

Jahresbericht 2010



GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
CDS Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CDS Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità

ÄNDERUNGEN AM GESUNDHEITSSYSTEM MÜSSEN DARAN GEMESSEN WERDEN, WAS SIE ZUR BESSEREN UND GERECHTEREN VERSORGUNG BEITRAGEN



Pierre-Yves Maillard

Präsident GDK

Regierungsrat Kanton Waadt

Die Kantone – und mit ihnen die GDK – sind in diesen Zeiten in der Gesundheitspolitik stark gefordert. Mit Blick auf die kommenden Jahre sind beträchtliche Systemänderungen im Gange. Die gesetzlichen Spielregeln für die Spitalplanungen, die Spital- und die Pflegefinanzierung ändern, Tarifstrukturen werden vereinheitlicht, es sollen neue Rechtsgrundlagen für die Präventionspolitik geschaffen werden oder die elektronische Übermittlung von Gesundheitsinformationen (eHealth) soll verstärkt und koordiniert werden. Mit all diesen Aktivitäten sind Hoffnungen auf eine Systemverbesserung verbunden. Das Kostenwachstum soll eingedämmt und die Prozesse sollen optimiert werden.

Aber es geht auch um Einfluss und Machtsphären im Gesundheitswesen. Wer soll bei welchen Fragen wie viel zu sagen haben? Es sind nicht nur theoretische ordnungspolitische Zwiste, die ausgefochten werden, im Sinne von «mehr Markt» oder «mehr Staat». Nein, es stehen oft ganz handfeste wirtschaftliche Interessen hinter diesen Regulierungsdebatten und neuen Regelungsmodellen. Dabei geht oft vergessen, wer eigentlich im Fokus des politischen Handelns stehen sollte: die Versicherten und Patienten. Sie erwarten eine hochstehende medizinische Versorgung, welche allen zugänglich ist. Dass dieser Anspruch auch seinen Preis hat, wird in der Schweiz breit akzeptiert. Eine hohe Akzeptanz geniessen aber ebenso Ausgleichsmechanismen, welche zu hohe Belastungen der Kopfprämien abfedern, nämlich steuerfinanzierte Anteile der Spitalversorgung und Prämienverbilligungen. Die Kantone haben denn auch in diesen Zeiten der genannten Änderungen die höchste demokratische Legitimation, als «Steuermann» oder «Regulator» aufzutreten und dafür zu sorgen, dass sich weder Versicherer noch Leistungserbringer zum Schaden der Prämien- oder Steuerzahler ungebührliche Vorteile verschaffen können.

Veränderungen – auch solche im Gesundheitswesen – bergen die Gefahr, Unsicherheiten und Abwehr auszulösen. Wenn wir also den Pfad der Reformen im Gesundheitswesen erfolgreich weiterbeschreiten sollen, tun wir gut daran, dabei drei Überlegungen zu beachten:

Erstens sollte die Grundfrage immer lauten, ob und unter welchen Bedingungen eine Reform den Versicherten und Patienten sowie für die langfristige Steuerung einer guten Versorgung einen wirklichen Mehrwert bringt.

Zweitens führt in einem Wirtschaftsbereich, wo keine eigentlichen Marktverhältnisse herrschen, kein Weg an der regulierenden, vermittelnden, öffentlichen, kantonalen Hand vorbei. Eben gerade weil sie keine unsichtbare Hand ist, sondern eine fassbare, ja mit dem Stimmzettel gewählte Hand.

Drittens sollte im Hinblick auf künftige Reformen das Fuder nicht überladen werden. Was beispielsweise die seit Jahren, ja Jahrzehnten geführte Monismusdiskussion betrifft, empfiehlt die GDK, eine Aktionismuspause einzulegen und über ein paar Jahre hinweg die Auswirkungen der bereits angeschobenen Reformen im Bereich der stationären Planung und Finanzierung abzuwarten.



Im Fokus des politischen Handelns müssen die Versicherten und Patienten stehen.

