



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI



EDITORIAL

Die KVG-Revision wurde ursprünglich in den 90er-Jahren nur zur Spitalfinanzierung lanciert. Später sind viele Themen dazu gekommen. Schrittweise bearbeitet das Parlament die Pakete: Ende 2007 als Herzstück die Spitalfinanzierung, Mitte 2008 die Pflegefinanzierung. Es sind noch drei Teile hängig: die Vertragsfreiheit inklusive Ärztestopp, die Kostenbeteiligung der Versicherten und Managed Care. Das Parlament hat diese drei Teile miteinander verknüpft. Es diskutiert zurzeit drei Lösungsmodelle. Sie decken eine breite Spanne zwischen «mehr Markt» und «mehr Staat» ab. Vor allem geht es um eine Machtverschiebung vom Patienten zum Versicherten und von den Kantonen zu den Versicherungen.

Charles Favre, Präsident H+

INHALT

Vertragsfreiheit Helsana-Modell: dem Markt den Vorzug geben	2
Vertragsfreiheit Die Modelle im Überblick	2
Vertragsfreiheit Oggier-Vorschlag: Wettbewerb der Modelle	3
Vertragsfreiheit Modell der Kantone und Ärzte: Ressourcenplanung	3
SwissDRG Fallpauschalen: Begleitforschung unabdingbar!	4
KVG-Revision Zahlungsaufschub nach Art. 64a KVG: Pauschallösung liegt vor – Parlament ist gefordert	4
Impressum	4

Vertragsfreiheit

KVG-Revision: Vertragsfreiheit

Drei Modelle und ein Paradigmenwechsel.

Im Frühjahr hat das Parlament den Ärztestopp verlängert, damit hat es sich Luft verschafft, eine Nachfolgelösung zu suchen. Betroffen davon sind die bisher auf Eis gelegten Botschaften zu Managed Care, zur Vertragsfreiheit und zur Kostenbeteiligung der Patientinnen und Patienten. Je nachdem, welche Lösung das Parlament zur Vertragsfreiheit verabschiedet, werden diese drei Botschaften hinfällig. Die Gesundheitskommission des Ständerates SGK-S hat sich im August mit der Vertragsfreiheit beschäftigt und die Bundesverwaltung beauftragt, einen neuen Vorschlag auszuarbeiten.

Drei Modelle...

Seit der Botschaft des Bundesrates vom Mai 2004 wurden verschiedene Modelle in die Diskussion eingebracht. Zurzeit sind es drei: Ein Modell der Helsana-Versicherungen, eines der Kantone und der Ärzteschaft sowie eines des Gesundheitsökonom Willy Oggier. Die Botschaft des Bundesrates selbst mit einem Bandbreitenmodell steht vorläufig nicht mehr zur Debatte.

...und ein Paradigmenwechsel

Die Modelle haben unterschiedliche Ziele und Ansätze. Alle versuchen, aus der Vergangenheit zu lernen. Während die Kantone und die Ärzte-

schaft sich stark am Status quo anlehnen, will die Helsana einen Paradigmenwechsel zur Steuerung durch die Versicherungen. Oggier sieht realpolitisch keine Chance für das eine oder das andere Modell. Er setzt deshalb auf einen Wettbewerb der Steuerung durch die Kantone oder durch die Versicherungen. Weder das Kantons-, noch das Versicherungsmodell können ihr Ziel der Kostendämpfung garantieren. Im Modell von Oggier sollen sich die beiden Varianten in der Praxis als Alternativen gegenüberstehen, statt politisch nur auf eine Variante zu setzen. Deswegen ist das Oggier-Modell das ehrlichste. Es lässt den Versicherten die Wahl und gaukelt keine Verbesserungen vor, die nicht gemessen werden können.

Machtverschiebung von Kantonen zu Versicherungen

Wichtig zu wissen ist, dass bei jedem Modell der Vertragsfreiheit eine Verschiebung der Entscheidungsmacht vom Patienten zum Versicherten erfolgt. Wissen wir heute als Versicherte, welche medizinische Behandlung wir morgen als Patienten wünschen? Vertragsfreiheit verschiebt auch die Steuerungsmacht der Kantone hinzu denjenigen der Krankenversicherungen.

Bernhard Wegmüller, Direktor H+

Helsana-Modell: dem Markt den Vorzug geben

Grundprinzip des Modells ist, dass das heutige Verhältnis von Vertragszwang und Vertragsfreiheit zugunsten der Krankenversicherer umgedreht wird.

Die heute sogenannten besonderen Versicherungsverhältnisse (Bsp.: Managed Care) würden zum Standard. Und die heutige freie Wahl der Leistungserbringer durch die

Patienten wird finanziell benachteiligt.

Nicht die Prämien, sondern die Franchise und der Selbstbehalt würden sich unterscheiden. Der Selbstbehalt wäre im Modell «Freiheit» (für die Versicherten) um die Hälfte niedriger als im Modell «Pflicht» (vgl. Tabelle). Die Versicherten hätten die freie Wahl zwischen diesen beiden Modellen. Folgerichtig würde die Möglichkeit zu Managed Care aus dem Teil «Pflicht» gestrichen.

