

Flankierende Massnahmen

zur Spitalfinanzierung

Unter bestimmten Voraussetzungen kann sich die GDK der ständerätlichen Fassung zur KVG-Revision Spitalfinanzierung anschliessen. Dabei sind finanzielle Gesichtspunkte ebenso wichtig wie regulatorische.

Gemäss ständerätlichem Beschluss wird die Spitallandschaft künftig in sogenannte Listen- und Vertragsspitäler zweigeteilt: Die Listenspitäler sind jene, die einen Leistungsauftrag der Kantone erhalten haben. Ihre Summe bildet die künftige Spitalliste, in deren Rahmen die Grundversicherer ebenfalls Beiträge leisten. Alle anderen Spitäler oder ihre Abteilungen erhalten keine Kantonsbeiträge und unterliegen der Vertragsfreiheit. Die Versicherer können Verträge abschliessen. Die Beiträge der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) liegen höchstens beim Tarif, der für Listenspitäler des Kantons gilt.

Man mag sich streiten, welchen Sinn die damit einhergehende Zweiteilung des Privatspitalmarktes macht. Auch bleibt letztlich wenig klar, weshalb im Rahmen

der KVG-Revision, welche in erster Linie die Kostenentwicklung bremsen soll, nun die Zusatzversicherung um mehrere Hundert Millionen Franken zulasten der Kantone und der OKP entlastet werden soll. Gleichzeitig befindet sich die Vorlage zur Pflegefinanzierung im Parlament, welche die bisherigen Zahlungen der OKP als blosse Beiträge festzuschreiben soll, damit dem KVG künftig nicht Mehrkosten von rund 1 Mrd. CHF erwachsen. Hinter diese Prioritätensetzung dürfen mit Fug und Recht Fragezeichen gesetzt werden. Kompromisse scheinen aber definitionsgemäss Abstriche an Kohärenz und Klarheit zu fordern.

Es ist nun der ausgesprochene Wille des Ständerates, einen Teil der Leistungen von Privatspitälern vermehrt über das KVG zu finanzieren. Die Kantone können sich unter bestimmten Voraussetzungen bereit

erklären, ihre Spitalliste zu überprüfen und Leistungen weiterer Privatspitäler öffentlich zu subventionieren.

In einem Schreiben an die nationalrätliche SGK haben die GDK und santésuisse die gemeinsamen Anforderungen an die Revision der Spitalfinanzierung festgehalten. Diese umfassen

- die hälftige Aufteilung der Mehrkosten zwischen Versicherern und Kantonen
- die weitestmögliche Einschränkung der Rekursrechte gegen die Spitalliste
- die Verlängerung des dringlichen Bundesgesetzes zur Spitalfinanzierung (s. S. 2)

Die revidierte Spitalfinanzierung entlang der ständerätlichen Vorlage muss diese Voraussetzungen erfüllen, damit sie für die Kantone annehmbar ist. Für die GDK bedeutet dies konkret Folgendes:

Fortsetzung auf Seite 2



Liebe Leserin, lieber Leser

Der Wanderer kommt an einer Kreuzung nicht weiter, bis er sich entschieden hat. Diese Erfahrung macht gegenwärtig das Parlament in der Spitalfinanzierung. Widerstrebende Wegweiser erschweren den Entscheid. Dabei liegt das Ziel der leistungsbezogenen Finanzierung nah. Diese dämpft die Kosten und fördert Transparenz.

Wanderer, wohin des Weges?

Editorial

Das Parlament will die Zusatzversicherung entlasten, indem ein Teil der Leistungen der Privatspitäler durch Kantone und Grundversicherer mitfinanziert wird. Die Kantone haben ihre Bedenken geäussert, den Privatspitalmarkt zweizuteilen, bieten aber Hand, ihre Spitallisten zu überprüfen.

