

Motion

0686 Schärer, Bern (Grüne)

Weitere Unterschriften: 9

Eingereicht am: 27.11.2006

Klare Spitalliste - keine Prämienexplosion

Der Regierungsrat wird beauftragt,

- a. die Spitalliste auf den 1.1.2008 zu bereinigen und jene Angebote auszuweisen, welche zur Abdeckung des Grundbedarfs notwendig sind. Der Grundbedarf entspricht jener nachgefragten Menge, welche in Ergänzung zu nicht subventionierten Angeboten der Privatspitäler durch die Spitäler unter der Trägerschaft und Mitfinanzierung des Kantons abgedeckt werden muss.
- b. in den Grundbedarf gemäss Artikel 10 Abs. 4 SpVG (Spitalversorgungsgesetz) nötigenfalls auch einzelne Angebote aufzunehmen, welche für nur Grundversicherte in bisher nicht subventionierten Privatspitälern erbracht werden, und durch die vom Kanton getragenen Spitäler nicht abgedeckt werden könnten. Voraussetzung ist, dass diese Spitäler über einen Leistungsauftrag verfügen, welcher - wie für alle öffentlichen Beiträge - Leistungsumfang, Qualität, Preis, Dateneinsicht und Aufsicht regelt. Die Leistungsaufträge können mit Auflagen verbunden werden.
- c. die Spitalliste folglich in eine A-Liste und eine B-Liste aufzuteilen. In der A-Liste sind nur diejenigen Spitäler oder deren Leistungsbereiche aufgeführt, die der Planung für eine bedarfsgerechte Versorgung im obigen Sinne entsprechen, im Einklang mit KVG und SpVG stehen, einen Leistungsauftrag des Kantons und folglich Kantonsbeiträge an die Leistungen erhalten.
- d. vor Inkrafttreten der neuen Spitalliste frühzeitig eine Neuaushandlung der Tarifverträge mit Privatspitälern durch die Tarifpartner zu veranlassen.

Der Abschluss von Tarifverträgen des Krankenkassenverbandes santésuisse mit nicht subventionierten Spitälern des Kantons Bern und die Genehmigung dieser Tarife durch den Regierungsrat ist Hauptursache des massiven Prämienchubs im Kanton Bern in den letzten zwei Jahren gewesen. Diese Tarifverträge mit massiv höheren Grundversicherungspreisen sind ohne Not zustande gekommen und bedeuten faktisch eine Begünstigung der Zusatzversicherung zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP). Andererseits bedarf die bestehende Spitalliste für eine klarere Definition des bedarfsbezogenen Angebots einer Überarbeitung. Diese wird auch durch die laufende KVG-Revision (Paket Spitalfinanzierung) nötig werden. Auf Grund dieser beiden Auslöser für eine Listenüberarbeitung ist mit grosser Wahrscheinlichkeit mit einer finanziellen Mehrbelastung des Kantons in einem höheren zweistelligen Millionenbereich für Beiträge an stationäre Leistungen zu rechnen – und einer Entlastung der Grundversicherung. Dieser Sachverhalt ist auch in die Überlegungen der mittelfristigen Finanzplanung einzubeziehen. Vor diesem Hintergrund sind auch die gemachten Steuersenkungsvorschläge neu zu überdenken bzw. zu revidieren.

Antwort des Regierungsrates

Die Motionärin fordert den Regierungsrat auf, verschiedene Massnahmen zu ergreifen, welche zu einer übersichtlicheren Spitalliste führen und den Kostenzuwachs im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Kanton Bern eindämmen sollen.

Der in der Motion verwendete Begriff „Grundbedarf“ wird im Zusammenhang mit der vorliegenden Motion als „Bedarf an Leistungen für nur Grundversicherte auf allgemeinen Abteilungen der stationären Akutversorgung“ betrachtet. Die Forderung zielt damit auf die Versicherungsklasse ab, also auf die Frage, ob eine Person nur grund- oder (halb-)privat versichert ist. Davon abzugrenzen ist die Dimension der Versorgungsstufe, welche gemäss Spitalversorgungsgesetz (SpVG) in die Kategorien umfassende Grundversorgung und hochspezialisierte Versorgung geteilt wird.