4 VERSORGUNG

UMSETZUNG KVG-REVISION: SPITALPLANUNG

Die am 1. Januar 2009 in Kraft getretene Revision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) zur Spitalfinanzierung gibt der Spitalliste und damit der Spitalplanung eine neue Bedeutung. Künftig wird auf der Spitalliste das für die Versorgung der Kantonsbevölkerung notwendige Leistungsangebot zusammengefasst sein. Die Kantone erteilen dazu den Spitälern Leistungsaufträge und formulieren Auflagen, beispielsweise für die Ausbildungstätigkeit, Vorhalteleistungen, den Kostenausweis oder die Mittelverwendung. Eine gesetzliche Auflage an die Spitäler besteht dabei in Form der Aufnahmepflicht. Weiter koordinieren die Kantone ihre Planungen. Weil ab 2012 die freie Spitalwahl gilt, wird die interkantonale Zusammenarbeit wichtiger.

Leistungsgruppenkonzept als Instrument zur Spitalplanung

Im Jahr 2010 hat die GDK die Arbeiten der Kantone in koordinierendem Sinne unterstützt. So hat das Zentralsekretariat einen laufenden Informationsaustausch unter den Kantonen über die Umsetzung der Spitalplanung und -finanzierung initiiert. Zudem wurden weitere Grundlagenarbeiten von der Arbeitsgruppe Spitalplanung erbracht. So hat die Arbeitsgruppe insbesondere das Leistungsgruppenkonzept positiv beurteilt, das von den Kantonen Zürich und Bern erarbeitet wurde. Der Vorstand hat das Leistungsgruppenkonzept sodann den Kantonen zur Anwendung empfohlen. Das Leistungsgruppenkonzept ermöglicht den Kantonen eine erleichterte und vereinheitlichte Zuteilung der akutsomatischen Leistungsspektren im Rahmen der Erteilung der Leistungsaufträge an die Spitäler und dient damit der interkantonalen Koordination der Spitalplanungen.

Beurteilung der Wirtschaftlichkeit

Gemäss den Verordnungsbestimmungen müssen die Kantone bei der Beurteilung und der Auswahl des zu sichernden Angebots die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung berücksichtigen. Vor diesem Hintergrund hat die GDK ein Modell zur Wirtschaftlichkeits-



kontrolle entwickelt und getestet. Dabei hat sich gezeigt, dass die Fallkosten unter den Spitälern auf Basis der vorliegenden Datengrundlagen stark streuen und viele wesentliche Kostenelemente derzeit noch mit starker Unsicherheit behaftet sind. Der Vorstand der GDK hat die Berechnungsmethode zur Ermittlung der Fallkosten gutgeheissen, vorderhand aber davon abgesehen, eine Regel für die Tariffindung festzulegen. Bevor ein solcher Schritt ins Auge gefasst werden kann, müssen die Datengrundlagen und die Vergleichbarkeit der Spitäler wesentlich verbessert werden.

Qualitätssicherung und Ausblick

Die GDK war 2010 an den Vorarbeiten für den Qualitätsvertrag des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) beteiligt. Der ANQ wird 2011 unter dem Mandat von Versicherern, Spitälern und Kantonen weitere Qualitätsmessungen in den Spitälern vornehmen.

Angesichts der Schwierigkeit, die Begriffe der Wirtschaftlichkeit und der Qualität für die Spitalplanung und -finanzierung zu operationalisieren, sind die Kantone der GDK Ost und der GDK Zentralschweiz mit der Forderung an den Bundesrat getreten, diese Begriffe zu präzisieren. Der Bund ist gemäss KVG verpflichtet, zusammen mit den Kantonen Betriebsvergleiche auf Basis der Daten der Spitäler und der Versicherer zu erstellen. Diese Arbeiten sind angesichts ihrer Relevanz für die Spitalplanung und vor allem für die Tariffindung vordringlich anzugehen.



Anlagenutzungskosten

Die GDK hat sich dafür eingesetzt, dass die SwissDRG AG eine Studie über den Ausweis und die Höhe der Anlagenutzungskosten erstellen lässt, und hat dazu konzeptionelle Vorarbeiten geleistet. Wie erwartet zeigte sich in der Studie, dass die ausgewiesenen Anlagenutzungskosten aufgrund unterschiedlicher Standards und Ausgangslagen kaum vergleichbar sind.

Ferner musste festgestellt werden, dass auch die Datenqualität ungenügend ist, sodass die Fallgewichte der Anlagenutzungskosten noch nicht in die Tarifstruktur integriert werden können. Damit rückte der von der GDK als Übergangslösung favorisierte Pauschalzuschlag für Investitionskosten wiederum in den Vordergrund.

