

Vortrag

Datum RR-Sitzung: 7. Januar 2014
Direktion: Gesundheits- und Fürsorgedirektion
Geschäftsnummer:
Klassifizierung: Nicht klassifiziert

Rahmenkredit 2014-2015 zur Abgeltung weiterer Beiträge im Rahmen des Spitalversorgungsgesetzes, mehrjähriger Verpflichtungskredit

Inhaltsverzeichnis

1	Zusammenfassung	1
2	Rechtsgrundlagen	2
3	Beschreibung des Geschäfts/Vorhabens	2
3.1	Ausgangslage.....	3
3.2	Zusammenhang Voranschlag und Rahmenkredit	4
3.3	Übersicht der im SpVG vorgesehenen „weiteren Beiträge“	5
4	Verhältnis zu den Richtlinien der Regierungspolitik und anderen wichtigen Planungen	9
5	Finanzielle und personelle Auswirkungen	10
5.1	Kosten und Finanzierung	10
5.2	Personelle Auswirkungen	10
6	Auswirkungen auf die Gemeinden	10
7	Auswirkungen auf Wirtschaft, Umwelt und Gesellschaft.....	10
8	Antrag.....	10

1 Zusammenfassung

Neben der pauschalen Abgeltung der stationären Behandlung in Listenspitälern durch den Kanton nach dem Krankenversicherungsgesetz kann dieser gemäss Spitalversorgungsgesetz vom 13. Juni 2013 (SpVG; BSG 812.11) weitere Beiträge gewähren. Gemäss Art. 139 SpVG beschliesst der Grosse Rat in der Regel alle vier Jahre für folgende Abgeltungen einen Rahmenkredit:



- Beiträge für Modellversuche,
- Beiträge für medizinische Innovationen,
- Abgeltung ambulanter Spitalversorgungsleistungen,
- Abgeltung der Leistungen der integrierten Versorgung,
- Abgeltung zusätzlicher Leistungen,
- Abgeltung von Vorhalteleistungen und
- Ausgaben für die ärztliche und pharmazeutische Weiterbildung.

Über die Verwendung des Rahmenkredits beschliesst die Gesundheits- und Fürsorgedirektion (GEF).

Gemäss Vortrag zum SpVG, Artikel 139 Absatz 1, kann der Kanton Bern mit finanziellen Zuschüssen steuernd eingreifen, wenn die Versorgungssicherheit gemäss Versorgungsplanung gefährdet ist, wenn aufgrund von Fehlanreizen volkswirtschaftlicher Schaden zu entstehen droht oder wenn Entwicklungsbedarf besteht. Eine solche Intervention kann nötig werden, wenn versorgungsplanerische Ziele nicht allein mit der Abgeltung der Hauptleistungen in der stationären Spitalversorgung nach Artikel 49a KVG erreicht werden können. Zur Erreichung dieser Ziele dienen die in Absatz 1 des Gesetzes genannten Beiträge. Dabei kommen die Beiträge des Kantons lediglich subsidiär zum Tragen.

Aufgrund einiger in Veränderung begriffener Prozesse wie z.B. die Überarbeitung der Finanzierung ärztlicher Weiterbildungen auf Stufe Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) und die vorgesehene Regionalisierung der Psychiatrieversorgung sowie die Verselbständigung der drei staatlichen psychiatrischen Institutionen, wird vorerst ein Rahmenkredit für die Zeitspanne von zwei und nicht – wie in Art. 139 SpVG als Regelfall vorgesehen – von vier Jahren beantragt. Der Rahmenkredit umfasst die im Rahmen des Voranschlages bzw. Aufgaben- und Finanzplanes vorgesehenen Mittel für die oben genannten Beiträge.

2 Rechtsgrundlagen

- Spitalversorgungsgesetz vom 13. Juni 2013 (SpVG; BSG 812.11), Artikel 59 bis 69, 104, 105, 115, 116, 150 und Artikel 139 Absatz 1 und 2.
- Organisationsverordnung der Gesundheits- und Fürsorgedirektion vom 29. November 2000 (OrV GEF; BSG 152.221.121), Artikel 13
- Gesetz vom 26. März 2002 über die Steuerung von Finanzen und Leistungen (FLG; BSG 620.0), Artikel 46, 48 Absatz 2, 50 Absatz 3 und Artikel 53.
- Verordnung vom 3. Dezember 2003 über die Steuerung von Finanzen und Leistungen (FLV BSG 621.1), Artikel 149.

