

§ 11 Änderung des Einführungsgesetzes zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung

(Neuregelung Spitalfinanzierung und Spitalplanung / Nichtentrichteten Prämien und Kostenbeteiligungen, Prämienverbilligung direkt an Krankenversicherer / Pflegefinanzierung in Behinderteneinrichtungen)

Die Vorlage im Überblick

Die Vorlage zur Änderung des Einführungsgesetzes zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (EG KVG) umfasst drei Teile: Ein erster regelt Spitalfinanzierung und Spitalplanung neu. Im zweiten wird die vom KVG geforderte Direktzahlung der Prämienverbilligung an die Krankenversicherer ab 2012 eingeführt sowie eine neue Regelung bei Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen übernommen. Schliesslich erfährt die Pflegefinanzierung bezüglich Behinderteneinrichtungen eine Änderung.

Neuregelung Spitalfinanzierung und Spitalplanung

Ab 2012 wird die stationäre Behandlung von Patientinnen und Patienten mit leistungsbezogenen Fallpauschalen abgegolten. Die Kantone müssen die Leistungen für die auf ihrem Kantonsgebiet wohnhaften Patienten unabhängig vom Ort der Leistungserbringung mit mindestens 55 Prozent mitfinanzieren; die Krankenversicherer übernehmen den Rest. In den Fallpauschalen sind neben den Betriebskosten die Investitionskosten enthalten. Alle Spitäler müssen ihre Investitionen damit in Zukunft aus den laufenden Erträgen finanzieren. Entscheidend für die Mitfinanzierungspflicht der Kantone ist die Aufnahme der betreffenden Einrichtung auf die Spitalliste eines Kantons. Die Versicherten können für ihre Behandlung unter jenen Spitälern frei wählen, die auf der Spitalliste ihres Wohnkantons oder der Liste des Standortkantons aufgeführt sind. Die Kantone müssen aber weiterhin mit ihrer Spitalplanung die stationäre Spitalversorgung ihrer Bevölkerung sicherstellen. Die finanziellen Auswirkungen der geänderten Spitalfinanzierung sind für die Kantone und die Spitäler unklar. Die Verhandlungen zwischen den Tarifpartnern laufen auf eidgenössischer Ebene. Für die Kantone wird mit Mehrkosten gerechnet.

Bei der Umsetzung wird auf Wiederholungen des Bundesrechts verzichtet. Durch die kantonale Mitfinanzierung inner- und ausserkantonaler Listenspitäler dürften die Krankenversicherer finanziell entlastet, durch die Mitfinanzierung der Investitionskosten aber stärker belastet werden. Die Zusatzversicherungen werden durch die Beteiligung der Kantone an einer ausserkantonalen Hospitalisation in einem Listenspital ebenfalls entlastet. Da Spitalfinanzierung und bedarfsgerechte, leistungsbezogene Spitalplanung eng zusammenhängen, ist es sinnvoll, die kantonale Neuregelung als Gesamtpaket auf den 1. Januar 2012 in Kraft zu setzen.

Direktzahlung Prämienverbilligung an Krankenversicherung, Prämienausstände

Die Kostenübernahme von medizinischen Leistungen wird seit 2006 vom Krankenversicherer aufgeschoben, wenn die versicherte Person Prämien trotz Mahnung nicht bezahlt und im Betreibungsverfahren bereits ein Fortsetzungsbegehren gestellt ist. Angesichts der drastischen Zunahme nicht bezahlter Prämien und der wachsenden Zahl von Leistungssistierungen hob der Bund im März 2010 mit einer Gesetzesrevision den Leistungsaufschub auf. Der Versicherungsschutz bleibt für säumige Prämienzahler bestehen. Die Kantone werden verpflichtet, 85 Prozent der Forderungen über uneinbringliche Prämien zu decken. Die Krankenversicherer erstatten dem Kanton 50 Prozent des erhaltenen Betrags zurück, sobald sämtliche Schulden der versicherten Person beglichen sind.

Die Prämienverbilligung wird neu in allen Kantonen einheitlich und über ein standardisiertes Verfahren an die Krankenversicherer ausbezahlt. Die Kantone können säumige Prämienzahler auf einer Liste erfassen, auf die Leistungserbringer, Gemeinden und der Kanton Zugriff haben. Die Krankenversicherer schieben dann die Kostenübernahme für medizinische Leistungen auf, bis die ausstehenden Prämien bezahlt sind. Die Leistungserbringer gewähren bei erfassten säumigen Prämienzahlern nur noch Notfallbehandlungen.

Pflegefinanzierung in Behinderteneinrichtungen

Die Neuordnung der Pflegefinanzierung macht keinen Unterschied zwischen Einrichtungen der stationären Altersbetreuung (Alters- und Pflegeheime) und Behinderteneinrichtungen. Offen ist aber, ob die Pflegefinanzierung auch für Behinderteneinrichtungen angewandt werden soll. Dies ist von Interesse, weil die beiden Behinderteneinrichtungen Glarnersteg und Fridlihuus mit insgesamt 35 Betten auf der Pflegeheimliste stehen, also Betten für eigentliche (krankheitsbedingte) Pflegefälle zur Verfügung stellen. Bei Anwendung der Pflegefinanzierung wären die behinderten Versicherten berechtigt, KVG-Versicherungsleistungen zu beziehen. Mit der neuen Pflegefinanzierung ab 2011 hätten – im Gegensatz zur geltenden

Regelung – die Gemeinden die Pflegerestkosten (rund 820'000 Fr./Jahr) zu tragen. Dies widerspräche dem Grundsatz, wonach der Kanton für das Behindertenwesen zuständig und zahlungspflichtig ist, und brächte den beiden Einrichtungen vor allem administrativ grosse Probleme, da bettweise unterschiedliche Finanzierungsmodelle anzuwenden wären. Für Behinderteneinrichtungen soll deshalb nicht die Neuordnung der Pflegefinanzierung sondern ausschliesslich das Sozialhilfegesetz (und mit ihm die interkantonale Vereinbarung für soziale Einrichtungen) gelten. Somit haben ausnahmsweise die Krankenversicherer die Beiträge gemäss Krankenpflege-Leistungsverordnung an die versicherten Personen zu leisten und bleibt der Kanton (restkostenzahlungs)pflichtig.