Tarifstruktur und SwissDRG

Die gemeinnützige SwissDRG AG, welche die Aufgabe hat, ab 2012 die notwendigen Tarifstrukturen für die leistungsbezogene Vergütung stationärer Behandlungen zu erarbeiten und zu pflegen, konnte im Juni 2010 die letzte Vorversion 0.3 des Fallpauschalensystems für die Akutso-matik präsentieren. Die GDK hatte auch im Berichtsjahr wieder drei Verwaltungsratssitze inne, worunter das VR-Präsidium, und führte weiterhin das Sekretariat des Verwaltungsrats der SwissDRG AG. Der Verwaltungsrat traf sich zu fünf Sitzungen, die Generalversammlung wurde einmal durchgeführt. Die GDK hat zudem mit einer letzten Darlehenstranche in der Höhe von 333'333 CHF an die weitere Finanzierung der SwissDRG AG beigetragen. Das Zentralsekretariat der GDK und die Kantone haben in diversen thematischen Arbeitsgruppen der SwissDRG AG, den Kerngruppen, im Steueraus-schuss «Kommunikation» und im Koordinationsgremium substanziell an der Entwicklung der SwissDRG-Einführungs-version mitgewirkt und darüber regelmässig dem Vorstand, der Plenarversammlung und den Gesundheitsdirektionen berichtet. Die GDK hat unter anderem einen Vorschlag zur Innovationsfinanzierung eingebracht, wonach von einer Definition im Einzelfall abzusehen und ein pauschaler Zuschlag vorzusehen wäre. Der Verwaltungsrat der SwissDRG AG hat zudem auf Anregung des Vorstands der GDK Anforderungen und Grundsätze definiert, welche die Einführungs-version der SwissDRG-Tarifstruktur zwingend erfüllen muss. Während die Erstellung der Tarifstruktur im akut-somat-schen Bereich auf Kurs ist, wird in den Bereichen der Rehabilitation und der Psychiatrie die einheitliche Tarifstruktur erst zu einem späteren Zeitpunkt zur Verfügung stehen.

Tarifverhandlungen

Angesichts des Umstandes, dass einzelne Versicherer die Tarife separat verhandeln wollen, hat der Vorstand der GDK seine Position festgehalten. Demnach ist es aufgrund des gesetzlichen Wirtschaftlichkeitsgebots im KVG nicht möglich, grössere Tariffdifferenzen zu genehmigen.

Ausserkantonale Behandlungen

Die neuen bundesgesetzlichen Regelungen erweitern ab 2012 die Finanzierungspflicht der Kantone bei ausserkantonalen Behandlungen. Während diese Regelung zu namhaften Kostenverschiebungen von der Zusatzversicherung und teilweise der Grundversicherung zulasten der Kantone führen wird, erweitert sie die Spitalwahl der Patientinnen und Patienten. Im Hinblick auf diese Neuerung hat die GDK ihre diesbezüglichen Empfehlungen für die Kostengutsprachen grundlegend überarbeitet.

6 HOCHSPEZIALISIERTE MEDIZIN (HSM) ERSTE ENTSCHEIDE GEFÄLLT

Nach der Klärung verschiedener prozeduraler und rechtlicher Fragen im Zusammenhang mit dem Planungsprozess im Rahmen der Interkantonalen Vereinbarung HSM konnte das HSM-Beschlussorgan im Frühjahr in die materielle Diskussion zu fünf Leistungsbereichen der hochspezialisierten Medizin starten. Im Interesse einer bedarfsgerechten, qualitativ hochstehenden und wirtschaftlich erbrachten medizinischen Versorgung hat das HSM-Beschlussorgan anlässlich seiner Sitzung vom 28. Mai 2010 die folgenden Planungsentscheide im Rahmen der IVHSM beschlossen:

