
Vorstoss-Nr: 214-2011
Vorstossart: **Interpellation**
Eingereicht am: 15.06.2011
Eingereicht von: Schürch (Huttwil, SVP) (Sprecher/ -in)
Weitere Unterschriften: 0
Dringlichkeit:
Datum Beantwortung: 17.08.2011
RRB-Nr: 1371/2011
Direktion: GEF



Lauter Fragezeichen zu den Kostenberechnungen bei der Spitalfinanzierung

Auf den Kanton Bern kommen mit der ab 2012 geltenden Spitalfinanzierung sowie der Neuordnung der Pflegefinanzierung immense finanzielle Herausforderungen zu.

Die Gesundheitsdirektion geht hierbei allein für die akutstationäre Versorgung für das Jahr 2012 von einer Kostenerwartung von rund 797 Mio. Franken (ohne Teuerung) zu Lasten des Kantons Bern aus, was einer Mehrbelastung von jährlich 260 Mio. Franken entsprechen soll.

Die Zahlen, die der Regierungsrat bisher zu den künftigen Kosten für die akutstationäre Behandlung bekanntgab, beunruhigen, denn sie scheinen sehr optimistisch gerechnet.

Der Regierungsrat wird um die Beantwortung folgender Fragen gebeten:

1. Zum Casemix:
 - a) Aufgrund welcher Planungsmassnahmen geht er davon aus, dass der Casemix für 2012 tiefer als der langjährige Trend liegen wird, nachdem die derzeitigen gemeinsamen Annahmen der öffentlichen und privaten Spitäler für 2012 von einem Casemix von rund 137'000 ausgehen?
 - b) Falls sich der Casemix (bei unveränderten Planungsannahmen bezüglich Baserate) auf der Höhe des langjährigen Trends bewegen sollte: Mit welchen zusätzlichen Kosten gegenüber den Planungsmassnahmen müsste der Kanton Bern rechnen?
 - c) Welche quantitativen finanzplanerischen Vorkehrungen hat die Gesundheitsdirektion für einen solchen Fall getroffen?
2. Zur Höhe der Baserate:
 - a) Aufgrund welcher Planungsmassnahmen geht er davon aus, dass die Baserate für 2012 bereits deutlich tiefer als der langjährige Trend und insbesondere auch wesentlich tiefer als die extrapolierte, heute gültige, effektive Baserate liegen wird?
 - b) Falls sich die Baserate (bei unveränderten Planungsannahmen bezüglich Casemix) entgegen den Erwartungen der Gesundheitsdirektion in den kommenden Jahren auf der Höhe des langjährigen Trends bewegen sollte: Mit welchen zusätzlichen Kosten gegenüber den Planungsmassnahmen müsste der Kanton Bern rechnen?

