

Spitalfinanzierung – Die Rechnung mit dem Wirt machen

Der Ständerat hatte in der Spitalfinanzierungsvorlage brauchbare Ansätze vorgelegt, wenn auch mit Korrekturbedarf. Die neuen Vorschläge der nationalrätlichen Kommission gefährden nun aber die Realisierungschancen der Vorlage aufs Empfindlichste.

In der KVG-Revision zur Spitalfinanzierung ist nun der Nationalrat an der Reihe. Von ihm wird es abhängen, ob per Anfang 2008 die überfällige Gesetzesgrundlage zur Einführung leistungsbezogener Pauschalen eingeführt werden kann oder nicht. Dazu möge er sich an der ständerätlichen Vorlage orientieren und die notwendigen Korrekturen vornehmen. Diese sind:

- Die Kantone legen ihre Beiträge in einer Bandbreite von 45–55% fest. Nur so können die Mehrkosten ungefähr hälftig zwischen Versicherern und Kantonen aufgeteilt werden, wie GDK und santé-suisse übereingekommen sind. Weder die Fassung des Ständerates noch jene der SGK des Nationalrats (SGK-N) erfüllen diesen Anspruch.
- Die Kantone müssen die Entscheidungswege zur Finanzierung von Investitionen

weiterhin im Rahmen ihrer Spitalgesetzgebung festlegen können. Ansonsten droht im Wachstumsmarkt Gesundheitswesen ein sinnloses Wettrüsten.

- Als gemeinwirtschaftliche Leistungen sind nur universitäre Lehre und Forschung zu definieren, nicht aber unausgelastete Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen. Daraus anfallende Defizite gehen ohnehin zulasten der Kantone. Sie können aber nicht vorgängig beziffert werden.

Problematisch ist der Entscheid der SGK-N, die Option der Vertragsspitäler fallen zu lassen. Demnach können Spitäler ohne öffentlichen Leistungsauftrag nicht mit den Grundversicherern Verträge abschliessen. Sie wären gezwungen zu schliessen. Die faktische Verdrängung des privaten Angebots durch staatlich subven-

tionierte Spitäler ist aber unverhältnismässig und widerspricht sowohl der Handels- und Gewerbefreiheit als auch dem in der Bundesverfassung verankerten Subsidiaritätsprinzip staatlichen Handelns.

Eine rechtlich und sachlich zufriedenstellende Formulierung hat die SGK-N hingegen in Bezug auf die Rekursmöglichkeiten gegen die Spitalliste gefunden. So ist nur die Rüge wegen Unangemessenheit unzulässig, jene gegen Sachverhaltsfeststellungen bleibt damit gewahrt.

Auf dieser Basis besteht noch die Chance, die Spitalfinanzierung zu einem guten Abschluss zu bringen. Keinen Platz hat aber die freie Spitalwahl (s. S. 2). Sie hiesse, die Rechnung ohne den Wirt zu machen. ■



Liebe Leserin, lieber Leser

Die Beschlüsse der nationalrätlichen Kommission zur Spitalfinanzierung sind für die Kantone finanziell nicht tragbar. Mag sein, dass man sich der Kostenverschiebungen nicht bewusst war. Doch Tatsache ist, dass die Vorschläge nicht etwa die Kostenentwicklung eindäm-

men, sondern zuerst einmal zwischen 1–1.4 Mrd. CHF von der Zusatzversicherung auf die Kantone verschieben. Das Parlament hat in Flims grosse Disziplin an den Tag gelegt und in der NFA die Entscheidungskompetenzen entlang der Finanzierungsverantwortung respektiert. Dieser Grundsatz gilt weiterhin: Es kann nicht sein, dass der Bundesge-

setzgeber den Kantonen grosse Finanzierungslasten auferlegt, und schon gar nicht zugunsten privater Angebote. Ausgehend von den ständerätlichen Beschlüssen ist nach Lösungen zu suchen, die dem Ziel der Kosteneindämmung dienen und finanziell tragbar sind. Dazu muss bei der ständerätlichen Vorlage der Kostenschlüssel in eine Brand-

breite umgewandelt werden. Vor allem braucht es jetzt aber unverzüglich die notwendigen Gesetzesgrundlagen für die Einführung leistungsbezogener Pauschalen, sonst gerät auch noch das Projekt SwissDRG zu deren Einführung in Schiefelage.