3 Beschreibung des Geschäfts/Vorhabens

Die Teilrevision Spitalfinanzierung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) führte zur Totalrevision des Spitalversorgungsgesetzes. Artikel 49 und 49a KVG regeln die Vergütung der stationären Behandlungen. Demnach vereinbaren Versicherer und Leistungserbringer Pauschalen, die leistungsbezogen sind und auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen beruhen müssen. Diese Pauschalen dürfen keine Kostenanteile für gemeinwirtschaftliche Leistungen enthalten und gemäss Art. 59c der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) höchstens die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken. Das revidierte SpVG wiederum sieht

vor, dass der Kanton auf der Grundlage der Versorgungsplanung zusätzliche Leistungen vergüten kann.

Artikel 139 Absatz 1 und 2 SpVG regelt die Zuständigkeit für die Ausgabenbewilligung; damit wird von den ordentlichen Zuständigkeiten gemäss FLG und FLV abgewichen. Gemäss Vortrag zum SpVG, Artikel 139 Absatz 1, kann der Kanton Bern mit finanziellen Zuschüssen steuernd eingreifen, wenn die Versorgungssicherheit gemäss Versorgungsplanung gefährdet ist, wenn aufgrund von Fehlanreizen volkswirtschaftlicher Schaden zu entstehen droht oder wenn Entwicklungsbedarf besteht. Eine solche Intervention kann nötig werden, wenn versorgungsplanerische Ziele nicht allein mit der Abgeltung der Hauptleistungen in der stationären Spitalversorgung nach Artikel 49a KVG erreicht werden können. Zur Erreichung dieser Ziele dienen die in Absatz 1 des Gesetzes genannten Beiträge. Damit diese Ausgaben mit den versorgungsplanerischen Zielen vereinbar und ausgewogen über das ganze Spitalversorgungssystem verteilt sind, erstellt die GEF grundsätzlich im Vierjahresrhythmus einen Plan für die in Frage kommenden Leistungen. Im Rahmenkredit sind nur Beiträge enthalten, die in einem gewissen Umfang planbar sind. Da die Beiträge für allfällige Restrukturierungen, Investitionen sowie für Darlehen und Bürgschaften kaum planbar sind, sind hierfür gemäss Art. 139 Abs. 1 SpVG keine Mittel im vorliegenden Kredit aufzunehmen.

Artikel 139 Absatz 2 SpVG delegiert die Verwendung des Rahmenkredites an die GEF. Die GEF löst den Rahmenkredit mit Ausführungsbeschlüssen aus. Im Geschäftsbericht legt sie jährlich Rechenschaft über die Verwendung des Rahmenkredits ab.

3.1 Ausgangslage

Die in der Tabelle aufgeführten Mittel (am Ende dieses Punktes) entsprechen dem Vorschlag 2014 und dem Aufgaben-/Finanzplan 2015 gemäss den Entscheiden des Grossen Rates vom November 2013 (Beschluss VA 2014 sowie Kenntnisnahme AFP 2015-2017 und Bericht über die Angebots- und Strukturüberprüfung „ASP 2014“). Die ASP-Massnahme „Streichung der Mitfinanzierung nicht spitalbedürftiger Personen“ ist in diesem Beschluss somit berücksichtigt. Bei den aufgeführten Beiträgen handelt es sich einzig um sogenannte gemeinwirtschaftliche Leistungen gemäss der durch den Regierungsrat genehmigten und vom Grossen Rat zur Kenntnis genommenen Versorgungsplanung. Die Zuteilung zu den einzelnen Beiträgen entspricht dem aktuellen Wissensstand. Sollten sich die Gegebenheiten im Verlauf der nächsten zwei Jahre ändern, wird die GEF im Rahmen ihrer Kompetenzen (siehe Art. 139 SpVG, Absatz 2) die Mittel anders zuteilen, soweit dies notwendig und möglich ist.

Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass keine Mittel mehr eingestellt sind für Unvorhergesehenes oder neue Modellversuche. Darunter leidet die zukunftsgerichtete Weiterentwicklung des Systems. Beispielsweise sind keine Mittel für die Förderung von eHealth vorhanden, wie der Bund sie vorsieht. Ebenfalls sind keine Mittel eingestellt für die Mitfinanzierung versorgungsnotwendiger Spitalleistungen im akutsomatischen Bereich, falls die letztinstanzlich festgelegten OKP-Tarife (gemäss Urteilen des Bundesverwaltungsgerichtes) die bei effizientem Betrieb anfallenden Kosten nicht zu decken vermögen und auch sonstige Finanzierungsquellen ausgeschöpft sind (Art. 67ff SpVG). Diesbezüglich ist darauf hinzuweisen, dass die GEF der Meinung ist, versorgungsnotwendige Leistungen seien durch die Versicherer via entsprechende Tarife mitzufinanzieren und bei der Genehmigung oder Festsetzung von Tarifverträ-

gen auch zu prüfen und zu berücksichtigen. Im Rahmen der Entlastungsmassnahmen in den letzten Jahren und den Massnahmen zur Angebots- und Strukturüberprüfung (ASP 2014; vgl. Bericht des Regierungsrates an den Grossen Rat vom 26. Juni 2013, Massnahme 4.1) wurden diese Mittel gestrichen. Es besteht deshalb keine Möglichkeit, zusätzliche Aufgaben finanziell abzugelten oder bestehende Beiträge aufzustocken.

In den nächsten Jahren stehen Projekte an, welche die Zuteilung und auch die Höhe der Mittel nachhaltig verändern können. Diese umfassen insbesondere die Verselbständigung der drei staatlichen psychiatrischen Institutionen, die Regionalisierung der Psychiatrieversorgung – wie dies in der Versorgungsplanung vorgesehen ist - sowie die Finanzierung ärztlicher Weiterbildungen auf Stufe Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK). Dies ist der Grund, weshalb der vorliegende Rahmenkredit lediglich zwei und nicht – wie in Art. 139 SpVG als Regelfall vorgesehen – vier Jahre umfasst.

Budgetierte Beiträge gemäss den heutigen Erkenntnissen und Möglichkeiten	Artikel SpVG	Beitrag 2014 (in Mio.)	Beitrag 2015 (in Mio.)
Modellversuche	115	0.0	0.0
Medizinische Innovation	116	3.0	3.0
Ambulante Spitalversorgungsleistungen	59ff	37.8	42.2
Leistungen der integrierten Versorgung	63 ff.	7.5	7.5
Zusätzliche Leistungen	66	7.8	6.8
Vorhalteleistungen	67 ff.	6.0	6.0
Ärztliche und pharmazeutische Weiterbildung	105	11.7	11.7
Total		73.8	77.2

3.2 Zusammenhang Voranschlag und Rahmenkredit

Bei der Ausgabenbewilligung handelt es sich um einen mehrjährigen Verpflichtungskredit in Form eines Rahmenkredits. Dieser berechtigt die GEF, im Rahmen des Betrages von CHF 151 Mio. über die Jahre 2014 und 2015 Verpflichtungen für die in Art. 139 SpVG aufgeführten Leistungen einzugehen. Die Mittelverwendung – insbesondere die Zuteilung der Mittel für die einzelnen Leistungen – erfolgt im pflichtgemässen Ermessen der GEF. Beim Rahmenkredit handelt es sich um ein sogenanntes Kostendach, so dass höhere Ausgaben nicht möglich sind. Er stellt eine Ermächtigung des Grossen Rats dar, bis zum bewilligten Betrag Mittel für die angeführten Zwecke zu verwenden. Angesichts der sehr schwierigen finanziellen Situation des Kantons ist nicht auszuschliessen, dass im Rahmen der Ablösung des Kredits durch die GEF die Mittel ggf. noch weiter reduziert werden müssten, wenn weitere Sparmassnahmen

anstehen. Im Geschäftsbericht der entsprechenden Jahre legt die GEF Rechenschaft über die Abteilungen ab.

