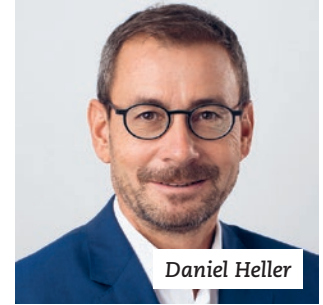


Vision für die Modernisierung der Rolle der Kantone im Gesundheitswesen

Auch wenn der Bund die Finanzierung des Gesundheitswesens über das KVG steuert, sind die Kantone nach wie vor die dominierenden Player in der Gesundheitsversorgung. Die Art ihrer Gesundheitspolitik bestimmt deshalb wesentlich den Kosten- und Effizienzgrad unserer Gesundheitsversorgung mit. Wie sieht eine moderne kantonale Gesundheitspolitik aus?



Heute sieht sich die kantonale Exekutiv- und Legislativpolitik mit folgenden Hauptaufgaben konfrontiert:

1. Die Klärung der Frage, was soll in den Kantonen an Spitalversorgungsleistungen angeboten werden und was nicht? Dazu konzentriert sich der Kanton zur Steuerung auf die mit anderen Kantonen abgestimmte Versorgungsplanung (Spitallisten).
2. Die Ermöglichung der betrieblichen Gesundung der Akutversorgung in Form von bedarfsgerechten Spital-

strukturen mit ökonomisch erfolgreichen Akuthäusern.

3. Wo Letzteres nicht möglich ist, sollen Spitäler in ambulante oder pflegerische Einheiten umgewandelt werden. Subsidiär zu diesen Hauptaufgaben fördern die Kantone alle Arten von Kooperationen und Spezialisierungen. Sie erleichtern bzw. ermöglichen beispielsweise die Zusammenarbeit im Rahmen der Integrierten Versorgung mit dem Ziel, noch mehr Synergien zu nutzen und effizientere Behandlungsabläufe zu schaf-

fen. Weiter stellen sie aber auch sicher, dass die Leistungserbringer bzw. Spitäler eigenverantwortlich in der Ausgestaltung ihres Angebotes entsprechend der betrieblich möglichen Angebotspalette handeln. Wichtig ist zudem, dass die Kantone im Rahmen ihrer Möglichkeiten eine Reduktion der Überregulierung im Spitalwesen vorantreiben. Sei dies beim Arbeitsgesetz, den Fachanforderungen, dem vorgegebenen Stellenschlüssel, den Reportings oder auch bei zu liefernden Statistiken. Aber auch Massnahmen,

um Doppel- und Fehlbehandlungen zu vermeiden, müssen von den Kantonen zielstrebig angegangen werden. Gerade bei eHealth, dem Master Patient Index, der integrierten Versorgung sowie der Umsetzung des Prinzips ambulant vor stationär gibt es grossen Aufholbedarf. Hier ist die schweizweite Einheitsliste anzuwenden, um den kantonalen Flickenteppich an Gesundheitsversorgungen zu reduzieren.

Neben der Förderung von Kooperationen und Spezialisierungen müssen sich die Kantone aber auch durchringen auf gewisse Vorschriften zu verzichten. Dazu gehören unter anderem eigene überschüssende Vorschriften zum Leistungs- und Qualitätsnachweis, welche im Pflege- und Spitalwesen die Leistungen verteuern und gleichzeitig Doppelspurigkeiten schaffen. Aber auch auf kostentreibende Bestimmungen zu Kostenrechnung und Leistungserfassung sowie des Controllings, welche die betriebliche Effizienz der Leistungserbringer reduziert, sollen sie verzichten. Denn es ist erwiesen, dass jede neue Stelle in der Zentralverwaltung gleichzeitig kantonsweit Mehraufwände bei den Leistungserbringern verursacht.

VORSTELLUNG ZUR ZIELSTRUKTUR EINER KANTONALEN AKUTVERSORGUNG

Heute geht es um die Bildung von umfassenden Versorgungs-Netzwerken, welche in kleineren Kantonen um ein Zentrum konzentriert sind und in grösseren allenfalls um mehrere Zentren.

Eine zweckmässige Neuorganisation der stationären (und teilweise) ambulanten Gesundheitsversorgung geschieht dabei um ein oder zwei Zentrumsspitäler herum. Diese bilden je ein Versorgungsnetz. Sie kooperieren dazu auch mit ausserkantonalen universitären Zentren d.h. Endversorgerspitälern und gehen mit diesen strategische Allianzen ein. Sie stimmen dabei in Absprache mit den Versorgungsplanern ihr Angebot untereinander ab.