Im Landrat waren die Vorlagen im Grundsatz unbestritten. Diskutiert wurde, ob der Landrat oder der Regierungsrat über die Einführung von Listen für säumige Prämienzahler zu entscheiden habe; die Kompetenz bleibt beim Regierungsrat. Der Landrat ist neu über die vom Regierungsrat vorgenommene Spitalplanung zu orientieren.

Der Landrat empfiehlt der Landsgemeinde, der Vorlage zuzustimmen.

1. Neuregelung Spitalfinanzierung und Spitalplanung

1.1. Änderung Bundesgesetz über die Krankenversicherung

Die Revision von 2009 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betrifft Spitalplanung und Spitalfinanzierung; sie führt die freie Spitalwahl für grundversicherte Patientinnen und Patienten ein. Die kantonale Spitalplanung muss spätestens am 1. Januar 2015 an die Vorgaben des Bundesrechts angepasst sein und die Neuordnung der Spitalfinanzierung ist in den Kantonen spätestens am 1. Januar 2012 einzuführen.

1.1.1. Bisherige Finanzierung von Behandlungen in Spitälern

Behandlungen in Spitälern können ambulant oder stationär erfolgen. Neben den öffentlichen Spitälern gibt es öffentlich subventionierte und nicht subventionierte Privatspitäler. Im ambulanten Bereich sowie generell in Privatspitälern ohne öffentliche Subventionierung werden die Leistungen des Spitals grundsätzlich über die Krankenversicherung abgegolten (monistische Finanzierung). Bei stationärer Behandlung auf der allgemeinen Abteilung der öffentlichen und subventionierten Spitäler gibt es zwei Kostenträger: Kanton und Krankenversicherer (duale Finanzierung). Letztere übernehmen maximal 50 Prozent der anrechenbaren Betriebskosten, während die Kantone die restlichen Betriebs- und die Investitionskosten bestreiten. Gemäss einem Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts müssen die Kantone zudem Beiträge an stationäre KVG-Leistungen für Privat- und Halbprivatpatienten in öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern erbringen. Sie leisten seit 2002 diesen Sockelbeitrag zur Verbilligung der innerkantonalen stationären Behandlungen von Halbprivat- und Privatpatienten direkt an die anspruchsberechtigten Spitalinstitutionen.

1.1.2. Vorgaben des Bundes zur Spitalfinanzierung

Die KVG-Revision ändert das Spitalfinanzierungssystem grundlegend. Als KVG-Spitäler gelten Anstalten und deren Abteilungen, die der stationären Behandlung akuter Krankheiten oder der stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dienen (Art. 39 KVG). Dieses Spitalfinanzierungssystem gilt sinngemäss auch für Geburtshäuser (Art. 41 Abs. 1^{ter} KVG).

1.1.2.1. Leistungsbezogene Finanzierung

Das revidierte KVG führt zu folgenden neuen Rahmenbedingungen:

- Die Investitionskosten (Anlagenutzungskosten) werden mit den Fallpauschalen abgegolten; die Spitäler müssen die Investitionen aus den laufenden Erträgen finanzieren.
- Die Kantone haben sich an Kosten der stationären Behandlung von Kantonsewohnern in Privatspitälern zu beteiligen, wenn sich letztere auf einer Spitalliste befinden. Die Zusatzversicherung übernimmt nur noch die durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung nicht gedeckten Zusatzleistungen für Halbprivat- und Privatversicherte.
- Für die Spitaltarife sind nicht mehr (nur) anrechenbare Kosten massgebend. Die zwischen Spital und Krankenversicherer vereinbarten Fallpauschalen orientieren sich an der Entschädigung jener Spitäler, welche die obligatorisch versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen (Art. 49 Abs. 1 KVG).
- Die Kantone können die Beitragsberechtigung der Spitäler nicht (mehr) in ihrer kantonalen Gesetzgebung festlegen. Entscheidend für ihre Mitfinanzierungspflicht ist die Aufnahme der Institutionen auf die Spitalliste eines Kantons.

- Die Kantone können ihren Finanzierungsmodus an die stationäre Behandlung nicht mehr in ihrer Gesetzgebung bestimmen. Ihre Beiträge und die der Krankenversicherer sind aufgrund der Vorgaben des KVG anteilmässig auszurichten. Es handelt sich nicht mehr um Subventionen (eigene Spitalinstitution oder begrenzte Zahl von Institutionen) sondern um subjektorientierte Beiträge an die stationäre Behandlung von Patientinnen und Patienten aus der eigenen Bevölkerung.

Bisher finanzierten die Kantone die Spitäler über Globalbudget, Defizitdeckung und dergleichen (Objektfinanzierung). Neu finanzieren sie die Leistungen für die auf ihrem Kantonsgebiet wohnhaften Patienten unabhängig vom Ort der Leistungserbringung (Subjektfinanzierung). Dies soll die Spitäler zur Effizienzsteigerung anregen und die Kostentransparenz erhöhen. Die stationäre Untersuchung und Behandlung wird mit leistungsorientierten Pauschalen vergütet, die zwischen Krankenversicherern und Spitälern ausgehandelt werden. Deren Höhe orientiert sich massgeblich an derjenigen des Spitals, das die Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringt (Benchmark). Die Pauschalen basieren auf dem Vollkostenprinzip; es werden sämtliche anrechenbaren Kosten der stationären Spitalbehandlung mit eingerechnet. Neben den Betriebskosten gelten sie die Investitionskosten ab (Amortisation und Kapitalverzinsung als pauschaler Investitionsbeitrag an die Spitalinfrastruktur). Die Pauschalen dürfen keine Kostenanteile für gemeinwirtschaftliche Leistungen enthalten. Insbesondere Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen, Forschung und universitäre Lehre sind dazuzuzählen.

1.1.2.2. Gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstrukturen

Das leistungsbezogene Vergütungsmodell für die Spitalbehandlung basiert auf dem Patientenklassifikationssystem DRG (Diagnosis related groups). Durch die Berechnung der Pauschalen auf gleicher Grundlage werden aussagekräftige Vergleiche zwischen den Spitälern möglich. Die Tarifpartner setzen mit den Kantonen eine Organisation ein, der die Erarbeitung, Weiterentwicklung, Anpassung und Pflege der gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifstruktur obliegt (Art. 49 Abs. 2 KVG): die im Januar 2008 gegründete gemeinnützige Aktiengesellschaft SwissDRG AG. Das von ihr erarbeitete Tarifsysteem für stationäre akut-somatische Spitalleistungen baut auf dem 2005 in Deutschland eingeführten System auf. Medizinisch ähnliche Fälle werden zu kostenhomogenen Gruppen zusammengefasst und mit einer Pauschale entschädigt. Die SwissDRG ist zudem für die Pauschaltarifierung in Rehabilitation, Psychiatrie und Geburtshäusern zuständig; für dieses Vergütungsmodell liegen aber noch keine Entscheide vor.