Gänzlich ausgeschlossen sind aber Finanzierungsregeln, die einseitig die Kantone belasten. Die Mehrbelastungen, die sich

aus der KVG-Revision ergeben, müssen hälftig zwischen Kantonen und Grundversicherern aufgeteilt werden. Diesbezüglich sind sich GDK und santésuisse einig. Wenn dieses Ziel erreicht ist, soll der Wegweiserwald mit Karte und Kompass durchforstet werden. Wohin die Reise weiter führen soll, muss aber entschieden werden, nachdem die Wirkungen evident sind. Dann werden sich echte von

vermeintlichen Wegweisern scheiden. Vorderhand muss aber das Nahziel der leistungsbezogenen Finanzierung rasch erreicht werden. Zur Sicherung der millionenschweren Investitionen der Kantone, Spitäler und Versicherer in das Projekt SwissDRG braucht es jetzt die gesetzlichen Grundlagen.

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

- Die Kantone müssen die Beiträge der Versicherer innerhalb einer Bandbreite von 45–55% festlegen können, damit die Mehrkosten hälftig aufteilbar sind. Die Vorlage des Ständerates ergäbe gemäss Schätzungen der Kantone für sie Mehrkosten von 900 Mio. CHF zur Entlastung der Zusatzversicherung (–700 Mio.) und der OKP (–200 Mio.).
- Als gemeinwirtschaftliche Leistungen, die von den Kantonen vollständig vergütet werden, sind einzig die Forschung und

universitäre Lehre aufzunehmen. Mehrkosten aus regionalen Überkapazitäten und Aufnahmepflicht werden zwar von den Kantonen finanziert, fallen aber im Betriebsvergleich als Residualgrößen an.

- Die Kantone müssen die Entscheidungswege zur Finanzierung von Investitionen weiterhin im Rahmen ihrer Spitalgesetzgebung festlegen können. Ansonsten ist ein «Wett-rüsten» unter den Spitälern mit anschließendem Amortisationsdruck zu befürchten. Ohne diese flankierenden Massnahmen kann der Kostenentwicklung zulasten des

KVG im Wachstumsmarkt Gesundheitswesen zu wenig entgegengewirkt werden.

In der Folge sind die Früchte der leistungsbezogenen Finanzierung zu ernten, bevor über Verfassungsänderungen und parastaatliche Entscheidungsstrukturen diskutiert wird. ■

WEITERFÜHRENDE UNTERLAGEN:

- Stellungnahme GDK, 8. Nov. 2006: www.gdk-cds.ch/223.0.html

Dringliches Bundesgesetz: Verlängerung nötig

Das dringliche Bundesgesetz über die Anpassung der kantonalen Beiträge für die innerkantonalen stationären Behandlungen nach dem KVG (dBG, SR 832.14) läuft Ende 2006 aus. Bis die revidierte Spitalfinanzierung greift, muss es verlängert werden.

Die GDK ist sich zusammen mit dem Versichererverband *santé-suisse* und dem Spitalverband H+ einig, dass das dBG verlängert werden muss, bis die Übergangsbestimmungen zur revidierten Spitalfinanzierung grei-

fen. Die revidierte Spitalfinanzierung allein ist also keine hinreichende Voraussetzung für die Ablösung des dBG. Das dBG regelt die kantonalen Beiträge auf der halbprivaten und privaten Abteilung öffentlicher und öffentlich

subventionierter Spitäler. Ohne diese Regelung resultierten voraussichtlich langwierige Rechtsstreitigkeiten über die Höhe der Kantonsbeiträge. Dies gilt es zu vermeiden.

Massnahmen zur Förderung der Grundversorgung

Bund und Kantone haben zwei Berichte zur Unterstützung der ärztlichen Grundversorgung verabschiedet. Darin werden Massnahmen zur Lösung drängender Probleme im Notfalldienst sowie Wege zur Attraktivitätssteigerung der Weiterbildung zum Hausarzt aufgezeigt.

