

Regierungsrat

*Rathaus / Barfüssergasse 24
4509 Solothurn
www.so.ch*

Eidgenössisches Departement
des Innern
Bundesamt für Gesundheit, Kranken-
und Unfallversicherung
3003 Bern

6. Juli 2004

**Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung
Vernehmlassung**

Sehr geehrter Herr Bundesrat

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Gelegenheit zur Stellungnahme zu den geplanten Änderungen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung und lassen uns wie folgt vernehmen:

Die Vorschläge des Bundesrates werden grundsätzlich begrüsst, soweit nicht nachstehend kritische Bemerkungen angebracht werden.

1. Vorlage 2A (Spitalfinanzierung)

1.1. Spitalplanung

Unseres Erachtens darf sich die Spitalplanung nicht nur auf den Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung beschränken. Die vom Bundesrat vorgesehene Beschränkung auf den obligatorischen Teil, lässt den Privatspitalern und Privatkliniken die Möglichkeit (diese wurde in der Vergangenheit stets rege ausgenützt), ihre Betten- und Behandlungskapazitäten ohne Rücksicht auf die aktuelle Versorgungslage auszubauen. In jedem „Privatbett“ werden ja immer auch gleichzeitig Spitalleistungen erbracht, die dann von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bezahlt werden müssen. Es geht daher nicht an, dass den öffentlichen Spitalern eine strikte Angebotslimitierung vorgegeben und den Privatspitalern gleichzeitig hinsichtlich Kapazitätsausbau freie Hand gewährt wird. Es existiert kein Markt im Spitalbereich.

Im übrigen soll für die Spitalplanung die Methodenfreiheit gelten, d.h. das KVG soll und darf keine Vorgaben betreffend der Methode der Spitalplanung machen.

1.2. Dual-fixe Finanzierung der Spitalleistungen

Die dual-fixe Finanzierung der Spitalleistungen ist zu begrüßen, sie wird eine bessere Transparenz hinsichtlich Spitalleistungen und Spitalkosten auslösen. Die Krankenversicherer sollen wirklich nur die „echten“ Spitalleistungen und nicht Defizite (über eine allgemeine Defizitdeckung) mitfinanzieren müssen. Wo aus politischen oder wirtschaftlichen Gründen Spitalleistungen teurer angeboten werden, haben die Kantone für die entsprechenden Mehrkosten aufzukommen.

Der bisherige Kostenteiler 50% Kanton und 50% Krankenversicherer ist unbedingt beizubehalten. Wegen der durch den Entscheid des EVG ausgelösten Mitfinanzierung der medizinisch bedingten ausserkantonalen Hospitalisationen sowie der Mitfinanzierung der innerkantonalen Behandlungen von Zusatzversicherten in den öffentlichen Spitälern haben die Kantone in den vergangenen 8 Jahren enorme Mehrkosten finanzieren müssen. Hinzu kommt neu noch die Mitfinanzierung der auf der Spitalliste stehenden Privatspitäler (inkl. Investitionsanteil). Angesichts aller Mehrkosten für die Kantone muss deshalb die Mitfinanzierung der Investitionskosten durch die Krankenversicherer unter Beibehaltung des heutigen 50/50 Kostenteilers erfolgen.

1.3. Gesetzliche Basis für Diagnoseangaben auf Spitalrechnungen schaffen

Zur Zeit besteht keine Klarheit darüber, welche persönlichen Daten (Diagnosecodes usw.) die Spitäler den Krankenversicherern auf den Rechnungen für die WWZ-Prüfungen zur Verfügung stellen müssen und dürfen. Gemäss KVG haben die Krankenversicherer Anrecht auf sämtliche für WWZ-Prüfungen notwendigen Angaben. Um Kosten zu sparen und Effizienz zu gewinnen soll im Rahmen der KVG Revision im KVG selber die Gesetzesgrundlage für die Bekanntgabe der Diagnosecodes an die Krankenversicherer auf den Spitalrechnungen geschaffen werden.