Am 18. Juni 2010 genehmigte der Bundesrat den von «santésuisse» (Verband der Krankenversicherer), «H+ Die Spitäler der Schweiz» und der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) unterzeichneten Tarifvertrag. Der (Rahmen-)Vertrag führt die Tarifstruktur von SwissDRG ein. Bedauerlicherweise regelt er wichtige Fragen zu Einführung und Preisbildung (Berechnung und Verhandlung der Basispreise, kostenneutrale Einführung Finanzierungssystem) nicht. Die Tarifpartner arbeiten zurzeit intensiv an der Einführungsversion. Weitere Fragen (Ausgleich, Basispreis, finanzielle Auswirkungen, Qualitätssicherung) sind aber immer noch nicht genauer definiert. Es ist nicht auszuschliessen, dass solche Fragen letztlich die Kantone beantworten, insbesondere zum Tarif, welcher von der Regierung jenes Kantons zu genehmigen ist, in welchem er angewandt wird; erzielen die Tarifpartner keine Einigung, setzt der Kanton den Tarif fest.

1.1.2.3. Anteil der Kantone an den Pauschalen

Die Kantone müssen mindestens 55 Prozent, die Krankenversicherer den Rest der Pauschale übernehmen (Art. 49a Abs. 1 und 2 KVG). Kantone, deren Durchschnittsprämien für Erwachsene zum Einführungszeitpunkt der Spitalfinanzierung (1.1.2012) die schweizerische Durchschnittsprämie unterschreiten, können ihren Vergütungsanteil zwischen 45 und 55 Prozent festlegen. Bis zum 1. Januar 2017 darf dann der Finanzierungsanteil jährlich um höchstens 2 Prozentpunkte angepasst werden (Abs. 5 Übergangsbestimmungen KVG-Revision). Ein geringerer (als 55%) kantonaler Vergütungsanteil kann das Erhöhen der Krankenkassenprämien durch die Krankenversicherer bewirken. – Die Kantone müssen ihren Anteil für das Kalenderjahr spätestens neun Monate zuvor festlegen (Art. 49a Abs. 2 KVG).

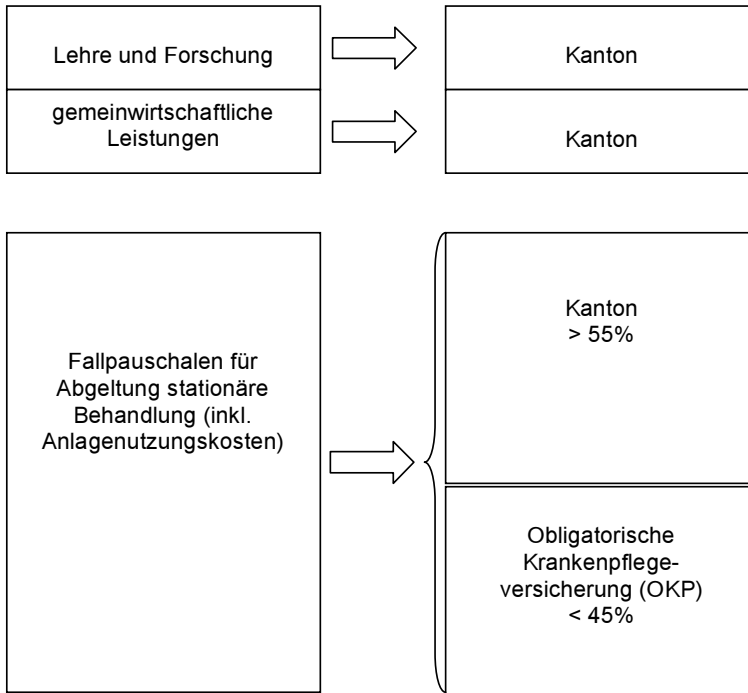
1.1.2.4. Freie Spitalwahl

Die versicherte Person kann für ihre stationäre Behandlung unter jenen Spitälern frei wählen, die auf der Spitalliste eines Kantons aufgeführt sind (Listenspital). Krankenversicherer und Wohnkanton übernehmen die Vergütung, wenn die versicherte Person das ausserkantonale Listenspital aufsucht (obwohl die Behandlung in einem Listenspital des Wohnkantons angeboten würde). Sie richtet sich nach dem Tarif, der im Listenspital des Wohnkantons für die betreffende Behandlung gilt (Art. 41 Abs. 1^{bis} und 3 KVG). Die Patienten (oder deren Zusatzversicherung) müssen eine allfällige Differenz zum Tarif, der im ausgewählten Spital gilt, übernehmen.

1.1.2.5. Vertragsspitäler

Spitäler, die nicht auf die Spitalliste aufgenommen werden, können mit den Krankenversicherern Verträge über die Vergütung von Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abschliessen; sie erlangen den Status von «Vertragsspitalern». Von der Mitfinanzierung durch die Kantone bleiben sie jedoch ausgeschlossen. Die neuen Instrumente der Leistungsfinanzierung und der freien Spitalwahl sollen Wirtschaftlichkeit und Qualitätswettbewerb fördern.

Finanzierung der stationären Spitalleistungen gemäss KVG-Vorgaben



1.1.3. Die Vorgaben des Bundes zur Spitalplanung

Das KVG verpflichtet die Kantone zu bedarfsgerechter Spitalversorgung. Die Revision des KVG gibt den Kantonen schwergewichtig vor:

- Die Spitalplanung muss auf Betriebsvergleiche zu Qualität und Wirtschaftlichkeit abgestützt sein (Art. 39 Abs. 2^{ter}, Abs. 3 Übergangsbestimmungen KVG).
- Die Kantone müssen ihre Planungen koordinieren (Art. 39 Abs. 2 KVG).