Jedes Spital auf der Spitalliste gemäss dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) ist mit einem Leistungsauftrag aufgeführt. Dieser nennt die medizinischen Fachgebiete, in denen der betreffende Leistungserbringer zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) Leistungen erbringen darf. Ein solcher Leistungsauftrag darf aber nicht gleichgesetzt werden mit den kantonalen Leistungsverträgen, welche der Kanton nach kantonalem Recht mit öffentlich subventionierten Spitälern abschliesst. Diese Verträge regeln die zu erbringenden Leistungen sowie die Erstattung der Betriebskosten durch den Kanton. In diesem Sinne werden die Begriffe „Leistungsauftrag“ und „Leistungsvertrag“ in der vorliegenden Antwort verwendet.

Unter Beachtung dieser Präzisierungen sind die Forderungen der Motion folgendermassen zu interpretieren:

Die Spitalliste des Kantons Bern ist auf den 1. Januar 2008 zu überarbeiten. Dabei soll eine Abkehr von der heutigen, integralen Listenform zu einer geteilten Liste (A- und B-Liste) erfolgen. In der A-Liste sind notwendige Angebote auszuweisen, welche zur Versorgung von Patientinnen und Patienten in der allgemeinen Abteilung zulasten der Grundversicherung zugelassen sind. Sofern diese Leistungen auf allgemeinen Abteilungen nicht durch öffentlich subventionierte Institutionen gedeckt werden können, sind auch Angebote von privaten bisher nicht subventionierten Spitälern aufzunehmen. Letztere sind für diese Leistungen ebenfalls mit einem Leistungsvertrag auszustatten und mit Kantonsbeiträgen zu entschädigen. Vor Inkrafttreten der angepassten Spitalliste soll der Regierungsrat zudem eine Neuaushandlung der Tarifverträge mit den Privatspitälern veranlassen.

Die in der Motion aufgeführten Punkte sind auch Gegenstand der Versorgungsplanung gemäss SpVG. Zum Zeitpunkt der Erarbeitung der vorliegenden Motionsantwort werden die im Rahmen des Konsultationsverfahrens aufgenommenen Änderungen des Berichts ausgearbeitet. Der Regierungsrat wird die Versorgungsplanung im laufenden Jahr genehmigen.

Die in der Motion geforderten Massnahmen a und c betreffen die Spitalliste, welche der Regierungsrat gemäss Artikel 8 des Gesetzes betreffend die Einführung der Bundesgesetze über die Kranken-, die Unfall- und die Militärversicherung (EG KUMV) zu erlassen hat. Der Motion kommt daher der Charakter einer Richtlinie zu.¹ Schliesslich ist zu erwähnen, dass bei regierungsrätlichen Entscheiden, welche das KVG betreffen (z.B. Spitalliste, Genehmigung von Tarifverträgen), Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht erhoben werden kann.

Zu den einzelnen von der Motionärin vorgeschlagenen Punkten äussert sich der Regierungsrat folgendermassen:

Buchstaben a und b

¹ Gemäss Art. 53 Abs. 3 GRG

Die Motionärin fordert, die von Privatspitälern zu erbringenden Leistungen zugunsten von nur Grundversicherten auf der Basis von Leistungsverträgen durch den Kanton mitzufinanzieren.

Im Rahmen der Versorgungsplanung 2007-2010 des Kantons Bern wird der Bedarf an künftig notwendigen Leistungen in der somatischen Akutmedizin geschätzt. Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass auch (halb-)privat Versicherte gleichzeitig grundversichert sind. Folglich ist bei der Bedarfsplanung die Gesamtheit der zu erbringenden Leistungen zu berücksichtigen.

Die Gleichbehandlung öffentlicher und privater Institutionen in der Finanzierung ist mit massiven Mehrkosten für die Spitalversorgung verbunden. Die medizinische Statistik zeigt auf, dass die bernischen Privatspitäler 2005 rund 30% der stationären Spitalleistungen im Kanton Bern erbrachten. Im Bereich nur grundversicherter Patientinnen und Patienten entfiel rund ein Viertel der stationären Leistungen im Kanton Bern auf Privatspitäler. Alle nicht subventionierten Leistungserbringer im Kanton Bern verfügen über allgemeine Abteilungen und tragen insgesamt wesentlich zur somatischen Akutversorgung im Kanton Bern bei.

