



43.225

6. September 2004

Folie 1

KVG-Revision: Neuordnung der Pflegefinanzierung und Zulassung ambulanter Leistungserbringer

Staatsrätin Patrizia Pesenti,
Präsidentin Kommission KVG der Gesundheitsdirektorenkonferenz

Folie 2

1 Neuordnung der Pflegefinanzierung

Die Finanzierung der Pflegeheime bedarf einer Revision. Die Tarife der Krankenversicherer decken heute lediglich rund 50% der Pflegekosten.

Die Pflicht zur Einführung der analytischen Buchhaltung auch in den Pflegeheime (*Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung, in Kraft ad 2003*) bewirkt den Hinfall der Rahmentarife. Die Pflegeheime verlangen somit zu Recht, die vollen Kosten abzurechnen. Damit stehen den Versicherern Mehrkosten von rund 1 Mrd. CHF ins Haus, was einem Prämien Schub von rund 10% entsprechen würde.

Ausserdem entwickeln sich die Kosten in der Pflegefinanzierung (Altersheime und Heimpflege) zu Lasten des KVG um mehr als 11% jährlich (Jahresmittel), obwohl hier Rahmentarife gelten, welche die Kosten zulasten der Krankenversicherung bremsen.

In der Pflegefinanzierung ist eine Neuordnung dringend notwendig. Die Kosten zulasten der Krankenversicherung sollen beschränkt werden.

Es ist deshalb richtig im Rahmen des 1. Gesetzgebungspakets die geltenden Tarife für zwei Jahre einzufrieren, damit in der Zwischenzeit eine neue Regelung zur Pflegefinanzierung vorgenommen werden kann. Zuvor werden die Rahmentarife der beiden obersten Pflegebedarfsstufen erhöht.

Der **Übergangsregelung** zur Entlastung der Krankenversicherer stimmen die Kantone nur unter der Bedingung zu, dass sich der **Tarifschutz** gemäss Art. 44 KVG einzig auf die geltenden Tarife bezieht. Wird der Tarifschutz nicht auf diese Tarife beschränkt, droht die heute bestehende Finanzierungslücke von 1 Mrd. CHF vollständig den Kantonen und Gemeinden überbürdet zu werden.

Folie 3

Der Bundesrat hat für die **langfristige Regelung** zwei Modelle A und B in Vernehmlassung gegeben.

Modell A wird von der GDK **kategorisch abgelehnt**. Wesentliche Nachteile sind die fehlende Praxistauglichkeit sowie die vorgesehene Finanzierung.

Folie 4

Gemäss Modell B sollen die Versicherer wie heute nicht die vollen Kosten, sondern **einen Beitrag** an die Pflegekosten leisten. Diesem Grundsatz stimmt die GDK zu. Dennoch besteht noch Verbesserungsbedarf. Die GDK kann **Modell B unter folgenden Bedingungen** unterstützen:



- Die **Beiträge der OKP-Versicherung** orientieren sich am **Status quo**.
- Der **Tarifschutz** muss im KVG explizit auf den Beitrag der Krankenpflegeversicherung beschränkt werden. Ansonsten droht das KVG mit dem Ergänzungsleistungsgesetz zu kollidieren.
- Die Kosten für die **Behandlungs- und die Grundpflege zu Hause (Spitex)** müssen weiterhin vollständig durch die obligatorischen Krankenversicherung abgedeckt werden. Dies stellt für die Pflegebedürftigen einen wesentlichen Anreiz zur Vermeidung eines Pflegeheimübertritts dar.
- Einen weiteren Anreiz, nicht ins Pflegeheim einzutreten, kann mit einer **Hilflosenentschädigung leichten Grades zur AHV für Personen zu Hause** geschaffen werden.

Folie 5

Gemäss Vorlage des Bundesrates müssen die Versicherer die ersten 90 Tage die vollen Pflegekosten zahlen. Die **Frist** von 90 Tagen ist **willkürlich**. Die GDK ist bereit, die Versicherer von der vollständigen Zahlung im Pflegeheim zu entlasten, falls die ambulante Pflege zu Hause von der Neuordnung der Pflegefinanzierung gänzlich ausgenommen wird.

Mit diesen Änderungen gewinnt die Vorlage an Gerechtigkeit und Transparenz für die Versicherten. Überdies kann damit per Saldo die zu erwartende finanzielle Mehrbelastung für die Kantone auf ein tragbares Mass gesenkt werden.

