



Kanton Zug

Tarifwettbewerb – Tarifverhandlungen aus der Perspektive des Kantons Zug

Regierungsrat Urs Hürlimann,
Gesundheitsdirektor Kanton Zug

Donnerstag, 29. August 2013

Inhaltsübersicht

- Die "Theorie": Die neue Spitalfinanzierung und ihre Rahmenbedingungen
- Situation und Umsetzung im Kanton Zug
- Die "Realität" (I) – (VIII)
- Die Kantone und ihr Handlungsspielraum
- Was bleibt zu tun?
- Fazit

Inhaltsübersicht

- Die "Theorie": Die neue Spitalfinanzierung und ihre Rahmenbedingungen
- Situation und Umsetzung im Kanton Zug
- Die "Realität" (I) – (VIII)
- Die Kantone und ihr Handlungsspielraum
- Was bleibt zu tun?
- Fazit

Die "Theorie": Die neue Spitalfinanzierung und ihre Rahmenbedingungen

- Leistungsbezogene Finanzierung (Preise statt Kosten)
- Freie Spitalwahl
- Gleichstellung von privaten und öffentlichen Spitälern
- **Ab 1.1.2012 gleich lange Spiesse für alle Spitäler und die Kantone als Besteller: "Vergleichbare Leistung für einen vergleichbaren Preis"**

Inhaltsübersicht

- Die "Theorie": Die neue Spitalfinanzierung und ihre Rahmenbedingungen
- Situation und Umsetzung im Kanton Zug
- Die "Realität" (I) – (VIII)
- Die Kantone und ihr Handlungsspielraum
- Was bleibt zu tun?
- Fazit

Versorgungsstruktur (stationär)



Die strategische Ausrichtung: Der "Leuchtturm 2020"



... für ein starkes und für
alle wirtschaftlich tragbares
Gesundheitsnetz.

Der "Leuchtturm 2020" – Richtschnur auch in Tarifverhandlungen

Wir bekennen uns zum Prinzip des regulierten Wettbewerbs. Einvernehmliche Lösungen unter den Marktteilnehmern haben Vorrang vor staatlichen Eingriffen. Administrativen Aufwand halten wir so gering wie möglich.



Die Umsetzung im Kanton Zug (I)

- Umfassende Leistungsaufträge für die Grundversorgung an alle Spitäler und Kliniken
- Berücksichtigung bisheriger Investitionsbeiträge an früher subventionierte Spitäler (Umwandlung in Darlehen bzw. Rückzahlung)
- Verhandlungsprimat

Die Umsetzung im Kanton Zug (II)

- Ende 2011 keine provisorische Tariffestlegung; der Markt soll sich einigen! Kanton wird nur auf Antrag tätig
- Ergebnis 2012: Einigung bei (fast) allen Tarifpartnern
- Ergebnis 2013 und 2014: dito
- Tarifiedferenzierung auf der Basis individueller Vertragslösungen

Inhaltsübersicht

- Die "Theorie": Die neue Spitalfinanzierung und ihre Rahmenbedingungen
- Situation und Umsetzung im Kanton Zug
- Die "Realität" (I) – (VIII)
- Die Kantone und ihr Handlungsspielraum
- Was bleibt zu tun?
- Fazit

Die "Realität" (I): Wie hoch ist die richtige Baserate?

Kanton	Spital	Baserate 2012 (in Fr.)	Stand
ZG	Zuger Kantonsspital	9'746 – 9'780	Prov. genehmigt
ZH	Nichtuniversitäre Spitäler	9'480*	Hoheitlich festgesetzt
SZ	Spitäler Einsiedeln, Lachen, Schwyz	9'702 – 9'850	Genehmigt
SG	Spitalregionen 2-4	9'550	Genehmigt
AI	Spital Appenzell	9'750	Genehmigt
GR	Davos, Unterengadin, Oberengadin, Schiers, Ilanz	9'870 – 9'929	Hoheitlich festgesetzt
GL	Spital Glarus	9'750.-	Hoh. festgesetzt / genehmigt
TG	Spital Thurgau AG	9'550.-	Genehmigt

* ZH lässt +2% Schwankung zu

Die "Realität" (I): Wie hoch ist die richtige Baserate?