Die Mitfinanzierung aller stationären Behandlungen von Patientinnen und Patienten mit Wohnort im Kanton Bern in Privatspitälern würde den Kanton jährlich über 200 Millionen Franken kosten, so eine Schätzung der GEF. Gemäss der Motion wären jedoch in Privatspitälern lediglich Leistungen auf allgemeinen Abteilungen (Angebote der sog. A-Liste) durch den Kanton mitzufinanzieren. Gemäss medizinischer Statistik hätte dies 2005 rund 60% der Patientinnen und Patienten der bernischen Privatspitäler betroffen. Mit der Mitfinanzierung von Leistungen auf allgemeinen Abteilungen von Privatspitälern würden diese jedoch zu öffentlich subventionierten Institutionen, was gemäss aktueller Rechtsprechung² zur Folge hätte, dass auch Behandlungen in den (halb-)privaten Abteilungen durch den Kanton mitfinanziert werden müssten.

Der Umfang der dem Kanton entstehenden Mehrkosten kann nur durch eine Einschränkung des Angebots von Privatspitälern auf der Spitalliste oder durch eine Neuregelung der Spitalfinanzierung im KVG beeinflusst werden.

Eine Einschränkung von Angeboten ist im Rahmen der geltenden Gesetze grundsätzlich auch mittels einer integralen Liste möglich. So können Leistungsaufträge (im Sinne des KVG) mit einer Zusatzbemerkung ergänzt werden, wonach eine Institution gänzlich oder in einem bestimmten Fachgebiet keine allgemeine Abteilung führen darf, welche zur Abrechnung zulasten der OKP zugelassen ist.

Wie von der Motionärin bemerkt, wäre eine kurzfristige Neuregelung der Finanzierung von Spitalleistungen der Privatspitäler nur im Kanton Bern – ohne entsprechende Änderung des KVG – wegen der hohen Mehrkosten nicht ohne Änderung der finanzpolitischen Rahmenbedingungen realisierbar.

Der Regierungsrat sieht jedoch vor, bezüglich der kantonalen Mitfinanzierung von Spitalleistungen der Privatspitäler, die sich auf der Spitalliste befinden, nicht im Alleingang zu handeln, sondern allfällige Neuregelungen in Übereinstimmung mit der KVG-Teilrevision zur Spitalfinanzierung umzusetzen. Zum Zeitpunkt der Erarbeitung der vorliegenden Motionsantwort zeichnen sich verschiedene Änderungen des KVG ab. Demnach soll der Kantonsbeitrag an Behandlungen in allen Institutionen der Spitalliste inkl. diesbezügliche Investitionen künftig bei mindestens 55 Prozent bzw. der Beitrag der Krankenversicherer auf maximal 45 Prozent festgelegt werden. Zudem sollen die Krankenversicherer die Möglichkeit erhalten, mit privaten Spitälern bzw. Abteilungen, die nicht auf der Spitalliste eines Kantons figurieren, Verträge abzuschliessen. Diese Vertragsspitäler sollen ebenfalls Leistungen zulasten der OKP abrechnen können, allerdings ohne Anrecht auf Kantonsbeiträge. Des Weiteren soll Patientinnen und Patienten die schweizweit freie Spitalwahl zugebilligt werden. Unbestritten erscheint die Einführung leistungsbezogener Pauschalen mit schweizweit einheitlichen Strukturen, inkl. Einbezug der Investitionen (monistische Investitionsfinanzierung). Den Kantonen wird wohl eine Frist von zwei bis drei Jahren eingeräumt

² Vgl. EVG Urteil vom 30.11.2001 (BGE 127 V 422).

werden, ihre Spitalplanung und -finanzierung der neuen Gesetzgebung anzupassen. Voraussichtlich im Juni 2007 werden die noch bestehenden Differenzen zwischen den eidgenössischen Räten bereinigt und definitive Revisionsentscheide gefällt werden. Aus Sicht des Regierungsrates sollten erst im Anschluss daran konkrete Umsetzungsentscheide getroffen werden.