Die Netzwerke bestehen neben den Zentrumsspitalern aus einer Reihe von mit ihnen verbundenen innerkantonalen, aber auch ausserkantonalen Leistungserbringern aller Art: Unikliniken, Rehakliniken, Gesundheitsligen, Vorsorgeberatern, Tageskliniken, Ärztezentren, Apotheken, Hausärzte, Ambulatorien etc.

Die Ausgestaltung dieser Netzwerke erfolgt nach betriebsökonomischen Grundsätzen. Neben der Zentrumsversorgung gewährleisten sie innerhalb des Netzes in ihrem Gebiet die jeweilige regionale Grundversorgung durch private und öffentliche ambulante Einrichtungen sowie durch private und öffentliche stationäre Einrichtungen. Letztere agieren im Rahmen ihres Leistungsauftrages selbständig oder in Vertragsnetzen, solange sie ertragsmässig erfolgreich (EBITDA 10%+) sind. Bei betriebswirtschaftlich prekären Ertragslagen werden sie Teil der Zentrumsspitaler und/oder stellen auf ambulante Versorgung um.

Über die Form und das Ausmass bestimmen die verantwortlichen Führungsorgane der Leistungserbringer selber. Den Kantonen bleibt die Erteilung von Leistungsaufträgen gemäss KVG zur effektiven Steuerung vorbehalten.

AUSBAU VON KOOPERATION UND SYNERGIENUTZUNG IN DER ZENTRUMSVERSORGUNG

Je nach geographischen Verhältnissen und auch der Wachstumsverhältnisse rechtfertigt sich eine Netzwerkstruktur. Denn der Altersquotient steigt vielerorts in absehbarer Zeit von rund 25% im Jahr 2015 auf gegen 50% im Jahr 2040 an und auch die kantonalen Bevölkerungsprognosen weisen entsprechende Szenarien aus.

In Kantonen ohne universitäre Spitalversorgung kooperieren die Zentrumsversorger mit ihren ausserkantonal benachbarten Universitätskliniken. Das selber erbrachte Angebot ist in diesem Zusammenhang laufend zu überprüfen und

mit den Endversorgern abzustimmen. Zentrumsversorger hingegen stimmen ihre Angebote dort ab, wo es medizinisch und versorgungspolitisch (Effizienz, Qualität) Sinn macht. Für die Kooperationen gelten dabei diverse Zielsetzungen und Grundsätze. So soll das Realisieren von Effizienzsteigerungen (besseres Kosten-Nutzen-Verhältnis) in der Erbringung medizinischer Versorgungsleistungen liegen und dabei einen Mehrnutzen im besten Falle für beide Partner liefern; respektive es fällt beim Kanton bzw. in der Versorgungsregion ein Mehrnutzen an, beispielsweise durch gesamthaftes Erreichen von Minimal-Fallzahlen, die sonst nicht erreichbar sind.

Kooperationen erfolgen dabei primär in denjenigen Fachgebieten, in denen zu wenig Nachfrage, zu tiefe Fallzahlen und/oder zu wenig Personal vorhanden ist. In dem Fall soll ein Angebot nur an einem Standort betrieben werden. In Kooperationsprojekten übernimmt in der Regel derjenige Partner den Lead, der das Angebot kostengünstiger betreibt und/oder bei dem das Angebot besser ins Portfolio passt. Sind genug Fallzahlen, genug Nachfrage und genug Personal vorhanden, kann das Angebot auch an beiden bzw. mehreren Standorten betrieben werden.

VERÄUSSERUNGEN DER KANTONALEN SPITÄLER

Um die Vierfachrolle der Kantone als «Finanzierer», «Leistungsbesteller/Planer», «Regulator/Tarifgenehmiger» und «Eigentümer» sowie in speziellen Fragen auch Beschwerdeinstanz mindestens teilweise zu entflechten, wäre der Ausstieg der Kantone aus dem Eigentum rasch zu realisieren, weil er in die alleinige kantonale Kompetenz fällt. Denkbar sind neben einem (Teil-) Verkauf an private Betreiber, auch Formen, die am Charakter der Gemeinnützigkeit der heutigen öffentlichen Spitalgesellschaften festhalten. Vorstellbar wären etwa die Schaffung von Volksaktien und/oder eine Vinkulierung der Aktien. Aber auch gemischte Trägerschaften wären denkbar. Zentral wäre das Anliegen der Schaffung wirklich gleichlanger Spiesse mit den bereits vielfach bestehenden privatwirtschaftlich orientierten und erfolgreichen Spitalunternehmen in der Schweiz.

