



**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

Entwurf z.H. der kantonalen  
Gesundheitsdepartemente  
Bitte um Stellungnahme bis  
**1. März 2005 eintreffend**

An die Mitglieder des Ständerates

UZ: 43.225\Spi~ / AY

Luzern/Bern, 3. März 2006

### **KVG-Teilrevision Spitalfinanzierung (04.061): Stellungnahme zu Variante *bis* der SGK-S**

Sehr geehrte Frau Ständerätin  
Sehr geehrter Herr Ständerat

Ihre Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit (SGK-S) hat im Zusammenhang mit der KVG-Teilrevision Spitalfinanzierung am 24.1.2006 eine neue Variante *bis* verabschiedet und wird diese dem Plenum an dessen Frühjahrssession 2006 unterbreiten.

Es ist uns ein Anliegen, Ihnen in Absprache mit Ihrer Kommissionspräsidentin und dem Vize-Präsidenten der SGK-S die Haltung der Kantone gegenüber der Variante *bis* mitzuteilen. Es handelt sich dabei um die von XX kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren mitgetragene Stellungnahme, wobei diese in der kurzen Frist in XX Fällen auch noch explizit durch die Kantonsregierungen abgestützt wurde. In Anhang 3 finden Sie überdies die weiteren Kommentare der Kantone aufgeführt.

Ihre Kommission ist auf die gemeinsame Stellungnahme der Kantone vom 17.11.2005 eingetreten und hat das damals zur Debatte stehende Modell nicht mehr weiterverfolgt. Für Ihr Verständnis und Ihr Einlenken danken wir Ihnen an dieser Stelle bestens.

In Bezug auf Variante *bis* stellen wir fest, dass die Vorlage einige konzeptionelle Schwächen und juristische Unwägbarkeiten aufweist sowie schwerwiegende finanzielle Implikationen haben kann. Variante *bis* trägt die typischen Züge eines Kompromisses, der aus konzeptioneller Sicht nicht zu überzeugen mag und doch geeignet sein kann, in pragmatischer Weise zumindest einige Lösungen herbeizuführen. Dabei sind aber der Nutzen der Vorlage und deren Ziele Auge zu behalten, nämlich:

- Die Kostenentwicklung der dem KVG unterstellten Leistungen ist zu dämpfen.
- Die mit dem EVG-Urteil vom 30.11.2001 entstandene Ungleichbehandlung von nur Grundversicherten und Zusatzversicherten je nach Behandlungsort ist aufzuheben.

Soll Variante *bis* für die Kantone tragbar und der Gesamtnutzen der Vorlage gegeben sein, müssen die vorliegenden Fehler und Schwächen unbedingt ausgeräumt bzw. minimiert werden. Dazu müssen **mindestens folgende Bedingungen** erfüllt sein:



1. **Ausgestaltung der Spitalliste:** Die Regelung zur Spitalliste gemäss Art. 39a KVG<sup>1</sup> muss auch im Beschwerdefall gewährleisten, dass die Kantone nicht sämtliche bisher nicht subventionierte Spitäler auf die Spitalliste aufnehmen und deren Leistungen mitfinanzieren müssen. Aus der Formulierung der "bedarfsberechtigten Versorgung" (Abs. 1 und Art. 39 Abs 1 Bst. d) darf kein Rechtsanspruch auf Kantonsbeiträge, weder für die Institutionen als Ganzes, noch für einen Teil deren Leistungsbereichs abgeleitet werden können. Die in Art. 53 vorgeschlagenen Einschränkungen der Beschwerderechte gemäss VwVG vermögen dieser Anforderung noch nicht gerecht zu werden. Da die Kantone mit dem Festlegen der Spitalliste gemäss KVG Bundesrecht vollziehen, können mit vorliegender Bestimmung die Beschwerdemöglichkeiten nicht hinreichend eingeschränkt werden. Um eine kantonale Planung durchsetzen zu können, ist festzulegen, dass die Kantone befugt sind, letztinstanzlich über die Spitalplanung zu verfügen.