Mit der Spitalplanung stellen die Kantone die stationäre Spitalversorgung ihrer Bevölkerung sicher. Dabei gilt zu beachten, dass die Wahlfreiheit der Patientinnen und Patienten nun sämtliche Listenspitäler aller Kantone umfasst (Art. 41 Abs. 1^{bis} KVG). Der Bundesrat erliess einheitliche auf Qualität und Wirtschaftlichkeit basierende Planungskriterien (Art. 39 Abs. 2 KVG; Art. 58a–58f KVV). Gemäss Ausführungsbestimmungen ermitteln die Kantone den Bedarf an stationären Spitalbehandlungen in nachvollziehbaren Schritten und stützen sich dabei auf statistisch ausgewiesene Daten und Vergleiche. Das Angebot auf der kantonalen Spitalliste beinhaltet inner- und ausserkantonale Spitäler und entspricht dem Versorgungsbedarf. Bei Beurteilung und Auswahl des Angebots sind neben Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung u.a. Behandlung innert nützlicher Frist sowie Bereitschaft und Kapazität zur Erfüllung des Leistungsauftrages massgebend. Die Kantone müssen die Effizienz der Leistungserbringung, den Nachweis der notwendigen Qualität sowie Mindestfallzahlen und Nutzung von Synergien beachten. Die Planung muss in der Akutbehandlung leistungsorientiert erfolgen. Bei Rehabilitations- und Psychiatrie-Institutionen ist leistungsorientiert oder kapazitätsbezogen zu planen. Die Kantone haben ihre Planung zu koordinieren: Es sind Informationen über Patientenströme nach der Auswertung auszutauschen und die Planungsmassnahmen zu koordinieren. Die Kantone führen auf ihrer Spitalliste die inner- und ausserkantonalen Spitalinstitutionen auf, die notwendig sind, um die Versorgung ihrer Bevölkerung sicherzustellen. Auf der Spitalliste wird für jedes Spital das dem Leistungsauftrag entsprechende Leistungsspektrum aufgeführt.

1.2. Anpassung kantonale Gesetzgebung

1.2.1. Notwendigkeit und Form der Anpassung

Die Revision des KVG führt zu Anpassungsbedarf in der kantonalen Gesetzgebung (EG KVG). Es geht insbesondere um die technische Umsetzung nach dem Leitspruch «so wenig wie möglich und so viel wie nötig». Auf nicht zwingend notwendige Regelungen und Wiederholungen des Bundesrechts wird verzichtet. Aufgrund der engen Verbundenheit von leistungsbezogener Fallpauschale und bedarfsgerechter, leistungsbezogener Spitalplanung ist es sinnvoll, die Neuregelung gesamthaft auf den 1. Januar 2012 in Kraft zu setzen.

1.2.2. Geltende Regelung

Die geltende Spitalliste ist seit 1998 in Kraft. Sie sichert die stationäre Spitalversorgung der Glarner Bevölkerung im Wesentlichen durch Leistungsverträge mit inner- und ausserkantonalen Spitälern. Ihr liegt eine bedarfsgerechte Verteilung der medizinischen Fachgebiete und Dienste auf die Spitäler zugrunde. Bisher wurden die Leistungen nach Leistungsbereichen zugeteilt und die Planung erfolgte innerkantonal kapazitätsbezogen mittels Festlegen einer Bettenobergrenze, die sich im Verlaufe der Zeit erheblich nach unten veränderte, ohne dass die Spitalliste revidiert wurde.

Die Leistungspflicht des Kantons Glarus besteht (gemäss geltender Spitalliste):

- bei Behandlungen in den öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern des Kantons Glarus (Art. 49 Abs. 1 KVG): als öffentlich subventioniert gilt eine Heilanstalt (Spital), wenn der Kanton über den Anteil der Versicherten aus seinem Kantonsgebiet mindestens 50 Prozent der anrechenbaren Betriebskosten der allgemeinen Abteilung finanziert;
- bei Behandlung in einer öffentlichen oder öffentlich subventionierten Heilanstalt innerhalb der Schweiz, die in der Spitalliste ihres Standortkantons aufgeführt ist: sofern diese nicht in einer auf der Glarner Spitalliste aufgeführten Heilanstalt durchgeführt werden kann und die Behandlung medizinisch indiziert ist (Kostengutsprache Kantonsarzt Glarus);
- bei Behandlungen in Heilanstalten, mit denen der Kanton Glarus eine Leistungsvereinbarung abgeschlossen hat: im Rahmen der Vereinbarung.

Die Spitalplanung unterscheidet drei Versorgungsniveaus:

- Grundversorgung und erweiterte Grundversorgung (im Akutbereich) in den medizinischen Fachbereichen: Allgemeine Innere Medizin, Allgemeine Chirurgie, Gynäkologie, Geburtshilfe;
- spezialisierte und hochspezialisierte Versorgung (im Akutspitalbereich): umfassende Abklärung, Behandlung und Pflege sowie Notfallversorgung von Verunfallten, Erkrankten und Schwangeren aller Versicherungsklassen durch spezialisierte Behandlungs- und Pflorgeteams unter Einsatz umfassender, spezialisierter Verfahren der Diagnostik, Therapie und Pflege;
- Spezialkliniken, die in ausgewählten Behandlungsfeldern eine umfassende spezialisierte Versorgung wahrnehmen.

Auf der Glarner Spitalliste sind Spitäler mit einem Leistungsvertrag aufgeführt. Sie sind berechtigt, ihre Leistungen im Rahmen des KVG-Leistungskataloges und des jeweiligen Leistungsauftrages vollumfänglich zulasten der obligatorischen Krankenversicherung abzurechnen. Zurzeit verfügen zwei Einrichtungen mit innerkantonalem Standort und dreizehn ausserkantonale Institutionen über einen Leistungsauftrag in den Bereichen Akutbehandlung, Rehabilitation und Psychiatrie.

1.2.3. Grundzüge neue Regelung

Der Bundesgesetzgeber geht von der Zuständigkeit der Kantonsregierung für die Spitalplanung und den Erlass der Spitalliste aus (Art. 53 Abs. 1 KVG). Die Zuständigkeit des Regierungsrates, Spitalplanung und Spitalliste zu erlassen und Leistungsaufträge an die Listenspitäler zu erteilen (Art. 2), wird in einem separaten Teil des EG KVG mit kantonalen Ausführungsbestimmungen ergänzt. Die im KVG und den Ausführungsbestimmungen enthaltenen Regelungen werden nicht wiederholt. Inhalt des kantonalen Gesetzes sollen einzig die für die Umsetzung des Bundesrechts nötigen Ausführungsbestimmungen und Zuständigkeitsregelungen sein. Dementsprechend wird auf eine Aufzählung der Planungskriterien verzichtet (Art. 58a–58e KVV). Hingegen ist es nötig, gesetzliche Grundlagen zu schaffen, um auf Verstösse gegen einen Leistungsauftrag reagieren oder die für die Spitalplanung und -finanzierung nötigen Daten erheben zu können.