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

Editorial

Spitalfinanzierung auf Abwegen

Freie Spitalwahl: Die Kosten der Freiheit

Als die SGK des Nationalrates die freie Spitalwahl kurzerhand in die KVG-Revision zur Spitalfinanzierung integrierte, hat sie vielleicht unbewusst, jedenfalls aber kräftig in die Kantonsschatullen gegriffen.

Unter dem nicht ganz stimmigen Titel «Cassis de Dijon» folgte die SGK-N dem EDI-Vorsteher und votierte für die freie Spitalwahl mit Vergütungspflicht der Kantone. Allein dieser Entscheid lädt den Kantonen eine weitere Finanzlast von 460–600 Mio. CHF auf. Die Gesamtbilanz für die KVG-Revision zur Spitalfinanzierung klettert damit für die Kantone auf minus 1–1.4 Mrd. CHF, und dies unsinnigerweise vor allem zur Entlastung der Zusatzversicherung.

Das Cassis de Dijon-Prinzip ist heute schon insofern gewährleistet, als alle zugelassenen Spitäler alle Patienten behandeln dürfen. Doch leistet der Wohnkanton nur einen Beitrag an die Spitäler auf seiner Spitalliste oder wenn aus medizinischen Gründen eine ausserkantonale Behandlung angezeigt ist. Wem dieses Angebot nicht genügt, sichert sich die freie Wahl über eine Zusatzversicherung. Der Vorschlag zur freien Spitalwahl würde diese private Versicherungswahl aufheben und in eine fiskalische Zwangsabgabe umleiten – ein zweifelhafter Nutzen.

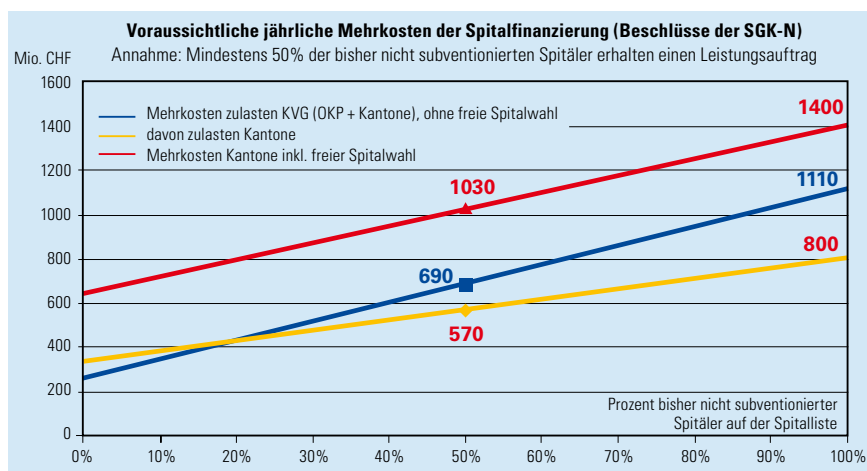
Die Grössenordnung der Kostenverschiebung mag überraschen. Folgende Überlegung erlaubt, diese nachzuvollziehen: 2004 erfolgten 82000 Behandlungen aus persönlichen Gründen ausserkantonale. An medizinisch bedingte ausserkantonale Behandlungen zahlen die Kantone heute 8600 CHF pro Fall. Zu diesem Satz berechnet, beliefen sich die Kosten der freien Spitalwahl auf 700 Mio. CHF. Der Bandbreite von 460–600 Mio. CHF sind die übrigen Beschlüsse der SGK-N

zur Spitalfinanzierungsvorlage unter Berücksichtigung der Unsicherheiten hinterlegt.