- c) Welche quantitativen finanzplanerischen Vorkehrungen hat die Gesundheitsdirektion für einen solchen Fall getroffen?
3. Zur Aufteilung der Kosten zwischen Kanton und Versicherern:
- a) Hat die Gesundheitsdirektion in ihren Planungsannahmen die Unterscheidung in „anrechenbare Kosten gemäss KVG“ (anteilig zu Lasten Versicherer und Kanton) einerseits und „erhöhte Baserate“ (allein zu Lasten Kanton) andererseits im Sinne der langjährigen Empfehlungspraxis von Preisüberwacher (PUE) und Bundesamt für Gesundheit (BAG) bzw. Entscheidpraxis des Bundesverwaltungsgerichts (BVG) berücksichtigt?
 - i. Zusatzfrage, wenn nein: Mit welchen Zusatzkosten gegenüber den Erwartungen der Gesundheitsdirektion (bei unveränderten Planungsannahmen bezüglich Baserate) müsste der Kanton bei strikter und korrekter Aufteilung dieser Kosten gemäss langjähriger Praxis von PUE, BAG und BVG rechnen?
 - ii. Welche quantitativen finanzplanerischen Vorkehrungen hat die Gesundheitsdirektion für einen solchen Fall gezogen?
 - iii. Zusatzfrage, falls die Gesundheitsdirektion von der Annahme ausgegangen sein sollte, dass die gesamte Baserate im Verhältnis von 55 Prozent / 45 Prozent zwischen Kanton und Versicherern aufgeteilt werden sollte: Wie sind solche Planungsannahmen mit den gesetzlichen Grundlagen (z. B. Art. 49 und 49a KVG) bzw. mit der langjährigen Praxis von BAG und Preisüberwacher zu vereinbaren?
4. Nachdem sich die Gesamtkosten aus der Multiplikation von Casemix und Baserate ergeben:
- a) Mit welchen kumulativen Mehrkosten gegenüber den Planungsannahmen der Gesundheitsdirektion müsste im schlimmsten Fall zu Lasten des Kantons gerechnet werden, falls sich sowohl hinsichtlich Baserate bzw. deren Aufteilung zwischen Kanton und Versicherern als auch bezüglich der Entwicklung des Casemix
 - i. die Entwicklung bezüglich Baserate eher im langjährigen Trend bewegen sollte?
 - ii. die Entwicklung bezüglich Casemix eher in der Höhe der Schätzung der bern. Spitäler bewegen sollte?
 - iii. und eine strikte Trennung der „anrechenbaren Kosten gemäss KVG“ und Praxis Preisüberwacher in weiteren Kosten rein zu Lasten des Kantons in nicht geplanten, zusätzlichen Kosten niederschlagen sollte?
 - b) Welche quantitativen finanzplanerischen Vorkehrungen hat die Gesundheitsdirektion für einen solchen Fall getroffen?
5. Es ist bekannt, dass Systemwechsel in aller Regel wegen „Mitnahmeeffekten“ zu sachfremden Teuerungsschüben führen, wie dies z. B. bei der Einführung des Euro („Teuro“), aber auch bei der Einführung von Tarmed beobachtet werden konnte. Die Branche erwartet auch im Fall der Einführung der Swiss DRG ein solches Phänomen. So hat der Direktor des Swiss-DRG-Instituts kürzlich die Vermutung geäußert, dass die Einführung von Swiss DRG zu einem solchen Schub von rund 500 Mio. Franken führen könnte. Regierungsrat Carlo Conti, Vizepräsident der Sanitätsdirektorenkonferenz und VRP von Swiss DRG spricht gar von einer Milliarde (!) Franken. Dies würde rein rechnerisch die Prämien- und Steuerzahler, auch im Kanton Bern, mit rund 60 bis 120 Mio. Franken belasten.
- a) Hat die Gesundheitsdirektion in ihren Planungsannahmen solche an sich sachfremde, aber eben durchaus realistische Möglichkeiten der Kostensteigerung in ihre Berechnungen miteinbezogen?
 - b) Welche quantitativen finanzplanerischen Vorkehrungen hat die Gesundheitsdirektion für einen solchen Fall getroffen?

Antwort des Regierungsrates

Der Regierungsrat geht weiterhin von einer Mehrbelastung von jährlich CHF 260 Mio. für die Spitalversorgung ab 2012 aus. Die Fragen des Interpellanten kann er wie folgt beantworten:

1) Zum Casemix:

a) Dem Regierungsrat ist keine gemeinsame Schätzung der öffentlichen und privaten Spitäler für den Casemix 2012 bekannt. Basierend auf den Daten 2008 nimmt jedoch die Versorgungsplanung einen medizinisch indizierten Leistungsbedarf (Casemix, d.h. nach Kostenintensität bzw. Schweregrad gewichtete Fallzahl) der Berner Wohnbevölkerung für 2011 von rund 137'000 bzw. für 2012 von rund 139'000 an. Diese Annahmen zum Bedarf orientieren sich an den Rahmenbedingungen, die ab 2012 gelten. Die darin vorgenommene versorgungsspezifische Optimierung aufgrund von Benchmarkings führt dazu, dass der Casemix in der Bedarfsprognose weniger schnell ansteigt als in der Vergangenheit.

b) Folgt die Entwicklung des Casemixes nicht dem Bedarf bzw. wird das heute vorhandene Verbesserungspotential in der Art der Versorgung und in der Aufenthaltsdauer nicht ausgeschöpft, so wird der Casemix stärker zunehmen als in der Versorgungsplanung angenommen. Es ist dann mit zusätzlichen Kosten von insgesamt CHF 37 Mio. zu rechnen, was bei einem Kostenanteil von 55 Prozent eine Mehrbelastung von CHF 20 Mio. für die öffentliche Hand bedeuten würde. Der geplante Bedarf kann auch von der effektiven Entwicklung abweichen, da die Versorgungsplanung gewisse Fehlanreize nicht aufnehmen kann. Dabei kann es sich z.B. um eine angebotsindizierte oder durch nicht korrekte Kodierpraxis bedingte Mengenausweitung handeln. Solche Risiken kann der Regierungsrat nicht kostenmässig quantifizieren, er kann lediglich versuchen, sie mit entsprechenden Massnahmen (wie Mengensteuerung über die Spitalliste oder Kodierrevisionen) so weit wie möglich zu verhindern.