Ausgehend von den bestehenden Problemen im ambulanten ärztlichen Notfalldienst zeigt der Bericht «Notfalldienst: Massnahmen und Empfehlungen» Möglichkeiten zur Lösung auf. Vorgeschlagen werden Massnahmen wie die Optimierung von Notfalldienststrayons, die Triage der Notfälle über einheitliche Notfallnummern oder die bessere finanzielle Abgeltung des Notfalldienstes. Dabei wird festgehalten, dass der Hausarzt *der* Spezialist für ambulante ärztliche Notfälle ist und es auch bleiben soll.

Der Bericht «Finanzierung spezifische Weiterbildung» setzt beim Problem an, dass potentielle Hausärzte ihre gesamte Weiterbildungszeit als Assistenzärzte im

Spital absolvieren können, ohne ihr zukünftiges Tätigkeitsfeld in der Grundversorgung kennen zu lernen. Zur besseren Berufsvorbereitung ist in den letzten Jahren das Projekt Praxisassistenz entstanden: Angehende Hausärzte verbringen einen Teil ihrer Weiterbildungszeit bei so genannten Lehrärzten. Die jungen Ärzte müssen während dieser Zeit jedoch Lohn einbussen in Kauf nehmen. Um solche Diskriminierungen zu vermeiden und die Praxisassistenz zu fördern, schlägt der Bericht neue Finanzierungswege vor. So sollen die Kantone in einer Anfangsphase in die Finanzierung eingebunden werden. Eine solche Unterstützung soll jedoch gezielt und zeitlich limitiert erfolgen.

Bund und Kantone haben ihren Willen bekundet, die Arbeiten im Bereich ärztliche Grundversorgung weiterzuführen. Einerseits sollen die laufenden Arbeiten zum Notfalldienst und zur Finanzierung der spezifischen Weiterbildung konsolidiert werden. Andererseits sollen neue Themen im Bereich Grundversorgung aufgegriffen und bearbeitet werden. ■

WEITERFÜHRENDE UNTERLAGEN:

- Erwähnte Berichte: www.gdk-cds.ch: Aktualitäten

Pflegefinanzierung: Nach der Pflicht die Kür

Der Ständerat hat ein Kompromissmodell zur Pflegefinanzierung verabschiedet, welches wichtige Eckpfeiler einschlägt. Jetzt gilt es noch, heikle Punkte zu regeln und ein wegweisendes Zeichen zugunsten der Pflege zu Hause zu setzen.

Mit der neuen Pflegefinanzierung soll die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) explizit nur einen Beitrag an die Pflege im Pflegeheim und in der Spitex leisten. Die Kantone regeln, wie der Rest zu finanzieren ist. Dieser Entscheidung ist richtig. Denn erstens soll die OKP nicht um bis zu einer Mrd. CHF stärker belastet werden. Und zweitens sollen nicht gedeckte Kosten der Pflege und des Heimaufenthaltes wie bisher nur bei Bedarf über Ergänzungsleistungen finanziert werden. Zur Entlastung der Pflegebedürftigen zu Hause sieht der Ständerat eine Hilflosenentschädigung

leichter Grades zur AHV vor. Mit dem neuen Finanzausgleich wird die heutige Obergrenze für Ergänzungsleistungen entfallen und der Vermögensfreibetrag bei selbstbewohnten Liegenschaften angehoben.

Die Vorlage des Ständerates lässt aber dennoch in zwei wesentlichen Punkten zu wünschen übrig:

- Es wird dem Bundesrat überlassen, wie er den OKP-Beitrag festlegt. So ist aber zu befürchten, dass diese Beiträge gemessen an den effektiven Kosten mit der Zeit immer geringer ausfallen. Sinnvoller ist die Ermittlung der standardisierten Kosten durch einen Wettbewerb för-

dernden Betriebsvergleich; an diese Kosten leistet die OKP einen festen Beitrag in Prozent.