Angesichts dieser Mehrkosten, aber auch der fehlenden handfesten Vorteile wegen, fällt die Kosten-Nutzen-Überlegung klar negativ aus. Die GDK lehnt die freie Spitalwahl daher entschieden ab. ■

WEITERFÜHRENDE UNTERLAGEN:

■ www.gdk-cds.ch/223.0.html



Hürden für Leistungsgerechtigkeit überspringen

Wenn Spitalleistungen leistungsgerecht mit Fallpauschalen abgerechnet werden, bringt dies eine bessere Verteilung der Leistung auf die Spitäler und mehr Effizienz. Doch dazu braucht es endlich eine gesetzliche Grundlage und einen besseren Risikoausgleich.

Der Verein SwissDRG bemüht sich seit längerem um die Einführung einer schweizweit einheitlichen Tarifstruktur für die Abgeltung der Spitalleistungen. Dem Verein gehören die GDK, die Verbände der Leistungserbringer, santésuisse und die Unfallversicherer an. Die stockende parlamentarische Behandlung der Spitalfinanzierungsvorlage mit immer neuen Vorschlägen und untragbaren Kostenverschiebungen blockiert die zügige Einführung von Fallpauschalen. Einerseits braucht es eine verbindliche gesetzliche Grundlage für deren Einführung. Andererseits zögern insbesondere die Versicherer, dem Projekt die nötige Rückendeckung zu

geben, wenn für die Umsetzung nicht genügend Rechtssicherheit im Finanzierungsbereich geboten wird.

Als flankierende Massnahme ist auch der verbesserte Risikoausgleich zwischen den Versicherern nötig. Denn wo differenzierter entschädigt wird, werden auch Kas sen mit einer schlechteren Risikostruktur mehr belastet. Dies macht einen besseren Ausgleich dringlich.

Auf Spitalseite führt eine differenziertere Abgeltung von Spitalleistungen zu mehr Leistungsgerechtigkeit. Wer komplexere, pflegeintensive Leistungen erbringt, erhält mehr. Wer einfachere Routineleistungen mit tieferen Normkosten er

bringt, erhält weniger. Die Transparenz erlaubt auch eine effizientere Steuerung um festzulegen, was wo am besten und kostengünstig erbracht werden kann und soll. Dies erfordert standardisierte Vergleiche von Kosten und Qualität, wie dies auch der KVG-Gesetzesentwurf der Nationalratskommission vorsieht. Der Vorstand der GDK hat soeben die nötigen Grundlagenarbeiten zur gemeinsamen Qualitätssicherung mit den Partnern in Auftrag gegeben. ■

WEITERFÜHRENDE UNTERLAGEN:

■ www.swissdr.org

Nationale eHealth-Strategie für die Schweiz

Bund und Kantone wollen ernst machen mit der elektronischen Datenvernetzung und haben eine «nationale Strategie eHealth» erarbeitet, welche mit konkreten Zielen den Weg des Schweizer Gesundheitswesens ins digitale Zeitalter ebnen soll.

In kaum einer anderen Branche werden so viele Informationen gesammelt und ist die Kommunikation derart wichtig wie im Gesundheitswesen. Dementsprechend gross ist das Potenzial für die Steigerung sowohl der Qualität wie auch der Effizienz durch den Einsatz der modernen Informations- und Kommunikationstechnologien.

Bund und Kantone wollen dieses Potenzial mit der soeben in die Vernehmlassung gegebenen nationalen eHealth-Strategie möglichst optimal ausschöpfen. Die Strategie lehnt sich an den Entwicklungen im umliegenden Ausland an und definiert konkrete Ziele, die es zu erreichen

gilt. Einerseits soll bis 2012 der strukturierte Austausch von medizinischen Daten schweizweit möglich sein und bis 2015 ein lebenslanges elektronisches Patientendossier für alle Einwohnerinnen und Einwohner aufgebaut werden. Andererseits soll der Zugang zu qualitätsgesicherten Gesundheitsinformationen verbessert werden, z.B. mit Qualitätszertifizierungen.