Ohne massgebliche Einschränkung der Beschwerdemöglichkeit gegen die kantonale Spitalplanung besteht die Gefahr, dass eine Ausdehnung des Leistungsangebot zulasten der Kantone und der Versicherer erstritten wird. Dies hätte grössere Kapazitäten als notwendig mit entsprechenden Kosten zulasten des KVG zu Folge. Ohne die hier geforderte Korrektur birgt die Vorlage somit die grosse Gefahr einer Kostensteigerung (vgl. Kostenschätzung in Anhang 2).

In jedem Fall ist es mit Blick auf die Finanzierungsplanung der Kantone und der Versicherer, auf die Rechtssicherheit für die Spitäler und auf die Versorgungsperspektiven der Bevölkerung zwingend notwendig zu präzisieren, nach welchen Kriterien und unter welchen Bedingungen bisher nicht subventionierte Spitäler mit Leistungsaufträgen bedacht und damit auf der Spitalliste aufgenommen werden sollen.

2. **Höhe der Kantonsbeiträge:** Art. 49a Abs. 2 KVG legt den Anteil der Kantone auf mindestens 60% der massgebenden Kosten fest. Kantone mit unterdurchschnittlichen OKP-Prämien können allerdings einen tieferen Beitragssatz von mindestens 45% festlegen (Bandbreitenmodell). Der Möglichkeit für die Kantone, ihren Beitragssatz festzulegen, stimmen wir explizit zu; ohne diese Bandbreite käme es in den einzelnen Kantonen zu grossen und nicht rechtfertigbaren finanziellen Verschiebungen. Um den interkantonalen Leistungseinkauf nicht zu behindern, wäre es sogar sachlich richtig, mittel- bis langfristig eine Konvergenz der Kantonsbeiträge ins Auge zu fassen.

Die vorgesehene Kopplung der kantonalen Entscheidungskompetenz an die kantonale Prämie in Relation zum Schweizer Durchschnitt kann hingegen nicht akzeptiert werden. Sie führt *a)* zu unhaltbaren Schwelleneffekten und schafft *b)* unlösbare Probleme im Vollzug.

*Zu a)* Es gibt Kantone, deren Prämien sich um den Schweizer Durchschnitt herum bewegen. Dies kann dazu führen, dass sie im einen Jahr einen Festsetzungsspielraum unterhalb des 60%-Beitrags haben, im nächsten Jahr jedoch 60% der Leistungen übernehmen müssen. Dies führt sowohl bei den Krankenversicherungsprämien als auch in den Kantonsbudgets zu Schwelleneffekten im Sinne von zufallsbedingten Verwerfungen.

*Zu b)* Da die Höhe des Kantonsbeitrags gemäss Art. 49a Abs. 2 KVG budgetrelevant ist, muss er von den Kantonsparlamenten bestätigt werden. Die Budgetberatungen finden jeweils im November statt, zu einem Zeitpunkt, in dem auch die Krankenversicherungsprämien für das Folgejahr vorliegen. Deshalb können die Kantone ihren Beitrag nicht bereits im März festlegen.

Aus diesen Gründen muss der kantonale Spielraum bei der Festsetzung der Kantonsbeiträge unbedingt unabhängig von der kantonalen Prämie in Relation zum schweizerischen Durchschnitt gewährleistet sein.

Der Kantonsbeitrag von mindestens 60% ist in jedem Fall zu hoch bzw. der OKP-Beitrag von höchstens 40% ist zu tief. Seine Anwendung würde zu einer nicht verantwortbaren

---

<sup>1</sup> Die zitierten KVG-Artikel beziehen sich immer den Entwurf gemäss den Vorschlägen der SGK-S vom 24.1.2006.



Mehrbelastung der Kantone führen. Soll für die OKP eine Maximalbelastung definiert werden, dann ist die Bandbreite bei 45-55% (statt bei 40–55%) festzulegen.

