



Nr. 192

Stans, 15. März 2011

Gesundheits- und Sozialdirektion. Finanzdirektion. Kantonaler Anteil an die Finanzierung der stationären Leistungen für das Jahr 2012. Antrag an den Landrat

Sachverhalt

1.

Am 21. Dezember 2007 wurde die Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) im Bereich der Spitalfinanzierung durch die Eidgenössischen Räte verabschiedet. Wichtige Punkte sind die leistungsbezogenen Fallpauschalen, die neue Spitalplanung, die freie Spitalwahl ohne Zusatzversicherung sowie die Gleichstellung der Privatspitäler mit den öffentlich-subventionierten Spitälern. Die Änderungen traten auf den 1. Januar 2009 in Kraft. Einzelne Bestimmungen wie die künftige Abgeltung der Spitäler werden auf den 1. Januar 2012 umzusetzen sein.

2.

Ab 2012 werden die stationären Leistungen aller Akutspitäler in der Regel mit leistungsbezogenen Fallpauschalen nach diagnosebezogenen Fallgruppen (SwissDRG) entschädigt. Statt Kosten werden den Spitälern und neu auch den Geburtshäusern künftig Normpreise vergütet. Die Fallpauschalen werden von den Versicherern und Spitälern im Rahmen von Tarifverträgen ausgehandelt. Gemäss KVG ist der Kanton kein Tarifpartner, er hat ausschliesslich die Aufgabe der Genehmigung der ausgehandelten Tarifverträge oder die Festsetzung eines behördlichen Ersatztarifes im Falle des Scheiterns der Tarifverhandlungen.

3.

Neu umfassen die Fallpauschalen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung an die stationäre Spitalbehandlung auch die Kostenanteile der Anlagennutzung, d.h. die Abschreibung und Verzinsung der Investitionen. Daraus folgt grundsätzlich, dass die laufenden Erträge den Spitälern die Finanzierung der Investitionen ermöglichen müssen. Somit entfällt für das Kantonsspital grundsätzlich die Notwendigkeit der Investitionsfinanzierung durch die öffentliche Hand.

4.

Die leistungsbezogenen Fallpauschalen dürfen demgegenüber keine Vergütungen für sogenannte gemeinwirtschaftliche oder fallunabhängige Leistungen enthalten. Zu diesen Leistungen zählt das KVG beispielhaft die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen sowie die universitäre Lehre und Forschung auf. Die Kosten für gemeinwirtschaftliche Leistungen gehen zu Lasten der Spitäler bzw. können diesen vom Kanton separat abgegolten werden.

5.

Der Kanton muss von den zwischen den Krankenversicherern und den Spitälern oder Geburtshäusern vereinbarten Fallpauschalen künftig mindestens 55 Prozent übernehmen, die Krankenversicherer dementsprechend höchstens 45 Prozent. Der Kanton muss seinen Anteil jeweils jährlich bis zum 31. März des Vorjahres festlegen. Das KVG sieht in den Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 21. Dezember 2007 (Spitalfinanzierung) vor, dass der Vergütungsanteil der Kantone zwischen 45 und 55 Prozent festgelegt werden kann.

Erwägungen

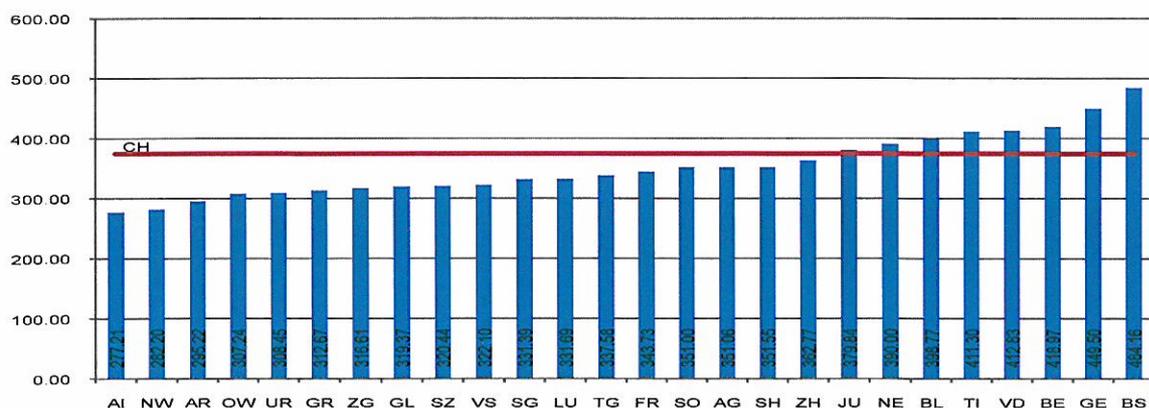
1. Die leistungsbezogenen Fallpauschalen und die anteilmässige Vergütung der stationären Behandlungen durch den Kanton und die Krankenversicherer gemäss Bundesgesetz vom 18. März 1994 (Stand am 1. Januar 2011) über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) im Bereich der Spitalfinanzierung treten am 1. Januar 2012 in Kraft und bringen einen merklichen Systemwechsel.

2. Gemäss Art. 49a Abs. 2 KVG setzt der Kanton jeweils für das Kalenderjahr spätestens neun Monate vor dessen Beginn den für alle Kantonseinwohner geltenden kantonalen Anteil fest. Nach Art. 4 Ziff. 3 des Einführungsgesetzes vom 25. Oktober 2006 zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Krankenversicherungsgesetz, kKVG; NG 742.1) liegt die Festlegung des kantonalen Anteils in der Kompetenz des Landrats.