- Für die allogene hämatopoietische Stammzelltransplantation wurde die Behandlung von Erwachsenen auf die bisherigen drei Zentren eingeschränkt und striktere Auflagen zur Qualitätssicherung wurden erlassen.
- Im medizinischen Fachgebiet der schweren Verbrennungen wurde die konsequente Zuweisung von Erwachsenen mit schweren Verbrennungen an die beiden bestehenden Verbrennungszentren beschlossen.
- Die Cochlea-Implantation (CI) einschliesslich Folge-therapie (Hörtraining im Zentrum) wird bei den bestehenden fünf CI-Zentren belassen. Dies gewährleistet den adäquaten Zugang zur anspruchsvollen Nachsorge, welche nach der Operation zum Erlernen und Unterscheiden der künstlichen Hörsignale notwendig ist.
- Die Protonentherapie wurde dem Paul Scherrer Institut (PSI) zugewiesen. Auf die Zuweisung an weitere Zentren wurde verzichtet. Die aktuellen und neu geschaffenen Kapazitäten am PSI wurden als ausreichend erachtet. Eine Ausweitung kann erst diskutiert werden, wenn neue Indikationen ausgewiesen sind.
- Die Transplantationen der Organe Lunge, Leber, Niere, Pankreas und Herz werden auf die bestehenden Transplantationszentren eingeschränkt. Das HSM-Beschlussorgan hat einstimmig den politischen Willen geäussert, die Herztransplantationen bis spätestens Ende 2013 auf höchstens zwei Zentren zu konzentrieren.



Zum Entscheid zur Zuteilung der Protonentherapie sowie der Herztransplantation hat je ein betroffener Leistungserbringer beim Bundesverwaltungsgericht Beschwerde eingereicht. Ein Entscheid wird im Frühjahr 2011 erwartet.

Personelles

Frau Regierungsrätin Heidi Hanselmann (SG) übernahm am 1. Januar 2010 das Präsidium des HSM-Beschlussorgans von Herrn Regierungsrat Markus Dürr (LU). Frau Regierungsrätin Susanne Hochuli (AG) wurde zur neuen Vizepräsidentin gewählt. Neu wurden Herr Regierungsrat Guido Graf (LU) und als Nachfolgerin von Frau Staatsrätin Patrizia Pesenti (TI) Frau Staatsrätin Anne-Claude Demierre (FR) ins HSM-Beschlussorgan gewählt.

Ausblick 2011

Das Beschlussorgan wird sich im Jahr 2011 mit den folgenden Bereichen der HSM befassen:

- Hochspezialisierte Behandlung von Hirnschlägen in der Schweiz
 - Seltene Leistungsbereiche aus der Neurochirurgie
 - Grosse, seltene viszeralchirurgische Eingriffe
 - Behandlung von Schwerverletzten
 - Hochspezialisierte Pädiatrie und Kinderchirurgie
- Neue Bereiche folgen in der zweiten Jahreshälfte. Den Fokus gilt es auf die Fragen adäquater Planungsgrundlagen und des Monitorings der Zuteilungsentscheide zu richten. Weiter gilt es, die Verfahren bis zur Entscheidungsfindung und die der Beschwerdebearbeitung laufend zu verfeinern.



Als Trägerorganisation der OdASanté wirkt die GDK als Versorgungsbehörde aber auch bei der Gestaltung und Entwicklung der Berufsbildungslandschaft mit. Zu den wichtigsten Geschäften gehört die Entwicklung einer zweijährigen Attestausbildung Gesundheit und Soziales, welche einen Ersatz für die auslaufende Ausbildung in Pflegeassistenz darstellt. Die OdASanté hat ausserdem Leitsätze

zur Gestaltung der Prüfungslandschaft in der höheren Berufsbildung verabschiedet und den Prozessablauf bei der Einführung von eidgenössischen Prüfungen näher beschrieben. Schliesslich haben die GDK und die OdASanté kritisch zum Entwurf der Interkantonalen Vereinbarung über die Beiträge an Bildungsgänge der höheren Fachschulen (HFSV) Stellung genommen. Während sie das Ziel der Freizügigkeit für die Studierenden unterstützen, gefährdet der tiefe Beitragssatz an die schulischen Kosten die Bildungsgänge HF im Gesundheitsbereich und das Bestreben, die Studierendenzahlen im Bereich Gesundheit zu steigern.

Die Sicherstellung des Nachwuchses in den Gesundheitsberufen ist und bleibt ein wichtiges Anliegen der GDK. Der 2009 von der GDK und OdASanté veröffentlichte Nationale Versorgungsbericht zeigt auf, dass in der Schweiz nur zwei Drittel des jährlichen Bedarfs an Gesundheitspersonal ausgebildet werden. Im Februar des Berichtsjahres organisierte die GDK eine Umsetzungsveranstaltung, zu der Vertreterinnen und Vertreter der Kantone, der kantonalen OdA und der Verbände eingeladen waren. Es wurden konkrete Projekte zu den Themen Skill- und Grademix, Ausbildungsfinanzierung, betriebliche Ausbildungsstrategie, Lehrstellenmarketing und zur Rekrutierung von Wiedereinsteigerinnen präsentiert. Während viele Massnahmen von den Betrieben oder auf Branchenebene umgesetzt werden müssen, geht es auf der Planungs- und Steuerungsebene darum, geeignete Rahmenbedingungen insbesondere für die Ausbildungstätigkeit zu schaffen.