- Es fehlt ein Zeichen, die Pflege zu Hause aktiv zu fördern. Auch wirkt sich die vorgeschlagene Regelung über die Langzeitpflege hinaus auf die Akutpflege aus, wie sie vor allem auch durch die Spitex erbracht wird. Für Patienten entstehen dadurch falsche Anreize. Sie werden länger im Spital bleiben wollen, weil dort die Kosten voll gedeckt sind. Gerechtigkeit und richtige Anreize sind durch eine zeitlich limitierte Vollfinanzierung der Pflege zu Hause erzielbar. ■



Konkret

eHealth – Die Zeichen der Zeit erkennen

«Die Zukunft ist digital», heisst es überall. Dies gilt auch für das Gesundheitswesen, trotz einigen strukturellen und teilweise auch kulturellen Hürden, die es zu überwinden gilt. Damit sich im Bereich eHealth etwas bewegt, braucht es politischen Leadership auf allen Ebenen. Die Kantone sind hier auf eine Mithilfe des Bundes angewiesen.

Wenn von ganzheitlicher Medizin, vom Denken in Behandlungsketten oder von Patientensicherheit die Rede ist, kann eHealth einen entscheidenden Beitrag leisten. Die Chancen, welche die Informations- und Kommunikationstechnologien im Gesundheitswesen bieten, gilt es jetzt zu packen. Für die Einhaltung des Datenschutzes gibt es heute genügend geeignete technische Möglichkeiten. Die Politik ist gefordert, die gesetzlichen und finanziellen Rahmenbedingungen für den schrittweisen Aufbau einer Gesundheitskarte im Sinne

einer digitalen Vernetzung von medizinischen Daten zwischen Spitälern, Arztpraxen und anderen medizinischen Institutionen in der Schweiz zu setzen. Da die Kompetenzen in der Gesundheitsversorgung hauptsächlich bei den Kantonen liegen, diese aber in der Regel zu klein für sinnvolle Lösungen sind, drängt sich ein gemeinsames Vorgehen von Bund und Kantonen auf. Die «nationale eHealth-Strategie», welche demnächst vom Bundesrat und auch von der GDK verabschiedet werden soll, sieht genau dies vor: Ein nationales Koordinationsorgan soll den Aufbau einer gemeinsamen eHealth-Plattform sicherstellen, auf deren Grundlage kanto-

nale und kantonsübergreifende Vernetzungsprojekte umgesetzt werden können. Ein wichtiger Baustein dafür wird die neue Versichertenkarte nach Artikel 42a KVG sein. Wir fordern deshalb das Bundesparlament auf, im KVG möglichst rasch eine Rechtsgrundlage für die Nutzung dieser Karte als Patientenidentifikator für eHealth-Projekte zu schaffen. Dazu besteht jetzt die Möglichkeit in der Vorlage zu Managed Care, weil sie thematisch auch dort hingehört.

*Heidi Hanselmann,
Gesundheitsdirektorin
Kanton St. Gallen,
Vorstandsmitglied GDK*

Welche Entscheide fördern Managed Care?

In der Wintersession kommt die Vorlage zur KVG-Revision in den Ständerat, die Managed Care-Modelle fördern will. Der Entscheid zur Vertragsfreiheit wurde zurückgestellt.

Unter Managed Care versteht man Hausarztmodelle, Ärztenetzwerke oder HMOs, die als erste Anlaufstelle der Patienten fungieren. Sie können eine finanzielle Teilverantwortung übernehmen. Bei Capitation-Modellen erhält der Arzt pro Versicherten einen Betrag, mit dem er alle Behandlungen finanziert. Mit Netzwerken dürfte die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Behandlung steigen, weil die ganze Behandlungskette von einer Hand gesteuert wird. Einzig die Einsparungen werden kontrovers auf 0 bis 40% geschätzt.