3. Der kantonale Anteil beträgt gemäss Art. 49a Abs. 2 KVG mindestens 55 Prozent. Abs. 5 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 21. Dezember 2007 im Bereich der Spitalfinanzierung ermöglicht Kantonen, deren Durchschnittsprämie für Erwachsene im Einführungszeitpunkt die schweizerische Durchschnittsprämie für Erwachsene unterschreitet, ihren Vergütungsanteil zwischen 45 und 55 Prozent festzulegen. Der Kanton Nidwalden verzeichnet trotz einer markanten Steigerung für das Jahr 2011 über die zweitniedrigste Krankenkassenprämie bei den Erwachsenen. Somit kann er den kantonalen Kostenanteil an die Fallpauschalen für das Jahr 2012 auf bis zu 45 Prozent herabsetzen.

Bis zum 1. Januar 2017 darf die jährliche Anpassung des Finanzierungsanteils ab erstmaliger Festsetzung höchstens zwei Prozent betragen. Konkret bedeutet dies, dass der kantonale Anteil jedes Jahr um zwei Prozentpunkte erhöht werden muss und somit ab 1. Januar 2017 mindestens 55 Prozent beträgt.

Durchschnittsprämien für die obligatorische Krankenversicherung mit Unfall für Erwachsene für das Jahr 2011:



4. Bei der Festsetzung des kantonalen Kostenanteils dürfen die Entwicklung der Krankenkassenprämien wie auch die Auswirkungen auf den Staatshaushalt nicht aus den Augen gelassen werden. Die Krankenkassenprämien haben wiederum einen Einfluss auf die Prämienverbilligung.

5. Die Krankenkassenprämien bestehen nicht nur aus den stationären Spitalkosten, sondern integrieren auch noch andere Komponenten wie beispielsweise Behandlungen bei niederge-

lassenen Ärzten, Medikamente, Pflegeheime oder Physiotherapien, die zusammen weit mehr ins Gewicht fallen. Die stationären Spitalkosten weisen einen Anteil auf die totalen Bruttoleistungen der Krankenversicherer von ca. 22 Prozent aus. Somit kann davon ausgegangen werden, dass die Kostensteigerung im stationären Spitalbereich nicht eins zu eins auf die Krankenkassenprämien aufschlagbar werden. Wird der Kantonsanteil auf 45 Prozent festgesetzt (Krankenversicherer-Anteil 55 Prozent), erhöhen sich die Krankenkassenprämien laut Schätzungen von santésuisse für den Kanton Nidwalden um ca. 2.5 Prozent.

	2007	2008	2009
Bruttoleistungen (OKP)	91'350'702	94'963'956	99'547'516
<i>davon Spital stationär</i>	<i>21'146'646</i>	<i>21'101'766</i>	<i>22'028'760</i>
Anteil	23%	22%	22%

6.

santésuisse geht von einer schweizweiten Kostensteigerung im stationären Spitalbereich von rund 11 Prozent durch die neue Spitalfinanzierung aus. Dabei gibt es klar eine Verschiebung vom Zusatzversichertenbereich zur obligatorischen Krankenversicherung (OKP). Auch die Beteiligung an der Finanzierung von Investitionen schlägt zu Buche. Basierend auf verschiedenen Annahmen konnte die Gesundheits- und Sozialdirektion eine vage Kostenschätzung für die stationären Spitalbehandlungen vornehmen. Die Betrachtungen gehen von gleichbleibenden Fallkennzahlen (Basis 2008) und von einer fiktiv angenommenen Baserate aus.

	Kantonaler Anteil: 45%	Kantonaler Anteil: 50%	Kantonaler Anteil: 55%
stationäre Kosten total	49'000'000	49'000'000	49'000'000
Anteil Versicherer	26'950'000	24'500'000	22'050'000
<i>Anteil Kanton</i>	<i>22'050'000</i>	<i>24'500'000</i>	<i>26'950'000</i>
davon KSNW	13'500'000	15'000'000	16'500'000
davon ausserkantonal	8'550'000	9'500'000	10'450'000

Beschluss

Dem Landrat wird beantragt, gestützt auf Art. 4 Ziff. 3 des kantonalen Krankenversicherungsgesetzes den kantonalen Anteil an die Finanzierung der stationären Leistungen für Nidwaldnerinnen und Nidwaldner für das Jahr 2012 auf 45 Prozent festzusetzen.

Mitteilung durch Protokollauszug an:

- santésuisse, Waisenhausplatz 25, Postfach 605, 3000 Bern 7
- Kommission für Finanzen, Steuern, Gesundheit und Soziales (FGS) (Präsidium, Vizepräsidium und Sekretariat)
- Finanzkommission (Präsidium, Vizepräsidium und Sekretariat)
- Kantonsspital Nidwalden
- Dr. med. Peter Gürber, Kantonsarzt, Schulhausstrasse 9, 6373 Ennetbürgen
- Gesundheits- und Sozialdirektion
- Finanzverwaltung
- Finanzkontrolle
- Direktionssekretariat Gesundheits- und Sozialdirektion (3)

[NWGSD.56]

REGIERUNGSRAT NIDWALDEN



Landschreiber