Ausbildung sicherstellen

Der Vorstand der GDK hat in einer Empfehlung Grundsätze zur Finanzierung und Steuerung der praktischen Ausbildung bei den nicht universitären Gesundheitsberufen festgehalten. Um das inländische Ausbildungspotenzial so gut als möglich auszuschöpfen, empfiehlt er den Kantonen, mit den Betrieben konkrete Ausbildungsleistungen zu vereinbaren. Zur Abgeltung der ungedeckten Ausbildungskosten sollen ab 2012 zweckgebundene Pauschalbeiträge in die Tarife eingerechnet werden. Damit soll nicht nur vermieden werden, dass ausbildende Betriebe gegenüber anderen wirtschaftlich schlechter gestellt werden, sondern es soll versucht werden, die Ausbildungstätigkeit zu verstärken.

Ausländisches Gesundheitspersonal in der Schweiz

Die GDK hat im Berichtsjahr eine qualitative Untersuchung zum ausländischen Gesundheitspersonal in der Schweiz durchgeführt. Die Studie im Auftrag der Interdepartementalen Konferenz Gesundheitsausserpolitik des Bundes (IKGAP) bietet eine qualitative Analyse der Standpunkte der Arbeitgeber und der zugewanderten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer zur Rekrutierung und zum Berufsleben in der Schweiz. Die Untersuchung wurde in den Kantonen Basel-Stadt und Waadt durchgeführt. Die dabei gewonnenen Ergebnisse werden von Expertinnen und Experten zu einer Sicht auf die Situation in der ganzen Schweiz erweitert. Die Studie der GDK wurde an der 12. Arbeitstagung der Nationalen Gesundheitspolitik durch zwei weitere Berichte rund um die Personalrekrutierung und -migration im Gesundheitswesen ergänzt. Die Tagung wurde dazu genutzt, die Auswirkungen der Abhängigkeit von ausländischem Fachpersonal zu reflektieren und Lösungsansätze zu diskutieren.

Der Föderalismus ist ein prägendes Element der Gesundheitsversorgung in der Schweiz. Er führt zu einer bürgernahen und demokratisch abgestützten Versorgungsstruktur. Ein effizientes föderales System setzt aber auch eine gute Koordination und Absprachen voraus, unter den Kantonen, mit den anderen Akteuren des Gesundheitswesens und mit den Bundesbehörden. In welchen Bereichen kann die Zusammenarbeit in der öffentlichen Gesundheit zwischen Bund und Kantonen optimiert werden? Im Rahmen des «Dialogs Nationale Gesundheitspolitik», der ständigen Plattform von Bund und Kantonen, ist ein Projekt aufgelegt worden mit dem Ziel, genau diese Frage gemeinsam anzugehen. Mit dem Projekt «Nationale Gesundheitsstrategie» (NGS) soll eine Strategie entwickelt werden, welche die Erreichung gesundheitspolitischer Ziele in den Bereichen Versorgung, Prävention und Systemsteuerung erleichtern kann. Im Verbund von Bund und Kantonen sind zudem weitere Projekte in der Umsetzung:

Zukunft ärztliche Bildung

Die ärztliche Bildung steht vor grossen Herausforderungen: Fehlende Koordination zwischen den Bildungsabschnitten, neue Modelle der interprofessionellen Zusammenarbeit, Kostendruck und Kostenintransparenz führen dazu, dass vor allem die Weiterbildung zunehmend unter Druck gerät. Der Dialog zur Nationalen Gesundheitspolitik (NGP) hat deshalb Aufbau und Betrieb einer Plattform «Zukunft ärztliche Bildung» beschlossen. Als erster Themenschwerpunkt wurde die Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung festgelegt.

eHealth

Weitergeführt wird die Umsetzung der Strategie eHealth, welche zum Ziel hat, mit elektronischen Mitteln die Abläufe im Gesundheitswesen zu verbessern und die Beteiligten zu vernetzen. In verschiedenen Arbeitsgruppen wurden auch im Berichtsjahr die Erfahrungen aus kantonalen Projekten ausgetauscht, Rechtsgrundlagen erarbeitet oder Standards des Informationsaustausches festgelegt.