1.4. Betriebsvergleiche gemäss Art. 48 Abs. 8 und Einsichtsrecht in Kostenrechnung für Krankenversicherer und Kantone gemäss Art. 49 Abs.7

Sobald die dual-fixe Leistungsfinanzierung praktiziert wird, werden unseres Erachtens Betriebsvergleiche überflüssig. Einzig Preisvergleiche für vergleichbare resp. identische Spitalleistungen sind dann noch nötig. Die dual-fixe Leistungsfinanzierung bringt eine wesentliche und nachhaltige Verbesserung der Preis-Leistungstransparenz. Das Kostenmanagement wird bei der dual-fixen Leistungsfinanzierung richtigerweise den Spitälern überlassen. Entweder schaffen diese es, ihre Leistungen zu wettbewerbsfähigen Preisen (d.h. auch zu wettbewerbsfähigen Kosten) zu erbringen und an die Patientinnen und Patienten „zu bringen“, oder sie werden Defizite einfahren. Es ist dann den Kantonen überlassen, ob sie diese Spitäler aus politischen und wirtschaftlichen Gründen zusätzlich zur dual-fixen Leistungsabgeltung mit zusätzlichen Mitteln unterstützen und „Strukturerhalt“ betreiben wollen. Im heutigen Wirtschaftsleben nimmt der informierte Konsument auch keine Betriebsvergleiche vor; er vergleicht lediglich die von ihm für einen allfälligen Kauf in Betracht gezogenen Produkte und Dienstleistungen.

Ebenso erübrigt sich ein Einsichtsrecht der Krankenversicherer und der Vertragsparteien in die Kostenrechnung der Leistungserbringer gemäss Art. 49 Abs. 7. Sogar nach Ansicht des Bundesrates (vgl. Botschaft 2a Spitalfinanzierung S. 20) kann nach dem Übergang zur Leistungsfinanzierung nicht mehr auf die anrechenbaren Kosten Bezug genommen werden. Neu soll einzig die Vergütung, d.h. der Preis der jeweiligen Leistung massgebend sein. Kein Wirtschaftsunternehmen legt seinen Kunden seine Preiskalkulation und Kostenrechnung offen dar.

1.5. Ausschluss jeglicher Kosten der Aus- und Weiterbildung des medizinischen Personals

In Art. 49 Abs. 3 ist die Vorschrift enthalten, dass die dual-fixen Vergütungen keine Kosten für Lehre und Forschung enthalten dürfen. Die Auslegung des Bundesrates dieser Vorschrift, nach welcher die Kosten der Aus- und Weiterbildung des medizinischen Personals als Kosten der Lehre

und Forschung bezeichnet werden, entbehrt jeder betriebs- und volkswirtschaftlichen Grundlage. Würden die öffentlichen Spitäler keine Plätze für die praktische Ausbildung von medizinischem Personal mehr anbieten, dann würden die Spitäler ihre Betriebe über kurz oder lang infolge Personalman- gels schliessen müssen. Jeder Industrie- und Dienstleistungsbetrieb muss heute praktische Ausbildung betreiben, sonst entzieht er sich die Existenzgrundlage. In der freien Wirtschaft werden die Kosten der praktischen Aus- und Weiterbildung sämtlichen Personals als Personalkosten den Betriebskosten zugeordnet. Deshalb sind auch die Kosten für die praktische Aus- und Weiterbildung des gesamten Spitalpersonals über die dual-fixe Finanzierung abzugelten.

2. Vorlage 2B (Managed Care)

Der Regierungsrat ist gegenüber der vorgeschlagenen Regelung zu den Managed Care-Modellen skeptisch. Die Auflagen an die integrierten Versorgungsnetze sind so restriktiv gehalten, dass zu befürchten ist, dass entweder keine solche Netze entstehen oder dass die Versicherten diese Versi- cherungsform nicht wählen. Im Weiteren ist auch die fehlende Verpflichtung der Versicherer, solche Netze anzubieten, ein Hinderungsfaktor für deren Verbreitung. Falls überdies die Aufhebung des Vertragszwangs scheitern sollte, dürften die Bestimmungen ohne Wirkung bleiben. Wir setzen sehr viel Hoffnung in die kosteneindämmenden Effekte von Managed Care-Modellen. In dieser Form ist der Ansatz allerdings im Vorhinein zum Scheitern verurteilt. Daher muss die Vorlage in jener zur Vertragsfreiheit integriert und der Umfang der Finanzierungsverantwortung klar umschrieben werden.

Der Vorschlag des Bundesrates zur Förderung der Substitution teurer durch kostengünstigere Arznei- mittel, namentlich durch Generika, geht ebenfalls in die richtige Richtung. Auch hier stellt sich allerdings die Frage, ob die Bestimmungen für eine kosteneindämmende Wirkung ausreichend sind. Vielmehr besteht die Gefahr, dass aufgrund der interpretationsbedürftigen Formulierung Rechtsstreitig- keiten zwischen den Versicherern und den Patienten entstehen.

Wir versichern Sie, sehr geehrter Herr Bundesrat, sehr geehrte Damen und Herren , unserer vor- züglichen Hochachtung.

IM NAMEN DES REGIERUNGSRATES

sig.
Ruth Gisi
Frau Landammann

sig.
Dr. Konrad Schwaller
Staatsschreiber