3.3 Übersicht der im SpVG vorgesehenen „weiteren Beiträge“

Modellversuche (Artikel 115 SpVG, Abs. 4):

Das Gesundheitswesen zeichnet sich durch ständige Veränderungs- und Entwicklungsprozesse aus. Um dieser Dynamik gerecht zu werden, müssen neue Erkenntnisse gewonnen und mittels einer zeitlich beschränkten Anwendung erprobt werden können. Der Kanton führt Modellversuche durch, um neue oder veränderte Methoden, Konzepte, Regelungen, Formen oder Abläufe im Hinblick auf eine allfällige Implementierung zu dokumentieren und auszuwerten. Artikel 115 SpVG gibt der GEF die grundsätzliche Kompetenz, Modellversuche durchzuführen oder mit Beiträgen zu fördern. Dabei soll es einerseits möglich sein, Modellversuche innerhalb des eigentlichen Geltungsbereiches des SpVG durchzuführen, d.h. in der Spitalversorgung, im Rettungswesen oder in der Aus- und Weiterbildung sowie in deren Kooperationsfeldern. Darüber hinaus soll ermöglicht werden, Modellversuche an den Schnittstellen zwischen dem Geltungsbereich des SpVG und den Geltungsbereichen des Gesundheitsgesetzes vom 2. Dezember 1984 (GesG; BSG 811.01) und des Gesetzes vom 11. Juni 2001 über die öffentliche Sozialhilfe (Sozialhilfegesetz, SHG; BSG 860.1), d.h. an den Schnittstellen zu den vor- und nachgelagerten Versorgungsbereichen, durchzuführen oder mit Beiträgen zu fördern. Die Optimierung dieser Schnittstellen wird im Rahmen der angestrebten integrierten Versorgung in den kommenden Jahren zunehmend an Bedeutung gewinnen. Zurzeit sind keine Modellversuche budgetiert.

Medizinische Innovationen (Artikel 116 SpVG):

Das KVG legt fest, dass diagnostische und therapeutische Leistungen bei Krankheit grundsätzlich nur dann von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) mitfinanziert werden, wenn sie wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich erbracht werden (WZW-Kriterien). Eine neu in der Klinik eingesetzte medizinische Innovation wird erst dann systemkonform finanziert, wenn das Bundesamt für Gesundheit (BAG) die Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit beurteilt hat und wenn die SwissDRG AG¹ die Leistung im DRG-Fallpauschalensystem abgebildet hat. Diese beiden Antrags-, Beurteilungs- und Entscheidungsprozesse dauern mehrere Jahre. In dieser Zeit kann der Einsatz einer medizinischen Innovation in der Klinik zu einer Finanzierungslücke bei den Spitälern führen.

Mit den Beiträgen, die der Kanton gemäss Artikel 116 SpVG für einzelne medizinische Innovationen gewähren kann, trägt der Kanton im Rahmen der dafür bewilligten Ausgaben dazu bei, dass aus der Forschung herausgewachsene und vielversprechende Behandlungsverfahren allenfalls bereits vor Abschluss der Antrags-, Beurteilungs- und Entscheidungsprozesse des BAG und von SwissDRG den Patientinnen und Patienten zur Verfügung gestellt werden können.

¹ Swiss Diagnosis Related Groups AG

Ambulante Spitalversorgungsleistungen (Artikel 59ff und Artikel 150 SpVG)

Zurzeit fehlen die Bemessungsregeln für die Pauschalen gemäss Artikel 62 SpVG noch. Damit die Versorgung trotzdem gewährleistet werden kann, wurde als Übergangsbestimmung Artikel 150 eingefügt. Demnach kann die GEF bis zum Vorliegen der Liste der ambulanten Spitalversorgungsleistungen und der Bemessungsregeln für die Pauschalen nach Artikel 62 den im Kanton Bern gelegenen Listenspitälern und Listengeburtshäusern ambulante Spitalversorgungsleistungen über Leistungsverträge abgelden, wenn die ambulante Spitalversorgung nicht auf andere Weise sichergestellt oder weiterentwickelt werden kann und ein Verzicht unzumutbare Folgen für die Bevölkerung hätte.

