



## Gegen den Kostenanstieg Spital ambulant

Solothurn, 5. Mai 2009

### Drei Sofortmassnahmen gegen den Kostenanstieg der ambulanten Spitalleistungen

**a) Erhöhung des Selbstbehaltes im Spitalambulatorium auf von 10 auf 20 Prozent:** Umsetzung per 1.1.2010 via Departementsbeschluss.

**b) Pauschale Gebühr für jede Konsultation im Spitalambulatorium:** Vorbereitung und Inkraftsetzung per 1.1.2010 einer Verordnungsänderung für den Beitrag an den Aufenthalt im Spital ambulant (vgl. Anhang Art. 104 KVV): Die Verordnung muss die Beiträge für den ambulanten Aufenthalt von den Beiträgen für den stationären Aufenthalt unterscheiden.

**c) Gleicher Taxpunktwert für Leistungen der Spitalambulatorien und Arztpraxen:** Umsetzung via dringliches Bundesrecht per 1.1.2010.

### 1. Sachverhalt

Der Bereich Spital ambulant verursachte im Jahr 2008 Kosten von rund 3,5 Mrd. Franken (BruttolLeistungen), wovon 2,3 Mrd. Franken über TARMED abgerechnet werden. Damit repräsentiert der Bereich Spital ambulant mehr als 15 Prozent der Gesamtkosten in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Problematisch ist im Bereich Spital ambulant insbesondere das hohe Kostenwachstum. Dieses liegt bei rund 8 Prozent (1996 bis 2007) bzw. über 11 Prozent (2007 bis 2008) pro versicherte Person und damit fast doppelt so hoch wie das Trendwachstum in allen Bereichen (4,5 Prozent). Insbesondere die Eintritte im Notfall steigen sehr stark an. Viele Fälle könnten ebenso gut bei den Grundversorgern behandelt werden. Aufgrund des besser ausgebauten Angebots im Spital, dürften im Durchschnitt mehr Abklärungen als beim Hausarzt vorgenommen werden, was die Kosten in die Höhe treibt.

Um die spitalambulant Kosten (Mengen und Preise) einzudämmen, sind Massnahmen vorzusehen, welche einerseits das Angebot der Spitäler und andererseits das Nachfrageverhalten der Patientinnen und Patienten beeinflussen. Wird das Kostenwachstum im Bereich Spital ambulant auf das allgemeine Trendwachstum gesenkt, können jährlich rund 120 Mio. Franken gespart werden. Das ist eine Reduktion des Prämienanstiegs um 1,2 Prozent.

Die Massnahmen zur negativen Beeinflussung der Menge müssen so ausgestaltet sein, dass Patientinnen und Patienten freiwillig auf unnötige Konsultationen im Bereich Spital ambulant verzichten, oder zuerst einen Grundversorger aufsuchen. Eine Erhöhung des Anteils der Kosten, die der Patient selber zu tragen hat, bewirkt eine Reduktion der Nachfrage.

### 2. Die drei Sofortmassnahmen

#### a) Erhöhung des Selbstbehaltes im Spitalambulatorium von 10 auf 20 Prozent

Eine Erhöhung des Anteils der Kosten die der Patient selber zu tragen hat bewirkt eine Reduktion der Nachfrage. Gemäss Art. 64 Absatz 6 Buchstabe a kann der Bundesrat für bestimmte Leistungen eine höhere Kostenbeteiligung vorsehen. Der heutigen Verordnungsregelung zufolge bestimmt das Departement diese Leistungen sowie die Höhe der Kostenbeteiligung. In die-

sem Sinne könnte für alle Leistungen im Spitalambulanten Bereich ein Selbstbehalt von 20 Prozent erhoben werden.

Chronisch kranke Personen, welche viele Leistungen beziehen, sind davon kaum betroffen, da der Maximalbetrag von 700 Franken pro Jahr nicht verändert wird. Diese Regelung schafft für Patientinnen und Patienten den Anreiz, den Grundversorger anstelle des Spitalambulatoriums aufzusuchen, weil sie dort nur einen Selbstbehalt von 10 Prozent bezahlen. Ein unterschiedlicher Selbstbehalt ist bereits vom Medikamentensektor her bekannt. Somit bewirkt diese Massnahme sowohl eine Reduktion der Menge wie auch der Kosten.

### **b) Pauschale Gebühr für jede Konsultation im Spitalambulatorium**

Bei jeder Konsultation im Bereich Spital ambulant wird vom Spital von der versicherten Person eine Pauschale erhoben. Um chronisch kranke Personen nicht zu bestrafen, wird diese Pauschale höchstens vier Mal oder analog der von Bundesrat Pascal Couchepin vorgeschlagenen Praxisgebühr sechs Mal pro Kalenderjahr erhoben. Die Versicherer belasten die Pauschale den Versicherten. Der Patient hat einen finanziellen Anreiz, für die ambulante medizinische Leistung eher eine Arztpraxis aufzusuchen. Der Anreiz zum Ausweichen auf den Arztkanal bewirkt eine Reduktion der Menge und der Kosten, da im ambulanten Spitalbereich grundsätzlich mehr Leistungen erbracht werden (Amortisation der Infrastruktur, Absicherung gegenüber Ausnahmesituationen – z.B. standardmässige Untersuchung der Hirnflüssigkeit bei Patienten mit starken Kopfschmerzen im Unispital Basel, Medienmitteilung saldo). Im Notfallbereich dürfte diese Gebühr deutliche Auswirkungen haben. Diese Gebühr hat im Gegensatz zur von Bundesrat Pascal Couchepin vorgeschlagenen Praxisgebühr für alle ambulanten Behandlungen einen Lenkungsanreiz zu Gunsten der zu fördernden Hausarztmedizin.

