rücksicht auf die Tatsache, dass heute 18 Kantone tiefere Prämien als im Schweizer Mittel aufweisen, und lässt ihnen einen Spielraum in der Finanzierung. So kann auch ein Prämien-schub verhindert werden.

Die Umstellung braucht Zeit. Die vollen Kantonsbeiträge sind deshalb erst geschuldet, wenn die Strukturen für leistungsbezogene Pauschalen (mit Einbezug der Investitionen) geschaffen und die Spitallisten erstellt sind.

*Erika Forster-Vannini,
Ständerätin und Präsidentin der SGK-S*



GDK

Ein Kompromiss löst selten Begeisterungstürme aus. So muss die Vorlage nüchtern bewertet werden.

Die heutige Ungleichbehandlung der Zusatzversicherten soll zulasten von Grundversicherung und Kantonen und zugunsten der Zusatzversicherungen teils ausgeräumt werden – eine nicht eben innovative Lösung mit Kostenverschiebungen von mehreren 100 Mio. CHF.

Auch bezüglich Kosteneindämmung gibt es keine Glanznoten zu verteilen. Die Kantone werden dieses Ziel in mühseliger Kleinarbeit verfolgen müssen. Das Risiko von Fehlschlägen ist beträchtlich, da einige Spitäler Kantonsbeiträge vor Gericht zu erstreiten versuchen dürften. Unwägbarkeiten finden sich auch in Bezug auf die Festsetzung des Kantonsanteils – der meines Erachtens schrittweise für alle Kantone gleichgesetzt werden sollte, um die Mobilität zwischen Spitalern zu fördern –, die gemeinwirtschaftlichen Leistungen sowie die Anrechnung neuer und getätigter Investitionen. Sollen die Kantone nicht die Katze im Sack kaufen und die Kosten kontrollieren können, benötigen sie griffigere Instrumente.

*Prof. Dr. Pierre-François Unger,
Gesundheitsdirektor Kanton Genf,
Vorstandsmitglied der GDK*

Politik der kleinen Schritte in der Spitzenmedizin

Für die hochspezialisierte Medizin war 2005 das Jahr der Auseinandersetzungen. Wie es aussieht, wird 2006 zum Jahr des Dialogs. Daran haben alle Kantone zu gewinnen.

Nach dem Zürcher Nein zur Interkantonalen Vereinbarung IVKKM schien die Situation letztes Jahr ausweglos. Auch heute ist keine greifbare Lösung in Sicht. Aber es gibt Anzeichen eines sich anbahnenden Dialogs. Eine Arbeitsgruppe der GDK untersucht, wie Konzentrationsentschei-

de sowohl fachlich als auch politisch besser abgestützt werden können. Die Zürcher Gesundheitsdirektion ihrerseits hat internationale Experten eingeladen, zu Fragen der Spitzenmedizin Stellung zu nehmen. Das lässt hoffen, dass ein gegenseitiges Entgegenkommen auf der sachlichen Ebene doch noch möglich ist.

Impressum

Herausgeber und Redaktion:
GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren

Amthausgasse 22
Postfach 684
3000 Bern 7
www.gdk-cds.ch



Abonnemente:
Tel. 031 356 20 20 oder
office@gdk-cds.ch