Parlamentarische Versammlung 3003 Bern

Palliative Care

Im Januar 2010 fand die Kickoff-Sitzung zur Umsetzung der Nationalen Strategie Palliative Care statt. Zusammen mit den betroffenen Organisationen haben das Bundesamt für Gesundheit (BAG) und die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) Massnahmen definiert, um Palliative Care in den Bereichen Versorgung, Finanzierung, Bildung, Sensibilisierung und Forschung zu fördern. Als erste Massnahmen wurden nationale Leitlinien zu Palliative Care und Indikationskriterien für spezialisierte Palliative Care erarbeitet und Finanzierungsmöglichkeiten ausgelotet.

Präventionsgesetz

Die GDK wünscht sich ein Präventionsgesetz. Die angestrebte, gemeinsam durch Bund und Kantone vorzunehmende Ziel- und Schwerpunktdefinition in der Präventions- und Gesundheitsförderungspolitik ist zentral. Zudem können die finanziellen Mittel besser gebündelt werden. Für einige Projekte, welche heute manchmal mehr Ressourcen für die Finanzierungssicherung als für den Output aufwenden, kann eine solide Rechtsgrundlage geschaffen werden. Es ist den Kantonen wichtig, dass sie in der Prioritätensteuerung wie auch als Akteure «an der Front» verankert sind. Anders gesagt, die Kantone wollen bei der Frage, welche Kuchen gebacken werden und wie diese verteilt werden, mitreden. Wir gehen davon aus, dass die weitere parlamentarische Beratung diesen Aspekten Rechnung tragen wird.

Die GDK beeinflusste im Berichtsjahr in vielfältigsten Themen die Gesundheitspolitik. Wir können aus diesem Strauss von Themen nur einige herausgreifen, welche durch viele Vertreterinnen und Vertreter der Kantone oder das Zentralsekretariat im Auftrag der GDK wahrgenommen wurden.

Versorgung

- Die GDK setzte in Zusammenarbeit mit dem BAG eine neue Arbeitsgruppe «Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung» ein, in welcher unter Einbezug von Ärzteschaft und Pflegefachpersonen neue Modelle der medizinischen Grundversorgung erarbeitet werden.
- Im Mai fand die Fachveranstaltung der GDK zur Psychiatrieplanung «Politische Dimensionen und vertiefte Demonstrationen» statt, an welcher die psychiatrische Versorgung aus politischer Sicht diskutiert und spezifische Aspekte wie die Finanzierung einer vertieften Analyse unterzogen wurden.

Bildung

- Die im Auftrag der GDK handelnde interkantonale Prüfungskommission hat 2010 an zwei Terminen Prüfungen durchgeführt und gesamthaft 496 interkantonale Diplome an Osteopathen ausgestellt.
- Die Fachgruppe Bildung der GDK beschäftigte sich im Berichtsjahr insbesondere mit der Finanzierung der praktischen Ausbildung und mit den laufenden Geschäften der OdASanté. Sie setzte sich mit der Bedeutung des WHO-Code zur internationalen Rekrutierung von Gesundheitspersonal für die Schweiz auseinander.

Gesundheitspolitik und Prävention

- Zusammen mit dem BAG organisierte die GDK im Januar 2010 eine Tagung zum Erfahrungsaustausch der kantonalen Verantwortlichen für die Umsetzung des Gesetzes und der Verordnung zum Schutz vor Passivrauchen.
- Die GDK begleitete auf strategischer und/oder operationeller Ebene die Umsetzung des nationalen Alkoholprogramms, des nationalen Tabakprogramms und des nationalen Programms Ernährung und Bewegung. Sie ist involviert in die Konzeptionsarbeiten zum zweiten nationalen Krebsprogramm und zum Bundesgesetz zur Registrierung von Krebs und anderen Diagnosen.

- Im Jahr 2010 hiess der GDK-Vorstand die Eckwerte für einen Aktionsplan zur Masernelimination gut. Er äusserte sich auch positiv zum nationalen Programm zu HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen.
- Der GDK-Vorstand befürwortete das vom GDK-Zentralsekretariat in Zusammenarbeit mit dem BAG und Gesundheitsförderung Schweiz erarbeitete «Konzept zur Stärkung der Gesundheitsförderung im Rahmen eines Netzwerks Psychische Gesundheit» und stimmte dem Aufbau eines Netzwerks Psychische Gesundheit zu.