Buchstabe c

Die Motionärin verlangt die Einführung einer geteilten Spitalliste. Notwendige Angebote für nur Grundversicherte sollen neu auf einer A-Liste figurieren. Alle dort aufgeführten Institutionen wären berechtigt, ihre Leistungen zugunsten von nur grundversicherten Patientinnen und Patienten zulasten der OKP abzurechnen. Sofern öffentliche und öffentlich subventionierte Leistungserbringer diesen Bedarf nicht decken können, sind allgemeine Abteilungen³ von Privatspitälern in die Liste aufzunehmen.

In der B-Liste dagegen sollen (halb-)private stationäre Abteilungen aufgeführt werden, welche zur Abrechnung zulasten der Grundversicherung zugelassen wären. Es gilt dabei darauf hinzuweisen, dass auch bei einer geteilten Spitalliste sowohl Patientinnen und Patienten auf allgemeinen Abteilungen der A-Liste wie auch auf (halb-)privaten Abteilungen der B-Liste Anspruch auf Grundversicherungsleistungen der OKP für stationäre Behandlungen haben, da gemäss KVG alle, auch die (halb-)privat versicherten Personen, grundversichert sind.

Die Bedeutung der Spitalliste liegt bisher grundsätzlich darin, dass nur Spitäler, die darauf verzeichnet sind, ihre dem Leistungsauftrag entsprechenden Leistungen zu Lasten der OKP abrechnen können (Artikel 35 Absatz 1 in Verbindung mit Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe e KVG). Damit bezweckt das KVG, die Zahl der Leistungserbringer und die daraus entstehenden Leistungen und Kosten zu Lasten der OKP einzudämmen. Die Patientinnen und Patienten können zwischen allen öffentlichen, öffentlich subventionierten und privaten Spitälern auf der Spitalliste ihres Wohnkantons frei wählen. Privatspitäler, die gegenwärtig auf der Berner Spitalliste aufgeführt sind, können Leistungen zu Lasten der OKP abrechnen und müssen mit den Krankenversicherern Tarife zur Abgeltung ihrer Spitalbehandlungen vereinbaren.⁴ Mit dem vom Regierungsrat genehmigten Vertrag zwischen santésuisse und dem Verband der Privatspitäler des Kantons Bern existieren seit 2004 OKP-Tarife für Spitalaufenthalte in den Privatspitälern.⁵ Privatspitäler erhalten jedoch – anders als die öffentlich subventionierten Spitäler – keine kantonalen Beiträge.⁶

In diesem Zusammenhang sei nochmals bemerkt, dass die Streichung von Angeboten in allgemeinen Abteilungen von Privatspitälern auch über eine integrale Spitalliste umgesetzt werden kann.

Welche Auswirkungen die derzeitige KVG-Revision (vgl. Bemerkungen zu Buchstabe b) auf die Ausgestaltung der Spitalliste haben wird, kann zurzeit nicht beantwortet werden.

³ Der Begriff „allgemeine Abteilung“ wird dabei als ein Standard betrachtet und muss nicht zwingend eine räumliche Einheit bezeichnen.

⁴ Kommt kein Tarifvertrag zustande, setzt die Kantonsregierung den Tarif fest (Art. 47 Abs. 1).

⁵ RRB 0316/2005 vom 26. 1. 2005

⁶ Gemäss Art. 49 Abs 1 KVG

Buchstabe d

Mit dem letzten Punkt der Motion wird der Regierungsrat beauftragt, vor Inkrafttreten der neuen Spitalliste frühzeitig eine Neuaushandlung der Tarifverträge mit Privatspitälern durch die Tarifpartner zu veranlassen.

