



Interparlamentarische Konferenz der Nordwestschweiz

Protokoll der IPK-Informationstagung 2012

«Gleich lange Spiesse? – Gesundheitspolitik in der Nordwestschweiz»

| | |
|------------------|---|
| Datum | 26. Oktober 2012 |
| Ort | Rathaus, Bern |
| Anwesend | <p>Kanton Aargau: Beatrice Beck-Matti, Dieter Egli, Sabina Freiermuth, Marie-Louise Nussbaumer, Heinrich Schöni, Martina Sigg</p> <p>Kanton Basel-Landschaft: Rahel Bänziger, Peter Brodbeck, Rosmarie Brunner, Christoph Buser, Jürg Degen, Pia Fankhauser, Martin Geiser, Christine Gorren-gourt, Franz Hartmann, Beatrice Herwig, Franz Meyer, Mirjam Würth, Patrick Schäfli, Agathe Schuler, Kathrin Schweizer, Myrta Stohler, Georges Thüring, Regina Vogt, Stefan Zemp</p> <p>Kanton Basel-Stadt: Martina Bernasconi, Toni Casagrande, Christine Heuss, Martin Lüchinger, Ernst Mutschler, Sabine Suter, Christoph Wydler</p> <p>Kanton Bern: Christian Hadorn (Präsident), Bernhard Antener, Ueli Augstburger, Andreas Blaser, Fränzi Burkhalter, Gerhard Fischer, Samuel Graber, Elisabeth Hufschmid, Fritz Indermühle, Bethli Küng, Werner Moser, Moritz Müller, Hans-Jörg Rhyn, Thomas Rufener, Therese Rufer, Christine Schnegg, Jürg Schürch, Kathrin Wälchli</p> <p>Kanton Jura: Emmanuel Martinoli, Emmanuelle Schaffter, Agnès Veya, Marie-Noëlle Willemin</p> <p>Kanton Solothurn: Hans Abt, Karin Bütler, Hans Büttiker, Daniel Mackuth, Susanne Schaffner, Jean-Pierre Summ</p> <p>Referenten: Andreas Faller (Vizedirektor BAG und Leiter des Direktionsbereichs Kranken- und Unfallversicherung), Regierungsrat Dr. Carlo Conti (Präsident GDK), Manfred Manser (Ehem. CEO Helsana Versicherungen AG)</p> <p>Ferner: Andrea Mäder (Konferenzsekretärin, 2. Landschreiberin Kanton Basel-Landschaft), Céline Baumgartner (Ratssekretariat Kanton Bern)</p> |
| Protokoll | Monika Frey, Landeskanzlei Kanton Basel-Landschaft |

Traktandenliste

1. Grussbotschaft von Therese Rufer-Wüthrich, Präsidentin des Grossen Rates Bern / Begrüssung und Einleitung durch den Konferenzpräsidenten
2. Einführende Kurzreferate
 - 2.1 «Gleich lange Spiesse? – Gesundheitspolitik in der Nordwestschweiz» aus Sicht des Bundes – Referat von Andreas Faller, BAG, Leiter Bereich Kranken- und Unfallversicherung
 - 2.2 «Gleich lange Spiesse? – Gesundheitspolitik in der Nordwestschweiz» aus Sicht der Kantone – Referat von Carlo Conti, Regierungsrat BS/Präsident GDK
 - 2.3 «Gleich lange Spiesse? – Gesundheitspolitik in der Nordwestschweiz» aus Sicht der Krankenversicherer – Referat von Manfred Manser, ehemaliger CEO Helsana
3. Workshops
4. Feedbacks aus den Workshops
5. Schlusswort des Konferenzpräsidenten

1. Grussbotschaft von Therese Rufer-Wüthrich, Präsidentin des Grossen Rates Bern / Begrüssung und Einleitung durch den Konferenzpräsidenten

Präsident **Christian Hadorn** begrüsst die Teilnehmer der IPK herzlich zur heutigen Tagung in Bern. Begrüssung werden alle Parlamentarierinnen und Parlamentarier der Nordwestschweiz, im speziellen die anwesende Grossratspräsidentin Therese Rufer sowie die Referierenden Regierungsrat Dr. Carlo Conti, Andreas Faller und Manfred Manser.

Begrüssung wird im weiteren Agnès Veya mit der Delegation aus dem Kanton Jura, welche zum ersten Mal an der IPK-Tagung teilnimmt sowie ferner Jacob Stickerberger, Berner Troubadour, welcher mit seinen Stücken zur Auflockerung der Tagung beiträgt.

Grossratspräsidentin **Therese Rufer-Wüthrich** begrüsst alle Anwesenden:

«Sehr geehrte Grossratspräsidenten und Grossratspräsidentinnen und sehr geehrte Parlamentarierinnen und Parlamentarier aus den Kantonen Aargau, Basel-Stadt, Baselland, Jura, Solothurn und Bern

Werte Damen und Herren, liebe Gäste

Mesdames les présidentes, Messieurs les présidents, Mesdames les députées et Messieurs les députés des cantons d'Argovie, de Bâle-Ville, de Bâle-Campagne, de Soleure, du Jura et de Berne,

Mesdames, Messieurs,

Je vous souhaite la bienvenue, c'est un plaisir de vous accueillir ici dans la salle du Grand Conseil pour la rencontre de la Conférence interparlementaire du Nord-Ouest de la Suisse.

Es ist mir eine Freude, Sie hier im Grossratssaal des Grossen Rats in Bern zur Tagung der Interparlamentarischen Konferenz der Nordwestschweiz begrüßen zu dürfen. Thema der heutigen Tagung ist die Gesundheitspolitik – ein Politikfeld, das uns in den Kantonsparlamenten und -regierungen fast täglich beschäftigt und für uns als Bürgerinnen und Bürger von zentraler Bedeutung ist.

Die Gesundheitspolitik steht beispielhaft für weitere Politikbereiche, in denen die Kantone traditionell starke Kompetenzen haben, durch nationale Entwicklungen aber zusehends unter Druck geraten. In der Gesundheitspolitik hat sich der Druck von Bundesseite schon aufgrund der einheitlichen Spitalfinanzierung nach dem neuen Krankenversicherungsgesetz und aufgrund von Steuerungsinstrumenten wie dem Patientenklassifikationssystem DRG stark erhöht. Weitere Herausforderungen werden wohl in naher Zukunft mit

der Diskussion um die Einführung einer Einheitskrankenkasse der Grundversicherung sein.

Wenn nun die Bundesebene vermehrt Einfluss auf die Bereiche der bisherigen kantonalen Kompetenzen ausübt, bleibt den Kantonen immer weniger Gestaltungsraum. Der Bund ist dabei zwar durchaus in der Lage, den Rahmen für die Sachpolitik vorzugeben, im Vollzug ist er aber immer auch auf die Mitarbeit der Kantone angewiesen ist. Im schweizerischen System des Vollzugsföderalismus spielen die Kantone bei der Umsetzung der Bundesgesetzgebung eine zentrale Rolle.

Vor diesem Hintergrund ist es umso wichtiger, dass die Kantone sich untereinander absprechen, gemeinsame Lösungsansätze suchen und mit neuen Ideen und Vorschlägen der Entwicklung zuvorkommen, dass die Kantone ihre Gestaltungsfreiheiten verlieren. Bleibt die Koordination unter den Kantonen aus, besteht die Gefahr, dass Bereiche von grosser finanzieller und sachlicher Bedeutung vollständig auf Bundesebene geregelt werden. Und genau aus diesem Grund sind Veranstaltungen wie die heutige Tagung sehr zu begrüßen.

Auch in einer weiteren Hinsicht freue ich mich über die Initiative der Interparlamentarischen Konferenz der Nordwestschweiz. Dank ihr wird es möglich, dass sich nicht nur die Kantonsregierungen, sondern auch die Mitglieder der Kantonsparlamente untereinander austauschen können. Denn die Verantwortung für eine Koordination und Absprache zwischen den Kantonen liegt nicht alleine bei den Regierungen. Vielmehr müssen die Kantonsparlamente und die Kantonsregierungen am gleichen Strick ziehen und gemeinsam zur Erarbeitung von tragfähigen Lösungen beitragen.

Bisher stehen den Kantonsparlamenten für den interkantonalen Austausch leider nur wenige Möglichkeiten und kaum Gremien zur Verfügung. Die Interparlamentarische Konferenz der Nordwestschweiz leistet einen wichtigen Beitrag, dass sich die Parlamentarierinnen und Parlamentarier über die Kantonsgrenzen hinweg kennenlernen und miteinander über Sachthemen diskutieren können.

Ich bedanke mich also herzlich für die Vorarbeiten der Interparlamentarischen Konferenz, danke allen Anwesenden für ihr Interesse am interparlamentarischen Austausch und den Referenten für ihre wertvollen Inputs. Ein Dank gebührt auch den Organisatoren der Tagung, namentlich der Landeskantlei des Kantons Baselland und dem Ratssekretariat des Grossen Rats des Kantons Bern.

Letztes Jahr haben sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Tagung mit der Verkehrserschlies-

sung beschäftigt, ein Thema, das auch heute grosse Aktualität aufweist. Für die interkantonale Zusammenarbeit ebenso wichtig sind Fragen der Bildung und Erziehung oder in Zusammenhang mit der Raumplanung und den Metropolitan- bzw. der Hauptstadtregion. Ich bin deshalb überzeugt, dass sich für die Interparlamentarische Konferenz der Nordwestschweiz noch genügend Diskussionsstoff bietet, um auch in den kommenden Jahren eine spannende Tagung organisieren zu können.

Nous espérons que vous pourrez avoir de fructueuses discussions et, tout aussi important, nouer et entretenir les relations qui unissent les collègues que vous êtes.

In diesem Sinne wünsche ich Ihnen fruchtbare Diskussionen, und, was mir ebenso wichtig erscheint, dass Sie bestehende Beziehungen zu Ihren Kolleginnen und Kollegen pflegen und neue bilden können.

Vielen Dank!»

