

Regierungsratsbeschluss

vom 17. August 2004

Nr. 2004/1702

KR.Nr. A 110/2004 (DDI)

Auftrag Fraktion FdP/JL: Steigerung des Kostendeckungsgrades der öffentlichen Spitäler (23.06.2004) Stellungnahme des Regierungsrates

1. Vorstosstext

Der Regierungsrat wird beauftragt, den Kostendeckungsgrad der öffentlichen Spitäler innert der nächsten 10 Jahre von heute ca. 60% auf mindestens 75% zu erhöhen.

2. Begründung

Die Defizitdeckung der öffentlichen Spitäler ist der grösste Kostentreiber in der Staatsrechnung und hat 2003 mit über 130 Mio. Franken ein Niveau von etwa einem Fünftel der Steuereinnahmen erreicht. Dieser Trend ist zwingend zu brechen. Es kann nicht sein, dass das Gesundheitswesen den anderen Staatsaufgaben die Mittel entzieht.

Der wichtigste Ansatzpunkt, um die Kosten für den Kanton einzudämmen, ist der Kostendeckungsgrad, d.h. die Eigenwirtschaftlichkeit der Spitäler, da die Kantonsbeiträge an sich vom Bundesrecht festgeschrieben sind.

Mit der neu geschaffenen Spital AG wird die Regierung bzw. der Verwaltungsrat der Spital AG über die Führungsinstrumente verfügen, um den Kostendeckungsgrad zu beeinflussen. Die operativen Massnahmen, um dieses Ziel zu erreichen, sind vielfältig: Attraktivitätssteigerung durch Spezialisierung, verbesserte Angebotsplanung, verbessertes Marketing, Koordination und Vermeidung von unnötigen Doppelspurigkeiten unter den kantonalen Spitälern, etc. sind nur einige Stichworte dazu.

Wir gehen davon aus, dass die Führung der Spital AG eine Verbesserung des Kostendeckungsgrades auch von sich aus anstrebt. Mit dem vorliegenden Auftrag sollen diese Bestrebungen unterstützt und ein konkretes strategisches Ziel dazu formuliert werden.

3. Stellungnahme des Regierungsrates

3.1 Ausgangslage

Je nach Leistungsangebot und Zusammensetzung der Patientinnen und Patienten variiert die Höhe des Kostendeckungsgrades im Spitalvergleich auffallend stark. Führt ein Spital einen hohen Anteil an Langzeitpflegebetten, erbringt es sehr viele ambulante Leistungen, behandelt es viele Privatversicherte sowie „Vertragspatientinnen und -patienten“ aus Partnerkantonen und verkauft es viele Dienstleistungen wie Partyservice an Dritte, dann fällt sein Kostendeckungsgrad wegen des hohen Anteils an kostendeckend verrechenbaren Leistungen hoch aus. Behandelt ein Spital hingegen nur Grundversi-

cherte, bietet es vielen Berufsleuten Praktikumsplätze an und erbringt es keine der oben erwähnten kostendeckenden Spitalleistungen, dann fällt sein Kostendeckungsgrad sehr tief aus.

Ohne die Kosten des Gesamtarbeitsvertrages (GAV), der Unterstellung der Assistenzärzteschaft unter das Arbeitsgesetz und die Kosten der 50-Wochenstunden Höchstarbeitszeit für die Ober- und Assistenzärzteschaft betragen die Bruttokosten der Spitäler gemäss Budget 2005 zur Zeit 337 Mio. Franken. Bei budgetierten Erträgen von 202 Mio. Franken ergibt sich ein budgetierter Kostendeckungsgrad von 60%. Allein durch den Einbezug der rund 15 Mio. Franken Kosten für die Einführung, des Arbeitsgesetzes, der 50-Stundenwoche und des GAV verschlechtert sich der Kostendeckungsgrad von 60 auf 57%. Das Spitalamt wird mit einer Neuverhandlung der Tarife im Zusatzversicherungsbereich der Reduktion des Kostendeckungsgrades soweit als möglich entgegenwirken. Um für das Budget 2005 einen wie vom FdP/JL-Auftrag verlangten Kostendeckungsgrad von 75% zu erreichen, wären -bei gleichbleibenden Kosten- Mehrerträge von 60 Mio. Franken jährlich wiederkehrend zu realisieren.

Gemäss Art. 49 KVG Abs. 1 decken die von den Krankenversicherern den öffentlichen Spitälern für stationäre Behandlungen zu bezahlenden Tarife höchstens 50% der anrechenbaren Kosten. Betriebskostenanteile aus Überkapazität, Investitionskosten sowie Kosten für Lehre und Forschung (Aus- und Weiterbildung der Ärzteschaft, des Pflege- und des medizintechnischen Fachpersonals) gelten nicht als anrechenbare Kosten. Ein Spital, das nur Allgemeinpatienten behandelt, wird (gemäss Taxmodell santésuisse) deshalb trotz höchster Effizienz keinen höheren Kostendeckungsgrad als 35 - 45% erreichen.

Die solothurnischen Spitäler verzeichnen zur Zeit einen Anteil von 24% an zusatzversicherten Patientinnen und Patienten. Grundsätzlich bestehen keine gesetzlichen Vorgaben für die Tarifgestaltung im Zusatzversicherungsbereich. Folglich haben Zusatzversicherte die vollen von Ihnen verursachten Kosten, inkl. der anteiligen Investitionskosten über die Tarife abzugelten. Ziel des Spitalamtes war es, im Durchschnitt für Halbprivat- und Privatversicherte 100% der ausgewiesenen Kosten über die Tarife zu finanzieren. Dieses Ziel kann wegen der neuen gesetzlichen und richterlichen Vorgaben (Sockelbeiträge an die stationäre Behandlung innerkantonaler Patientinnen und Patienten) leider nicht mehr erreicht werden. Jedem stationären Zusatzversicherten muss der Kanton auf der Rechnung einen Betrag in der Höhe des geltenden Tarifs für die Behandlung auf der Allgemeinabteilung gutschreiben (=50% der anrechenbaren Kosten!).

3.2 Möglichkeiten zur Steigerung des Kostendeckungsgrades

3.2.1 Steigerung des Anteiles der stationären Zusatzversicherten

Theoretisch besteht die Möglichkeit, den Anteil der stationären Zusatzversicherten von zur Zeit 24% zu steigern (mehr Werbung, bessere Betreuung, besserer Komfort usw.). Aufgrund der rechtlichen Ausgangslage (umfassender KVG-Leistungskatalog, Tarifschutz) sowie den ständig steigenden Krankenversicherungsprämien und der noch viel teureren Privatversicherungsprämien, finden sich immer weniger Versicherte, die sich neben der Grundversicherung neu auch noch die Zusatzversicherung leisten können bzw. wollen.

3.2.2 Verzicht auf die Aus-, Fort- und Weiterbildung des Pflegepersonals, des medizintechnischen Fachpersonals und der Ärzteschaft

Theoretisch könnten die Spitäler vollständig auf die Aus-, Fort- und Weiterbildung des Personals verzichten. Gemäss den vom Preisüberwacher bei der Beurteilung von Tarifierhöhungen angewendeten Ansätzen sollten die solothurnischen Spitäler damit rund 9.5 Mio. Franken jährlich einsparen können. Weil die Kosten für die Aus-, Fort- und Weiterbildung vom Gesetzgeber für die Tarifberechnung als nicht anrechenbar eingestuft werden, würde sich der Verzicht in einer direkten Steigerung des Kostendeckungsgrades auswirken. Mittelfristig bis langfristig wäre jedoch der Weiterbestand der Spitäler ohne klinischen Unterricht und ohne die praktische Berufsausbildung im Bereiche der Pflege und der anderen medizinischen Fachbereiche (OP, Radiologie, Laboratorien, Physiotherapie usw.) gefährdet.

3.2.3 Steigerung des Kostendeckungsgrades durch Einsparung von anrechenbaren Kosten

Durch die Reduktion von anrechenbaren Kosten bei unveränderter Leistung kann der Kostendeckungsgrad zwar leicht verbessert werden. Die Verbesserung fällt wegen der KVG-Bestimmung, dass die Krankenversicherer maximal nur die Hälfte der anrechenbaren Kosten über die Tarife den Spitälern bezahlen müssen, jedoch äusserst gering aus. Würden beispielsweise die solothurnischen Spitäler über einen Leistungsabbau im Jahr 2005 35 Mio. Franken an den anrechenbaren Kosten einsparen, würden von dieser Einsparung, rund 18 Mio. Franken an die Krankenversicherer über die Taxen weitergegeben. Die Gesamtkosten würden anstelle von insgesamt 352 Mio. Franken neu nur noch 317 Mio. Franken betragen, die Erträge würden von 202 Mio. auf neu 184 Mio. Franken und das Defizit von 150 auf neu 133 Mio. Franken gesenkt. Dabei würde der Kostendeckungsgrad jedoch nur um 0.6 %, nämlich von 57.4 auf neu 58.0% verbessert. Hinzu kommt, dass wesentliche Einsparungen heute nur über einen Leistungsabbau mit entsprechenden Ertragseinbussen möglich sind. Die abgebauten Leistungen müssten dann allerdings teuer (mindestens 35 Mio. Franken) ausserkantonale eingekauft werden.

3.2.4 Steigerung des Kostendeckungsgrades durch eine Steigerung der ambulanten Leistungen

Für die ambulant erbrachten Leistungen gelten kostendeckende Tarife. Nach Ablauf der mit der Einführung des Tarmed vorgegebenen „Kostenneutralität“ wäre über einen Ausbau des ambulanten Leistungsvolumens eine Steigerung des Kostendeckungsgrades theoretisch möglich. Diese Möglichkeit wird jedoch beschränkt durch den sinnvollen Grundsatz, wonach das, was in der freien Arztpraxis gemacht werden kann, nicht im Spital gemacht werden soll. Eine Konkurrenzierung der Zuweiser durch die Spitäler hat sich bisher auf den Kostendeckungsgrad nachteilig ausgewirkt.

3.3 Zusammenfassung

Mit den konkreten Vorschriften zur Tarifbestimmung des KVG ist im Grundversicherungsbereich zur Zeit ein höherer Kostendeckungsgrad als 35 - 45 % (je nach Höhe der Aus-, Fort- und Weiterbildung, je nach Höhe der Investitionen) ausgeschlossen. Im heutigen Gesundheitsmarkt ist eine Steigerung des Anteils der Zusatzversicherten nicht realistisch. Der Verzicht auf die Aus-, Fort- und Weiterbildung bei den Hauptkategorien des Spitalpersonals (Ärzteschaft, Pflegepersonal, Personal anderer medizinischer Fachbereiche) würde die Existenz der Spitäler gefährden. Gemäss Art. 101 der Verfassung ist die Spitalversorgung Aufgabe des Kantons. Durch eine massive Einsparung anrechenbarer Kosten kann (wenn überhaupt) der Kostendeckungsgrad nur minim verbessert werden. Auch ein Ausbau der ambulanten Leistungen zu Lasten der freien Arztpraxen ist nicht angezeigt. Der von der FdP/JL angestrebte Kostendeckungsgrad von 75% ist für öffentliche Spitäler mit einem Anteil von unter 30% an Zusatzversicherten unter den heutigen gesetzlichen Rahmenbedingungen (KVG max. 50% Deckung der anrechenbaren Kosten für Grundversicherte, Subventionierung innerkantonal Zusatzversicherter im Ausmass der KVG-Tarife) nicht realisierbar.

4. Antrag des Regierungsrates

Nichterheblicherklärung.



Dr. Konrad Schwaller

Staatschreiber

Vorberatende Kommission

Sozial- und Gesundheitskommission

Verteiler

Departement des Innern, Spitalamt (3); FM, MW, BS

Finanzdepartement

Finanzkontrolle

Aktuarin SOGEKO

Parlamentsdienste

Traktandenliste Kantonsrat

Direktionen der solothurnischen Spitäler (6); Versand durch das Spitalamt