Finanzierung

- Die neue Pflegefinanzierung trat Anfang 2011 in Kraft. Die GDK begleitete die Vorbereitungs- und Umsetzungsarbeiten in den Kantonen und zwischen den Leistungserbringern und den Versicherern in beratendem und koordinierendem Sinne. Weiter setzte sich die GDK für die Herstellung der Kompatibilität der Instrumente zur Pflegebedarfsermittlung ein.
- Die GDK setzte sich dafür ein, dass die kantonalen Prämien gemäss den kantonalen Kosten gestaltet werden. Die kumulierten Überschüsse müssen in dieser Logik dem entsprechenden Versichertenkollektiv zugutekommen. Der Grundsatz wurde von der Gesundheitskommission unterstützt. Der Departementsvorsteher des EDI engagierte sich für eine entsprechend verschärfte Aufsicht über die Krankenversicherung und eine nachträgliche Aufarbeitung der kumulierten Reservenunterschiede.
- Im Hinblick auf die Umsetzung der neuen gesetzlichen Bestimmungen zur Auszahlung der Prämienverbilligung an die Kassen sowie betreffend die unbezahlten Prämien hat die GDK wesentliche Vorarbeiten geleistet: So formulierte sie gegenüber dem BAG Vorstellungen zur Ausgestaltung der Verordnungen und erarbeitete unter Einbezug der Versicherer ein EDV-Grobkonzept zur Umsetzung des einheitlichen Datenaustausches im Zusammenhang mit der Prämienverbilligung.

Gesundheitsinformation und Informationssysteme

- Die GDK begleitete insbesondere die Anpassungen an der Spitex-Statistik und setzte sich gegenüber dem BFS dafür ein, dass die Statistik der sozialmedizinischen Institutionen den neuen gesetzlichen Grundlagen angepasst wird.

JAHRESRECHNUNG

	2010	2009
ERTRAG		
Kantonsbeiträge	2 599 999	2 600 001
Bankzinsen	35 672	63 650
Total Ertrag	2 635 671	2 663 652
AUFWAND		
Zentralsekretariat ZS GDK		
Ausgaben GDK		
Personal	1 516 790	1 392 180
Aufträge	61 206	164 829
Räume	136 452	131 423
Verwaltung	123 603	154 021
Spesen Konferenz	37 526	36 587
Spesen Kommissionen	21 729	19 870
Spesen Sekretariat	10 782	11 480
Total Ausgaben GDK	1 908 088	1 910 390
Projekt Hochspezialisierte Medizin HSM		
Personal HSM	272 288	247 799
Mandate HSM	76 828	41 879
Spesen BO HSM	12 545	8 496
Spesen FO HSM	111 366	67 323
Spesen Sekretariat HSM	754	0
Total Projekt HSM	473 781	365 496
Total Ausgaben ZS GDK und Projekt HSM	2 381 869	2 275 887
Aufwand für Projekte	438 125	259 333
Total Aufwand	2 819 994	2 535 220
Einnahmenüberschuss (Ertrag minus Aufwand)	-184 322	128 432

BEITRÄGE AN PROJEKTE UND INSTITUTIONEN*

	2010	2009
OdASanté	256 032	215 000
eHealth	340 000	150 000
Medical Board	200 000	0
Palliativbetreuung	50 000	21 208
ANRESIS (Antibiotikaresistenzprogramm)	0	150 000
Kinderkrebsregister	150 000	0
Swisstransplant / CNDO	344 832	350 000
Total Projektaufwand	1 340 864	886 208

* Diese Beiträge sind teils Aufwendungen der GDK, teilweise werden sie aus Reserven finanziert.



Gemeinsam auf der Strasse über die Kantonsgrenze
zum koordinierten Föderalismus.