Christian Hadorn verweist zum Thema «Gleich lange Spiesse? – Gesundheitspolitik in der Nordwestschweiz» auf die Einladung, worin stand:

«Seit dem 1. Januar 2012 gilt gestützt auf das Krankenversicherungsgesetz (KVG) eine in der ganzen Schweiz einheitlich geregelte Spitalfinanzierung. Mit dem neuen System werden nicht mehr die Spitäler als Institution finanziert, sondern deren effektive Leistungen am einzelnen Patienten abgegolten. Damit sollen Leistungen und Preise von Spitalbehandlungen transparent und vergleichbar sein. Öffentliche und private Spitäler sollen gleich lange Spiesse erhalten und der Wettbewerb zwischen den Spitälern soll gefördert werden.

Obwohl Kantone und Krankenversicherer hinter der neuen Spitalfinanzierung stehen, können gewisse Umsetzungsschwierigkeiten nicht geleugnet werden.

Es stellen sich in diesem Zusammenhang u.a. folgende Fragen:

- *Wie beurteilen Bund, Kantone und Krankenversicherer die heutige Situation in der Gesundheitspolitik? Setzen die Kantone die ursprünglichen Vorgaben nach dem Willen des Bundesgesetzgebers um?*
- *Stösst das System mit 26 kantonalen Regulatoren nicht an seine Grenzen und wären nicht grössere, Kantonsgrenzen übersteigende Gesundheitsregionen (bspw. Gesundheitsraum NWCH) nötig? Steht der Positionierungswettbewerb der Spitäler nicht im Widerspruch zur interkantonalen Zusammenarbeit?*

- *In welchen Bereichen der Gesundheitspolitik kann die Nordwestschweiz konkret enger zusammenarbeiten, um gleich lange Spiesse zu erwirken?*

Die drei Akteure Bund, Kantone und Krankenversicherer werden zu Wort kommen und ihre Sicht der Dinge darlegen.»

Auf die gestellten Fragen wird in den folgenden drei Kurzreferaten näher eingegangen.

2. Einführende Kurzreferate

2.1 «Gleich lange Spiesse? – Gesundheitspolitik in der Nordwestschweiz» aus Sicht des Bundes

Andreas Faller dankt für die Gelegenheit, zu den Themen aus dem Resolutionsentwurf einen Input aus Sicht der Bundesebene, des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), geben zu können und merkt an, dass der Fokus auf der am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Gesetzesvorlage zur Spitalfinanzierung liege. Er möchte ferner in seinem Referat auf einen speziellen Punkt hinweisen – die Pflegefinanzierung –, bezüglich dessen er den Teilnehmern beliebt machen möchte, diesen ebenfalls in die Resolution aufzunehmen. Schliesslich wird der Referent auf das Thema Transparenz bei der Ermittlung der Krankenkassenprämien eingehen.

Die Ausführungen sind nicht spezifisch auf die Nordwestschweiz gemünzt, sondern es sind grundsätzliche Bemerkungen zur Rolle der Kantone im Rahmen der Punkte, welche sie behandeln möchten. Auch wenn kritische Worte gesprochen werden, gehen diese nicht an die Adresse der Nordwestschweizer Kantone, sondern an das gesamte System und an alle Kantone.

Andreas Faller präsentiert seine Ausführungen anhand eines Foliensets, welches sich in Anhang 1 befindet. Es wird ergänzend protokolliert.

Folie 2 gibt einen Überblick über die Veränderungen im Gesundheitswesen sowie über die 12 Themen, welche den grössten Einfluss auf die Spitallandschaft haben und sich im Umbruch befinden.

Das Thema *Hochspezialisierte Medizin* beschäftigt auf Bundesebene dahingehend, dass, wenn die Kantone nicht innerhalb der vorgegebenen Frist eine abschliessende Planung in diesem Bereich durchführen, diese Kompetenz an den Bund zurückfällt. Im Moment wird die Situation von Seiten des Bundes so wahrgenommen, dass die Planung von den Kantonen vollzogen wird, diese jedoch nach wie vor den lokalen Überlegungen Rechnung tragen müssen.

Beispiel: Es herrscht ein Streit darüber, ob die rund 40 Herztransplantationen im Inland an zwei oder sogar drei Spitalzentren durchgeführt werden sollen. Mit Blick aufs Ausland, wo für 40 Herztransplantationen wegen zu geringer Fallzahlen nicht mal ein einziges Zentrum aufgemacht wird, ist es fraglich, ob es in diesem Planungsprozess nicht noch einen Effort braucht, um darüber zu entscheiden, die Eingriffe nur noch an einem Ort durchzuführen. Das bedeutete einen Verzicht auf die nachvollziehbaren Partikularinteressen. Dies jedoch zugunsten von tragfähigen Lösungen, anhand derer mit den entsprechenden Fallzahlen für Eingriffe die Patientensicherheit und Qualität entsprechend erhöht und ein kostendämpfender Synergieeffekt erzielt wird. Die hochspezialisierte Medizin ist ein Thema, welches sicher weiterhin Anlass zu Diskussionen geben wird. Diese Diskussion betrifft weniger die Nordwestschweiz, sondern die welsche Schweiz, Zürich und auch noch Bern.

Ein wichtiges Thema ist die elektronische Erfassung von Patientendaten. Dort liegt ein grosses Effizienzsteigerungspotenzial, welches es auszuschöpfen gilt, v.a. auch unter der neuen Spitalfinanzierung.

Folie 4: Bei der Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung zeigt sich eine Zersplitterung der Verbände der Tarifpartner auf Seiten Krankenkasse, Spital, Ärzte. Diese Entwicklung bereitet dem BAG Sorgen, da starke Akteure gebraucht werden, um tragfähige Lösungen zu erarbeiten. In der Spitallandschaft spürt man den Druck zwischen privaten und staatlichen Spitälern, welche zwar in einem gemeinsamen Verband organisiert sind, aber im Moment doch entgegenlaufende Interessen vertreten.

Positiv zu bewerten ist immerhin der Umstand, dass sich die Befürchtungen bei der Einführung der Fallkostenpauschale bis jetzt nicht bestätigt haben (Thema Qualitätsabbau, "blutige Entlassungen").

Ein grosses Spannungsfeld existiert bei den Tarifverhandlungen, den sogenannten Baserates, welche für das laufende Jahr noch nicht alle rechtsgültig festgelegt sind.

Die Spitälern monieren zu tiefe Baserates. Es stellt sich hier die Frage, ob die Spitälern in der Schweiz schon so effizient sind, um noch höhere Tarife fordern und kostendeckend arbeiten zu können. Oder muss man die Effizienz der Spitälern in Frage stellen und hier einen weiteren Effort zur Senkung der Kosten erbringen?

Nach wie vor besteht kein Konsens zu Anlagenutzungskosten / Investitionskosten. Der Bund wird hier subsidiär eine Regelung mit einem fixierenden Prozentsatz festlegen.

Privatspitälern monieren Ungleichbehandlungen, obwohl der Gesetzgeber eine absolute Gleichbehandlung von öffentlichen und privaten Spitälern fordert. Es wurde jedoch festgestellt, dass gerade im Bereich der hochspezialisierten Medizin noch kaum Leistungsaufträge an Privatspitälern erteilt worden sind.

Problematik der Tarife für ausserkantonale Behandlungen: Die neue Spitalfinanzierung verlangt klar die volle Freizügigkeit bei der Spitalwahl. Der Wohnsitzkanton muss die vollen Kosten übernehmen. Die Obergrenze bildet der Betrag, den man innerkantonale für die gleiche Behandlung zahlen müsste. Die Realität zeigt aber, dass es Kantone gibt, die Tarife für ausserkantonale Behandlungen festsetzen, welche unter den eigenen Tarifen liegen. Dies ist ganz klar ein gesetzeswidriges Vorgehen. Das BAG fragt sich, ob es zulässig ist, nur den niedrigsten Tarif aus dem Wohnsitzkanton zu zahlen; und es kann kaum KVG-konform sein, da der Patient innerhalb seines Wohnsitzkantons auch die volle Wahlfreiheit hat. Deshalb ist das BAG der Ansicht, dass bei einer ausserkantonalen Behandlung sogar der höchste innerkantonale Tarif zu zahlen sei. Dies ist ein Beschluss des Bundesgesetzgebers.

Folien 6+7: Die Rolle der Kantone nach Einführung der neuen Spitalfinanzierung sieht nicht viel anders aus als vorher. Dies ist die Konsequenz des gesetzgeberischen Willens. Die Kantone führen immer noch die Spitalplanung durch, sind an der Spitalfinanzierung beteiligt und setzen die Tarife fest.

Der einzige Punkt, wo nicht alle Kantone der neuen Spitalfinanzierung mit Nachdruck Rechnung getragen haben, ist im Zusammenhang mit ihrer Rolle in Bezug auf die staatlichen Spitälern. Einige Kantone haben die staatlichen Spitälern zwar per Definition verselbständigt, diese stehen aber immer noch unter der schützenden öffentlichen Hand. In einigen Kantonen finden in staatlichen Spitälern unter dem Titel der sogenannten gemeinwirtschaftlichen Leistungen immer noch Quersubventionierungen aus öffentlichen Steuermitteln statt.

Andere Kantone wiederum haben ihre Spitälern vorbildlich verselbständigt. Dort haben auch die entsprechenden politischen Repräsentanten keinen Einsitz mehr in den Steuerungsgremien, sondern wurden komplett in die Hände der Fachkräfte übergeben. Bei gewissen Kantonen hat diese Entflechtung noch nicht stattgefunden. Dies wird – nicht zu Unrecht – von den Privatspitalbetreibern und den entsprechenden Verbänden moniert. Es ist eine Verhinderung in Bezug auf die absolute Gleichstellung aller Leistungserbringer.

Folie 8: Bezüglich Tariffestsetzungsverfahren der Kantone ist es fraglich, ob die Tarife jetzt zu tief sind oder ob man in den Spitälern deutlich effizienter arbeiten könnte. Das BAG ist der Auffassung, dass Letzteres der Fall ist. Gewisse Spitäler sind zwar schon sehr effizient, bei anderen gibt es jedoch einen grossen Verbesserungsbedarf. Dort werden überflüssige Behandlungen, Mehrfachbehandlungen oder Mehrfachdiagnosen festgestellt. Beispiel: Ein Patient wird mit Röntgenbildern und Laborbefund vom Hausarzt ins Spital überwiesen. Jedes Spital erhebt die Befunde nochmals neu und erstellt neue Röntgenbilder mit der Begründung, die Qualität sei nicht ausreichend. Tatsache ist, dass die Röntgenbilder oft vom selben Röntgeninstitut stammen.