1.2.4. Finanzielle Auswirkungen

Mangels einheitlicher Kostenerfassung in den Kantonen ist die Verschiebung der Finanzierungsstruktur schwierig zu beurteilen. Es zeichnen sich folgende finanzielle Tendenzen ab: Die kantonale Mitfinanzierung der inner- und ausserkantonalen Listenspitäler dürfte die Krankenversicherer eher entlasten; hingegen belastet sie neu die Mitfinanzierung von Investitionen. Die kantonale Mitfinanzierung entlastet bei ausserkantonalen Hospitalisationen die Zusatzversicherungen. Unklar sind die finanziellen Auswirkungen der freien Spitalwahl. Einzelne Kantone (z.B. ZH, AR, TG) erwarten aufgrund von Schattenrechnungen einen kantonalen Mehraufwand von 7 bis 10 Prozent.

1.3. Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen

Artikel 1 Absatz 2; Zweck

Der Zweckartikel wird mit den neuen Themenbereichen über den Vollzug der Pflegefinanzierung sowie der Spitalplanung und Spitalfinanzierung ergänzt.

Artikel 2; Regierungsrat

Absatz 2 Buchstabe c. – Mit der freien Spitalwahl wird die kantonale Spitalliste massgebendes Kriterium und nicht mehr, ob sich ein Spital im Kanton oder ausserhalb des Kantons befindet. Regelungsbedarf besteht grundsätzlich in zwei Fällen: Kanton und Krankenversicherer vergüten heute den vollen Tarif, wenn aus medizinischen Gründen eine Behandlung in einem nicht auf der Spitalliste des Kantons aufgeführten Spital benötigt wird und es muss der Glarner Patient oder seine Zusatzversicherung allfällige Mehrkosten bezahlen, wenn er ohne medizinisch indizierten Grund ein Listenspital eines anderen Kantons auswählt. Die Änderung legt den Schwerpunkt auf die kantonale Spitalliste.

Buchstabe d. – Die dem Kanton zugewiesene Kompetenz, den Kantonsanteil an die Vergütung der stationären Behandlung jeweils neun Monate vor Beginn des Kalenderjahres festzulegen, wird dem Regierungsrat zugewiesen. Der Mindestanteil von 55 Prozent an den Behandlungskosten will nicht überschritten werden, ausser die Durchschnittsprämien für Erwachsene liegen unter dem schweizerischen Mittel. Der Vergütungsanteil kann dann zwischen 45 und 55 Prozent festgelegt werden. Es besteht eine Wechselwirkung zur Krankenkassenprämie: je tiefer der Anteil des Kantons, desto mehr werden Staatskasse und somit Steuerzahlende entlastet. Andererseits werden die Prämienzahlenden stärker belastet, weil die Krankenkasse einen höheren Anteil der stationären Spitalkosten übernimmt. – Wegen des Einschubs werden die Buchstaben *d–f* bisher zu *e–g*.

Artikel 3; Zuständiges Departement

Gemäss Systematik wird im Gesetzeserlass nur die Bezeichnung «Departement» verwendet, womit immer das zuständige Departement gemäss Verwaltungsorganisation gemeint ist.

Artikel 4; Zuständige kantonale Verwaltungsbehörde / Artikel 5; Gemeinden

Mit der freien Spitalwahl ist nicht mehr die stationäre Behandlung ausserhalb der Kantonsgrenze massgebend, sondern das Verfahren für Behandlungen von Glarner Patientinnen und Patienten in einem Spital, das sich nicht auf der Spitalliste des Kantons Glarus befindet (s. Art. 2 Abs. 2 Bst. c). Der Kostengutsprache des Kantonalarztes bedarf es nur noch bei einer medizinisch begründeten Behandlung in einem Spital, das sich nicht auf der Spitalliste des Kantons befindet (Bst. c). – Im Zusammenhang mit den gesetzlichen Anpassungen betreffend der Kantonalisierung des Sozial- und Vormundschaftswesens wurden sämtliche Aufgaben der Fürsorgegemeinden dem kantonalen Sozialamt übertragen. Dabei wurde die Aufgabe, Verlustscheine für uneinbringliche Prämien und Kostenbeteiligungen entgegen nehmen, aus der Gemeindezuständigkeit nicht herausgelöst; dies geschieht nun.

Erläuterungen zu den folgenden Artikeln siehe Ziffern 2.5.4. und 3.2.3.

Artikel 33^e; Spitalplanung

Zuständig für den Erlass der Spitalplanung ist von Bundesrechts wegen der Regierungsrat. Zu beachten sind insbesondere die Planungskriterien (Art. 58ff. KVV); Planungszweck ist eine bedarfsgerechte Spitalversorgung (Abs. 1). – Die Spitalplanung ist vom Regierungsrat zwar periodisch zu überprüfen, dies aber nur bei Bedarf und nach Gewährung des rechtlichen Gehörs. Als Betroffene gelten in erster Linie Spitäler. Nicht formell anzuhören sind Dritte, z.B. politische Parteien (Abs. 2). – Die Spitalplanung ist dem Landrat zur Kenntnis zu bringen; er ist über die Überlegungen und die Aussichten über die zukünftige Spitalversorgung der Glarner Bevölkerung zu informieren. Der Regierungsrat soll den Landrat nicht nur bei Anpassung, sondern auch bei Erstellung der Spitalplanung informieren (Abs. 3).