3. **Investitionskostenbeiträge:** Der vorgeschlagene Einbezug der Investitionskosten in die Tarife ist sachlich richtig. Die Frage der Investitionen ist mit Blick auf die Kostenentwicklung in den Spitälern zentral. Die Kantone legen Wert darauf, dass ihre Kompetenz, die Entscheidungswege zum Tätigen von Investitionen im Rahmen ihrer Spitalgesetzgebung festlegen zu können, nach wie vor gewährleistet bleibt.

In Bezug auf die *getätigten* Investitionen ist es zwingend notwendig, dass die Bewertungskriterien und Abschreibungssätze auf dem Verordnungsweg festgelegt werden. Hierzu müssen zuerst noch die notwendigen Datengrundlagen erarbeitet werden.

4. **Gemeinwirtschaftliche Leistungen:** Als gemeinwirtschaftliche Leistungen gemäss Art. 49 Abs. 3 sind einzig die Forschung und die universitäre Lehre (Bst. c) in die Regelung aufzunehmen. Dabei ist die universitäre Lehre als solche bis zum Staatsexamen für Ärztinnen und Ärzte zu definieren. Die Mehrkosten der Aufnahmepflicht (Bst. a) und die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen (Bst. b) hingegen sind zu streichen. Sie können nicht beziffert und deshalb auch nicht separat abgegolten werden. Bleiben sie als gemeinwirtschaftliche Leistungen definiert, ist absehbar, dass dies zu Streitigkeiten über die massgebenden Kosten Anlass geben wird. Auch ist nicht einsichtig, weshalb die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) an diesen Kosten nicht partizipieren soll, da sie ja durch das bedarfsrelevante Angebot ausgelöst werden.

Die Bedeutung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen darf vor dem Hintergrund von Betriebsvergleichen und dem dadurch induzierten Wettbewerb nicht unterschätzt werden. Die Definition und Abgrenzung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen, die durch die Kantone direkt zu finanzieren sind, muss daher schon auf Gesetzesstufe in der nötigen Klarheit erfolgen. Diese Klärung ist auch mit Blick auf die Abschätzung der finanziellen Auswirkungen der Vorlage dringend notwendig. Grundsätzlich können aus praktischen Gründen nur jene Leistungen als gemeinwirtschaftliche definiert werden, deren Kosten klar beziffert und ausgeschieden werden können.

Wir ersuchen Sie, die oben genannten hauptsächlichen Schwächen von Variante *bis* im dargelegten Sinne zu korrigieren. Mit dem vorliegenden Modell besteht die Gefahr, dass bis zu 1.1 Mrd. CHF vom Zusatzversicherungs- in den KVG-Bereich zulasten der Grundversicherung und der Kantone überführt werden. Ohne griffige Instrumente, die effektive Mehrbelastung zulasten der OKP und der Kantone zu steuern, ist die Einführung dieses Modells nicht zu verantworten. Viele Bestimmungen sind jedoch noch zu wenig klar oder ihre Umsetzung mit grosser Unsicherheit behaftet, weshalb sich die finanziellen und planerischen Konsequenzen heute nicht in der nötigen Klarheit abschätzen lassen. Vor dem Versuch einer finanzpolitischen Feinsteuerung auf Gesetzesstufe ist deshalb dringend abzusehen, während einige definitorische Abgrenzungen zwingend einer Präzisierung bedürfen.

Im Anhang machen wir Sie auf weitere Punkte aufmerksam und bitten Sie, diese im Rahmen der weiteren Beratungen ebenfalls zu berücksichtigen.



Wir danken Ihnen für die Aufnahme unserer Anliegen und stehen Ihnen für weitere Gespräche gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

SCHWEIZERISCHE KONFERENZ DER KANTONALEN GESUNDHEITSDIREKTORINNEN UND -DIREKTOREN

Der Präsident

Namens des Zentralsekretariats

Dr. Markus Dürr  
Regierungsrat

Michael Jordi  
Leiter Bereich  
Gesundheitsökonomie

**Beilagen:**

- Anhang 1: Weitere Anmerkungen
- Anhang 2: Schätzung der finanziellen Auswirkungen
- Anhang 3: Weitere Kommentare der Kantone