Es sollte im Interesse des Spitals liegen, das Effizienzsteigerungspotenzial auszuschöpfen. Erst wenn dieses ausgeschöpft ist, können auch entsprechend höhere Tarife verlangt werden.

Folie 9: Art. 39 Abs. 2 KVG (seit 1. Januar 2009):

Die Spitalplanung ist unter den Kantonen zu koordinieren, d.h. sie muss regional gemacht, bzw. es muss in Versorgungsregionen gedacht werden.

Problematik der Tarife für ausserkantonale Behandlungen: Existierten echte Versorgungsregionen – wie vom Gesetzgeber gewünscht –, welche der siedlungs-technischen Realität folgten, dann gäbe es praktische keine ausserkantonalen Behandlungen mehr (vgl. Problematik bei Folie 4), sondern nur Behandlungen innerhalb einer Versorgungsregion. In diesen Versorgungsregionen ist durch die gegenseitige Berücksichtigung auf der Spitalliste sichergestellt, dass die volle Freizügigkeit schon dort spielt.

Die Nordwestschweiz ist eine der Regionen, wo schon lange eine gemeinsame Versorgungsplanung mit einer gemeinsamen Spitalliste gemacht wird. Aber auch hier wäre es wünschenswert zu überlegen, was alles zur Versorgungsregion gehört. Dorneck, Thierstein und Fricktal gehören sicherlich dazu, es ist eine gewachsene Siedlungsregion. Sie müsste vollständig in der Spitalliste abgebildet werden. Dies würde die Diskussionen um die Tarife bei ausserkantonalen Behandlungen deutlich minimieren.

Folie 10: Das BAG stellt zum Thema Pflegefinanzierung fest, dass in den Kantonen offenbar bereits die Meinung gebildet wurde, dass diese adäquat umgesetzt werde und unproblematisch sei. Leider ist dem nicht so. Das BAG hat durch Umfragen in allen 26 Kantonen drei Berichte zuhanden der parlamentarischen Kommissionen erstellt. Diese kommen zum Schluss, dass die Pflegefinanzierung zwar mehrheitlich gesetzeskonform, aber zu einem grossen Teil uneinheitlich umgesetzt werde.

Der Referent bittet die Teilnehmerinnen und Teilnehmer, das Thema Pflegefinanzierung und interkantonale Vereinheitlichung aufzunehmen, da in diesem Bereich von den föderalistischen Mitteln wahrlich nicht zuviel Gebrauch zugunsten des Bürgers gemacht werde.

Aus dem Forderungskatalog geht hervor, dass die Parlamentarierinnen und Parlamentarier von Seiten des Bundes mehr Transparenz im Prämienfestsetzungsverfahren wünschten.

Diese Transparenz gegenüber den Kantonen wird jedoch geschaffen. Der Bund informiert alle Kantonsregierungen im Rahmen des Prämienfestsetzungsverfahrens über die Berechnungsgrundlagen, welche zu den entsprechenden Prämien führen. Die Kantone erhalten vom Bund die Möglichkeit, sich zur Prämienfestsetzung im jeweiligen Kanton zu äussern. Erst danach werden die Prämien genehmigt.

Aufgrund der engen zeitlichen Prozesse bei der Genehmigung der rund 250'000 Krankenkassenprämien, die wir in unserem Land haben, wäre es aus zeitlichen Gründen nicht möglich, auch noch die Kantonsparlamente zu informieren.

Das BAG informiert die Kantonsregierungen, erteilt ihnen rechtliches Gehör bei der Prämienfestsetzung im eigenen Kanton und ist zu den Modalitäten in ständigem Austausch. Ein besserer Service ist praktisch nicht möglich, es wäre jedoch sinnvoll, darüber innerkantonal (im Sinne eines Informationsaustausches Regierung – Parlament) zu diskutieren.

Folie 11: Schlussfolgerungen

- Die Rolle der Kantone hat sich unter der neuen Spitalfinanzierung (noch) nicht flächendeckend signifikant verändert. Dies ist nicht primär der Fehler der Kantone. Bei der Vonselbständigung der Spitäler besteht Verbesserungsbedarf, um die gewollte effektive Gleichbehandlung zwischen staatlichen und privaten Spitälern erreichen zu können.
- Im Bereich der Spitalplanung besteht Handlungsbedarf: regionale Planung, Gleichberechtigung der Privatspitäler, Tarif bei ausserkantonalen Behandlungen. Es braucht gesetzeskonforme Regelungen über Tarife bei ausserkantonalen Behandlungen; hier wird in einigen Kantonen klar gesetzeswidrig gehandelt.
- Via Spitalplanung müssen die Kantone auch Vorgaben zur Qualität machen.
- Soweit die Kantone noch Einfluss auf die staatlichen Spitäler haben, muss dort die Effizienz weiter verbessert werden. Erfolgt keine Effizienzsteigerung und wird die Umsetzung des Sparpoten-

zials nicht angestrebt, werden zahlreiche Spitäler Mühe haben, kostendeckend zu arbeiten.

- Im Bereich der Pflegefinanzierung besteht Handlungsbedarf. Diese soll im Interesse der älteren Bevölkerung stärker interkantonal harmonisiert werden. Denn gerade diese Bevölkerungsgruppe wie auch deren Angehörige sollten mit kantonsbedingten Hürden nicht vor noch grössere Probleme gestellt werden. Es ist eine wichtige Pflicht der Politikerinnen und Politiker, hier den Sprung für eine einheitliche Regelung zu schaffen, welche der älteren Bevölkerung zugute kommt.

2.2 «Gleich lange Spiesse? – Gesundheitspolitik in der Nordwestschweiz» aus Sicht der Kantone

Regierungsrat **Carlo Conti** dankt für die Gelegenheit, einige Bemerkungen aus der Optik der Kantone anführen zu können.

Er präsentiert seine Ausführungen anhand eines Foliensets, welches sich in Anhang 2 befindet. Es wird ergänzend protokolliert.

Folie 2: Aktuell existieren 26 kantonale Gesundheitssysteme. Aus dem letzten Bericht der OECD geht deutlich hervor, dass die föderalen Strukturen in der Schweiz entscheidend für die gute Qualität sind. In England warten Patientinnen und Patienten 9 - 10 Monate auf einen einfachen Eingriff. Dort wird staatlich zentralistisch zugeteilt, ob jemand eine Leistung beziehen darf oder nicht. Dies ist sicherlich nicht das, was die Schweizer Bevölkerung möchte, allen berechtigten Kritiken an Ineffizienzen zum Trotz. Ob es sinnvoll ist, dass dies gerade 26 Mal sein müsste und ob das nicht zu kleinräumig ist, oder ob sich nicht die Situation insofern verändert hat, dass man eher von föderalen Gesundheitsversorgungsregionen reden müsste, ist ein anderes Thema.

Die Schweiz ist mit Deutschland zusammen das Land, welches OECD-weit in den letzten 5 Jahren die geringste Kostensteigerung verzeichnet.

Folie 3: Die Herausforderungen der Zukunft bleiben die Finanzierbarkeit des Systems.

Die vom Vorredner erwähnte Pflegefinanzierung als Beispiel, dass etwas völlig unterschiedlich umgesetzt wird – z.B. in Bezug auf den Wohnsitz – hat rein gar nichts mit Gesundheitspolitik zu tun, sondern ist eine rein finanzpolitische Frage, wer was zu zahlen hat. Soll ein Kanton die Restfinanzierung eines Heimaufenthaltes auch dann zahlen, wenn der Kantonseinwohner in einen anderen Kanton zieht? Beispiel Kanton Zürich: Wenn ein älterer guter Steuerzahler den Kanton Zürich verlässt und in den Kanton Thurgau

zieht, warum soll Zürich mit Steuergeldern aus Zürich die Restfinanzierung dieses Heimaufenthaltes bezahlen? Das sollte dann der Kanton Thurgau bezahlen, welcher auch die entsprechenden Erträge aus der Finanzierung einnimmt.

Anders ist es bei den Ergänzungsleistungen: Dort ist es vom Bund vorgeschrieben, dass diesbezüglich der Heimaufenthalt keinen neuen Wohnsitz begründet, d.h. man kann die eigenen Sozialfälle nicht exportieren.

Folie 4: Bei der neuen Spitalfinanzierung wollte das Bundesparlament den Kantonen bewusst Kompetenzen wegnehmen. Die Spitalfinanzierung führt dazu, dass die 55 %-Finanzierung durch die Kantone – finanzrechtlich gesprochen – eine gebundene Ausgabe ist, über die keine separate Entscheidungskompetenz in den kantonalen Parlamenten mehr möglich ist. Diese Einschränkung der Handlungsfreiheit war ein bewusster politischer Akt. Es wurde eine Subjektfinanzierung angestrebt, welche ermöglichen soll, dass Patientinnen und Patienten selber entscheiden können, in welches Spital sie gehen wollen; ob in ein öffentliches oder in ein privates Spital, ob im eigenen Kanton oder ausserhalb ihres Kantons. Es sind wiederum finanzpolitische Gründe, weshalb dieses Konzept nicht ganz aufgeht. Gewisse Kantone haben Hürden aufgebaut und z.B. die Referenztarife für ausserkantonale Hospitalisationen so tief angesetzt, dass sie nur mit einer Zusatzfinanzierung möglich sind. Die Meinung aber war, dass auch die grundversicherte Patientin und der grundversicherte Patient die freie Spitalwahl effektiv in Anspruch nehmen kann und dadurch mittels Qualitätswettbewerb ein gewisser Marktanreiz hergestellt werden kann.

Folie 6: Die offenen, zur Diskussion stehenden Punkte bei der Umsetzung der Spitalfinanzierung sind u.a. die *Abgeltung der Investitionskosten*.

Der Bundesgesetzgeber wollte die Leistungsfinanzierung, Subjektfinanzierung: Die Patientin oder der Patient geht ins Spital und erhält eine Rechnung. Diese beinhaltet die Vollkosten. Der Einschluss der Investitionskosten hat jedoch seinen Preis. 45 % davon sollen durch die Krankenkassen bezahlt werden, 55 % durch die Kantone. Für die Kantone hat dies zur Folge, dass – bei korrekter Umsetzung – die Investitionsrechnungen der Kantone entlastet werden, d.h. der Kanton keine Investitionen für die öffentlichen Spitäler mehr leisten muss, da die Spitäler diese selber refinanzieren. Dafür entsteht eine Zusatzbelastung in den laufenden Kosten der Kantone (der 55 %-Anteil beinhaltet neu auch die Investitionskosten).