Der Vorstand der GDK hat mit einer Absichtserklärung zu eHealth bekräftigt, dass er die Stossrichtung dieser Strategie unterstützt und sich für eine rasche Umsetzung einsetzen wird, welche vornehmlich mit konkreten eHealth-Projekten in den Kantonen beginnen wird. Diese Projekte und

die Verträge mit Industriepartnern müssen untereinander abgesprochen werden. Auch die Schaffung einheitlicher technischer Standards unter Mitwirkung aller Interessengruppen muss vordringlich angegangen werden. Um diese Aufgaben zu erfüllen, ist geplant, ein Koordinationsorgan eHealth Bund-GDK ins Leben zu rufen.

Zur Identifikation der Patienten bietet sich die neue Versichertenkarte an. Damit diese für die kantonalen Pilotprojekte auf unbürokratische Weise genutzt werden kann, ist das Bundesparlament gefordert, eine entsprechende Ergänzung im Artikel 42a KVG vorzunehmen. ■



Konkret

Leistungssistierung:

Schnitt statt Kosmetik

Seit Anfang letzten Jahres schieben die Krankenversicherer ihre Leistungen auf, sobald im Betreibungsverfahren ein Fortsetzungsbegehren gestellt wurde. Vorher mussten sie den Verlustschein abwarten. Die Regelung zeigt nun alle Mängel, vor denen die GDK bereits im Vorfeld gewarnt hatte. Ein bisschen Kosmetik auf Verordnungsebene greift zu kurz; nötig ist ein Schnitt auf Gesetzes-
ebene.

Eigentlich trägt die neue Regelung nicht einmal zur Disziplinierung Zahlungs-unwilliger bei. Sie bezahlen entweder im Betreibungsverfahren oder wenn sie medizinische Leistungen in Anspruch nehmen müssen. Hingegen trifft der Leistungsaufschub vor allem Zahlungsunfähige in voller Härte. Bei Sozialhilfeempfängern springt die öffentliche Hand ein, da deren Zahlungsunfähigkeit belegt ist. Schwieriger wird es bei Personen, die latent oder vorübergehend Zahlungsschwierigkeiten haben. Bis ihre Zahlungsunfähigkeit

mit einem Verlustschein belegt ist, dauert es zwischen acht Monaten und zwei Jahren. Während dieser Zeit sind alle Beteiligten in einer unhaltbaren Situation: Die Versicherten haben keinen Versicherungsschutz; das Versicherungsobligatorium ist faktisch unterwandert. Bei privaten Leistungserbringern müssen sie mit ihrer Abweisung rechnen. Die Leistungserbringer müssen fürchten, dass ihre Rechnungen lange oder gänzlich unbezahlt bleiben. Bei öffentlichen Spitälern, die zur Aufnahme verpflichtet sind, bleiben diese Rechnungen unbeglichen oder an den Kantonen hängen. Und nicht

einmal die Versicherer sind mit der Regelung glücklich. Die gesetzliche Regelung schafft unhaltbare und für die Schweiz unwürdige Zustände. Sie muss möglichst rasch revidiert werden: Im Grunde kann auf eine Leistungssistierung verzichtet werden. Das konventionelle Inkasso- bzw. Betreibungsverfahren diszipliniert Zahlungsunwillige und identifiziert Zahlungsunfähige. Verlustscheine werden in aller Regel von der öffentlichen Hand übernommen.

Verena Diener, Gesundheitsdirektorin Kanton Zürich, Vorstandsmitglied GDK

Freie Spitalwahl – qui bono?

Die SGK des Nationalrates hat beschlossen, bis 2010 die freie Spitalwahl einzuführen. Die Autoren erläutern die Vor- und Nachteile in einer Kontroverse.

Gemäss der nationalrätlichen SGK sollen die Versicherten unter den Spitälern wählen können, die auf einer kantonalen Spitalliste aufgeführt sind. Die Kosten würden zwischen Wohnkanton und Grundversicherung wie bei einer innerkantonalen Spitalbehandlung aufgeteilt.