Artikel 33^f; Spitalliste

Gestützt auf die Spitalplanung erlässt der Regierungsrat eine Spitalliste (Art. 58e KVV). Diese enthält die (inner- und ausserkantonalen) Spitäler, die notwendig sind, um eine bedarfsgerechte Versorgung für die Glarner Bevölkerung zu gewährleisten; sie ist nach Leistungsbereichen und -gruppen zu gliedern (Abs. 1). – Analog zur Bestimmung über die Spitalplanung (Art. 33^e Abs. 2) überprüft der Regierungsrat die Spitalliste periodisch und passt sie, ebenfalls nur bei Bedarf und unter Anhörung der Betroffenen, an; auch hier gelten als Betroffene in erster Linie Spitäler (Abs. 2). – Die Aufzählung von Auflagen, von welchen die Aufnahme eines Spitals auf die Spitalliste abhängig gemacht werden kann, ist nicht abschliessend; das Departement prüft, ob die Listenspitäler die Auflagen einhalten (Abs. 3). – Spitäler sollen auch nur für Teile ihres Angebotes aufgenommen werden können, weil die hoch spezialisierte Medizin auf wenige Zentren konzentriert sein wird (Art. 39 Abs. 2^{bis} KVG; Abs. 4).

Artikel 33^g; Leistungsauftrag

Der Regierungsrat erteilt jedem Listenspital einen Leistungsauftrag auf eine festgelegte Dauer und überprüft ihn regelmässig (Abs. 1).

Der Leistungsauftrag ist an das jeweilige Spital, dessen Qualitatsvoraussetzungen und Standort gebunden. Allerdings ist eine Untervergabe von Supportleistungen zulässig, sofern die Versorgungssicherheit nicht gefährdet ist (Zeitverzögerung in der Behandlung, fehlende Aufnahmebereitschaft usw.). Als medizinische Supportleistungen gelten Teilleistungen, welche die Erfüllung des Leistungsauftrages unterstützen, z.B. Zusammenarbeit zur Sicherung des externen Notfalldienstes mit anderen Spitälern oder Radiologie-, Labor- und Pharmazieleistungen, sofern diese wirtschaftlich und in guter Qualität erbracht werden. Das untervergebende Listenspital trägt dabei weiterhin die Verantwortung für Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesamtbehandlung. Supportleistungen, die es untervergeben möchte, sind im Leistungsauftrag anzugeben. Ist ein Listenspital nicht mehr in der Lage, seinen Leistungsauftrag zu erfüllen, hat es den Kanton umgehend zu informieren und die im Leistungsauftrag definierten Massnahmen zu treffen (Abs. 2). – Bei wiederholten oder schweren Verstössen gegen den Leistungsauftrag stehen dem Regierungsrat Sanktionsmöglichkeiten zur Verfügung. Er kann um die Versorgungssicherheit zu gewährleisten den Leistungsauftrag ganz oder teilweise entziehen, einem anderen Spital erteilen und geleistete Abgeltungen zururckfordern. Beim Ergreifen einer solchen Sanktion schuldet der Kanton dem Spital keinerlei Kompensation (Abs. 3).

Artikel 33^h; Tarifverträge

Gemäss Bundesvorgabe genehmigt der Regierungsrat die zwischen den Tarifpartnern vereinbarten Verträge (Krankenversicherer und Spitäler) oder setzt den Tarif fest (Art. 2 Abs. 2 Bst. d), sofern sich die Partner nicht einigen (Abs. 1). – Den Tarifpartnern wird vorgeschrieben, geeignete Massnahmen vorzusehen, um einen Kostenanstieg wegen nicht gerechtfertigter Mengenausweitung zu verhindern. So wären z.B. degressive Tarife festzulegen, die auf der Basis von 100 Prozent der Fallpauschale in einen Kantons- und einen Krankenversicherungsanteil aufgeteilt werden müssten (Abs. 2). – Die direkte und substanzielle Mitfinanzierungspflicht begründen ein wesentliches finanzielles Interesse an Verhandlungsverlauf und -ergebnis; die Verhandlungspartner informieren das Departement angemessen über die Tarifverhandlungen (Abs. 3).

Artikel 33ⁱ; Daten

Für die Datenlieferung an die zuständigen kantonalen Stellen ist eine Rechtsgrundlage erforderlich (analog Art. 22a KVG). Die Spitäler und Krankenversicherer sind verpflichtet, den kantonalen Stellen die für die Spitalplanung und -liste, die Kontrolle der Leistungsaufträge sowie die Überprüfung von Wirtschaftlichkeit, Qualität, Wirksamkeit und Angemessenheit der Leistungserbringung erforderlichen Daten der stationären und ambulanten Versorgung unentgeltlich zur Verfügung zu stellen. Ohne diese Angaben können die kantonalen Stellen die zugewiesenen Aufgaben nicht seriös erfüllen (Abs. 1). – Der Regierungsrat kann Spitäler mit Leistungsauftrag und Krankenversicherer zur Abgabe weiterer Daten ohne Kostenfolgen für den Kanton verpflichten (Abs. 2). – Die Daten können in anonymisierter Form zu statistischen Zwecken oder zu Betriebsvergleichen (Benchmarks) veröffentlicht werden (Abs. 3).

2. Nichtentrichteten Prämien und Kostenbeteiligungen, Prämienverbilligung direkt an Krankenversicherer

2.1. Ausgangslage

Die Regelung betreffend unbezahlter Prämien und Kostenbeteiligungen in der sozialen Krankenversicherung wurde von den eidgenössischen Räten 2005 getroffen (Art. 64a KVG): Aufschub der Kostenübernahme für Leistungen (Leistungsaufschub/-sistierung). Die Kostenübernahme von medizinischen Leistungen wird vom Krankenversicherer aufgeschoben, wenn Versicherte trotz Mahnung Prämien nicht bezahlen und im Betreibungsverfahren ein Fortsetzungsbegehren gestellt ist. Seit der Inkraftsetzung am 1. Januar 2006 sind gemäss Schätzungen der GDK mehr als 150'000 Personen von einem Aufschub der Kostenübernahme betroffen. Die Leistungserbringenden sitzen auf unbezahlten Rechnungen (z.B. Spitäler ganze Schweiz: etwa 80 Mio. Fr.). Leistungserbringende gerieten zum Teil in finanzielle Schwierigkeiten und das Versicherungsobligatorium wird mit der Leistungssistierung in Frage gestellt. Die Auswirkungen für betroffene Versicherte sind negativ, da sie teils keine adäquate Gesundheitsversorgung mehr erhalten. Die Kantone kennen sehr unterschiedliche Regelungen betreffend Gesundheitsleistungen für Personen mit Leistungsaufschub. Die drastische Zunahme an nicht bezahlten Prämien und die wachsende Zahl von Leistungssistierungen waren Auslöser für eine Gesetzesrevision (Art. 64a und 65 KVG): Die Leistungssistierung wird aufgehoben und die finanzielle Verantwortung der Kantone und Krankenversicherer neu geregelt.