Der Streit geht jetzt um die Frage, wie hoch diese sind, wie viel man dafür ausgeben soll, was möglich und was nicht möglich ist. Es ist sicher nicht denkbar,

dass der Kanton seinen eigenen Spitälern das Geld gibt. Korrekt wäre nur, wenn die öffentliche Hand den Spitälern das Geld aus dem Finanzvermögen gegen ordentliche Verzinsung gäbe, andernfalls würde sie ihnen einen Wettbewerbsvorteil verschaffen.

Im Weiteren ist die *Finanzierung der Aus- und Weiterbildung der Ärzte zum Facharzt FMH* nicht geregelt. Dies wurde vom Bundesgesetzgeber offen gelassen, da nicht klar ist, wer das bezahlt. Die Finanzierung der Pflegeausbildung ist jedoch inbegriffen.

Als GDK-Präsident wie auch als Gesundheitsdirektor eines Kantons mit einem Universitätsspital ist es für den Referenten weder einsehbar noch begründbar, warum dies allein vom Steuerzahler aus Kantonen mit einem Universitätsspital bezahlt werden soll. Bei der Ausbildung zum Mediziner zahlt gemäss interkantonalen Vereinbarung schliesslich auch jener Kanton, in dem der neue Medizinstudent zum Zeitpunkt der Matura seinen Wohnsitz innehat. Es gibt keinen Grund, warum die gleiche Regelung nicht auch bis zum Abschluss der Weiterbildung fort gelten soll. Es wird diesbezüglich von der Gesundheitsdirektorenkonferenz ein Konkordat vorbereitet, worüber noch zu reden sein wird.

Auch die Abgeltung der *Kosten von Lehre und Forschung* ist nicht vollständig geregelt. Bisher werden von den Krankenversicherern bei den Tarifverhandlungen von den ausgewiesenen Kosten bei den Universitätsspitalern 25 % für Kosten von universitärer Lehre und Forschung abgezogen. Sie erhalten jedoch im Gegenzug von den Universitäten lediglich etwa 9 – 13 % erstattet, d.h. es gibt hier eine Finanzierungslücke, die auch noch nicht geregelt ist.

Früher waren diese Kosten alle vermischt und wurden nicht sauber aufgeteilt. Mit der heutigen Subjektfinanzierung werden die einzelnen Kostenanteile sichtbar, transparenter, nachvollziehbarer aufgezeigt, womit auch allfällige Fragen erst jetzt ans Licht kommen.

Folie 7: Die Umsetzung der neuen Spitalisten ist grösstenteils gut angelaufen. Wünschenswert wäre, wenn mehr regionale Kooperationen entstehen könnten.

Es gibt von Seiten des Bundes laufend Vorschriften (KVG), z.B. darüber dass, wenn Kantone die hochspezialisierte Medizin nicht vorantreiben, der Bundesrat dies machen sollte. Dies wäre jedoch schlicht verfassungswidrig. Der Bundesgesetzgeber verfügt nicht über die Kompetenz, in der Gesundheitsversorgung etwas vorzuschreiben; er besitzt sie lediglich dahingehend, die Finanzierung der obligatorischen Krankenversicherung zu regeln. Leider gibt es im Inland keine Verfassungsgerichtsbarkeit, womit die Kantone

sich gegen Übergriffe des Bundesgesetzgebers wehren könnten.

Folie 8: Gesundheitsversorgungsräume: 26 Gesundheitssysteme entsprechen nicht mehr der heutigen Zeit. Welche gewachsenen Agglomerationsräume sind zu berücksichtigen? Beispiel Kanton Aargau: Aufgrund der geographischen Lage orientieren sich Patientinnen und Patienten am nächstgelegenen Zentrum. Die Gesundheitsversorgungsräume haben sich entwickelt, und innerhalb dieser geographischen Agglomerationsräume sollen die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten richtig aufgenommen und zu einer strukturierten Gesamtplanung führen.

Spitäler müssen beginnen, Schwerpunkte zu bilden.

Folie 9 ff.: Mit Blick auf die demographische Entwicklung ist die Schweiz mit Italien das Land, das OECDweit mit Abstand die tiefste Geburtenrate aufweist und sich darüber hinaus am wenigsten dafür einsetzt, familienergänzende Strukturen bereitzustellen, welche es Frauen neben der beruflichen Tätigkeit ermöglichen, auch familiäre Aufgaben unter den richtigen Rahmenbedingungen wahrzunehmen.

Folie 13+14: Die zunehmende Verschiebung von Leistungen vom stationären in den ambulanten Bereich hat verheerende Folgen:

An den stationären Leistungen beteiligt sich der Kanton mit rund der Hälfte der Kosten (der Private bezahlt es entweder als Prämienzahler oder als Steuerzahler). Ambulante Leistungen jedoch werden nur aus Prämiegeldern bezahlt. Das ist der Grund, warum die Prämien stärker steigen als die Gesamtkosten. Der Kanton wird – gezwungenermassen – nicht darum herum kommen, auch ambulante Leistungen durch Steuergelder mitzufinanzieren. Die Prämienbelastung würde sonst, gerade für mittelständige jüngere Familien, mit der Zeit effektiv nicht mehr tragbar.

Folie 15 ff.: *Versorgungsregion NWCH*

Im Kanton Basel-Stadt wurde ein Gesundheitsversorgungsbericht erstellt, welcher Rechenschaft ablegt über Angebot, Dienstleistung und Finanzen. Vorstellbar wäre, einen solchen Bericht für den ganzen Gesundheitsversorgungsraum zu erstellen. Immerhin wurde eine gemeinsame Versorgungsplanung vorgenommen (AG, BL, BS, SO), wofür gemeinsame Kriterien definiert worden sind (→ Versorgungsbericht NWCH, Herbst 2010)

Folie 19: *Gesundheitsversorgungsregion NWCH*

Wenn der politische Wille vorhanden ist, könnte man in der Nordwestschweiz eine eigentliche Gesundheitsversorgungsregion kreieren. Einige Ideen dazu sind bereits vorhanden. Schlussendlich braucht es die politische Abstützung in den Parlamenten.

Abschliessend stellt der Redner fest, das Gesundheitswesen sei nicht nur ein Kostenfaktor. In der heutigen Ausgabe der deutschen Zeitung DIE WELT hiess es, dass jede siebte Arbeitsstelle in Deutschland im Gesundheitswesen sei. Die Forschungsintensität in der Gesundheitswirtschaft liegt an der Spitze. Wenn immer gesagt wird, dass Investitionen in Bildung und Forschung wichtig wären, dann beinhaltet dies eben auch die medizinische, pflegerische Bildung und auch die Forschung der Medizin. Auch in Zukunft wird die Gesundheitswirtschaft ein Jobmotor sein und bleiben. Dieser Aspekt sollte demnach stärker in den Vordergrund gerückt werden.

2.3 «Gleich lange Spiesse? – Gesundheitspolitik in der Nordwestschweiz» aus Sicht der Krankenversicherer

Manfred Manser möchte die Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung erläutern (Punkt 2.3.1) und aufzeigen, welches die Herausforderungen und Probleme für Kantone, Versicherer, Spitäler sowie Ärzte und Pflege sind (Punkt 2.3.2).

Er präsentiert seine Ausführungen anhand eines Foliensets, welches sich in Anhang 3 befindet. Es wird ergänzend protokolliert.

2.3.1 Umsetzung neue Spitalfinanzierung (KVG)

Folie 6: *Übergang von der Objekt- zur Subjektfinanzierung:* Bisher wurden die Kosten der Spitäler finanziert, neu werden an der Leistung orientierte Pauschalen bezahlt.

Grössere Wahlfreiheit für Versicherte (freiere Spitalwahl, Binnenmarkt): Ziel war ein Binnenmarkt Schweiz. Dieses Ziel wird durch kantonale Regelungen torpediert.

Folie 7: Kantone interpretieren diesen Gestaltungsraum (Wettbewerb - Planwirtschaft) sehr unterschiedlich. Die Versicherer haben dies so erwartet.

Folie 8+9: Problem im Gesetz:

Man wollte weg vom Kostendeckungsprinzip zu kalkulierten Preisen, d.h. es sollen Preise ausgehandelt und nicht mehr die Kosten gedeckt werden. Die Spitaltarife orientieren sich an jenen Spitalern, welche die Leistungen in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen (Art. 49 Abs. 1 KVG). Diese «Preis-sicht» im KVG steht im Widerspruch zur «Kostensicht» in der Verordnung (Art. 59c Abs. 1 lit. a KVV).

Die Motion Humbel beantragte die Aufhebung von Art. 59c Abs. 1 lit. a KVV, um auch effizienten Spitalern zu ermöglichen, Überschüsse zu machen und Rückstellungen für zukünftige Investitionen zu bilden.

Folie 10: Spitalplanung: Die Wirtschaftlichkeit kann heute gut beurteilt werden, bei der Beurteilung der Qualität ist die Schweiz im Rückstand. Dieser muss in den nächsten Jahren behoben werden.

Folie 13 zeigt die gesamtschweizerischen Umsetzungsprobleme bei den Spitalplanungen der Kantone, auch in der Nordwestschweiz. Die Versicherer sind der Meinung, dass die kantonalen Spitalplanungen «wettbewerbsfeindlich» sind.

2.3.2 Herausforderungen für Kantone, Versicherer, Spitäler

a) Herausforderung Tarifstruktur für stationäre Leistungen

Folie 15+16: Die Tarifstruktur SwissDRG wurde von der SwissDRG AG erarbeitet und vom Bundesrat genehmigt. Die Version 1.0 vermag die Kostenunterschiede innerhalb der DRGs nur ungenügend (zu 60 %) abzubilden, da nicht alle Spitäler Daten geliefert haben oder diese Daten unbrauchbar waren.