Heute – und gemäss Ständerat auch in Zukunft – stehen den Versicherten einzig die Spitäler auf der Liste ihres Wohnkantons zur Wahl. Entscheiden sie sich aus persönlichen Gründen für ein ausserkantonales Spital, bezahlt die Grundversicherung den geschuldeten Tarif. Hingegen leistet der Wohnkanton keinen Beitrag; dieser wird über die Zusatzversicherung gedeckt.

Die Wahlfreiheit ist also heute ein klassisches Zusatzversicherungsprodukt. Welches sind die Gründe der SGK des Nationalrates, dieses private Angebot in eine öffentliche Finanzierung zu überführen? Und was spricht dagegen? ■



SGK-N

Mit der freien Spitalwahl im stationären Bereich über die Kantongrenzen hinaus wird

der gewünschte Wettbewerb unter den Listenspitälern verstärkt. Die Spitäler werden sich im Markt über das Leistungsangebot, die Qualität und den Preis positiv zu positionieren versuchen. Dies wiederum wird zu höherer Transparenz der Spitäler gegenüber den Versicherten führen.

Die parallele Einführung der schweizweit einheitlichen leistungsbezogenen Fallpauschalen mit einem Benchmarkingsystem wird die Transparenz für die Versicherten zusätzlich erhöhen. Die Versicherten werden neu die Möglichkeit haben, unter allen Listenspitälern das ihrer Meinung nach geeignetste Spital auszuwählen.

Die freie Spitalwahl auch ausserhalb des Wohnkantons darf nicht zu einer stärkeren finanziellen Belastung der Kantone und Versicherer führen, da ansonsten die Versicherten bzw. die Steuerzahler u.U. nicht effiziente Spitäler unterstützen würden, was der Absicht der Vorlage einer verstärkten Wirtschaftlichkeit bei bester Qualität widerspräche.

*Jürg Stahl, Nationalrat und
Vize-Präsident SGK-N*



GDK

Leider ist gut gemeint manchmal auch das Gegenteil von gut. Die Idee ist durchaus ver-

lockend: Mit der freien Spitalwahl sollen Patienten das «beste» Spital aussuchen. Die Spitäler werden sich entsprechend um die Gunst der Patienten bemühen.

Doch dies ist nur die halbe Wahrheit. Die freie Spitalwahl würde die öffentliche Hand um 460–600 Mio. CHF mehr belasten. Ohne Nutzengewinn würden diese Kosten über Steuern statt über die Zusatzversicherung finanziert.

Diese massive Kostenverschiebung würde ohne Not erfolgen. Denn eine ausserkantonale Behandlung aus medizinischen Gründen ist heute schon gewährleistet. Auch gibt es schon zahlreiche erfolgreiche interkantonale Kooperationen im Rahmen der kantonalen Versorgungsplanung, so zum Beispiel die gemeinsame Spitalliste beider Basel.

Die mit der Spitalfinanzierungsreform zu erwartende Verschiebung von total 1–1.4 Mrd. CHF von der Zusatzversicherung auf die Kantone wäre finanziell untragbar und nimmt groteske Züge an, sollte doch die Grundversicherung entlastet werden.

*Dr. Carlo Conti, Gesundheitsdirektor
Kanton Basel-Stadt, Vorstandsmitglied GDK*

Hochspezialisierte Medizin

Wegbereitende Gutachten

Zwei Gutachten bereiten den Weg für die Weiterführung der Arbeiten zur Konzentration und Koordination der hochspezialisierten Medizin (HSM): Zur Schaffung von Transparenz sollen die HSM-Tätigkeiten in einem Register erfasst werden. Fachliche, qualitäts- und auch versorgungspolitische Aspekte werden die weitere Diskussion

unter Einbezug der Standorte leiten und die Entscheidungsgrundlagen legen. Der Vorstand der GDK unterstützt die parallel laufenden Kooperations- und Konzentrationsbestrebungen der Kantone VD/GE und BE/BS. Die Plenarversammlung der GDK wird im Mai das Vorgehen, die Vorarbeiten und den Zeitplan diskutieren.

Impressum

Herausgeberin 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