Die definitive Zustimmung kann jedoch erst nach einer Neuberechnung auf einer verbesserten Berechnungsgrundlage erfolgen. Der Bundesrat schätzt die **Mehrkosten dieses Modells auf 236 Mio.** CHF. Diese Kosten fallen zulasten der Ergänzungsleistungen an. Mit der Neuordnung des Finanzausgleichs werden die Ergänzungsleistungen, und somit diese Mehrkosten im Umfang von mindestens 236 Mio. CHF vollständig zulasten der Kantone anfallen. Es wird deshalb unbedingt notwendig sein, auf der Ebene des neuen Finanzausgleichskompensationsmechanismen vorzusehen, welche diese Mehrbelastung für die Kantone neutralisieren können.

2 Zulassung der Leistungserbringer im ambulanten Bereich

Folie 6

Der Reformbedarf in der Krankenversicherung liegt hauptsächlich in der Kostendämpfung. Die Einführung der Vertragsfreiheit ist im Rahmen dieser Gesetzesrevision diejenige – und vielleicht die einzige – Massnahme, die auf die Kosten dämpfend wirkt.

Die Kantone sind der Meinung, dass einer der Gründe für die Kostenentwicklung in der Zunahme der Anzahl Leistungserbringer liegt. Dies gilt vor allem im ambulanten Bereich und dort wiederum vor allem bei Spezialärzten. Die Studie "Versorgungssicherheit in der ambulanten Medizin" der Gesundheitsökonomin G. Domenighetti/L. Crivelli zeigt, dass die unterschiedlichen Ärztedichten in verschiedenen Regionen der Schweiz die Sicherheit und Qualität der Versorgung nicht beeinflussen. Hingegen hat die Ärztedichte einen markanten Einfluss auf den Konsum von medizinischen Leistungen und somit direkt auf die Kosten.

Am 3. Juli 2005 läuft der Zulassungsstopp aus. Spätestens auf diesen Zeitpunkt hin muss eine Neuregelung eingeführt werden. Mit Blick auf das Personenfreizügigkeitsabkommen mit der EU besteht dringlicher Handlungsbedarf, weil ohne Gegenmassnahmen eine starke Zunahme der Anzahl Arztpraxen zu befürchten ist. Eine Weiterführung des Zulassungsstopps ist dabei keine Option. Dennoch schlägt die SGK des Ständerates die Verlängerung des Zulassungsstopps um weitere drei Jahre vor, da der Ständerat die Vorlage verschiebt, um die Frage zusammen mit der Regelung zu den Managed Care-Modellen anzugehen.

Die Kantone befürworten mehrheitlich die Einführung der Vertragsfreiheit um die Zunahme der Anzahl der Leistungserbringer, und somit die Kosten im ambulanten Bereich zu dämpfen.



Folie 7

Die Vertragsfreiheit im ambulanten Bereich setzt eine grosse Transparenz bei den Verhandlungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringer vor, damit jede Willkür ausgeschlossen sei. Ohne Transparenz werden die Bürgerinnen und Bürger nie bereit sein, die Wahl der Ärzte den Krankenkassen zu überlassen. **Bei den Vertragsverhandlungen sind die Fachorganisationen einzubeziehen (vor allem FMH) und allenfalls die Kantone, damit die Kriterien der Vertragsschliessung sowohl Qualität als auch Wirtschaftlichkeit als Ziel erhalten bleiben.**

Die Gesundheitsdirektoren erachten als unabdingbar, dass die Kantone eine Rahmenplanung vornehmen, um die Versorgungssicherheit zu gewährleisten. Die Kantone werden also festlegen, wie viele Verträge die Versicherer mindestens abschliessen müssen. Ebenso unabdingbar ist, dass der Bundesrat die Bandbreite, also die **Mindest- und Höchstgrenze** der Anzahl der Leistungserbringer in Absprache mit den Kantonen festlegt.

Die Einführung der Vertragsfreiheit wird die Versorgung in peripheren Gebieten nicht automatisch sicherstellen. Das Gesetz muss daher den Kantonen die Möglichkeit einräumen, anlässlich ihrer Rahmenplanung die räumliche Verteilung des Angebots sicherzustellen.

Wir teilen die Meinung, dass mit der Einführung der Vertragsfreiheit, Managed Care-Modelle aktiv zu fördern sind. (integrierte Angebote bei denen die Patienten während der ganzen Behandlung betreut werden, wobei Leistungserbringer und Versicherer die Budgetverantwortung übernehmen)