Folie 17: Feststellung des SwissDRG Verwaltungsrates:

«Da mit SwissDRG-Fallpauschalen nicht alle Kostenunterschiede zwischen Universitätsspitalern und anderen Kliniken, die hochkomplexe Leistungen erbringen einerseits und solchen, die einfache Grundleistungen erbringen andererseits sachgerecht abgebildet werden können, sind sich die Partner der SwissDRG AG einig, dass eine Preisdifferenzierung mindestens in den ersten Jahren nach Einführung der Fallpauschalen zwingend ist.»

Der Referent geht davon aus, dass es mindestens 5 bis 6 Jahre dauert, bis die SwissDRG-Struktur soweit sei, dass man über gesamtschweizerische oder kantonal einheitliche Preise erst einmal diskutieren könne.

b) Herausforderung Tarife

Folie 18: Es wird heute viel darüber gejammert, dass auf Seiten der Versicherer verschiedene Verhandlungsparteien bestehen. Dies ist aber im KVG genauso vorgesehen (Art. 46 Abs. 1 KVG).

Aus der Grafik auf Folie 20 geht hervor, wie die Finanzierung der Spitäler erfolgt und dass die universitäre Lehre und Forschung sowie die gemeinwirtschaftlichen Leistungen durch die Kantone finanziert werden müssen.

Im ambulanten Bereich (Tarmed) sind die Investitionskosten nicht sauber abgebildet. Darum müssen die Kantone diese heute über die gemeinwirtschaftlichen Leistungen mitfinanzieren. Im VVG (Zusatzversicherungsbereich) werden die Investitionskosten

jedoch über die Tarife bezahlt (*sollte in der Grafik nicht gelb markiert sein*). Bei den übrigen Sozialversicherungen (UVG, IV, MV) beteiligen sich heute die Kantone ebenfalls an den Investitionskosten.

Folie 21: Nach Meinung des Redners brauche es beim DRG-System gar keine einheitlichen Basispreise. Erst in 5 bis 6 Jahren kann darüber diskutiert werden. Die Preise werden auch in Zukunft unterschiedlich sein, vor allem weil die Tarifstruktur noch nicht so weit ausgereift ist.

Folie 26: Die Spitäler unterliegen dem Diktat der Kantone. Dieser Kontrollwahn und diese Bevormundung der Spitäler durch die Kantone war so nie geplant und widerspricht auch dem KVG.

2.3.3 Fazit

In allen Kantonen wurden AP-DRG und andere Pauschalen ohne Probleme eingeführt! (Folie 29: Tariflandschaft der Schweiz im akut-somatischen Bereich 2010)

Der Referent geht davon aus, dass auch die SwissDRG-Struktur ohne grössere Probleme eingeführt werden kann. Voraussetzung ist, dass die Regulatoren nur eingreifen, wenn es um die Versorgungssicherheit geht. Der Druck auf die Spitäler wird weiterhin steigen (Folie 30). Die Fähigkeit der Spitaldirektoren und Verwaltungsräte, diesen Zielkonflikt (Kosten senken – Qualität halten/erhöhen) zu lösen, wird künftig massgeblich den Erfolg des Spitals bestimmen! Es geht darum, bessere Ergebnisse zu tieferen Kosten zu erbringen. Dies soll über ein Benchmarking erfolgen und nicht über eine Unmenge von regulatorischen Vorschriften. Schlussendlich geht es ums Geld; alle Beteiligten kämpfen ums Geld und nicht um ein besseres System (Folie 31).

Es ist eine neue Gesundheitslandschaft Schweiz nötig. Fünf bis sieben Regionen bringen bessere Resultate als 26 Kantone (Folie 32).

Regierungsrat Conti hat in seinem Referat erläutert, was die Aufgaben einer Versorgungsregion wären. Dann müssten die Kantone nämlich keine unnötigen, wettbewerbsfeindlichen Referenzpreise für ausserkantonale Behandlungen ihrer Einwohner festlegen, sondern im Versorgungsraum Nordwestschweiz zusammenarbeiten und die freie Spitalwahl und den Binnenmarkt Nordwestschweiz verwirklichen.

Christian Hadorn dankt den Referenten herzlich für die spannenden Referate und verabschiedet die Herren Regierungsrat Conti, Fallner und Manser sowie Frau Grossratspräsidentin Rufer.

3. Workshops

Vom Arbeitsausschuss IPK NWCH wurde vorgängig ein Resolutionsentwurf erarbeitet. Die Tagungsteilnehmer werden in drei Gruppen eingeteilt, um über den Resolutionsentwurf zu diskutieren und Änderungsvorschläge anzubringen.

Als Ziel wird angestrebt, dass jedes Kantonsparlament die definitive Resolution als entsprechenden Vorstoss eingibt und damit den jeweiligen Regierungsrat überprüfen lässt, ob in den fünf Kantonen der Nordwestschweiz die Zusammenarbeit in der Gesundheitspolitik intensiviert werden kann.

Über die Diskussion in den Workshops wird kein Protokoll erstellt.

4. Feedbacks aus den Workshops

Christian Hadorn lässt verlauten, es gebe aus jedem Workshop ein kurzes Feedback, über was diskutiert worden sei.

Alle Workshopleiter geben ihre Änderungen bekannt.

Die Änderungsvorschläge werden gemäss **Christian Hadorn** durch den Arbeitsausschuss zusammengefasst und den Kantonen als definitiver Resolutionsvorschlag unterbreitet (vgl. Anhang 4). Die Parlamentarierinnen und Parlamentarier sind frei, weitere Änderungen vorzunehmen. Das Ziel wäre, die Resolution anschliessend in allen Kantonsparlamenten der Nordwestschweiz in der entsprechenden Form einzugeben, in Bern in Form eines Postulats.

://: Die Parlamentarierinnen und Parlamentarier sind mit diesem Vorgehen einverstanden.

5. Schlusswort des Konferenzpräsidenten

Christian Hadorn dankt allen Anwesenden für ihre Teilnahme an der Tagung. Er freut sich, das Präsidium der IPK NWCH auch im nächsten Jahr wieder führen zu dürfen. Die Tagung wird erneut in Bern stattfinden. Schon im Frühling werden mit der Vorbereitungsgruppe ein neues, aktuelles Thema und die passenden Referenten dafür ausgesucht. Man möchte es nicht unterlassen, im nächsten Jahr erneut zu versuchen, einen Bundesrat einzuladen, welche aber leider oft schon ausgebucht sind.

Der Präsident stellt die Frage, ob alle damit einverstanden seien, wenn auch im nächsten Jahr wieder etwas von der Vorbereitungsgruppe vorbereitet werde, darüber an der Tagung diskutiert und die Teilnehmerinnen und Teilnehmer dementsprechend mit einer Resolution in die entsprechenden Kantonsparlamente zurückkehren könnten.

://: Die Parlamentarierinnen und Parlamentarier sind mit diesem Vorgehen einverstanden.

Christian Hadorn dankt allen, die zum Gelingen der Tagung beigetragen haben, namentlich dem Ausschuss der Interparlamentarischen Konferenz, der Konferenzsekretärin Andrea Mäder und Céline Baumgartner, Ratssekretariat des Kantons Bern, und übergibt ihnen als Geschenk eine Rose.

Der Präsident lädt alle Anwesenden zum Stehimbiss ein und verweist auf das anschliessende Rahmenprogramm. Er schliesst die Sitzung um 12.30 Uhr.

Für das Protokoll:

Monika Frey, Landeskanzlei Basel-Landschaft

Anhänge:

- 1 Folien zum Referat Faller
- 2 Folien zum Referat Regierungsrat Conti
- 3 Folien zum Referat Manser
- 4 Resolution der IPK Nordwestschweiz betreffend «Gleich lange Spiesse? – Gesundheitspolitik in der Nordwestschweiz» (Genehmigte Version vom 20.11.2012)



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG
Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung

"Gleich lange Spiesse? - Gesundheitspolitik in der Nordwestschweiz"

IPK-Informationstagung

Bern, 26. Oktober 2012

Andreas Faller

Leiter des Direktionsbereichs Kranken- und Unfallversicherung
Vizedirektor, Mitglied der Geschäftsleitung



Veränderungen mit Bezug auf Spitäler

1. **DRG / neue Spitalfinanzierung**
2. **Spitalplanung / Spitallisten**
3. **Einheitliche Finanzierung stationär / ambulant?**
4. **Tarmed**
5. Projekt Qualitätssicherung
6. HTA - Schaffung Nationales HTA-Institut
7. **Hochspezialisierte Medizin**
8. Nachfolgeregelung Zulassungstopp - Zulassungssteuerung
9. Umsetzung neue Preisregeln Arzneimittel
10. Labormedizin /Analyseliste
11. Revision MiGeL
12. **eHealth / Elektronisches Patientendossier**



Die neue Spitalfinanzierung

Die neue Spitalfinanzierung beinhaltet 6 Elemente:

1. Freie Spitalwahl
2. Gleichbehandlung öffentliche / private Spitäler
3. Kostenteiler Kantone / Versicherer
4. neue Regelung Investitionskosten
5. Kosten der Aus- und Weiterbildung des nichtuniversitären med. Personals
6. Fallkostenpauschalen (DRG)



Stand der Arbeiten und Erkenntnisse

- Die Tarifpartner sprechen nicht mit einer Stimme.
- Gewisse Befürchtungen (Qualitätsabbau, „blutige Entlassungen“ etc.) haben sich bis jetzt – analog Deutschland – nicht bestätigt.
- Bezüglich Baserates 2012 laufen noch Festsetzungsverfahren, obwohl bereits 2013 ausgehandelt sein müsste.
- Spitäler monieren zu tiefe Baserates => Erhöhung der Baserates oder Senkung der Kosten (Stichwort Effizienzsteigerung)?
- Nach wie vor besteht kein Konsens zu Anlagenutzungskosten / Investitionskosten.
- Bis nach Mitte 2012 haben die Spitäler nur sehr wenige Rechnungen an die Krankenkassen eingereicht.
- Privatspitäler monieren Ungleichbehandlungen.



Stand der Arbeiten und Erkenntnisse

- Es bestehen Probleme mit Tarifen für ausserkantonale Behandlungen.
- Tendenzen zur Verbesserung betrieblicher Abläufe in den Spitälern sind erkennbar; spitalseitig muss aber intensiv an der Verbesserung der Effizienz gearbeitet werden, damit kostendeckend gearbeitet werden kann, ohne zu hohe Baserates respektive Fallkosten fordern zu müssen.