Ambulante Spitalversorgungsleistungen werden im Kanton Bern in erster Linie im Psychriatriebereich mitfinanziert. Die institutionelle ambulante und tagesklinische Psychriatrieversorgung ist vergleichsweise schwach entwickelt und kann den weiterhin dominierenden stationären Bereich nicht nachhaltig entlasten. Für sämtliche Altersgruppen lässt sich in der ambulanten Versorgung ein ungedeckter Bedarf feststellen. Besonders gravierend ist die Unterversorgung jedoch in den Bereichen der Alterspsychiatrie sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Während der ausgewiesene Bedarf dieser beiden Altersgruppen nur zu einem Drittel gedeckt ist, können die Erwachsenen auf ein deutlich besser ausgebautes Angebot zurückgreifen, wobei aber beträchtliche regionale Disparitäten bestehen. Um die Inanspruchnahme von stationären Leistungen in der Psychiatrie verringern zu können, benötigt der Kanton Bern besser ausgebaute ambulante Angebote in den Regionen. Dazu gehören Akut-Tageskliniken als Alternative zu einem Spitalaufenthalt, aber auch weitere Angebote, die einen möglichst raschen Austritt aus dem Akutspital ermöglichen. Die Verlagerung der psychiatischen Grundversorgung in die Regionen und die konsequente Umsetzung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ wird Einsparungen im stationären Bereich mit sich bringen.

Der wichtigste Grund für die Zusatzfinanzierung liegt im heute gültigen Tarifsysteem (TAR-MED). Bestimmte Gruppen psychisch kranker Menschen sind auf Leistungen angewiesen, welche nicht Pflichtleistungen im Sinne des KVG sind und somit nicht über den KVG-Tarif (TARMED) gedeckt sind. Folglich können diese Leistungen nur durch eine kantonale Mitfinanzierung von ambulanten (sozial-) psychiatischen Leistungen erbracht werden. Darunter fallen beispielsweise aufwändige Absprache- und Vernetzungsleistungen bei Patientinnen und Patienten welche Unterstützung in verschiedenen Lebensbereichen benötigen (fallbezogene Koordination der Hilfesysteme), Leistungen der sozialen und beruflichen Integration oder die Behandlung von schwierig zu behandelnden mehrfach erkrankten Suchtpatientinnen und -patienten, welche unter anderem aufgrund der Absentismusproblematik² in der privaten Praxis kaum behandelt werden. Zudem bildet das Tarifsysteem TARMED spitalambulante Leistungen sowie komplexe Leistungen im Rahmen von Tageskliniken ungenügend ab. Der Kanton Bern will die Institutionen durch seine Mitfinanzierung dazu motivieren, nicht aus Überlegungen der zu erwartenden höheren stationären Abgeltung Patientinnen und Patienten stationär zu versorgen, wenn dies unter medizinischen Gesichtspunkten auch ambulant möglich wäre.

² Die Suchtpatientinnen und -patienten nehmen die Termine oft nicht wahr, weshalb als Folge keine Leistungen verrechnet werden können.

Die kantonale Mitfinanzierung basiert auf Normkosten, die anhand der erhobenen effektiven Kosten festgelegt werden. Sämtliche Leistungserbringer erhalten für die gleichen Leistungen die gleiche Abgeltung (Preissystem). Pro Leistungskomponente wird ein einheitlicher Preis festgelegt. Diese Bemessungsregeln werden derzeit erarbeitet.