c) Die GEF hat keine quantitativen finanzplanerischen Vorkehrungen getroffen, da zumal die knappen finanziellen Mittel des Kantons Bern nicht erlauben, dass solche in das Budget aufgenommen werden. Das Budget basiert auf den unter a) genannten Annahmen zur Kostenprognose der Versorgungsplanung.

2) Zur Höhe der Baserate:

a) Die in der Versorgungsplanung angenommenen Basisaufwände basieren auf den Baserates 2010 für die kantonale Leistungsabgeltung (exkl. Investitionen) der öffentlichen Spitäler, einem Optimierungspotential von 10 Prozent (Vergleich der Fallkosten mit den Zürcher Spitälern), einer jährlichen Teuerung von 2,4 Prozent und einem Investitionszuschlag von 12 Prozent für die RSZ bzw. 13 Prozent für das Inselspital. Aufgrund der neuen Rahmenbedingungen ab 2012 wurde die Baserate für das Inselspital zusätzlich um geschätzte Kosten für die Lehre und Forschung sowie die ärztliche Weiterbildung bereinigt. Mit diesen Annahmen zur Entwicklung der Basisaufwände bzw. der darauf basierenden Baserates wurde die Kostenprognose der Versorgungsplanung erstellt.

b) Findet überhaupt keine Optimierung seitens Basisaufwands statt, ist mit zusätzlichen Kosten von insgesamt CHF 158 Mio. zu rechnen, was bei einem Kostenanteil von 55 Prozent eine Mehrbelastung von CHF 87 Mio. für die öffentliche Hand bedeuten würde. Die der Kostenprognose zugrunde liegenden optimierten Baserates widersprechen jedoch nicht dem langfristigen Trend, sondern sind sehr wohl realistisch. Einerseits sanken die in der kantonalen Leistungsabgeltung vereinbarten Baserates für die öffentlichen Spitäler in den vergangenen Jahren. Andererseits würden nicht optimierte Baserates bedeuten, dass die privaten Spitäler ihre Leistungen zukünftig zu einem höheren Tarif abrechnen könnten. Der optimierte Ausgangswert (für RSZ) entspricht nämlich ungefähr den heutigen Baserates der Privatspitäler.

c) Die GEF hat keine quantitativen finanzplanerischen Vorkehrungen getroffen, da zumal die knappen finanziellen Mittel des Kantons Bern nicht erlauben, dass solche in das Budget aufgenommen werden. Das Budget basiert auf den unter b) genannten Annahmen zur Kostenprognose der Versorgungsplanung.

3) Zur Aufteilung der Kosten zwischen Kanton und Versicherern:

Für die Vergütung der stationären Behandlungen ab 2012 haben die Spitäler und die Krankenversicherer leistungsbezogene Pauschalen zu vereinbaren, die vom Kanton und den Versicherern anteilmässig zu übernehmen sind. Der Anteil des Kantons Bern beträgt für 2012 55 Prozent. Die zu vereinbarenden Pauschalen haben sich einerseits an der Entschädigung jener Spitäler zu orientieren, welche die tarifizierte obligatorisch versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen. Andererseits dürfen sie keine Kostenanteile für gemeinwirtschaftliche Leistungen enthalten. Die neuen Rahmenbedingungen wurden einerseits in den Basisaufwänden der Versorgungsplanung berücksichtigt. Andererseits führen sie dazu, dass die zukünftigen Baserates nicht ohne weiteres auf der langjährigen Praxis von Preisüberwachung, Bundesamt für Gesundheit und Bundesverwaltungsgericht basieren dürfen. Die in dieser Praxis verwendeten normativen Abzüge und Vorgehensweisen dürfen nicht einfach übernommen werden. Ebenso können die zukünftigen Baserates nicht den bisherigen in den Leistungsverträgen vereinbarten Kantonsbaserates gegenübergestellt werden. Aufgrund der Aufwandsteuerung umfassen diese sämtliche Nettoakut aufwände, d.h. z.B. auch Arzthonorare des Zusatzversicherungsbereichs und ärztliche Weiterbildungen. Zudem ist die Finanzierung der Investitionen sowie der nicht-universitären Lehre ab 2012 neu geregelt.

