

Antrag des Regierungsrates vom 29. Juni 2016

5293

Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetz (SPFG)

**(Änderung vom; Förderung ambulanter Behandlungen;
Leistungsüberprüfung 2016)**

Der Kantonsrat,

nach Einsichtnahme in den Antrag des Regierungsrates vom 29. Juni 2016,

beschliesst:

I. Das Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetz vom 2. Mai 2011 wird wie folgt geändert:

Marginalie zu § 19:

KVG-Finanzierungsanteil der öffentlichen Hand

a. Allgemeines

§ 19 a. ¹ Die Direktion bezeichnet Untersuchungen und Behandlungen, bei denen die ambulante Durchführung in der Regel wirksamer, zweckmässiger oder wirtschaftlicher ist als die stationäre.

b. Förderung
ambulanter
Behandlungen

² Der Kanton beteiligt sich nur dann an den Kosten der stationären Durchführung von Untersuchungen und Behandlungen nach Abs. 1, wenn besondere Umstände eine stationäre Durchführung erfordern. Besondere Umstände liegen insbesondere vor, wenn die Patientin oder der Patient

- a. besonders schwer erkrankt ist,
- b. an schweren Begleiterkrankungen leidet,
- c. einer besonderen Behandlung oder Betreuung bedarf oder
- d. besondere soziale Umstände vorliegen.

³ Das Spital dokumentiert die besonderen Gründe und stellt der Direktion die Dokumentationen zur Verfügung. Die Direktion kann die Spitäler für bestimmte Untersuchungen und Behandlungen von der Dokumentationspflicht befreien oder diese einschränken.

⁴ Die Direktion kann jederzeit umfassend Einsicht in die Patientenunterlagen nehmen.

II. Diese Gesetzesänderung untersteht dem fakultativen Referendum.

III. Mitteilung an den Regierungsrat.

Weisung

1. Ausgangslage

Nach Art. 32 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) vergütet die Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) unter Kostenbeteiligung des Kantons eine stationäre medizinische Leistung nur, wenn sie wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich ist. Eine Leistung gilt als wirksam, wenn sie geeignet ist, den angestrebten medizinischen Nutzen zu fördern. Unter allen wirksamen Leistungen ist jene auszuwählen, die gemessen am angestrebten Erfolg und unter Berücksichtigung der Risiken den besten Nutzen aufweist (Zweckmässigkeit). Unter den Leistungen mit vergleichbarem Nutzen ist die kostengünstigste Variante zu wählen (Wirtschaftlichkeit). Die Leistungen haben sich auf das zu beschränken, was «im Interesse der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist» (Art. 56 Abs. 1 KVG).

Krankenversicherer und Kanton haben die Kosten einer stationären Behandlung nur dann zu übernehmen, wenn die Patientin oder der Patient nach medizinischer Indikation der Behandlung und Pflege *in einem Spital* bedarf (vgl. Art. 49 Abs. 4 KVG). Ist auch eine ambulante Untersuchung und Behandlung der Patientin oder des Patienten wirksam und zweckmässig im Sinne des Gesetzes, ist diese kostengünstigere Variante zu wählen.

Erfahrungen im In- und Ausland zeigen, dass Patientinnen und Patienten zum Teil hospitalisiert werden, obwohl dies aus medizinischer Sicht nicht erforderlich wäre und die Untersuchung oder Behandlung kostengünstiger ambulant durchgeführt werden könnte. Um einer solchen Fehlversorgung entgegenzuwirken, ist die Substitution von stationären Untersuchungen und Behandlungen durch gleichermassen wirksame und zweckmässige ambulante Untersuchungen und Behandlungen zu fördern.

2. Förderung ambulanter Behandlungen

Die medizinische Praxis zeigt, dass eine Reihe von Untersuchungen und Behandlungen ohne Qualitätseinbusse in der Regel ambulant durchgeführt werden kann. Die Gesundheitsdirektion soll deshalb eine Liste der Untersuchungen und Behandlungen erstellen, bei denen die ambulante Durchführung in der Regel wirksamer, zweckmässiger oder wirtschaftlicher ist als die stationäre (§ 19a Abs. 1). Führt ein Spital solche Untersuchungen oder Behandlungen trotzdem stationär durch, soll sich der Kanton nur dann an den Kosten beteiligen, wenn besondere Umstände vorliegen, welche die stationäre Durchführung erfordern (§ 19a Abs. 2 Satz 1). In einer nicht abschliessenden Aufzählung nennt das Gesetz wichtige Fälle. So kann eine stationäre Behandlung erforderlich sein, wenn die Patientin oder der Patient besonders schwer erkrankt ist, wenn sie oder er schwere Begleiterkrankungen hat, wenn eine besonders intensive Behandlung oder Betreuung nötig ist oder wenn soziale Faktoren (wie z. B. Obdachlosigkeit der Patientin oder des Patienten) eine ambulante Untersuchung oder Behandlung stark erschweren (§ 19a Abs. 2 lit. a–d).