H+ Position

H+ steht einem Modell, in dem Leistungserbringer und Versicherungen Verträge aushandeln, positiv gegenüber. Die Stolpersteine sind allerdings die Versorgungssicherheit und die Qualitätssicherung. Demokratisch legitimierte Institutionen müssen diese Aspekte festlegen, am besten schweizweit.

Bernhard Wegmüller



Die Modelle im Überblick

		Ziele eines Gesundheitssystems				Versicherung			Versorgung		
		Zugang	Versorgung	Qualität	Effizienz	Prämie	Franchise	Selbstbehalt	Wahlfreiheit der Patienten	Kantonale Planung	Managed Care
Botschaft des Bundesrates: Bandbreiten-Modell		ja	ja	–	Eingeschränkt, der Planung nachgestellt	–	–	–	–	ja	–
Helsana-Modell	Freiheit	eingeschränkt	–	–	Ja, via Versicherungen	gleich	300	10%	eingeschränkt	nein	möglich
	Pflicht	offen	–	–	–		1000	20%	ja	ja	nein
GDK-FMH-Modell		ja	ja	ja	Ja, via Kantone	–	–	–	ja	ja	–
Oggier-Vorschlag	Wahlfreiheit	eingeschränkt	–	–	Ja, via Versicherungen	–	–	gleich	eingeschränkt	nein	möglich
	Staatsversorgung	ja	ja	–	–	–	–		ja	ja	nein

«–» bedeutet, dass das Modell keine Stellung dazu nimmt

Oggier-Vorschlag: Wettbewerb der Modelle

Zentral an diesem Vorschlag ist der Wettbewerb zwischen den Modellen, d.h. die Wahlfreiheit für die Versicherten.

Die Regeln dieses Vorschlags geben weder einer staatlichen noch einer marktorientierten Variante den Vorzug. Statt dass die Politiker Modelle ausprobieren, überlassen sie dies den Akteuren, allen voran den Versicherten und den Versicherungen.

Nur Franchisen werden in der Variante «Staatsversorgung» abgeschafft. Die Unterschiede liegen im Verhältnis zwischen Leistungserbringer und Versicherung. Die Patientinnen und Patienten spüren dies bei der Wahl ihrer Ärzte, Spitäler, Kliniken oder Pflegeinstitutionen. Jene Versicherungen, die sich für die Variante «Wahlfreiheit» entscheiden, müssen jedoch zwingend auch die Variante «Staatsversorgung» anbieten.

Das Modell unterscheidet sich von der heutigen Situation nicht bedeutend. Es legt aber für den Wettbewerb einen eigenen Bereich und Regeln fest.

H+ Position

Das Modell trägt zur Versachlichung der Diskussion bei. Es legt klare Regeln für einen Wettbewerb fest. Im übergeordneten Wettbewerb der Varianten «mehr Markt» oder «mehr Planung» entscheiden die Bürgerinnen und Bürger. Leider fehlen diesem Modell, genauso wie jenem der Helsana, die Aspekte der Versorgungs- und Qualitätssicherheit.

Martin Bienlein



Modell der Kantone und Ärzte: Ressourcenplanung

Das Modell fokussiert auf die planerische Vermeidung einer möglichen Überversorgung.

Das Modell der Kantone und Ärzteschaft unterscheidet sich fundamental von den zwei anderen zur Diskussion stehenden Modellen. Es stellt weder auf den Wettbewerb der Varianten (Oggier-Modell) noch auf mehr Wettbewerb generell (Helsana-Modell) ab. Das Modell fokussiert vielmehr auf die politische Sicherstellung der Versorgungs- und Qualitätssicherheit und die planerische Vermeidung einer

möglichen Überversorgung. Die kantonale Planung würde auf die gesamte ambulante Versorgung inklusive jener der Spitäler und Kliniken ausgedehnt. Von allen drei Modellen ist es mit Abstand jenes, das am meisten ausformuliert ist.

Seine Schwäche liegt in der fehlenden Definition von Überversorgung respektive in der nur leicht abgeänderten Weiterführung des Ärzte-

stopps. Die Kantone haben den bestehenden Ärztestopp unterschiedlich gehandhabt. Eine systematische, auf die ganze Schweiz bezogene Erfolgsevaluation steht aus.

H+ Position

H+ lehnt die Ausdehnung der kantonalen Planung auf die gesamte ambulante Versorgung ab. Das Fehlen einer Definition der Überversorgung schafft mehr Probleme als sie löst.

Martin Bienlein

Fallpauschalen: Begleitforschung unabdingbar!

Das Parlament hat die Einführung von Fallpauschalen bis 2012 terminiert. Die Partner im Gesundheitswesen – Kantone, Spitäler, Ärzte und Versicherungen – sind mit der Umsetzung dieser Vorgabe beschäftigt (SwissDRG AG).