Eine wirklich kostensenkende Wirkung können die Modelle nur entfalten, wenn die Versicherten auch dann im Modell bleiben, wenn sie krank sind. Entsprechende Vorschriften hemmen aber die Verbreitung solcher Modelle. Fördernd wirkt der Entscheid der SGK-S, dass bei finanzieller Mitverantwortung des Arztes weitere Leistungen zulässig sind, als sie das KVG vorsieht. Auch sollen die Leistungserbringer nicht zwingend eine finanzielle Verantwortung übernehmen. Abgelehnt wurde hingegen ein generell tieferer Selbstbehalt. ■



SGK-S

Damit ein Wettbewerb unter Leistungserbringern und Versicherern wirksam wird, müssen

viel mehr Versicherte sich solchen Modellen anschliessen. Deshalb und zwecks erhöhter Akzeptanz soll den Anbietern ein möglichst grosser Spielraum für die Ausgestaltung belassen werden. So steht es den Versicherern frei, Managed Care-Modelle anzubieten. Die Anbieter müssen insbesondere keine volle Budgetverantwortung übernehmen. Dennoch sollte eine möglichst hohe Budgetmitverantwortung vereinbart werden, um Einsparungen zu erzielen. Angeboten werden können Ärztelisten, Hausarztlisten, Call Centers, eigentliche Netzwerke oder HMO's, die auch mit den Versicherern verbunden sind. Versicherte müssen sich für drei Jahre verpflichten.

Der Bundesrat kann für Pilotprojekte und mit Einverständnis der Kantone die Kostenübernahme für Leistungen im Ausland zulassen. Vor einer vermehrten Anwendung sind aber die Kantonsgrenzen abzubauen, damit Managed Care auch für stationäre Behandlungen und damit über die ganze Behandlungskette greifen kann.

*Trix Heberlein,
Ständerätin und Mitglied der SGK-S*



GDK

Es wird häufig von falschen Anreizen im Gesundheitssystem gesprochen. Mit der Vorlage zu Managed Care hat es der Gesetzgeber in der Hand, die Basis zu schaffen, dass in diesem Bereich die Anreize richtig gesetzt sind. Nur so werden griffige Managed Care-Modelle in der Schweiz kein Mauerblümchendasein mehr fristen. Ein Blick auf die Vorlage lässt aber Zweifel an ihrer fördernden Wirkung aufkommen. Auch muss die Vorlage konsistent sein: Legen die Versicherten einen grossen Teil der kostenrelevanten Entscheide in die Hände der Ärzte, muss man sie nicht gleichermaßen zur Verantwortung ziehen, sondern ihnen einen geringeren Selbstbehalt gewähren. An der Schnittstelle zwischen der sistierten Vorlage zur Vertragsfreiheit und zu Managed Care wäre ein Modell zu prüfen, gemäss dem alle Patienten zuerst ihren Grundversorger aufsuchen müssten. Dieser nimmt eine Triage-Funktion wahr, indem er die Patienten bei Bedarf weiteren Leistungserbringern zuweist. Der Ärztetourismus könnte so wirksam gebremst werden.

*Patrizia Pesenti, Gesundheitsdirektorin
Kanton Tessin, Vorstandsmitglied der GDK*

Die Fachgruppe Bildung der GDK startet

Im Sommer 2006 hat der Vorstand der GDK das Mandat der Fachgruppe Bildung genehmigt. Sie wird sich aus Sicht der Gesundheitsversorgung mit Bildungsfragen befassen.

Die *Fachgruppe Bildung* löst alle bisherigen Gremien der GDK im Bildungsbereich ab. Die meisten Regionalkonferenzen haben unterdessen ihre Vertretungen für die *Fachgruppe Bildung* bestimmt. Das Präsidium wird besetzt, sobald die definitive Zusammensetzung bekannt ist.

Eine erste Sitzung findet im Dezember statt, traktandiert sind offene Fragen im Fachhochschulbereich wie z.B. eine einheitliche Abgeltung für Praktika an Fachhochschulen, die Lohnumfrage zu den Absolvierenden einer Höheren Fachschule und verschiedene Vernehmlassungen von BBT und OdASanté.

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