Leistungen der integrierten Versorgung (Artikel 63ff SpVG):

Unter dem Begriff der „integrierten Versorgung“ wird ein Versorgungsansatz verstanden, welcher ein patientenorientiertes, gesamtheitlich organisiertes Netz aus aufeinander abgestimmten Dienstleistungen von verschiedenen Berufsgruppen und Leistungsanbietern darstellt (wie Hausärztinnen und Hausärzte, spezialisierte Ärztinnen und Ärzte, Spitex, Spitälern inkl. Rehabilitationskliniken, aber auch Langzeitpflegeinstitutionen). Ziel ist es, eine patientenzentrierte Gesundheitsversorgung mit verbesserter Koordination und optimaler Versorgungsqualität für Patientinnen und Patienten zu erreichen. Die dafür nötigen Steuerungs- und Koordinationsleistungen sind in den Tarifen (noch) nicht abgebildet, weshalb der Kanton hier stützend eingreift. Insbesondere im Bereich der Psychiatrieversorgung sieht die GEF ein Verbesserungspotential durch stärkere Absprachen und verbindliche Prozesse zwischen ambulanten, teilstationären und stationären Leistungserbringern sowie mit vor- und nachgelagerten institutionellen Angeboten im Wohn-, Arbeits- und Freizeitbereich. Auch in der Zusammenarbeit mit Spitex-Organisationen und niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen sind noch Optimierungen möglich und notwendig. Die dafür entstehenden Koordinationsaufwände werden daher über diese Mitfinanzierung gezielt abgegolten. Die Abgeltung erfolgt an die Leistungserbringer gem. SpVG. Diese sind angehalten, die obgenannten Beteiligten entsprechend zu entschädigen. Derzeit werden diese Leistungen über Pro-Kopf-Pauschalen abgegolten (bezogen auf die Anzahl Einwohner der Versorgungsregion des für die subsidiäre ambulante Grundversorgung zuständigen psychiatrischen Dienstes). Diese Finanzierung wird im Jahr 2014 überprüft werden, mit dem Ziel per 2015 eine präzisere Leistungsdefinition und entsprechende Abgeltungsmechanismen zu definieren und in den jeweiligen Leistungsverträgen zu verankern

Vorhalteleistungen (Artikel 67ff SpVG):

Durch die leistungsbezogenen Abgeltungen nach KVG werden die Listenspitäler und Listengeburtshäuser für eine effektiv erbrachte Leistung entschädigt. Damit den Patientinnen und Patienten die erforderliche Leistung jedoch auch zeitgerecht zur Verfügung steht, müssen die Listenspitäler und Listengeburtshäuser eine entsprechende Infrastruktur ständig bereithalten. Diese Kosten deckt die leistungsbezogene Abgeltung im somatischen Bereich in der Regel ab. In der Psychiatrie bestehen hingegen systembedingte Lücken in der Finanzierung, da die stationären sowie ambulanten Tarife auf einer optimalen Betriebsauslastung beruhen, die Vorhaltekapazitäten nur sehr eingeschränkt zulassen.

Ein niederschwelliger Zugang ohne Wartefristen in Krisensituationen ist für die Psychiatrieversorgung enorm wichtig. Eine gut funktionierende ambulante, integrierte und gemeindenahere psychiatrische Notfall- und Krisenversorgung kann nur durch das Vorhalten von leicht zugänglichen und jederzeit verfügbaren Kriseninterventionsangeboten (Sprechstunden, aufsuchende Hilfen etc.) sichergestellt werden. So können unnötige Hospitalisationen verhindert und das bestehende soziale Umfeld gestärkt werden. Um eine bedarfsgerechte regionale psychiatrische Grundversorgung entsprechend der Versorgungsplanung sicherzustellen, bedarf es der Mitfinanzierung von Vorhalteleistungen in spitalbasierten sozialpsychiatrisch ausgerichteten

Ambulatorien sowie bei mobilen Kriseninterventionsteams. Die Pauschalen richten sich momentan nach der Einwohnerzahl der Versorgungsregion des zuständigen psychiatrischen Dienstes. Die derzeitige Finanzierung soll aber im Jahr 2014 überprüft werden, mit dem Ziel per 2015 eine präzisere Leistungsdefinition und entsprechende Abgeltungsmechanismen zu definieren und in den jeweiligen Leistungsverträgen zu verankern.

Ärztliche Weiterbildung (Artikel 105 SpVG):

Die für die medizinische und pflegerische Versorgung der Bevölkerung notwendigen Einrichtungen können nur dann betrieben werden, wenn das erforderliche ärztliche Personal mit der adäquaten Qualifikation zur Verfügung steht. Die ärztliche Ausbildung ist Sache der Universitäten, die ärztliche Weiterbildung hingegen erfolgt hauptsächlich in den Spitälern und dabei zu einem nennenswerten Teil in den Universitätsspitälern sowie in den grossen öffentlich getragenen Spitälern.