MITGLIEDER VORSTAND, PLENARVERSAMMLUNG, BESCHLUSSORGAN HSM UND MITARBEITENDE ZENTRALESEKRETARIAT



Vorstand

von links:

Staatsrat Pierre-Yves Maillard, VD (Präsident)
Regierungsrat Dr. Philippe Perrenoud, BE
Regierungsrätin Heidi Hanselmann, SG
Regierungsrat Dr. Carlo Conti, BS (Vizepräsident)
Staatsrätin Patrizia Pesenti, TI (bis 10.4.2011)
Regierungsrat Bernhard Koch, TG (ab 1.6.2010)
Staatsrat Prof. Pierre-François Unger, GE
Regierungsrat Dr. Thomas Heiniger, ZH

auf dem Bild fehlen:

Regierungsrat Guido Graf, LU
Minister Philippe Receveur, JU (bis 31.12.2010)

Mitglieder

Staatsrat Pierre-Yves Maillard, VD (Präsident)
Regierungsrat Dr. Carlo Conti, BS (Vizepräsident)
Staatsrätin Anne-Claude Demierre, FR
(Rechnungsrevisorin ab 2011)
Statthalter Werner Ebnetter, AI (bis 24.4.2010)
Regierungsrat Joachim Eder, ZG
Regierungsrat Stefan Fryberg, UR
Frau Statthalter Antonia Fässler, AI (ab 25.4.2010)
Regierungsrat Peter Gomm, SO
Regierungsrat Guido Graf, LU
Regierungsrätin Ursula Hafner-Wipf, SH
Regierungsrätin Heidi Hanselmann, SG
Regierungsrat Dr. Thomas Heiniger, ZH
Regierungsrätin Susanne Hochuli, AG (Rechnungsrevisorin)
Regierungsrat Armin Hüppin, SZ
Regierungsrätin Barbara Janom Steiner, GR
Regierungsrat Bernhard Koch, TG
Staatsrätin Gisèle Ory, NE
Staatsrätin Patrizia Pesenti, TI (bis 10.4.2011)
Regierungsrat Dr. Philippe Perrenoud, BE
Minister Philippe Receveur, JU (bis 31.12.2010)
Minister Michel Thentz, JU (ab 1.1.2011)
Staatsrat Maurice Tornay, VS
Staatsrat Prof. Pierre-François Unger, GE
Regierungsrätin Yvonne von Deschwanden, NW
Regierungsrat Hans Wallimann, OW
Regierungsrat Dr. Matthias Weishaupt, AR
Regierungsrat Dr. Rolf Widmer, GL
Regierungsrat Peter Zwick, BL

Beschlussorgan Hochspezialisierte Medizin

Regierungsrätin Heidi Hanselmann, SG (Präsidentin)
Regierungsrätin Susanne Hochuli, AG (Vizepräsidentin)
Regierungsrat Dr. Carlo Conti, BS
Staatsrätin Anne-Claude Demierre, FR (ab 1.12.2010)
Regierungsrat Guido Graf, LU
Regierungsrat Dr. Thomas Heiniger, ZH
Staatsrat Pierre-Yves Maillard, VD
Regierungsrat Dr. Philippe Perrenoud, BE
Staatsrätin Patrizia Pesenti, TI (bis 30.11.2010)
Staatsrat Prof. Pierre-François Unger, GE
Regierungsrätin Barbara Janom Steiner, GR

Zentralesekretariat

Michael Jordi, Zentralesekretär
Semya Ayoubi, stv. Zentralesekretärin (bis 31.3.2011)
Stefan Leutwyler, stv. Zentralesekretär (ab 1.4.2011)
Pierre Bernasconi, Übersetzer (90%)
Christine Friedli, Sekretärin/Projektassistentin
(80%, ab 1.3.2011)
Annette Grünig, Projektleiterin (bis 31.3.2011)
Brigitta Holzberger, Rechtsdienst (50%)
Kathrin Huber, wiss. Mitarbeiterin
Ewa Mariéthoz, Dr ès sc., Projektleiterin (80%)
Elisabeth Marty-Tschumi, MPH, Projektleiterin
Daniela Schibli, Dr. phil., Projektleiterin (60%)
Georg Schielke, Projektleiter (80%)
Jacqueline Strahm, Sekretärin/Sachbearbeiterin (80%)
Michèle Schwärzel, Sekretärin/Dokumentation
(60%, bis 31.1.2011)
Bettina Wapf, wiss. Mitarbeiterin
Franz Wyss, Projektleiter (bis 31.8.2010)
Nina Wyss, Dokumentation (20%, ab 1.2.2011)

Hinweis

Eine umfassende und aktuelle Liste von Delegierten und Mitgliedern der GDK in eigenen oder externen Gremien und Arbeitsgruppen finden Sie auf unserer Website unter www.gdk-cds.ch/index.php?id=755