Im Zusammenhang mit den Revisionsarbeiten zum KVG stellte sich die Frage, wie mit jenen Versicherten zu verfahren ist, die zwar zahlungsfähig, nicht aber Willens sind zu zahlen. Sie werden vermutlich unter dem Druck des Betreibungsverfahrens früher oder später ihren finanziellen Verpflichtungen nachkommen, weil keine Aussicht auf einen Verlustschein besteht. Seit zwei Jahren werden im Thurgau zahlungsunwillige Versicherte mit Leistungsaufschub in eine Datenbank aufgenommen, auf die Leistungserbringende, Gemeinden, der kantonale Datenschutzbeauftragte, die Zuständigen des Gesundheitsamtes sowie die kantonale Informatik Zugriff haben. Mit Ausnahme von Leistungen der Notfallversorgung haben die in die Datenbank Aufgenommenen keinen Anspruch mehr auf Leistungen der sozialen Krankenversicherung. Die mit dem Vollzug der Prämienverbilligung betrauten Gemeinden bemühen sich um Rückzahlungsabkommen, um länger dauernden Leistungsaufschub bei sich zuspitzender finanzieller Situation zu verhindern. Das Datenpoolmodell entfaltet erzieherische Wirkung. Die Leistungserbringenden verweigern – nach Einsichtnahme in die Datenbank – Versicherten mit Leistungsaufschub die medizinische Behandlung, sofern es sich nicht um einen Notfall handelt. Die Gesetzesrevision sieht auf eidgenössischer Ebene dafür eine Rechtsgrundlage vor, was ein parlamentarisches Anliegen erfüllt («Eigenverantwortung statt Vollkasko bei säumigen Krankenkassenprämienzahlern»).

Um das Verwenden der Prämienverbilligung für andere Zwecke zu verhindern, legt die Revisionsvorlage fest, dass die Prämienverbilligung von allen Kantonen an die Krankenversicherer auszurichten ist (Art. 64a und 65 KVG). Der Bundesrat bestimmt das Inkrafttreten; es wird auf den 1. Januar 2012 in Aussicht gestellt.

2.2. Nichtbezahlen von Prämien (Art. 64a, 65 KVG)

Der Aufschub der Kostenübernahme für Leistungen wird gestrichen. Die Kantone können innerhalb ihrer kantonalen Ausführungsbestimmungen festlegen, dass eine kantonale Behörde über das erhobene Betreibungsverfahren in Kenntnis gesetzt wird. Neu ist eine vom Kanton zu bezeichnende Revisionsstelle damit zu beauftragen, die Bekanntgabe der ausstehenden Forderungen der Krankenversicherer zu kontrollieren. Die Kontrolle dient auch dem Überprüfen der Datenbekanntgabe der Krankenversicherer. Die Revisionsstelle prüft, ob die gemeldeten Daten Prämien, Kostenbeteiligungen und Betriebskosten betreffen. Alle anderen Kosten, z.B. in Bezug auf Zusatzversicherungsleistungen, sind vom Krankenversicherer auszuscheiden. Damit soll die Bearbeitung der von den Krankenversicherern gemeldeten Verlustscheine erleichtert werden; die Kantone sollen damit ohne Verzögerung handeln können.

Sie übernehmen gestützt auf die kontrollierten Daten 85 Prozent der Forderungen, die zu einem Verlustschein führten. Hat die versicherte Person ihre Ausstände teilweise oder vollständig bezahlt, erstattet der Krankenversicherer die Hälfte der bezahlten Beträge an den Kanton zurück. Bisher waren die Kantone kraft Bundesgesetz nicht verpflichtet, die uneinbringlichen Prämien und Kostenbeteiligungen zu übernehmen. Der Kanton Glarus übernimmt aber bei Vorliegen eines Verlustscheines seit rund sechs Jahren – gestützt auf kantonales Recht – uneinbringliche Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinsen und Betriebskosten. Hierfür wendete er 2009 rund 700'000 Franken auf.

2.3. Direktzahlung Prämienverbilligung an Krankenversicherer

Die Kantone entrichten die Prämienverbilligung (IPV) in sehr unterschiedlicher Form: Zahlung an Versicherte, Direktzahlung an Krankenversicherer, Verrechnung mit Steuern. Die Auszahlungsform wird nun vereinheitlicht. Die Prämienverbilligung ist künftig von den Kantonen direkt an die Krankenversicherer zu bezahlen, welche die Jahresprämie der anspruchsberechtigten Personen um den kantonalen Beitrag verbilligen. Dies garantiert zweckgemässe Verwendung der Beiträge und vermindert das Risiko von Zahlungsausständen der Versicherten. Zur administrativen Vereinfachung und um Verwaltungskosten zu sparen, soll für den Datenaustausch zwischen den Kantonen und den Krankenversicherern ein elektronischer Standard aufgebaut werden (Art. 65 Abs. 2 KVG). Die Kantone sind nicht mehr verpflichtet, die Krankenversicherer für die Mitwirkung im Verfahren zur Direktzahlung der Prämienverbilligung speziell zu entschädigen. In den Ausführungsbestimmungen wird der Bundesrat die Einzelheiten regeln. Bestimmungen auf Verordnungsstufe sind jedoch noch nicht erlassen.

2.4. Übergangsbestimmungen

Gemäss den Übergangsbestimmungen zu dieser Änderung übernimmt der Krankenversicherer die Vergütung medizinischer Leistungen, wenn der Kanton bis zum 1. Januar 2012 (voraussichtlicher Inkraftsetzungszeitpunkt) die Kosten für ausstehende Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinsen sowie Betreuungskosten trägt, die zur Ausstellung eines Verlustscheins oder eines gleichwertigen Titels geführt haben. Begleicht er diese Kosten nicht, bleiben die gestützt auf bisheriges Recht verfügbaren Leistungssistierungen bestehen, und die bis 1. Januar 2012 erbrachten Leistungen werden vom Krankenversicherer solange nicht bezahlt, bis die versicherte Person sämtliche ausstehenden Kosten zurückerstattet hat.

Zudem haben diejenigen Kantone, welche die Prämienverbilligung bisher direkt an die Versicherten ausgerichtet, innert zweier Jahre ab Inkrafttreten der Änderung (voraussichtlich bis 1.1.2014) das System der Prämienverbilligung an die neue Regelung anzupassen. Bis zur Systemumstellung müssen solche Kantone 87 anstatt 85 Prozent des Gesamtbetrages der Forderungen über ausstehende Prämien übernehmen.