Damit alle Listenspitäler die Ausnahmen gemäss § 19a Abs. 2 lit. a–d gleich anwenden, soll die Direktion die Kriterien, die eine stationäre Behandlung ausnahmsweise erforderlich machen, in einer Liste festlegen. Anhand dieser Liste haben zunächst die behandelnden Ärztinnen und Ärzte des Listenspitals zu beurteilen, ob besondere Umstände vorliegen, die eine stationäre Untersuchung oder Behandlung erfordern. Letztlich entscheidet darüber aber die Direktion im Rahmen der Gewährung oder Rückforderung des Kantonsanteils für die stationäre Untersuchung oder Behandlung der Patientin oder des Patienten. Um die Einschätzungen der Spitäler nachvollziehen zu können, sind diese zu verpflichten, die Gründe für die stationäre Durchführung einer Untersuchung oder Behandlung zu dokumentieren und der Direktion diese Unterlagen wie auch die restliche Patientendokumentation zur Verfügung zu stellen (§ 19a Abs. 3 Satz 1 und Abs. 4).

Die Direktion soll die Spitäler für bestimmte Untersuchungen und Behandlungen von der Dokumentationspflicht befreien oder diese einschränken können (§ 19a Abs. 3 Satz 2). Bei gewissen Untersuchungen und Behandlungen bestehen Erfahrungswerte über den Anteil einer medizinisch gebotenen stationären Durchführung. Die Direktion soll ein Spital von der Dokumentationspflicht befreien können, solange der Anteil an stationären Untersuchungen und Behandlungen den Erfahrungswert nicht übersteigt. Die Befreiung von der Dokumentationspflicht entbindet das Spital aber nicht von der Pflicht zur möglichst weitgehenden Substitution der stationären Untersuchungen und Behandlungen durch die ambulante Durchführung. Auch die Pflicht des

Kantons, sich nur bei Vorliegen besonderer Gründe an den Kosten der stationären Durchführung der Untersuchungen und Behandlungen nach Abs. 1 zu beteiligen, wird durch die Einschränkung der Dokumentationspflicht nicht berührt.

3. Finanzielle Auswirkungen

Beteiligt sich der Kanton bei den von der Direktion bezeichneten Untersuchungen und Behandlungen nur noch dann an den Kosten, wenn besondere Umstände eine stationäre Durchführung erfordern, lassen sich die Staatsausgaben nach Schätzungen der Gesundheitsdirektion um rund 7 Mio. Franken pro Jahr vermindern.

4. Leistungsüberprüfung 2016

Diese Vorlage ist Teil der Leistungsüberprüfung 2016 (Massnahmen F7.1, F8.1) mit dem Ziel, den mittelfristigen Ausgleich 2013–2020 zu erreichen. Gemäss Art. 56 Abs. 3 der Kantonsverfassung beschliesst der Kantonsrat innert sechs Monaten über Anträge des Regierungsrates, die dem mittelfristigen Ausgleich dienen. Der Kantonsrat ist dabei an den Gesamtbetrag der mit den Anträgen erzielbaren Saldoverbesserung gebunden. Mit der Vorlage wird eine Saldoverbesserung von jährlich 7 Mio. Franken ab 2018 erzielt. Der in RRB Nr. 236/2016 aufgeführte Gesamtbetrag von 494,4 Mio. Franken für die Massnahmen in der Zuständigkeit des Kantonsrates wird sich durch einzelne Vorlagen bis zur Antragstellung zur letzten Vorlage der Leistungsüberprüfung 2016 verändern. Der Regierungsrat wird den Kantonsrat gleichzeitig mit der letzten für 2016 geplanten Vorlage über den aktuellen Stand informieren.

Im Namen des Regierungsrates

Der Präsident:
Mario Fehr

Der Staatsschreiber:
Beat Husi