Die Diagnosis Related Groups (DRG) bergen neben den positiven Aspekten auch gewisse Fehlanreize, die bekannt sind. Im schlimmsten Fall könnte dadurch die medizinische Behandlung und Versorgung leiden. Dies soll nicht passieren.

Ein Beispiel von Unter- oder Fehlversorgung sind die sogenannten blutigen Entlassungen (bloody exits), also das vorzeitige Ende des Krankenhausaufenthaltes, bevor die notwendige Behandlung und Heilung abgeschlossen ist. Ein anderes Beispiel ist, dass die gewollte Spezialisierung der einzelnen Spitäler und Kliniken zur Unterversorgung in gewissen medizinischen Gebieten oder Regionen führt.

Rechtzeitiges Monitoring als Warnsystem

Damit beim Auftreten allfälliger Probleme überhaupt reagiert

werden kann, müssen die Fakten vor, während und nach der Einführung der Fallpauschalen erhoben werden. Dieses Monitoring muss zwangsläufig schon ein paar Jahre vor der Einführung beginnen und Qualitätsindikatoren beinhalten, die sich nicht primär auf einzelne Spitäler, sondern auf die gesamte Versorgung (Schnittstellen ambulant – stationär – Langzeitpflege) beziehen.

Durch die Einführung von Fallpauschalen erwartet H+ zum Beispiel Verschiebungen von der stationären zur ambulanten Versorgung. Dies muss nicht schlecht sein, im Gegenteil. Aber durch ein Monitoring kommt eine damit verbundene Kostenverschiebung auch nicht überraschend. Hier können allfällige Massnahmen schneller getroffen werden, wenn es regelmässige Auswertungen gibt.

Der Bundesrat überträgt in seiner Verordnung zur Spitalfinanzierung die Qualitätsüberwachung der Fallpauschalen den Tarifpartnern. Dies ist für die Zukunft richtig. Aber es löst das Problem der Fakterhebung vor der Einführung der Fallpauschalen nicht und die Frage, wie sich die Behandlung von Krankheiten über das ganze Versorgungssystem gesehen entwickeln, wird ebenso wenig beantwortet. Hierzu sind heute alle verfügbaren Daten des Bundesamtes für Statistik oder anderer Institutionen nötig, nicht nur jene der Tarifpartner der SwissDRG AG. Und es braucht die Finanzierung durch die heutigen Kostenträger, das heisst Kantone und Versicherer.

Reinhard Voegele

Zahlungsaufschub nach Art. 64a KVG Pauschallösung liegt vor – Parlament ist gefordert

Der Zahlungsaufschub der Krankenversicherer im Fall von ausstehenden Prämienzahlungen ihrer Versicherten auf Grund von Art. 64a KVG hat bei den Spitälern und Kliniken zu Zahlungsausständen von 80,5 Mio. Franken geführt.

H+ unterstützt den Vorschlag zur Gesetzesrevision, den kantonale Gesundheitsdirektoren und Versicherer gemeinsam erarbeitet haben.

Mit der Gesetzesänderung vom 1. Januar 2006 verlagerten die Krankenkassen ihr Risiko auf die Spitäler und Kliniken. Bei diesen stapeln sich seither unbezahlte Rechnungen in Höhe von CHF 80,5 Mio. Die kantonalen Gesundheitsdirektoren und

die Versicherer haben nun eine gesamtschweizerische Lösung erarbeitet. Sie bewirkt, dass die Kassen ihre Leistungen wieder in jedem Fall erbringen.

Art. 64a KVG ist im Sinne dieser Pauschallösung zu ändern. In seiner jetzigen Form dient der Artikel weder den Patientinnen und Patienten insgesamt. Auch der Bundesrat hat erklärt, er biete Hand zu einer Revision, wenn sich Kantone und Versicherer einigen. Das Parlament ist nun gehalten, den gemeinsamen Vorschlag von Kantonen und Versicherern im Gesetz aufzunehmen.

Aufgrund der hohen Zahlungsausstände hatte der Bundesrat auf den 1. August 2007 die Verordnung zum KVG angepasst (Art. 105c KVV). Die Kantone konnten demnach mit einzelnen Versicherern vereinbaren, dass sie ausstehende Prämien übernehmen.

Bisher haben jedoch erst sechs Kantone Vereinbarungen über die Prämienübernahme mit den Kassen abgeschlossen – alle vor Inkrafttreten der Verordnungsänderung.

Stefan Berger

Impressum

H+ Bundeshaus erscheint viermal jährlich in Deutsch und Französisch.

Redaktion: Reinhard Voegele, Marie-Anne Perrot, H+ Bern.



Geschäftsstelle, Lorrainestrasse 4A, 3013 Bern,
geschaeftsstelle@hplus.ch, www.hplus.ch. Telefon 031 335 11 11.
H+ ist ein Verein nach privatem Recht.