Gemäss Artikel 49 Absatz 3 KVG werden die Kosten der ärztlichen Weiterbildung nicht über die Tarife abgegolten, weshalb der Kanton unter dem Titel der gemeinwirtschaftlichen Leistungen mitfinanziert. Bis Ende 2011 erfolgte die Abgeltung global im Rahmen des Gesamtbeitrags des Kantons an die Betriebskosten der öffentlich getragenen Spitäler. Aufgrund der neuen Spitalfinanzierung werden die Kosten der ärztlichen Weiterbildung seit dem 1. Januar 2012 sowohl den öffentlich als auch den privat getragenen Spitälern pauschal und leistungsbezogen abgegolten.

Aufgrund des sich abzeichnenden Ärztemangels, aber auch angesichts des erhöhten Kostendrucks auf die Spitäler als Folge der neuen Spitalfinanzierung hat die GDK eine interkantonale Vereinbarung erarbeitet, mit welcher zwei Ziele erreicht werden sollen. Zum einen soll ein gesamtschweizerisch einheitlicher, angemessener Finanzierungsansatz für die ärztliche Weiterbildung an den Spitälern bestimmt werden, so dass die Spitäler angesichts des Kostendrucks nicht dem Anreiz erliegen, bei den Ausgaben für die ärztliche Weiterbildung zu sparen. Zum anderen soll eine gesamtschweizerisch möglichst gerechte Finanzierungsregelung erarbeitet werden, damit die Belastung durch die Kosten der ärztlichen Weiterbildung weniger einseitig bei jenen Kantonen anfällt, deren Spitäler sich stark in der Weiterbildung engagieren, während gleichzeitig alle Kantone von den weitergebildeten Ärztinnen und Ärzten profitieren. Das Beitrittsverfahren zu dieser interkantonalen Vereinbarung ist noch im Gang. Es zeichnet sich ab, dass im Rahmen dieses Konkordats die Abgeltung für die ärztliche Weiterbildung höher angesetzt wird, als die CHF 10'000, die der Kanton Bern den Spitälern gegenwärtig pro besetzte Weiterbildungsstelle (Vollzeitäquivalent) vergütet. Die entsprechenden Mittel sind noch nicht eingestellt.

Zusätzliche Leistungen (Artikel 66 SpVG):

Neben den Leistungen, welche mit Abgeltungen gemäss Artikel 49 KVG abgegolten werden, kann der Kanton bei Bedarf bei den Listenspitalern und Listengeburtshäusern weitere Leistungen bestellen, welche zur Verbesserung der Patientinnen- und Patientenversorgung beitragen. Vorausgesetzt wird, dass die Abgeltungen gemäss Artikel 49 KVG zur Abdeckung der Kosten nicht ausreichen. Die Bestimmung bildet somit keine Grundlage zur Deckung allfälliger

Fehlbeträge bei stationären Behandlungen, die durch die leistungsbezogenen Fallpauschalen nicht aufgefangen werden. Ein Beispiel für zusätzliche Leistungen ist die Behandlung nicht spitalbedürftiger Patientinnen und Patienten. In den staatlichen Psychiatriebetrieben werden zahlreiche Personen ohne Spitalbedürftigkeit betreut, die sich aufgrund fehlender alternativer Betreuungsangebote bereits seit mehreren Jahren in den psychiatrischen Akutspitälern aufhalten.