Nebst dem budgetierten Kantonsanteil an den stationären Spitalaufenthalten für die Berner Wohnbevölkerung sind im Budget 2012 (Voranschlag 2012; Stand Juli 2011) Zusatzfinanzierungen im Umfang von rund CHF 200 Mio. enthalten. Darunter können u.a. die ärztliche Weiterbildung und sonstige gemeinwirtschaftliche Leistungen sowie spezifische Projektfinanzierungen, für z.B. integrierte Versorgung oder Hausarztmodell, fallen.

4) Zu den Gesamtkosten aus der Multiplikation von Casemix und Baserate:

Die Antworten dazu ergeben sich aus den Erläuterungen des Regierungsrats in den vorangehenden Ziffern. Zusammengefasst heisst dies, dass wenn sowohl beim Casemix als auch bei den Baserates überhaupt keine Optimierung stattfinden würde, für den Kanton – verglichen mit dem Voranschlag 2012, Stand Juli 2012 – maximal eine Mehrbelastung von CHF 107 Mio. resultieren würde. Der Regierungsrat erachtet jedoch das Verbesserungspotential als realistisch und erwartet keine zusätzliche Belastung. Deshalb und auch aufgrund der knappen vorhandenen finanziellen Mittel wurden keine quantitativen finanzplanerischen Vorkehrungen getroffen.

5) Zu den Mitnahmeeffekten

Die neue dual-fixe Finanzierung führt zu einer Verschiebung der Kosten zwischen Kanton und Krankenversicherer. Der Kanton Bern rechnet – wie in der Interpellation erwähnt – mit einer Mehrbelastung des öffentlichen Haushaltes von rund CHF 260 Mio. und im Gegenzug mit einer Entlastung der OKP von rund CHF 200 Mio. sowie der Zusatzversicherungen von rund CHF 60 Mio. Aufgrund des sogenannten OKP-Vertrages zwischen den Privatspitälern und den Krankenversicherern werden im Kanton Bern die Kosten mehrheitlich von der OKP zur öffentlichen Hand verschoben und nicht wie in den meisten anderen Kantonen vom Zusatzversicherungsbereich zur OKP und zur öffentlichen Hand. Der Regierungsrat erwartet von den Krankenversicherern, dass sie die Entlastung an die Versicherten weitergeben. In der Folge sollten sich die Krankenkassenprämien im Kanton Bern ab 2012 stabilisieren und dann sogar sinken resp. dem Anstieg von Gesundheitskosten aufgrund von beispielsweise medizinischem Fortschritt oder demographischen Veränderungen entgegen wirken. Bei den in verschiedenen Zusammenhängen von verschiedenen Akteuren erwähnten Zusatzkosten handelt sich somit nicht um Mehrkosten, die aufgrund der Einführung von SwissDRG entstehen, sondern um eine Verschiebung der Kosten zwischen den verschiedenen Finanzierern.

Ein „Mitnahmeeffekt“ ist zwar nicht völlig auszuschliessen, da wie in jedem neuen System Anreize für eine betriebswirtschaftliche Optimierung bestehen. Einerseits dürfte sich dieser aber gerade im Kanton Bern in einem bescheidenen Rahmen bewegen, da die Spitäler bereits mit einem DRG-System abrechnen, dem sogenannten APDRG (All Patients Dia-

gnosis Related Groups). Andererseits ist es die Aufgabe der SwissDRG AG negative Effekte zu überwachen und zu korrigieren, da SwissDRG als lernendes System aufgebaut ist. Zudem gilt es darauf hinzuweisen, dass ein Wechsel des Tarifmodells gemäss Artikel 59c Absatz 1 Buchstabe c KVV keine Mehrkosten verursachen darf. Siehe zudem auch die Ausführungen zu den Fehlanreizen unter der Ziffer 1b).

An den Grossen Rat