Rolle der Kantone vor der neuen Spitalfinanzierung

- Betreiber staatliche Spitäler
- Spitalplanung / Qualitäts- und Mengenvorgaben
- Spitalfinanzierung
- Tariffestsetzungen



Rolle der Kantone seit der neuen Spitalfinanzierung

- Rolle bezüglich staatlicher Spitäler unterschiedlich
- Gemeinwirtschaftliche Leistungen staatlicher Spitäler
- Spitalplanung / Qualitäts- und Mengenvorgaben
- Spitalfinanzierung
- Tariffestsetzungen



Effizienzsteigerung in Spitälern

- Vermeidung überflüssiger Behandlungen
- Vermeidung von Mehrfachbehandlungen / Mehrfachmedikationen
- Vermeidung von Fehlbehandlungen
- Verbesserung des Case Managements in Spitälern (auch zu den Zuweisern)
- Abbau proprietärer IT-Lösungen in Spitälern
- Förderung von eHealth-Lösungen (z.B. ePatientendossier)
- Transparenz / gemeinsame Nutzung von Daten



Spitalplanung

Art. 39 KVG

- Kantone sind verpflichtet, im Rahmen der Zulassung von Spitälern eine Planung bzw. eine Liste der Spitäler mit Leistungsaufträgen zu erstellen
- Kantone haben private Trägerschaften angemessen in die Planung einzubeziehen
- Art. 39 Abs. 2 KVG (seit 1. Januar 2009): Kantone müssen ihre Planung koordinieren
- Übergangsbestimmungen: Fristen für die Umsetzung von wesentlichen Elementen der Gesetzesrevision => Anpassung der Spitalplanungen an die neuen Anforderungen (insb. Planungskriterien) bis Ende 2014
- Kantone können und müssen Grundlagen für Qualitätssicherung schaffen



Exkurs: Pflegefinanzierung

- Wille des Bundesgesetzgebers, den Kantonen im Bereich der Pflegefinanzierung Kompetenzen zu geben
- Umfrage bei allen Kantonen => drei Berichte des BAG: uneinheitliche Umsetzung und Interpretation des Gesetzes (www.parlament.ch/d/dokumentation/berichte/berichte-legislativkommissionen/kommission-fuer-soziale-sicherheit-und-gesundheit-sgk/Seiten/default.aspx)
- Beispiel Wohnsitzfrage: ca. 1/2 der Kantone legt fest, dass Heimaufenthalt keinen neuen Wohnsitz begründet, ca. 1/2 das Gegenteil
- Es besteht Handlungsbedarf: Koordination der Regelungen unter den Kantonen sehr wichtig



Schlussfolgerungen

- Die Rolle der Kantone hat sich unter der neuen Spitalfinanzierung (noch) nicht flächendeckend signifikant verändert.
- Im Bereich der Spitalplanung besteht Handlungsbedarf: regionale Planung, Gleichberechtigung der Privatspitäler, Tarif bei ausserkantonalen Behandlungen.
- Via Spitalplanung müssen die Kantone auch Vorgaben zur Qualität machen.
- Soweit die Kantone noch Einfluss auf die staatlichen Spitäler haben, muss dort die Effizienz weiter verbessert werden; Erfolgt keine Effizienzsteigerung und wird die Umsetzung des Sparpotentials nicht angestrebt, dann werden zahlreiche Spitäler Mühe haben, kostendeckend zu arbeiten.
- Im Bereich der Pflegefinanzierung besteht Handlungsbedarf.

„Gleich lange Spiesse? – Gesundheitspolitik in der Nordwestschweiz“ aus Sicht der Kantone

Dr. Carlo Conti,
Präsident der GDK und Regierungsrat BS
Interparlamentarische Konferenz Nordwestschweiz
26. Oktober 2012



Gesundheitspolitik – aktuelle Situation

- 26 kantonale Gesundheitssysteme
- 5 universitäre Zentren mit Lehre und Forschung
- Prämien weiter steigend
- Demografische Entwicklung
- Drohender Mangel an ärztlichen Grundversorger/innen und Pflegefachpersonen
- Rolle der Patienten

Herausforderungen der Zukunft

- Finanzierbarkeit des Systems
- Verschiebung stationär zu ambulant
- Steigender Bedarf an medizinischem Fachpersonal
- Förderung integrierter Versorgungsmodelle
- Qualität

Die neue Spitalfinanzierung

- Leistungsfinanzierung nach Vollkostenprinzip (d.h. inklusive Anlagenutzungskosten)
→ Subjektfinanzierung
- Separate Finanzierung der
 - gemeinwirtschaftlichen Leistungen
 - Kosten Forschung und universitäre Lehre
- Gleichstellung der öffentlichen und privaten Leistungserbringer
- Freie Spitalwahl

Die neue Spitalfinanzierung

Gleichzeitig:

Festlegung von Pauschalen, die leistungsbezogen sind, auf Vollkostenprinzip basieren und auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen beruhen:

- Akut-somatischer Bereich: SwissDRG
- Für Bereiche Rehabilitation und Psychiatrie gelten je separate Pauschalen, die ebenfalls dem Vollkostenprinzip unterliegen

Offene Umsetzungsaspekte Spitalfinanzierung

- Abgeltung Investitionskosten
- Finanzierung Aus- und Weiterbildung der Ärzte zum Facharzt FMH
- Kosten Lehre & Forschung

Erfahrungen der Kantone

- Umsetzung der neuen Spitalisten grösstenteils gut angelaufen
- Tarifverhandlungen: Mehrere Genehmigungs- / Festsetzungsverfahren
- Positionierungswettbewerb der Spitaler

Auswirkungen der neuen Regelungen

- Gesundheitsversorgungsräume
 - Strukturbereinigungen
 - Neupositionierung der Spitäler
- Neue Spitalfinanzierung sollte zu einer Reduktion der Anzahl Spitäler und zu einer stärkeren Schwerpunktbildung führen.

Die demografische Entwicklung

Altersgruppe 65+ :

In der Schweiz:

25% Anstieg bis 2020
von 1,4 auf 1,75 Millionen

57% Anstieg bis 2030
von 1,4 auf 2,2 Millionen

(Quelle: BFS, Ständige Wohnbevölkerung nach Kantonen – mittleres Szenario)

Die demografische Entwicklung

Altersgruppe 80+ :

In der Schweiz:

23% Anstieg bis 2020
von 420'000 auf 520'000

77% Anstieg bis 2030
von 420'000 auf 740'000

(Quelle: BFS, Ständige Wohnbevölkerung nach Kantonen – mittleres Szenario)

Die demografische Entwicklung

Altersgruppe 0-19:

4.3 % Anstieg bis 2030
von 1'63 auf 1'7 Millionen

Altersgruppe 20-64:

0.8% Anstieg bis 2030
von 4'87 auf 4'91 Millionen

(Quelle: BFS, Ständige Wohnbevölkerung nach Kantonen – mittleres Szenario)

Auswirkungen der demografischen Entwicklung

- Patientenbild der Zukunft: immer ältere, multimorbide Patienten
- Demenzerkrankungen:
 - CH: ca. 110'000 Menschen, 25'800 jährliche Neuerkrankungen
 - 2009: Kosten von CHF 6.9 Mia. / 2050: rund CHF 50 Mia.
→ Erarbeitung einer nationalen Demenzstrategie!

Ambulanter Bereich

Gesundheitspolitischer Grundsatz: ambulant vor stationär.

Zunehmende Verschiebung von Leistungen vom stationären in den ambulanten Bereich, aufgrund

- des technischen Fortschritts
- des Wunsches des Patienten
- der Demografie

Ambulanter Bereich

- Technischer Fortschritt mit Verlagerung vom stationären zum ambulanten Sektor führt zu Prämiendruck.
- Förderung der Tendenz zur Verschiebung vom stationären in den ambulanten Bereich.
- Der Tendenz muss durch integrierte Versorgungsketten begegnet werden.

Die „Versorgungsregion NWCH“



GDK NWCH

- Ungelöste Tarifprobleme als ständiges Traktandum (bis 2014)
- Zusammenarbeit im Bereich e-Health (elektronisches Patientendossier)
- Weitere Zusammenarbeitsprojekte

Nordwestschweizer Versorgungsplanung



- Gemeinsame Versorgungsplanung AG, BL, BS, SO -> Versorgungsbericht NWCH (Herbst 2010)
- Jeder Kanton vorerst eigene Spitalliste
- Volle Freizügigkeit zwischen BS und BL ab 2014

Gemeinsame Versorgungskriterien für die Spitalplanung 2012

- Unter anderem Qualität, Mindestfallmengen -> Zusammenarbeit oder Austausch zwischen Anbietern von spezialisierten Leistungen, Rechnungslegungsstandards, Ausbildungsverpflichtung

-> Nachfolgeprojekt in Arbeit

siehe **www.versorgungsbericht.ch**

Engere Zusammenarbeit wo möglich?

- Vergabe von Leistungsaufträgen
 - Harmonisierung der Kriterien für die Berechnung der Baserates
 - Bildung von medizinischen Kompetenzzentren
 - Bereitstellung von Ausbildungsplätzen für ärztliches Personal und Pflegefachpersonen
 - Förderung der Attraktivität für Pflegeberufe
- Bildung einer Gesundheitsversorgungsregion NWCH

BS Berichterstattung nach aussen

- Kantonaler Gesundheitsversorgungsbericht 2011:
(2. Ausgabe)



siehe www.gesundheitsversorgung.bs.ch

IPK-NW Informationstagung
26. Oktober 2012, Bern

Gleich lange Spiesse? – Gesundheitspolitik in der Nordwestschweiz

Manfred Manser, ex CEO Helsana, Verwaltungsrat in diversen Unternehmen



Gliederung

1. Umsetzung neue Spitalfinanzierung (KVG)
2. Herausforderungen für Kantone, Versicherer, Spitäler, Ärzte und Pflege
3. Fazit zum Abschluss ...

Gliederung

1. Umsetzung neue Spitalfinanzierung (KVG)

Reform der Spitalfinanzierung ab 1.1.2012 ...

- Neue Spitalfinanzierung KVG besteht aus zwei Modulen ...
- Wettbewerblich orientiertes Vergütungsmodul (DRG's) und staatliches Planungsmodul (kantonale Spitalplanungen) ...
- Es werden zwei ordnungspolitisch unterschiedliche Steuerungssysteme nebeneinander eingesetzt ...



Konflikte sind vorprogrammiert

Änderung Spitalfinanzierung KVG

IST

- Tagespauschalen
Abteilungspauschalen
APDRG
- Defizit-Kostendeckung
für Allgemeinpatienten



NEU

- Fallpauschalen
- SwissDRG-System
- Leistungsfinanzierung
- Vollkostenprinzip

Zielsetzung der neuen Spitalfinanzierung

- Einheitliche leistungsbezogene Finanzierung über Fallpauschalen (SwissDRG)
- Übergang von der Objekt- zur Subjektfinanzierung
- Grössere Wahlfreiheit für Versicherte (freiere Spitalwahl, Binnenmarkt)
- Mehr Transparenz (Wirtschaftlichkeit, Qualität)
- Stärkung des Wettbewerbs
- Gleichstellung von öffentlichen und privaten Spitälern
- Strukturbereinigung (Optimierung der Behandlungsprozesse, Erhöhung der Effizienz, Abbau von Überkapazität)

Das wichtigste Problem der neuen Spitalfinanzierung ...

- Märkte können entweder über Preise (Marktwirtschaft) oder Mengen (Planwirtschaft) gesteuert werden
- Neue Spitalfinanzierung führt einerseits DRG's (Preise) ein, verlangt aber andererseits von den Kantonen eine Spitalplanung (planwirtschaftliches Element)
- Nicht abschliessend definiertes Spannungsfeld zwischen mehr Wettbewerb und mehr Planwirtschaft



Kantone interpretieren diesen Gestaltungsraum sehr unterschiedlich

Preis- versus Kostensicht ...

- Gemäss Art. 49 Abs. 1 KVG orientieren sich die Spitaltarife an jenen Spitälern, welche die Leistungen in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen.
 - Gleicher Preis für gleiche Leistung bei gleicher Qualität
- Art. 59c Abs. 1 lit. a KVV besagt, dass Tarife höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistungen decken dürfen.
 - Widerspruch zu Art. 49 Abs. 1 KVG

Preis- versus Kostensicht ...

- BAG, Preisüberwacher, tarifsuisse argumentieren mit Art. 59c Abs. 1 lit. a KVV und wollen auch bei günstigen Spitälern maximal die ausgewiesenen decken
- Kein Anreiz für Kosteneffizienz, Kosten günstiger Spitäler steigen
- Motion Humbel: Aufhebung von Artikel 59c Absatz 1 lit. a KVV
 - Effizient arbeitendes Spital soll Überschüsse machen können

Spitalplanung ...

- Ziel der Spitalplanung KVG ist in erster Linie eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung des planenden Kantons
- Kantone werden zur Koordination ihrer Spitalplanungen verpflichtet.
- Planung muss einheitlichen Planungskriterien des Bundes entsprechen
- Planung hat auf der Grundlage der Kriterien Qualität und Wirtschaftlichkeit zu erfolgen

Welche Planungsintensität ...?

- Kantone sollten mit der Spitalplanung eine bedarfsgerechte Versorgung sicherstellen
- Gemäss Vorstellungen des Parlaments sind Regulierungen zu vermeiden, die den Wettbewerb behindern oder verhindern
- Spitalplanung sollte entsprechend lediglich eine minimale Grundversorgung sicherstellen (WEKO 2010, BVGer 2012)

Umsetzungsprobleme in den Kantonen ...

- Viele Kantone interpretieren Planungsauftrag ganz anders (Mehrfachrolle, Interessenkonflikte)
- Zusatzkriterien für Listenspitäler, die den Wettbewerb einschränken oder völlig ausschliessen (Preise, Mengen, Arbeitsweise)
- Vergabe von Leistungsaufträgen (HSM) willkürlich statt nach den Kriterien Wirtschaftlichkeit und Qualität
- Versteckte Subventionierung öffentlicher Spitäler
- Referenztarife für ausserkantonale Hospitalisierungen
- Strukturhaltung statt Strukturbereinigung
- Diskriminierung privater Anbieter

Kantonalen Spitalplanungen ...

- uneinheitlich
- strukturerhaltend
- unternehmensfeindlich
- kantonsfinanzenorientiert
- effizienzfeindlich
- versorgungsfeindlich
- dem politischen Willen widersprechend



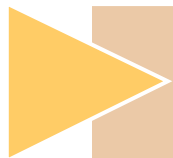
Wettbewerbsfeindlich ...

Gliederung

2. Herausforderungen für Kantone, Versicherer, Spitäler

Herausforderung Tarifstruktur für stationäre Leistungen ...

- Tarifpartner setzen gemeinsam mit den Kantonen eine Organisation ein, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie Anpassung und Pflege der Strukturen zuständig ist (Art. 49, Abs. 2 KVG)



SwissDRG AG

Probleme des SwissDRG - Systems ...

- SwissDRG (Version 1.0) vermag Kostenunterschiede innerhalb der DRG nur ungenügend abzubilden
- Es werden nur 60% der Kostenunterschiede innerhalb der DRG abgedeckt. Im G - DRG sind es 75%
- Kostenausreisser werden nicht leistungsgerecht abgegolten
- Spitäler mit vielen komplexen und besonders teuren Fällen sind betroffen (Universitätskliniken, Kinderspitäler)

Zielkonflikt zwischen leistungsgerechter Abgeltung (Komplexität / Komorbiditäten) und Handhabbarkeit

Feststellung des SwissDRG Verwaltungsrates ...


"Da mit SwissDRG-Fallpauschalen nicht alle Kostenunterschiede zwischen Universitätsspitälern und anderen Kliniken, die hochkomplexe Leistungen erbringen einerseits und solchen, die einfache Grundleistungen erbringen andererseits sachgerecht abgebildet werden können, sind sich die Partner der SwissDRG AG einig, dass eine Preisdifferenzierung mindestens in den ersten Jahren nach Einführung der Fallpauschalen zwingend ist."

Herausforderung Tarife

- Tarife und Preise werden in Verträgen zwischen Versicherern und Leistungserbringern vereinbart (Art. 43, Abs. 4 KVG)
- Parteien eines Tarifvertrages sind einzelne oder mehrere Leistungserbringer oder deren Verbände einerseits sowie einzelne oder mehrere Versicherer oder deren Verbände andererseits (Art. 46, Abs. 1 KVG)

Vertragsprinzip OKP ...

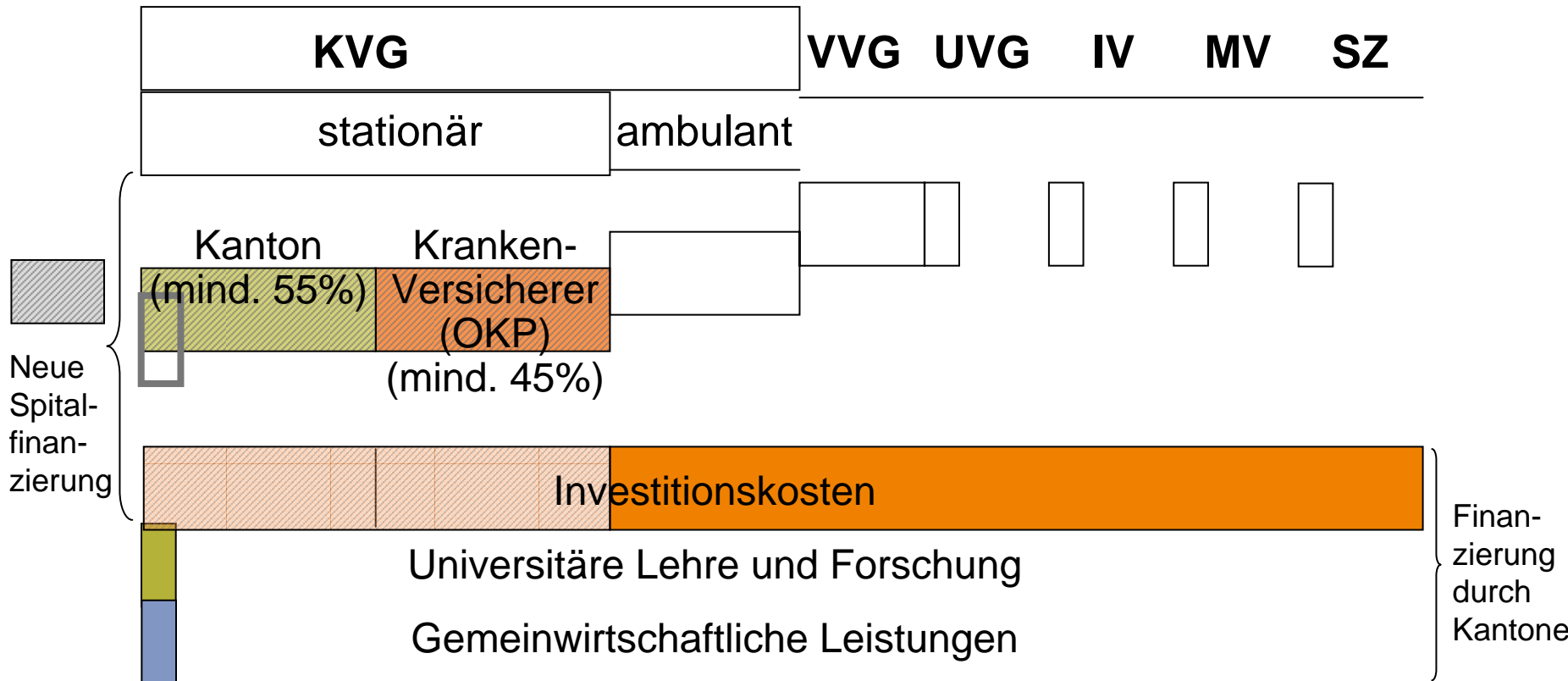
- Leistungsvergütungen sollen, wo gesetzlich keine behördlichen Tarife vorgesehen sind, in Tarifverträgen zwischen Krankenversicherern und Leistungserbringern festgelegt werden
- Es können Vertragsgemeinschaften gebildet werden



Es sind sowohl Verbands- als auch Einzelverträge möglich ...

Preisbildung OKP ...

Finanzierung der Spitäler



DRG-System setzt keinen einheitlichen Basispreise voraus

- Gleicher Preis für gleiche Leistung ist realitätsfremd
- National oder regional einheitliche Basispreise wären kontraproduktiv für den Wettbewerb
- Richtwerte als Orientierungsgrösse sind denkbar
- Wettbewerb soll über Benchmarking geschehen
- Wettbewerb soll über die Qualität der Leistungen stattfinden
- Verträge zwischen Spital und Krankenversicherer regeln Preis und Qualität



Preise werden auch in Zukunft
unterschiedlich sein

Unterschiedliche kantonale Umsetzung ...

"Nach den Regeln der neuen Spitalfinanzierung sind unterschiedliche Basispreise je Leistungserbringer grundsätzlich zulässig, solange sie mit dem Gebot der Wirtschaftlichkeit in Einklang stehen (Art. 46 Abs. 4 KVG)"

Beschluss des Regierungsrates des Kantons St. Gallen vom 3. Juli 2012

Unterschiedliche kantonale Umsetzung ...

"Der Regierungsrat sieht im Einklang mit den vorberatenden Kommissionen des Grossen Rates spätestens ab 1. Januar 2015 eine Kantons-Baserate vor, denn er ist überzeugt, dass erst mit einer einheitlichen Baserate das DRG-System voll zum Tragen kommen wird.

Im weiteren wird festgehalten, dass der Aargau in der Übergangszeit 2012 – 2014 unterschiedliche Baserates pro Haus akzeptiert, jedoch nicht je nach Verhandlungsgemeinschaft verschiedene Baserates beim gleichen Leistungserbringer."

Brief von Regierungsrätin Susanne Hochuli vom 8. April 2012

Unterschiedliche kantonale Umsetzung ...

- Regulierung bis zum Verderben im Kanton Bern
- Beispiele: Obergrenzen für Leistungsmengen, Investitionen bewilligungspflichtig, Fusion zu einem Spitalmoloch Ausgleichsfonds usw.

Ist Wettbewerb erlaubt ...?

"Aufgrund des Prinzips der Tarifautonomie verfügen die Tarifpartner innerhalb des gesetzlichen Rahmens über einen gewissen Handlungsspielraum bei der Tarifgestaltung".

Schreiben Bundesrat Burkhalter an die GDK vom 1. Oktober 2012

Spitäler unterliegen dem Diktat der Kantone ...

Kantonale Spitalgesetze und kantonale Planungen diktieren den Spitälern teilweise:

- Mengenbeschränkungen
- Einheitliche Baserate
- Mitsprache der Kantone bei Investitionen
- Abgabe von Erträgen aus den Entgelten für Privat- und Halbprivatversicherte
- Öffentliches Beschaffungswesen
- Personalvorschriften
- ...



Kontrollwahn und Bevormundung

Herausforderung für Ärzte und Pflege ...

- Müssen sich vermehrt mit den ökonomischen Aspekten ihrer Arbeit befassen
- Müssen mithelfen bei vorgegebener Qualität die Behandlungskette bestmöglichst und kosteneffizient durchzuführen
- Dürften Prozessoptimierungen und Umstrukturierungen im Spital nicht verhindern

Gliederung

3. Fazit zum Abschluss ...

Tariflandschaft der Schweiz im akut-somatischen Bereich 2010 ...



AP-DRG
und andere
Pauschalen
wurden ohne
Probleme
eingeführt!

Druck auf Spitäler wird weiter steigen ...



Fähigkeit zur Lösung dieses Zielkonfliktes wird künftig massgeblich den Erfolg des Spitals bestimmen!

Es geht darum bessere Ergebnisse zu tieferen Kosten zu erbringen

Kantone, Versicherer, Spitäler kämpfen um den Kuchen

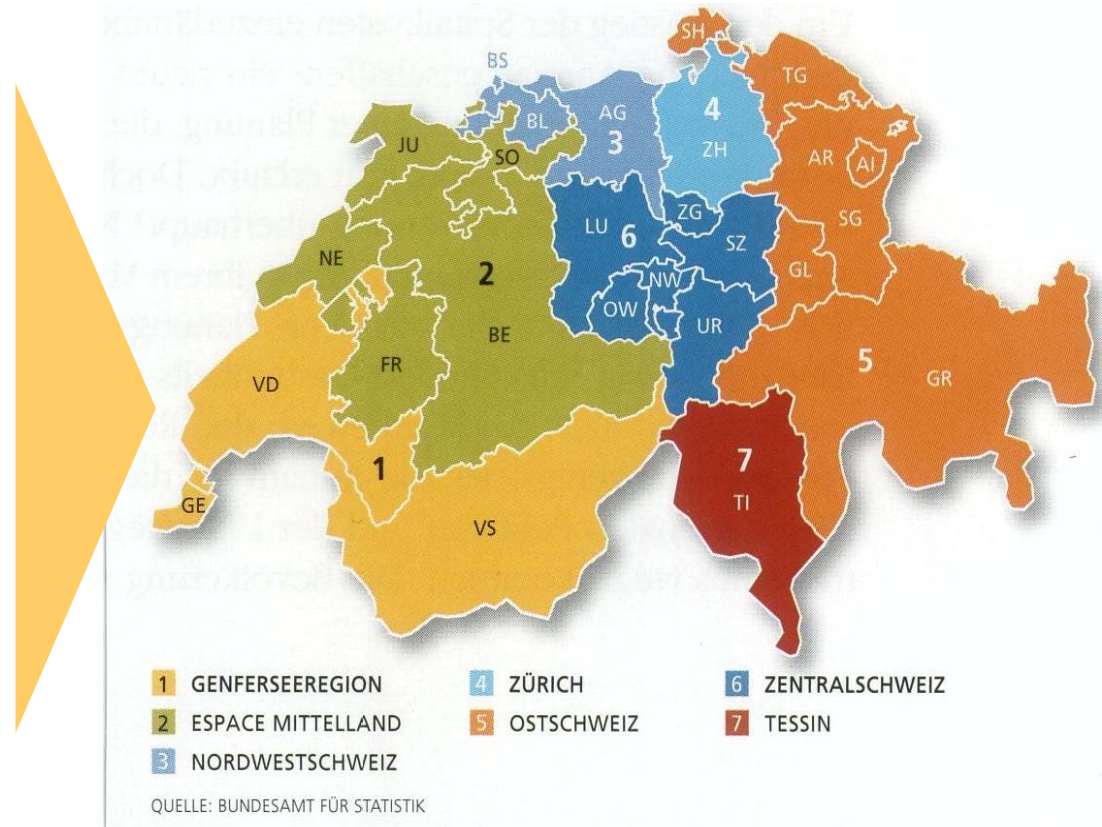
- Verteilungskampf ist im Gange
- Interessengruppen verbreiten Alarmstimmung
- Verbreitung von Halbwahrheiten bis zur gezielten Desinformation
- Medien ziehen willig mit
- Alle jammern über die Basispreise



Es geht um Geld

Neue Gesundheitslandschaft Schweiz nötig ...

**Fünf bis sieben
Regionen
bringen bessere
Resultate
als 26 Kantone**



**Versorgungsraum Nordwestschweiz:
AG, BS, BE, BL, SO, JU**

Vielen Dank!

mm@manfred-manser.ch



Interparlamentarische Konferenz der Nordwestschweiz

Resolution

**Genehmigte
Version**

Bern, 20. November 2012

Gleich lange Spiesse? – Gesundheitspolitik in der Nordwestschweiz

1. Verstärkte interkantonale Planung und Zusammenarbeit

Zusammen mit der freien Spitalwahl ab 2012 findet ein grosser Positionierungswettbewerb der Spitäler statt, welcher von den Kantonen teilweise in bedeutendem Masse unterstützt wird und der interkantonalen Zusammenarbeit zuwiderläuft. Gesamthaft ist damit zu rechnen, dass diese Entwicklung zu beträchtlichen Kosten führen wird.

► Die Regierungen der Nordwestschweizer Kantone werden aufgefordert, die interkantonale Spitalplanung und Zusammenarbeit insbesondere in den Grenzregionen der Kantone aktiv zu verstärken und zu fördern sowie den Wettbewerb unter einheitlichen Bedingungen sicherzustellen.

2. Gesundheitsnetze / Hausarztmedizin / Integrierte Versorgung

Die Herausforderungen hinsichtlich der langfristigen Sicherstellung der medizinischen Grundversorgung stellen sich in allen Kantonen in ähnlicher Weise. Die Kantone können gegenseitig von bereits vorliegenden Strategien, Konzepten, Ansätzen oder Erfahrungen profitieren.

► Die Regierungen der Nordwestschweizer Kantone werden aufgefordert, aufgrund der vorhandenen Strategien / Konzepte gemeinsame Grundsätze zur Förderung und Stützung der Hausarztmedizin zu erarbeiten.

3. Beruflicher Nachwuchs

In gewissen, für die künftige Gesundheitsversorgung wichtigen Bereichen herrscht akuter Mangel an Fachärzten und Pflegepersonal (bspw. in der Geriatrie).

► Die Regierungen der Nordwestschweizer Kantone werden aufgefordert, die Anstrengungen zur Verbesserung der Situation des beruflichen Nachwuchses aufeinander abzustimmen und gemeinsame Massnahmen zur Steigerung der Attraktivität der entsprechenden Berufsgattungen sowie zur Schaffung von zusätzlichen Ausbildungsplätzen zu ergreifen.

4. Finanzierung

Die Genehmigung der Krankenversicherungsprämien durch das Bundesamt für Gesundheit ist für die Kantone intransparent.

- ▶ Die Regierungen der Nordwestschweizer Kantone werden aufgefordert, die Mitwirkung der Kantone bei der Festlegung der Krankenkassenprämien zu ermöglichen und zu harmonisieren.

Die Mitwirkung der Kantonsregierungen bei der Genehmigung der Abgeltungstarife für Spitalleistungen ist unklar.

- ▶ Die Regierungen der Nordwestschweizer Kantone werden aufgefordert, die Kriterien für die Genehmigung der Tarife der Abgeltung von Spitalleistungen zu harmonisieren.