Im Kanton Bern benutzen die Krankenversicherer bei den Zusatzversicherten unterschiedliche Referenztarife für den OKP-Anteil, nämlich den jeweiligen OKP-Tarif der öffentlichen bzw. der Privatspitäler. Dieser umfasst bei den öffentlich subventionierten Spitälern seit dem 1. Januar 2007 durchschnittlich 47% der anrechenbaren Kosten (d.h. ohne Investitionskosten) und bei den Privatspitälern 100% der Betriebs- und Investitionskosten. In anderen Kantonen benutzen die Versicherer zur Bestimmung des OKP-Anteils bei den Zusatzversicherten in der Regel auch bei den Privatspitälern einen Referenztarif der öffentlichen Spitäler, was sich positiv auf die Prämien der OKP auswirkt.

Es gilt zu betonen, dass die Tarifgestaltung im KVG vom Grundsatz der Vertragsfreiheit getragen ist. Die Entschädigungen für die erbrachten Leistungen sind nach dem Willen des Gesetzgebers sowohl im ambulanten wie auch im stationären und teilstationären Bereich in erster Linie in Tarifverträgen zwischen Versicherern und Leistungserbringern festzulegen. Der Kanton ist dabei nicht Vertragspartner. Die Tarifverträge bedürfen der Genehmigung durch den Regierungsrat. Dieser prüft, ob die Verträge mit dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit in Einklang stehen⁷.

Santésuisse und der Verband der Privatspitäler des Kantons Bern haben einen Tarifvertrag betreffend stationäre Behandlungen in der allgemeinen Abteilung von Privatspitälern abgeschlossen und dem Regierungsrat zur Genehmigung beantragt. Da der Vertrag mit dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit in Einklang steht, hat ihn der Regierungsrat genehmigt. Die Kompetenzen der Genehmigungsbehörde erschöpfen sich in der Erteilung oder Verweigerung der Genehmigung. Der Bundesrat als Beschwerdeinstanz führt diesbezüglich in seiner Rechtsprechung aus, bei einer behördlichen Abänderung des genehmigungsbedürftigen Vertrages würde der Vertragsinhalt als Gesamtpaket und damit die gegenseitige Willensübereinstimmung der vertragschliessenden Parteien in Frage gestellt.

Der OKP-Vertrag basiert darauf, dass der Kanton nicht an die Behandlungen in Privatspitälern bezahlt. Sofern der Kanton diese Spitäler ebenfalls mitfinanzieren würde, darf davon ausgegangen werden, dass die Versicherer den bestehenden Vertrag kündigen einen neuen OKP-Vertrag anstreben werden, der die neuen Rahmenbedingungen berücksichtigt.

Fazit

Die Planung des Leistungsbedarfs wird im Kanton Bern mithilfe der Versorgungsplanung umgesetzt und bildet Grundlage zur Erstellung der Spitalliste. Die Spitalliste wird nach Genehmigung der Versorgungsplanung einer Gesamtrevision unterzogen werden. Dabei werden alle Angebote generell überprüft werden. Bezüglich der Finanzierung von Leistungen in Privatspitälern wird ein auf die Revision des KVG abgestimmtes Vorgehen vorgeschlagen. Zum Zeitpunkt der Erstellung der Motionsantwort zeichnet sich eine künftige Mitfinanzierung aller Listenspitäler ab. Aus diesen Gründen beantragt der Regierungsrat die Annahme der Buchstaben a und b als Postulat.

Aus Sicht des Regierungsrates weist eine geteilte Spitalliste keine erkennbaren Vorteile gegenüber der heutigen, integralen Form der Liste auf. Die Forderung aus Buchstabe c wird zur Ablehnung empfohlen.

Aus rechtlichen Gründen ist es dem Regierungsrat nicht möglich, eine Neuaushandlung des Vertrags zwischen den Privatspitälern und den privaten Leistungserbringern des Kantons Bern zu erzwingen und so der Forderung des Buchstaben d zu entsprechen. Es

⁷ Vgl. Art. 46 Abs. 4 KVG

bleibt darauf hinzuweisen, dass infolge einer allfälligen künftigen Mitfinanzierung aller Institutionen der Spitalliste im Rahmen der besagten KVG-Teilrevision zur Spitalfinanzierung von einer Neuaushandlung der Tarife auszugehen ist. Es wird beantragt, den Auftrag d abzulehnen.

Antrag: Annahme der Buchstaben a und b als Postulat.
Ablehnung der Buchstaben c und d.

An den Grossen Rat: