



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI



EDITORIAL

BUNDESHAUS

H+ befürwortet ein besseres Umfeld für die integrierte Versorgung. Am wichtigsten ist die Verfeinerung des Risikoausgleichs. Der verbesserte Risikoausgleich ist Basis für einen qualitätsorientierten Leistungswettbewerb und verhindert die Risikoselektion der Krankenkassen. Die Einführung des Fallpauschalen-Systems SwissDRG und der neuen Spitalfinanzierung ist auf Kurs. Für H+ stehen zwei Themen im Zentrum: die Frage der Rechnungsstellung der Spitäler an die Versicherer unter Wahrung des Datenschutzes und die Änderung der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung VKL durch die Spitäler und Kliniken, die gravierende Mängel aufweist. Das KVG bleibt eine Baustelle: H+ fordert die Einführung der monistischen Finanzierung des Gesundheitswesens.

Charles Favre, Präsident H+

INHALT

Managed Care	
Belohnen statt strafen	2
Managed Care	
Rabatt statt Preisaufschlag	2
SwissDRG	
Fallpauschalen biegen auf die Zielgerade ein	3
SwissDRG	
Die VKL: das trojanische Pferd des Bundesrates für die Kliniken des Landes	3
KVG	
Der nächste zentrale Baustein des KVG: Einführung des Monismus	4
KVG	
Die Fussangeln eines schweizerischen Monismus	4
Impressum	4

Managed Care

Fokussieren statt scheitern

H+ erachtet den Risikoausgleich als unerlässlich für alle weiteren KVG-Reformen. Es gilt, einen besseren Risikoausgleich so rasch wie möglich zu verabschieden.

Die Verfeinerung des Risikoausgleichs ermöglicht es, den Anreiz zur Risikoselektion der Krankenkassen zu stoppen. Damit wird eine der grössten Schwächen des derzeitigen Gesetzes beseitigt. Wichtig ist eine rasche Inkraftsetzung, parallel zur Einführung der SwissDRG. Denn mit der Transparenz der Fallpauschalen entsteht ein neues Instrument zur Risikoselektion.

Managed Care-Vorlage sorgfältig erarbeiten

Die Managed Care-Vorlage überzeugt die Spitäler und Kliniken noch nicht. Für sie entstehen keine zusätzlichen Anreize, mehr integrierte Versorgung anzubieten. Die zuständige Kommission des Ständerats hat zwar nun begonnen, offensichtliche Schwächen anzugehen. Die Ziele und notwendigen Rahmenbedingungen bleiben für H+ jedoch unklar. Es ist zentral, die grossen Kostenblöcke in der OKP neu zu regeln: jene 20% der Versicherten, die 80% der OKP-Kosten verursachen. Durch welche qualitätssteigernden Massnahmen können hier Effizienzgewinne erzielt werden? H+ schlägt vor, Pilotprojekte für Disease Management gesetzlich zu fördern und zu evaluieren.

Risikoausgleich:

getrennte Vorlage zwingend

Dass sich die Spitäler und Kliniken noch nicht für die Managed Care-Vorlage erwärmen können, liegt auf der Hand. Bekämpfen wird H+ die Vorlage aber nicht. Der Widerstand ist von anderer Seite angekündigt. Sollte das Parlament den Risikoausgleich in der Vorlage Managed Care belassen, wird er nicht vor 2012 in Kraft gesetzt. Der Risikoausgleich ist aber dringend und deshalb ist eine getrennte Vorlage unumgänglich.

«Lieber die Taube in der Hand als die Spatzen auf dem Dach»

Weitgehende oder unausgewogene Änderungen in Sozialversicherungssystemen, egal von welcher Seite, hat das Volk in den vergangenen Jahren regelmässig und wuchtig bachab geschickt. Es ist deshalb besser, mit dem verbesserten Risikoausgleich eine grundlegende und systemkonforme Reform jetzt zu verabschieden (Taube), als ein Paket von Kompromissen aus Minderheitsmeinungen (Spatzen) zu unterbreiten, das bei der Bevölkerung dann durchfällt.

Bernhard Wegmüller, Direktor H+

Belohnen statt strafen

Mehrheitsfähig bei einer allfälligen Referendumsabstimmung wird die KVG-Revision Managed Care nur mit einem Belohnungsmodell. Wenn die Politik den Stimmbürger bestrafen will, sagt er Nein.

Mit Zuckerbrot und Peitsche will der Nationalrat Integrierten Versorgungsnetzen zum Durchbruch verhelfen. Er hat dabei aber die Rechnung ohne den Stimmbürger gemacht. Meinungsumfragen zeigen unmissverständlich: Das Zuckerbrot mit einer Prämienbelohnung würde die Mehrheit der Stimmenden gerne essen, doch sie würde niemals den Rücken hinhalten für Peitschenhiebe mit der Abschaffung der freien Arzt- und Spitalwahl.

Die jährliche Meinungsumfrage «Gesundheitsmonitor» des

gfs-Forschungsinstituts von Politologe Claude Longchamp fühlt den Puls der Stimmbürger und lässt gewisse Prognosen für eidgenössische Volksabstimmungen zu. Die Trends bei Managed Care sind dabei klar ersichtlich. Das bisherige Anreiz-System bei Hausarzt- und HMO-Modellen mit einer Belohnung durch tiefere Prämien begrüssen die Stimmbürger mehrheitlich. Die nationalrätliche Version der Managed Care-Vorlage bringt nun aber eine fundamentale Umkehr und wechselt von der Belohnung auf eine Bestrafung mit höherer Selbstbeteiligung

für die Patienten. Wer an der freien Arzt- und Spitalwahl festhalten will, müsste mehr bezahlen. Bei einer Referendumsabstimmung würde die entscheidende Frage der ablehnen-Kampagne sein: Bist Du Stimmbürger für die Abschaffung der freien Arzt- und Spitalwahl? Aufgrund der Erkenntnisse der gfs-Meinungsforschung ist die Antwort klar: Nein danke!

Conrad Engler

Rabatt statt Preisaufschlag

Jedes Gesetz muss die richtigen Anreize setzen, wenn es ein bestimmtes Verhalten der Menschen auslösen will. Wenn ich morgen für das Gleiche wie heute mehr bezahlen muss, dann nehme ich das als Preisaufschlag wahr. Das gilt auch für den differenzierten Selbstbehalt bei Managed Care.

Billigmedizin?

Die meisten Leute nehmen eine Preisdifferenzierung auch als Qualitätsdifferenzierung wahr. Es besteht deshalb die Gefahr, dass das Managed Care-Modell mit dem tieferen Selbstbehalt als Billigmedizin wahrgenommen wird. Die Botschaft ist schwer zu vermitteln: Einerseits soll Managed Care mehr leisten punkto Qualität und Effizienz, andererseits soll diese Versorgung billiger zu haben sein. Kommt dazu, dass die freie Arztwahl wegfällt. Bei keinem Konsumgut und bei keiner Dienstleistung ist das Bessere billiger. Zwar mag die Medizin nicht Konsumgütern und -leistungen eins zu eins vergleichbar sein. Warum aber dieser Preismechanismus bei denselben

Menschen nun genau umgekehrt sein soll, ist ihnen nicht zu vermitteln.

Förderung durch Rabatte

Wenn also der Preis einen Anreiz setzen soll, dann durch Rabatte. Im Sinne der Schnäppchenjäger und Punktesammlerinnen wäre die integrierte Versorgung für einen Rabatt erhältlich, z. B. mit 5 % statt 10 % Selbstbehalt. In diesem Sinne geht der Vorschlag der SGK-S in die richtige Richtung.

Und die Leistungserbringer und Versicherungen?

Welche Anreize haben Leistungserbringer und Krankenversicherungen, sich zu integrierten Versorgungsnetzen zusammenzufinden? Der Mehrwert der Vorlage im Vergleich zu heute ist nicht ersichtlich. Ein sehr gut funktionierender Risikoausgleich ist als Anreiz für die Versicherungen das Minimum. Als Anreiz für gute Versorgungsmodelle von teuren chronischen und schweren Krankheiten könnte man auch Belohnungen auszahlen, die über die effektiven Kos-

ten hinausgehen. So werden Prävention und Innovationen gefördert. Für Leistungserbringer muss sich Qualität lohnen. Die heutigen Qualitätsvereinbarungen mit den Versicherern bedeuten allzu oft hohe Kosten und einen enormen administrativen Aufwand, aber ohne erkennbare Belohnung.

Martin Bienlein



Fallpauschalen biegen auf die Zielgerade ein

Bei der Umsetzung des Fallpauschalen-Systems SwissDRG und der neuen Spitalfinanzierung drängt die Zeit beim Einbiegen auf die Zielgerade: Die Erfüllung der Forderungen des Bundesrates bis Ende 2010 wird ein Meilenstein.



Je näher der Einführungsstermin 1.1.2012 von SwissDRG rückt, desto grösser die Hektik hinter den Kulissen. Das neue System mit Fallpauschalen für den stationären Bereich hat noch verschiedene grössere Baustellen, auf denen mit Hochdruck Strukturgerüste gezimmert werden. Der Teufel liegt nicht nur im

Detail, sondern bei den Grundsätzen, insbesondere bei der Spitalfinanzierung. Der Bundesrat hat ein Forderungspaket geschnürt und zur Lösung der Probleme an die SwissDRG AG und die nationalen Tarifpartner H+ und santésuisse geschickt. Bis spätestens 31.12.2010 müssen die Akteure insgesamt elf Auflagen des Bundes für die Genehmigung der Tarifstruktur erfüllen.

Zu den grösseren Baustellen zählt die vom Bundesrat geforderte konkrete Regelung von Diagnose- und Prozedurencodes für die Rechnungsstellung der Spitäler und Kliniken an die Versicherer. Dabei muss zwingend der Persönlichkeits- und Datenschutz gewährleistet sein. H+ hat ein Positionspapier erarbeitet und hält darin fest, welche diagnosebezogenen Daten die Spitäler systematisch an die Krankenkassen liefern können.

Medizinische Details sollen die Kliniken auf Anfrage datenschutzkonform dem Vertrauensarzt der Krankenkasse zur Verfügung stellen.

Der Einbezug der Psychiatrie und Rehabilitation ins Leistungspauschalen-System inklusive der neuen Spitalfinanzierung wird mit einer Übergangslösung sichergestellt. Es müssen parallel dazu bis 2014 neue leistungsbezogene Abgeltungsmodelle entwickelt werden, bei denen die Schweiz weltweit Neuland betritt. Die vom Bund verlangten zusätzlichen Unterlagen erstellen die SwissDRG AG, H+ und santésuisse nun mit Hochdruck, damit sie sie als Silvester-Geschenk termingerecht auf dem Gabentisch des Bundesamtes für Gesundheit deponieren können.

Conrad Engler

Die VKL: das trojanische Pferd des Bundesrates für die Kliniken des Landes

Auf Einladung des EDI-Vorstehers schrieb H+ am 23.7.2010 einen Antrag zur dringenden Änderung der «Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime» VKL. Der Bundesrat schrieb am 10.9.2010, dass er die Anliegen nicht aufnehmen will.

«Stell Dir vor, Du kriegst ein Haus geschenkt und man verunmöglicht Dir, es zu pflegen und von Zeit zu Zeit zu renovieren.» Das ist die Lage, in die die VKL, die zuständige Verordnung des Bundes, die Spitäler vor der Einführung der Fallpauschalen versetzt.

Die VKL dient künftig als Basis für die Preisermittlung und Betriebsvergleiche unter SwissDRG in den Spitä-

lern und Kliniken. Es ist für die Betriebe existenziell, dass die VKL-Regelungen die Kosten betriebswirtschaftlich korrekt wiedergeben. Und genau das ist mit der aktuellen Verordnung nicht der Fall. Erstens: Die Sicht der Finanzbuchhaltung und die Sicht der Preiskalkulation werden in der VKL munter gemischt. Das ist betriebswirtschaftlich nicht korrekt. Zweitens: Mit dem Abschreibungsverfahren, das die VKL vorschreibt,

entsteht eine Ungleichbehandlung zwischen Spitälern mit älteren und solchen mit neuen Gebäuden. Es entstehen zu tief berechnete Preise, die zur Folge haben, dass Spitäler mit älteren Gebäuden keine Ersatzinvestitionen vornehmen können, selbst wenn sie wirtschaftliche Leistungen in bester Qualität bringen. Honni soit qui mal y pense.

Reinhard Voegelé

Der nächste zentrale Baustein des KVG: Einführung des Monismus

Der Monismus vereinfacht die obligatorische Krankenpflegeversicherung und baut Fehlanreize ab.

Die Finanzierung der sozialen Krankenversicherung ist zu kompliziert. Sie setzt falsche Anreize und führt zu Unter-, Über- oder Fehlversorgung. Eine Vereinfachung liegt in der Einführung des Monismus: ein Akteur vergütet sämtliche OKP-Leistungen. Bezahlen würden weiterhin zwei, nämlich Kantone und soziale Krankenversicherer.

Damit wäre der Weg frei für eine integrierte Versorgung ohne Finanzierungsbrüche, wie sie immer mehr Patientinnen und Patienten brauchen. Komplexpauschalen wären dann

keine Exoten mehr, sondern selbstverständlich.

Politische Scheingefechte

In den letzten Jahren haben die Kantone die Parole «ambulant vor stationär» herausgegeben. Dies widerspiegelt den Trend in der modernen Medizin. Die Vorgaben für die Spitäler und Kliniken sind gesetzt. Was ist der Effekt? Die Krankenversicherer beschwerten sich, dass sie alleine die Kostenverschiebung zu tragen hätten, und machen öffentlich Druck: Die ambulanten Spitalleistungen seien der Grund

für die Prämiensteigerungen. Dass diese Spitalleistungen zurzeit nur 11 % der Gesamtkosten ausmachen, bleibt dabei unerwähnt, genauso wie der Umstand, dass deren Steigerung nur für 1–2 % der Gesamtkostensteigerung verantwortlich ist.

All die Scheingefechte um Finanzierungsaufteilungen gäbe es mit dem Monismus nicht. Die Politik und die Akteure im Gesundheitswesen könnten sich um die zentrale Frage kümmern: Viel Qualität zu einem guten Preis zum Wohle der Patientinnen und Patienten.

Martin Bienlein

Die Fussangeln eines schweizerischen Monismus

Vor der Einführung des Monismus stellen sich drei Fragen: Wer zahlt wieviel? Unter welchen Bedingungen werden Leistungen entschädigt? Und wer kontrolliert die Kantonsanteile?

Um den Monismus in der Schweiz einzuführen, sind nach heutigem Wissensstand drei zentrale Fragen zu beantworten.

Wer zahlt wieviel?

Wer finanziert und, wenn es mehrere sind, wer davon wieviel? Trotz Konfusionen auf Expertenseite ist es sozialpolitisch weitgehend unbestritten, dass die heutigen Finanzierer bleiben: Kantone und soziale Krankenversicherungen, sowie die Versicherten via Franchise und Selbstbehalt. In der Finanzierungs-

quelle bleibt also der Dualismus bestehen. Wichtiger ist die Frage, wie hoch die Anteile der Kantone und diejenigen der Versicherungen sind. Zahlen die Kantone für alle KVG-Leistungen mit, verlieren sie ihre dominante Stellung in der stationären Spitalfinanzierung.

Welche Bedingungen gelten?

Heute kontrollieren die Kassen die Rechnungen. Die Kantone ihrerseits lassen die Spitäler per Spitalliste zu. Wer kontrolliert in Zukunft die Spitalrechnungen? Und viel wichtiger: Wer lässt die Spitäler zur Abrechnung in der sozialen Krankenversicherung zu? Wird die kantonale Spitalplanung aufgehoben oder ausgeweitet? Oder kommt es gar zur Vertragsfreiheit der Versicherungen?

Wer kontrolliert die Kantonsanteile?

Die letzte Frage ist staatspolitisch zentral: Wie gehen wir mit kantonalen Steuergeldern um? Mit der neuen



Spitalfinanzierung verpflichtet der Bund die Kantone, sich an den stationären Spitalleistungen zu beteiligen. Während aber der Bund die Aufsicht über die KVG-Versicherungen innehat, regelt das KVG die Kontrolle über die kantonalen Gelder nicht. Eine paritätische Zahlstelle, wie sie H+ vorschlägt, ist genau dafür eine Lösung.

Martin Bienlein

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.