Der Kanton Bern ist für die Sicherstellung einer angemessenen Versorgung von schwer geistig und psychisch Behinderten verantwortlich und im Heimbereich sind bislang keine angemessenen Alternativen vorhanden. Die GEF arbeitet intensiv an Verbundlösungen und einer gezielten Subjektfinanzierung. Deshalb beteiligt sich der Kanton bis auf weiteres finanziell an den Aufenthaltskosten für nicht mehr spitalbedürftige Patientinnen und Patienten. Dafür waren ursprünglich rund CHF 10.5 Mio. jährlich vorgesehen. Mit der Umsetzung der ASP-Massnahme „Streichung der Mitfinanzierung der Mittel für nicht spitalbedürftigen Personen“ reduziert sich der Kredit um CHF 6.6 Mio. jährlich, weshalb sich der Betrag auf CHF 3.9 Mio. verringert. Dieser Betrag entspricht dem Betrag, welcher der Kanton gemäss Pflegefinanzierung (KVG) abzugelten verpflichtet ist. Da es sich dabei aber um gebundene Kosten handelt, wird der Rahmenkredit auch um diesen Betrag gekürzt. Eine Zusatzfinanzierung mittels Rahmenkredit entfällt. Die nichtspitalbedürftigen Personen verbleiben indessen in den psychiatrischen Institutionen, bis alternative Angebote vorhanden sind. Weitere zusätzliche Leistungen betreffen Schwangerschaftsberatungsstellen, Informations- und Beratungsstellen für pränatale Untersuchungen, die Umsetzung der Versorgungsplanung und Projektkosten im Zusammenhang mit der Verlagerung der psychiatrischen Grundversorgung in die Regionen. Diese Leistungen können mit insgesamt rund CHF 7.8 Mio. abgegolten werden.

4 Verhältnis zu den Richtlinien der Regierungspolitik und anderen wichtigen Planungen

„Gesundheit und soziale Sicherheit fördern“ heisst einer der acht Schwerpunkte für das politische Handeln des Regierungsrates in den Jahren 2011-2014. Im Zusammenhang mit den Produktgruppen des Spitalamtes stehen die drei folgenden Leitlinien:

- Der Kanton sorgt für eine gute und wirtschaftlich tragbare integrierte Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in allen Regionen.
- Im Zentrum wird die hoch spezialisierte Versorgung sichergestellt.
- Besondere Massnahmen sind im Bereich des Pflegepersonals vorzusehen.

(Auszug aus den Richtlinien der Regierungspolitik 2011 – 2014, S. 3)

Für den Regierungsrat stehen die beiden folgenden Massnahmen im Vordergrund:

- Versorgungsplanung 2011–14
- Revision des Spitalversorgungsgesetzes

Die beiden Führungsinstrumente schaffen die Voraussetzungen, damit der Kanton eine gute und vernetzte medizinische Grundversorgung in allen Regionen und eine spezialisierte und hochspezialisierte Versorgung im Zentrum sicherstellen kann. (Auszug aus den Richtlinien der Regierungspolitik 2011 – 2014, S. 21)

Die Versorgungsplanung 2011-2014 befindet sich in der Umsetzungsphase, das Spitalversorgungsgesetz vom 13. Juni 2013 (SpVG) tritt unter Vorbehalt des fakultativen Referendums per 1. Januar 2014 in Kraft. Dieses stützt sich in erster Linie auf das übergeordnete Krankenversicherungsgesetz, aber auch auf die Versorgungsplanung, insbesondere auf Sicherung der Versorgung. Der Rahmenkredit entspricht Artikel 60, 63, 66, 67, 105, 115, 116, 150 und 139 Absatz 1 und 2 des SpVG.

5 Finanzielle und personelle Auswirkungen

5.1 Kosten und Finanzierung

Die voraussichtlichen Zahlungstranchen teilen sich wie folgt auf:

2014	CHF	73'800'000.00
2015	CHF	<u>77'200'000.00</u>
Zu bewilligender Rahmenkredit	CHF	<u>151'000'000.00</u>

Es handelt sich um einen mehrjährigen Verpflichtungskredit in Form eines Rahmenkredites gemäss Artikel 50 Absatz 3 und Artikel 53 FLG.

5.2 Personelle Auswirkungen

keine

6 Auswirkungen auf die Gemeinden

keine

7 Auswirkungen auf Wirtschaft, Umwelt und Gesellschaft

Die Abgeltung der Beiträge führt zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung im Kanton Bern und dadurch natürlich auch indirekt zur Aufrechterhaltung von Arbeitsplätzen.

8 Antrag

Der Regierungsrat ersucht Sie, dem beigelegten Beschlussentwurf zuzustimmen.

Beilage: GRB