**Kopie an:**

- Kantonale Gesundheitsdepartemente
- Konferenz der Kantonsregierungen (KdK)
- Finanzdirektorenkonferenz (FDK)
- Herrn Prof. Dr. Th. Zeltner, Bundesamt für Gesundheit
- Herrn Jürg Pfammatter, EDI



## Anhang 1

### Weitere Anmerkungen zu Variante *bis* der SGK-S:

- Art. 22a/23 Die Regelung zur Datenübermittlung ist zu begrüßen. Einer Regelung, welche die Datenerhebung von der Zustimmung der Leistungserbringer und Versicherer sowie vom Verwendungszweck abhängig machen würde, könnten wir nicht zustimmen. In Art. 23a Abs. 3 ist jedoch zu präzisieren, dass das BFS die Daten kostenlos zur Verfügung stellt, wie dies heute üblich ist. Überdies sind nicht nur die Leistungserbringer, sondern auch die Versicherer zur Bekanntgabe der notwendigen Angaben zu verpflichten.
- Art. 39 Abs. 4 Es ist explizit zu erwähnen, dass sich die Leistungsaufträge auch auf einen Teil des Leistungsspektrums eines Spitals beschränken können (gemäss Prinzip des Leistungseinkaufs, nicht der Defizitdeckung).
- Art. 39 Abs. 2 Es ist zu präzisieren, dass die Vertragsfreiheit der Versicherer nur für jene Leistungsbereiche gilt, für welche das Spital keinen kantonalen Leistungsauftrag gemäss Art. 39 Abs. 4 erhalten hat. Dabei ist auch eine Abgrenzung in Bezug auf Leistungsaufträge von Nicht-Standortkantonen vorzunehmen. Dies ist deshalb nötig, weil sonst nicht klar ist, wie die Grenze zwischen Institutionen mit oder ohne kantonalen Leistungsauftrag zu ziehen und somit der Bereich mit Vertragsfreiheit abzugrenzen ist.
- Art. 41 Ausserkantonale stationäre Behandlungen: Wir verstehen den Artikel so, dass für Wahl- und medizinisch indizierte ausserkantonale Behandlungen dieselben Bestimmungen gelten sollen wie heute: Der Wohnkanton deckt nur bei medizinisch indizierten ausserkantonalen Behandlungen ergänzend zur OKP die kostendeckenden Tarife. Die OKP zahlt bei ausserkantonalen Wahlbehandlungen nur dann einen Sockelbeitrag, wenn das betreffende Spital einen Vertrag mit dem Versicherer gemäss Art. 39 Abs. 2 abgeschlossen hat (Vertragsspital).
- Art. 49 Abs. 1 Der Einbezug der Investitionskosten in die Tarife ist sachlich richtig. Dieses Prinzip ist jedoch im vorliegenden Gesetzesentwurf nicht explizit festgehalten und bedarf einer Präzisierung in Art. 49 Abs. 1 KVG oder den Materialien.
- Art. 49 Abs. 1 Eine Tariffestsetzung mittels Betriebsvergleichen (Benchmarking) ist grundsätzlich zu begrüßen. In diesem Zusammenhang stellen sich aber noch einige Fragen bezüglich deren Handhabung und Verbindlichkeit für alle Spitäler. So ist festzuhalten, dass der Vergleich nach Spitalkategorien und auf vergleichbaren Grundlagen zu erfolgen hat. Des Weiteren müssen Kostenanteile aus besonderen Lasten, die sich aus den Leistungsaufträgen und Auflagen der Kantone ergeben, jedoch keine gemeinwirtschaftlichen Leistungen darstellen (z.B. nicht universitäre Ausbildung sowie Weiterbildung), in den Betriebsvergleichen separat berücksichtigt werden. Diese Präzisierung ist angesichts der finanziellen Implikationen sowohl für die Kostenträger als auch für die Leistungserbringer bereits auf Gesetzesstufe vorzunehmen.



- Art. 49 Abs. 3 Bei der ausserkantonalen Hospitalisation ist das bisherige, unangefochtene Vergütungsprinzip der Vollkostendeckung durch den Wohnkanton (Übernahme der Differenzkosten nach Art. 41 Abs. 3 KVG in der geltenden Fassung) beizubehalten. Im KVG ist deshalb festzuhalten, dass die Kostenanteile für
  - gemeinwirtschaftliche Leistungen
  - Investitionskosten (soweit diese nicht oder nur teilweise von den Pauschalen gedeckt sind)
  - weitere fallbezogene Kostenelemente, soweit diese nicht durch Pauschalen gedeckt sind.vom Wohnkanton des Patienten zu übernehmen sind.

Ohne Übernahme der Vollkosten durch den Wohnkanton müsste neu der Standortkanton mit seinen Steuern teilweise für die Behandlungskosten von ausserkantonalen PatientInnen aufkommen, was dem bisherigen (Lasten-)Ausgleichsprinzip widersprechen würde.

Explizit zu begrüssen ist, dass nur die "*universitäre*" Lehre und nicht die nichtmedizinische Ausbildung sowie die Weiter- und Fortbildung als gemeinwirtschaftliche Leistung gelten soll.
- Übergangsbestimmungen
  - Abs. 2: Der Absatz ist wie folgt zu präzisieren:

"Der Bundesrat ... beruhen haben. Die gestaffelte Einführung erfolgt nach dem Inkrafttreten dieser Änderung, spätestens aber ...." (Rest unverändert)

Ansonsten ist nicht vollständig klar, dass der späteste Termin vom 1.1.2009 für eine gestaffelte, nicht aber für die vollständige Einführung gilt.

In Bezug auf die Bewertung der getätigten Investitionen ist überdies festzuhalten, dass es derzeit keine einheitliche Anlagerechnung gibt, auf deren Grundlage sich diese Bewertung vornehmen liesse.
  - Abs. 3: Der Einbau des dringlichen Bundesgesetzes (dBG) in Revision ist zu begrüssen. Falls das Gesetz nicht am 1.1.2007 in Kraft treten kann, braucht es eine materielle Verlängerung des dBG.
  - Abs. 4 Abs. 4 ist wie folgt zu formulieren:

"In bisher nicht subventionierten Spitälern beteiligen sich die Versicherer bis zum Vorliegen der nach Art. 39a Abs. 1 abgeschlossenen Leistungsaufträge der Kantone entsprechend der vor der Gesetzesänderung geltenden Finanzierungsregelung an den Kosten der stationären Behandlungen. Die Kantone ... zu übernehmen."

Mit dieser Änderung kann sichergestellt werden, dass eine Co-Finanzierung bisher nicht subventionierter Spitäler durch die Kantone auf Grundlage der erteilten Leistungsaufträge erfolgt. Wird die Finanzierungspflicht an die Spitalliste geknüpft und diese angefochten, müssen die Versicherer und Kantone u.U. bis zum Abschluss des Rekursverfahrens Beiträge leisten.
  - Abs. 5: Der Auftrag an den Bundesrat, innert dreier Jahre eine Vorlage für eine monistische Finanzierung vorzulegen, blendet die soeben festgestellten politischen Verhältnisse aus. In drei Jahren wird die politische Ausgangslage kaum anders als heute sein. Abs. 5 ist im Interesse der Ökonomie der Anstrengungen zu streichen. Allenfalls liesse sich in die Ausführungen eine Formulierung aufnehmen, wonach der Bundesrat prüft, ob er einen Gesetzesentwurf vorlegen will.



## Anhang 2

### Schätzung der finanziellen Auswirkungen

Nachfolgende Kostenschätzung ist insbesondere in Bezug auf die Kosten für gemeinwirtschaftliche Leistungen, für Forschung und universitäre Lehre sowie in Bezug auf die Kosten der potenziellen KVG-Leistungen der bisher nicht subventionierten Spitäler mit grosser Unsicherheit behaftet.

#### Kostenschätzung unter Unsicherheit

Annahme, dass 25% der Leistungen von bisher nicht subventionierte Spitälern in die kantonale Planung aufgenommen werden.

#### Spitalfinanzierung Variante bis

| 2004, Mio. CHF bzw. Prozent | Kantone/<br>Gemeinden | OKP | KVG-Leistungen | VVG |
|-----------------------------|-----------------------|-----|----------------|-----|
|-----------------------------|-----------------------|-----|----------------|-----|

#### 1. Kostenteiler vor Einbezug der bisher nicht subventionierten Spitäler

|   |              |              |        |      |
|---|--------------|--------------|--------|------|
| Spitalkosten stationär                                | 6486         | 4570         | 11 056 | 2294 |
| gemeinwirt. Leistungen (Dummy-Wert) exkl. L&F         | 300          |              | -300   |      |
| Forschung und univ. Lehre                             | 700          |              | -700   |      |
| Heutige KVG-Leistungen (exkl. gemeinwirt. Leistungen) | 5486         | 4570         | 10 056 |      |
| <b>Kostenteiler ohne bisher nicht subv. Spitäler</b>  | <b>54.6%</b> | <b>45.4%</b> |        |      |

#### 2. Kostenverschiebungen vor Neukonzeption der Spitalliste

|   |  |  |               |             |
|---|--|--|---------------|-------------|
| Neue Kosten im KVG-Bereich                          |  |  | 1090          | -1090       |
| Überführung dBG in EVG-Entscheid                    |  |  | 280           | -280        |
| Rest KVG-Leistungen der bisher nicht subv. Spitäler |  |  | 810           | -810        |
| <b>Total KVG- bzw. VVG-Leistungen (neu)</b>         |  |  | <b>11 146</b> | <b>1204</b> |

#### 3. Mögliche Zielwerte für Kostenaufteilung

|  |              |              |        |  |
|--|--------------|--------------|--------|--|
| Kostenaufteilung (kostenneutral für OKP)     | <b>59.0%</b> | <b>41.0%</b> |        |  |
| Kostenteiler                                 | 6576         | 4570         | 11 146 |  |
| Saldo (Mehrkosten)                           | 1090         | 0            |        |  |
| Kostenaufteilung (kostenneutral für Kantone) | <b>49.2%</b> | <b>50.8%</b> |        |  |
| Kostenteiler (exkl. Überführung dBG)         | 5486         | 5660         | 11 146 |  |
| Saldo (Mehrkosten)                           | 0            | 1090         |        |  |
| Hälftige Kostenaufteilung Kantone / OKP      | <b>54.1%</b> | <b>45.9%</b> |        |  |
| Kostenübernahme                              | 6031         | 5115         | 11 146 |  |
| Saldo  | 545          | 545          |        |  |

#### 4. Neukonzeption der Spitalliste durch Kantone

|  |              |              |        |      |
|--|--------------|--------------|--------|------|
| Annahme: Aufnahme von bisher nicht subv. Spitälern gesamtschweizerisch zu 25% auf die Spitallisten |              |              |        |      |
| Kostenverschiebungen (Aufnahme bisher nicht subv. Spitäler)  |              |              | 203    | -203 |
| <b>Hälftige Aufteilung der Mehrkosten</b>  |              |              |        |      |
| Kostenaufteilung   | <b>54.3%</b> | <b>45.7%</b> |        |      |
| Kostenteiler   | 5727         | 4811         | 10 539 |      |
| Saldo (Mehrkosten)   | 241          | 241          |        |      |

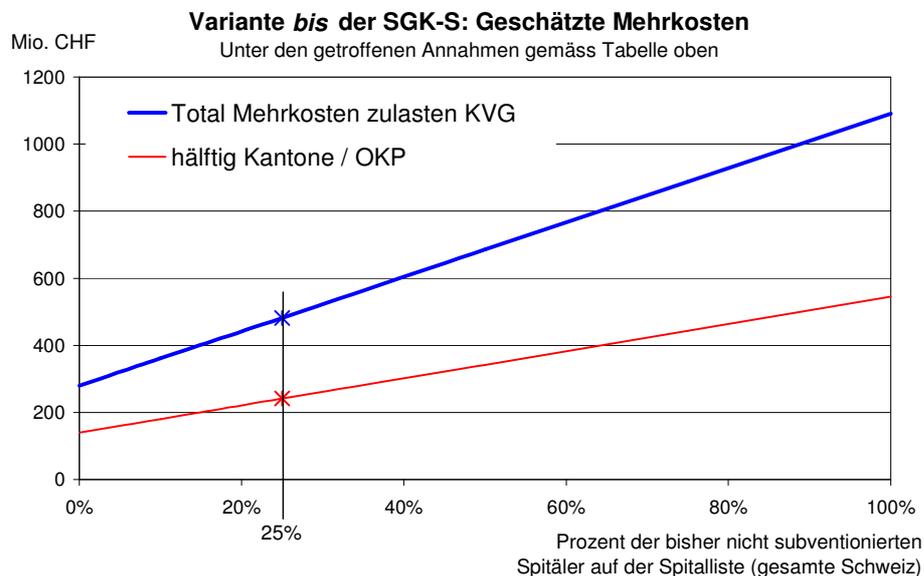
gelb: Werte mit Unsicherheit behaftet.

Quelle: BAG, BFS, ZS-GDK



Zur oben dargestellten Kostenschätzung sind folgende Anmerkungen anzubringen:

- Die finanziellen Auswirkungen sind massgeblich von den getroffenen Annahmen abhängig. Bei den unterstellten Werten für gemeinwirtschaftliche Leistungen, universitäre Lehre und Forschung und für nicht gedeckte OKP-Kosten der bisher nicht subventionierten Spitäler handelt es sich um **Schätzungen**, welche angesichts der unsicheren bzw. nicht vorhandenen Daten um mehrere hundert Mio. CHF variieren können.
- Im heutigen Umfeld (d.h. vor Kostenverschiebungen) liegt die kostenneutrale Finanzierungsaufteilung unter den getroffenen Annahmen bei **55% für die Kantone und 45% für die OKP-Versicherung**.
- Die **potenziell zusätzlich dem KVG unterstellten Kosten** werden mit 280 Mio. CHF für die Überführung des dringlichen Bundesgesetzes in den EVG-Entscheid und mit schätzungsweise 810 Mio. CHF KVG-Leistungen der bisher nicht subventionierten Spitäler veranschlagt.  
Total **1090 Mio. CHF potenziell zusätzlich dem KVG unterstellte Kosten**.
- Die über 280 Mio. CHF hinausgehenden Mehrkosten müssen von den Kantonen über die Spitalliste gesteuert werden können. Je nach Anteil der bisher nicht subventionierten Spitäler auf der Spitalliste bzw. deren subventionierter KVG-Leistungen variieren die Mehrbelastungen für Kantone und OKP. Nachstehende Zusammenstellung erfolgt unter den oben genannten Annahmen bzgl. gemeinwirtschaftlicher Leistungen, universitärer Lehre und Forschung und der heute nicht über die OKP gedeckten KVG-Leistungen der bisher nicht subventionierten Spitäler (vgl. Grafik).
- Zur **Sensitivität** des Systems: Die Variation des Finanzierungsschlüssel um einen Prozentpunkt führt zu Kostenverschiebungen von **110 Mio. CHF**.
- Aufgrund der heute unterschiedlichen Kostendeckungsgrade der Tarife und der unterschiedlichen kantonalen Bedeutung der bisher nicht subventionierten Spitäler werden die **Mehrkosten pro Kanton stark unterschiedlich** ausfallen.
- Noch nicht berücksichtigt ist die zu erwartende **Entlastung der OKP-Versicherer**, die sich daraus ergibt, dass diese gemäss Art. 49a Abs. 4) maximal denselben Kostenanteil an den Kosten der bisher nicht subventionierten Spitäler decken dürfen wie für subventionierte Spitäler. Der diesbezügliche Kostendeckungsgrad liegt heute vermutlich deutlich über 50%.
- Mit den oben genannten Schätzungen und bei Annahme einer Aufnahme von 25% der bisher nicht subventionierten Spitäler resultiert eine **Kostenaufteilung von 54% Kantone zu 46% OKP**. Auch hier bewirkt ein Prozentpunkt mehr oder weniger Kostenverschiebungen von 110 Mio. CHF. Die Annahme des Prozentsatzes von bisher nicht subventionierten Spitälern auf der Spitalliste beeinflusst die resultierende Kostenaufteilung in Prozent kaum, wohl aber die gesamten Mehrkosten.





## Anhang 3

### Weitere von einzelnen oder mehreren Kantonen vorgebrachte Anliegen und Forderungen

|                     |  | ↓<br>nur<br>GDK-<br>intern |
|---------------------|--|----------------------------|
| 49 Abs. 2           | Einige Kanton weisen darauf hin, dass der Versicherer in den Tarifverhandlungen als Minderheits-Finanzierer implizit auch den Kantonsbeitrag mitverhandelt. Diese Konstruktion ist insbesondere mit Blick auf die Tarife der gewinnorientierten Spitäler noch klärungsbedürftig.   | ZH, SH                     |
| 49 / 49a            | Die Vorlage ist auch im Hinblick auf die Konsequenzen zu beurteilen, die sich aus einer geplanten grenzüberschreitenden Marktliberalisierung ergeben könnten, wie sie der Bundesrat derzeit vorbereitet. Dabei ist zu klären, ob die beiden Gesetzesvorlagen kompatibel ausgestaltet werden können. Besondere Beachtung verdient auch die Problematik der kantonalen Planungsautonomie bei den Privatspitalern. Da diese Spitaler ihre Patienten traditionell ohne Berücksichtigung der Kantonszugehörigkeit rekrutieren, würde eine abweichende Positionierung dieser Spitaler in den Planungen des Standortkantons (mit Leistungsauftrag) und der übrigen Kantone (kein Leistungsauftrag) für die Betriebe und ihr Klientel völlig neue Fragen aufwerfen, deren Bedeutung vorgängig in der nötigen Sorgfalt zu klären ist. | ZH, SH                     |
| 49a Abs. 4          | Das Konzept, wonach es neben Listenspitalern auch noch Vertragsspitaler geben soll, welche offensichtlich Leistungen über den Bedarf hinaus anbieten, stösst mit Blick auf die anzustrebende Einschränkung der Kostenentwicklung bei einigen Kantonen auf Unverständnis.   | TI (VD)                    |
| 53 Abs. 2<br>Bst. c | Die zeitliche Straffung der Rekursverfahren wird grundsätzlich nicht in Frage gestellt. Dennoch erachten einige Kantone die nicht verlängerbare Frist von 30 Tagen für die Einreichung einer Vernehmlassung als zu kurz und plädieren für eine Verlängerungsmöglichkeit.   | VS, TI                     |
| 53 Abs. 2<br>Bst. b | Der Verzicht auf den Ausstand der Fristen während den allgemeinen Ferien und Feiertagen gemäss Art. 22a VwVG wird von einem Kanton als unverhältnismässig beurteilt.   | VS                         |



Nur zur Information innerhalb der GDK

Innerhalb der GDK kontrovers diskutierte Punkte (werden dem Ständerat nicht weitergeleitet)

| Art. KVG   | Antrag   | Pro        | Contra |
|------------|--|------------|--------|
| 39a Abs. 4 | <p>Gemäss Entwurf der SGK-S erlässt der Bundesrat einheitliche Grundsätze für die Planung und hört zuvor die Kantone an.</p> <p>Der Vorschlag stösst nicht auf ungeteilte Zustimmung. Einerseits wird die damit erreichbare Rechtssicherheit in der Planung begrüsst, andererseits auf die Gefahr hingewiesen, dass damit den spezifischen regionalen Bedürfnissen zu wenig Rechnung getragen werden könnte.</p> | TI         | VS     |
| 49a Abs. 2 | Die mittel- bis langfristige Konvergenz der Kantonsanteile wird von einigen Kantonen klar abgelehnt, von anderen explizit begrüsst.  | GE, TI, BE | VS, BS |