Die Umsetzung dieser Regelung bedarf keiner Gesetzesänderung. Sie stützt sich auf Art. 64 Absatz 5 KVG ab, welcher es dem Bundesrat erlaubt, bei den Versicherten einen Beitrag an die Kosten eines Aufenthalts im Spital zu erheben (vgl. Anhang).

### **c) Gleicher Taxpunkt看wert für Leistungen der Spitalambulatorien und Arztpraxen**

Der Ärztetarif TARMED gewichtet schweizweit einheitlich jede Leistung mit Taxpunkten. In jedem Kanton verhandeln die Tarifpartner für ambulante Leistungen im Spital und in der Arztpraxis den Taxpunkt看wert, also den Preis pro Taxpunkt separat. In der Regel sind die Taxpunktwerte Spital ambulant höher als die Taxpunktwerte Arztpraxis.

Mittels dringlichem Bundesrecht könnte per 1.1.2010 in jedem Kanton der jeweils tiefere Taxpunkt看wert sowohl für Spitalambulatorien als auch für Arztpraxen als verbindlich erklärt werden, was Kosteneinsparungen um die 100 Mio. Franken bringen und endlich gleiche Preise für gleiche ambulante medizinische Leistungen garantieren würde. Ist der Taxpunkt看wert Arztpraxis tiefer, wird der Taxpunkt Spital ambulant auf das Niveau Arztpraxis reduziert. Ist der Taxpunkt看wert Spital ambulant tiefer, wird der Taxpunkt Arztpraxis auf das Niveau Spital ambulant reduziert.

## Anhang

Folgende konkrete Regelung zu b) ist möglich (Änderungen in roter Farbe):

### **Art. 104 KVV**

<sup>1</sup> Der tägliche Beitrag an die Kosten des *stationären* Aufenthalts im Spital nach Artikel 64 Absatz 5 des Gesetzes beträgt 50 Franken. Er kann höchstens an 10 Tagen pro Kalenderjahr erhoben werden.

<sup>2</sup> Einen reduzierten Beitrag gemäss Absatz 1 von 25 Franken haben zu entrichten:

a. Versicherte, welche das 25. Altersjahr noch nicht vollendet haben (Kinder und Jugendliche);

b. Frauen für Leistungen bei Mutterschaft;

<sup>3</sup> Keinen Beitrag gemäss Absatz 1 haben zu entrichten Versicherte nach Artikel 103 Absatz 6.

<sup>4</sup> Der Beitrag an die Kosten pro ambulanten Aufenthalt im Spital nach Artikel 64 Absatz 5 des Gesetzes beträgt 50 (Variante 30) Franken. Er kann höchstens einmal pro Tag und viermal (Variante sechsmal) pro Kalenderjahr erhoben werden.

<sup>5</sup> Einen reduzierten Beitrag gemäss Absatz 3 von 25 Franken haben zu entrichten:

a. Versicherte, welche das 25. Altersjahr noch nicht vollendet haben (Kinder und Jugendliche);

b. Frauen für Leistungen bei Mutterschaft;

<sup>6</sup> Keinen Beitrag gemäss Absatz 3 haben zu entrichten Versicherte nach Artikel 103 Absatz 6.

Als Alternative ist auch folgende Regelung denkbar, welche die Pauschale auf Personen beschränkt, die ohne ärztliche Überweisung das Spital aufsuchen. Damit wird insbesondere die zunehmende Nachfrage im Notfalldienst des Spitals ins Visier genommen. Diese könnte wie folgt geregelt werden (zusätzliche Änderungen in blauer Farbe).

### **Art. 104 KVV**

<sup>1</sup> Der tägliche Beitrag an die Kosten des *stationären* Aufenthalts im Spital nach Artikel 64 Absatz 5 des Gesetzes beträgt 50 Franken. Er kann höchstens an 10 Tagen pro Kalenderjahr erhoben werden.

<sup>2</sup> Einen reduzierten Beitrag gemäss Absatz 1 von 25 Franken haben zu entrichten:

a. Versicherte, welche das 25. Altersjahr noch nicht vollendet haben (Kinder und Jugendliche);

b. Frauen für Leistungen bei Mutterschaft;

<sup>3</sup> Keinen Beitrag gemäss Absatz 1 haben zu entrichten Versicherte nach Artikel 103 Absatz 6.

<sup>4</sup> Der Beitrag an die Kosten pro ambulanten Aufenthalt im Spital nach Artikel 64 Absatz 5 des Gesetzes, *welcher nicht aufgrund einer ärztlichen Überweisung erfolgt*, beträgt 50 (Variante 30) Franken. Er kann höchstens einmal pro Tag und viermal (Variante sechsmal) pro Kalenderjahr erhoben werden.

<sup>5</sup> Einen reduzierten Beitrag gemäss Absatz 3 von 25 Franken haben zu entrichten:

a. Versicherte, welche das 25. Altersjahr noch nicht vollendet haben (Kinder und Jugendliche);

b. Frauen für Leistungen bei Mutterschaft.

<sup>6</sup> Keinen Beitrag gemäss Absatz 3 haben zu entrichten Versicherte nach Artikel 103 Absatz 6.