Kanton	Spital	Baserate 2012 (in Fr.)	Stand
LU	Kantonsspital Luzern	10'325	Hoheitlich festgesetzt / genehmigt
SG	Kantonsspital St.Gallen	10'350	Prov. festgelegt
AG	Kantonsspital Aargau	10'350	Hoheitlich festgesetzt / genehmigt
GR	Kantonsspital Chur	10'094	Hoheitlich festgesetzt
ZH	Universitätsspitäler	11'300	Hoheitlich festgesetzt
BS	Universitätsspital Basel	10'670 – 10'800	Genehmigt

Die "Realität" (II): Provisorische Festsetzung

Der Kanton Zürich und andere Kantone legen die Baserate fest

Im Kanton Zürich Kritik am fehlenden Handlungsspielraum der Spitäler für die Verhandlungen mit den Versicherern
("Wettbewerbsverzerrung" durch tiefste Fallpauschale der Schweiz)

Auszug aus dem Protokoll des Regierungsrates des Kantons Zürich

Sitzung vom 13. März 2013

278. Krankenversicherung (Genehmigung von Tarifverträgen und Festsetzung der Tarife ab 2012 im stationären Bereich der Akutsomatik)

1. Ausgangslage

Nach dem am 1. Januar 1996 in Kraft getretenen Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) hatten die Versicherer ihren Anteil an der Finanzierung der Spitäler nach den anrechenbaren tatsächlichen Betriebskosten zu entrichten. Mit dem Ziel, den Wettbewerb unter den Spitälern zu fördern, revidierten die eidgenössischen Räte am 21. Dezember 2007 das KVG und stellten auf den 1. Januar 2012 die Spitalfinanzierung auf leistungsbezogene Fallpauschalen um. Sie legten fest, dass sich die Fallpauschalen (Tarife) an der Entschädigung für effiziente und günstige Spitäler orientieren müssen. Wie diese Entschädigung zu finden ist und welcher Massstab bei der Bestimmung der effizienten und günstigen Spitäler angewendet werden soll, liessen die Räte offen. Trotz der Einführungsfrist von vier Jahren konnte in dieser Frage keine Klarheit geschaffen werden. Versicherer und Spitäler mussten im Hinblick auf das Jahr 2012 Tarifverhandlungen vor dem Hintergrund unterschiedlicher Gesetzesauslegung durch Bundesrat, Preisüberwachung und Kantone aufnehmen. Diese Rechtsunsicherheit führte dazu, dass nur wenige Tarifverträge ausgehandelt wurden und der Regierungsrat mit Wirkung ab 1. Januar 2012 für alle Spitäler provisorische Tarife festlegen musste (RRB Nrn. 1493/2011 und 1143/2012). Im vorliegenden Verfahren muss nun endgültig über die Höhe der Tarife entschieden werden. Dabei gilt es, die nach wie vor zentrale Fragestellung nach den günstigen und effizienten Spitälern zu beantworten.

Die "Realität" (III): Einheitliche Baserate

Der Kanton Aargau legt eine einheitliche Baserate fest

"Konkret bedeutet dies, dass der Regierungsrat in den Jahren 2012 bis Ende 2014 nur eine Baserate pro Spital genehmigt. Ab dem Jahr 2015 genehmigt er nur eine einheitliche, kantonsweite Baserate."

(Medienmitteilung DGS Aargau, 20.12.2012)

Aargauer Spitalgesetz ist bundesrechtskonform

„Innerkantonal gleicher Preis für gleiche Leistung“ differenziert anwendbar

[« zurück](#)

Der Regierungsrat hat bei seinem Rechtsdienst ein Gutachten über die Bundesrechtskonformität des Prinzips „Innerkantonal gleicher Preis für gleiche Leistung“ in Auftrag gegeben. Dieses befasst sich mit jenem Paragraphen des Spitalgesetzes, der dieses Prinzip verankert. Das Gutachten kommt zum Schluss, dass der Paragraph in der Akutsomatik anwendbar ist, in der Rehabilitation und Psychiatrie jedoch nicht.

Kontakt

DGS Generalsekretariat
Bachstrasse 15
5001 Aarau

Tel.: 062 835 29 00
Fax: 062 835 29 09

E-Mail: dgs@ag.ch
Webseite: www.ag.ch/dgs

[Kontaktformular](#)

Die "Realität" (IV): Investitionsbeiträge

Kantonale Abstimmung SO

Solothurner Volk bewilligt 340 Millionen Franken für neues Spital

Publiziert: 17.06.2012

[Drucken](#) · [E-Mail](#)



Das Bürgerspital in Solothurn (Archiv)
(Keystone)

SOLOTHURN - SO - Im Kanton Solothurn wird ein neues Spital für 340 Millionen Franken gebaut. Das Stimmvolk hat den Millionenkredit für den Neubau des Bürgerspitals Solothurn mit einer Ja-Mehrheit von 65,12 Prozent gutgeheissen. Das Spital mit 244 Betten soll 2019 fertiggestellt sein.

Spitalplanung = freier Wettbewerb?

[illegible]

Kantone haben die verfassungsmässige Aufgabe zur Spitalplanung. Laut Wettbewerbskommission (WEKO) ist "die Frage, wer zulasten des Kantons Leistungen erbringen darf, nicht dem freien Wettbewerb überlassen". WEKO-Kritik: teilweise fragwürdige Kriterienbasis.

Die "Realität" (VI): Der Preisüberwacher

Der Preisüberwacher – ein störendes Element im Wettbewerb?

- Bestrafung effizienter Spitäler?
- Kostensicht im Interesse der Prämienzahler?
- 1 Baserate im ganzen Land – ein erstrebenswertes Ziel?
- Die Berechnungen des Preisüberwachers: Eine Antwort auf das Verhalten von Kantonen und Tarifpartnern?



Die "Realität" (VII): Marktmechanismus?

- Sind tiefere Spitaltarife überhaupt der entscheidende Grund für eine Zuweisung oder Nichtzuweisung respektive einen Spitaleintritt?
- Der "Verursacher" (Patient / Arzt) ist nicht der hauptsächliche Zahler!
- Zählen bei Spitaleintritten ganz andere Faktoren, nämlich (Spezial-)Ärztewahl, Spital-Kooperationen, Beziehungsnetze, "convenience"-Fragen der Patienten?

Ist der Preis für die Nutzer relevant?

Die "Realität" (VIII)

Gibt es überhaupt Wettbewerb?

Ist Wettbewerb / Konkurrenz überhaupt erwünscht?

Inhaltsübersicht

- Die "Theorie": Die neue Spitalfinanzierung und ihre Rahmenbedingungen
- Situation und Umsetzung im Kanton Zug
- Die "Realität" (I) – (VIII)
- Die Kantone und ihr Handlungsspielraum
- Was bleibt zu tun?
- Fazit

Die Kantone in einer Mehrfachrolle

- Gesetzgeber
- Aufsicht
- Planer und Leistungsbesteller
- Schiedsrichter und Entscheidungsinstanz
- Zahler (Spitäler und Krankenkassenprämienverbilligung)
- Eigner
- Betreiber

Kantone: Wo bleibt der Handlungsspielraum?

**Die Kantone im Spagat zwischen
Tarifautonomie und Kostensicht**

**Die Kantone im Spagat zwischen
Harmonisierung und
kantonalen Ansprüchen**

Inhaltsübersicht

- Die "Theorie": Die neue Spitalfinanzierung und ihre Rahmenbedingungen
- Situation und Umsetzung im Kanton Zug
- Die "Realität" (I) – (VIII)
- Die Kantone und ihr Handlungsspielraum
- Was bleibt zu tun?
- Fazit

Was bleibt zu tun?

- Krankenversicherer: Den Tarifwettbewerb mit Leben erfüllen
- Spitäler: Leistungswettbewerb mit Leben erfüllen (Qualität / Effizienz)
- Kantone: Mehrfachrolle kritisch hinterfragen

**Angemessene Tarife ohne Gerichtsentscheide
bedingen die Kooperation aller!**

Inhaltsübersicht

- Die "Theorie": Die neue Spitalfinanzierung und ihre Rahmenbedingungen
- Situation und Umsetzung im Kanton Zug
- Die "Realität" (I) – (VIII)
- Die Kantone und ihr Handlungsspielraum
- Was bleibt zu tun?
- Fazit

Fazit

- SwissDRG: Ein Schritt zur Kosten- und Leistungstransparenz ist getan – der Wettbewerb wird theoretisch möglich
- Die Kantone interpretieren ihre Rolle sehr unterschiedlich – 26 Perspektiven trotz KVG, Preisüberwacher und Benchmark
- Die politisch gewollte Vielfalt besteht weiterhin – und ist nicht a priori schlecht

**Kanton Zug: Regulierter Wettbewerb
als Richtschnur**

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