2.5. Anpassung kantonale Gesetzgebung

2.5.1. Anpassung an Bundesrecht

Anpassungsbedarf im EG KVG besteht hinsichtlich der Direktzahlung der Prämienverbilligung an die Krankenversicherer sowie der Verpflichtung der Kantone, uneinbringliche Prämien zu übernehmen. Versicherte und Leistungserbringende im Kanton Glarus profitieren von der Regelung in den Übergangsbestimmungen. Da der Kanton nach geltendem Recht die uneinbringlichen Prämien im Umfang des Leistungsobligatoriums (Art. 32) übernimmt, sind die Voraussetzungen erfüllt, damit der Leistungsaufschub mit Inkrafttreten der Änderung des KVG aufgehoben wird.

2.5.2. Einführung Datenpool

Der Bundesgesetzgeber überlässt es den Kantonen, ob sie das Datenpoolmodell Thurgau einführen (Art. 64a Abs. 7 KVG). Entscheidet sich der Kanton dafür, müssen die Krankenversicherer die Kostenübernahme für Leistungen zahlungsunwilliger Versicherter mit Ausnahme der Notfallbehandlung aufschieben. Sie erstatten der kantonalen Behörde Meldung über den Leistungsaufschub und dessen Aufhebung nach Rückerstattung der ausstehenden Prämienforderungen. Leistungserbringende, Gemeinden und Kanton haben Zugang zur Liste. Die Leistungserbringenden leisten bei erfassten säumigen Prämienzahlenden nur noch Notfallbehandlungen. Ob diese erzieherische Massnahme längerfristig geeignet ist, kann ohne genaue Kenntnis über die Wirkungen der übrigen Massnahmen nicht ausreichend beurteilt werden. Bei Direktzahlung der Prämienverbilligung an die Krankenversicherer (voraussichtlich ab 2012) ist zu analysieren, ob bereits dieser Systemwechsel die Betreibungsverfahren und damit die Zahl der Verlustscheine spürbar senkt. Es wird dann zu prüfen sein, ob das Datenpoolmodell eingeführt werden soll. Nur wenn alle Beteiligten das Datenpoolmodell konsequent umsetzen, entfaltet es seine erzieherische Wirkung; Krankenversicherer: Leistungsaufschub; Leistungserbringende (Ärzte, Spital) nur noch Notfallbehandlungen. Der Regierungsrat kann über die Einführung entscheiden (Art. 9^a).

2.5.3. Antragssystem zur Prüfung der Anspruchsberechtigung IPV

2008 wurde die Verrechnung der Prämienverbilligung mit den Kantons- und Gemeindesteuern eingeführt. Höhere Effizienz in den Verfahrensabläufen und tiefere Vollzugskosten begründeten die der Landsgemeinde 2006 vorgeschlagene Systemänderung. Die Prüfung der Anspruchsberechtigung von Amtes wegen löste das Antragssystem ab, weil bei der Verrechnung mit den Steuern auf vorhandene Daten zurückgegriffen werden konnte. 2009 erhielten rund 9600 Personen Prämienverbilligungen von total rund 12,4 Millionen Franken. Nun entschied sich der Bund für gesamtschweizerisch einheitliche Direktzahlung an die Krankenversicherer. Die

kantonale gesetzliche Rahmenbedingungen überlassen es dem Regierungsrat, das Auszahlungssystem festzulegen. Vorbereitungsarbeiten für die Umstellung auf die Direktzahlung an die Krankenversicherer ab 2012 laufen. Die Vollzugsbehörde benötigt verschiedene bisher nicht erforderliche Daten wie Angaben über Krankenversicherer, Versichertennummer, Versicherungsstatus und Mutationsmeldungen (Kassenwechsel). Die Daten sind laufend zu aktualisieren, was bei Prüfung der Anspruchsberechtigung von Amtes wegen zu unverhältnismässigem personellem und finanziellem Aufwand führen würde. Es soll auf das meist angewandte Antragsystem gewechselt werden (Art. 27; nur SZ, OW, AI, VS, NE, GE, JU ermitteln von Amtes wegen). Die Information der Bevölkerung über die Prämienverbilligung wird nicht geändert und erfolgt über mehrere Kanäle (Medien, Homepage, Merkblattversand an alle Haushalte).

2.5.4. Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen

Artikel 5, Artikel 7; Gemeinden

Die Aufgabe der Gemeinden beschränkt sich nach der Verschiebung verschiedener Aufgaben zum kantonalen Sozialamt auf den Vollzug der Bestimmungen über das Versicherungsobligatorium (s. Erläuterungen zu Art. 4 Bst. g unter Ziff. 1.3.). Der Begriff «Ortsgemeinde» wird generell durch «Gemeinde» ersetzt (Art. 7 Abs. 1).

Artikel 9; Auskunfts- und Meldepflicht

Mit Verweis auf die Bestimmung über die zuständige Verwaltungsbehörde führen Anpassungen des Regierungs- und Verwaltungsorganisationsgesetzes oder seiner Ausführungsbestimmungen nicht mehr mittelbar zu einem Anpassungsbedarf des Gesetzes.

Artikel 9^a; Listenerfassung und Leistungsaufschub

Absatz 1. – Der Regierungsrat entscheidet darüber, ob und ab wann säumige Prämienzahler auf einer Liste erfasst werden. Entscheidet er sich dafür, werden die Krankenversicherer die Kostenerstattung für Leistungen aufschieben und die Leistungserbringenden den auf der Liste aufgeführten säumigen Prämienzahlenden nur noch Notfallbehandlungen leisten (Art. 64a Abs. 7 KVG).

Absätze 2 und 3. – Entscheidet sich der Regierungsrat für die Einführung des Datenpoolmodells, regelt er allfällige Einzelheiten in einer Verordnung. – Die Gemeinden sind für die Einhaltung des Versicherungsobligatoriums zuständig (Art. 5). In Bezug auf Überprüfung des Versicherungsstatus bei Umzug in eine andere Gemeinde innerhalb des Kantons kann es sinnvoll sein, wenn die neue Wohngemeinde Einblick in den Datenpool und Kenntnis über einen allfällig verhängten Leistungsaufschub erhält.

Absatz 4. – Personendaten dürfen ohne Anfrage gemeldet oder im Abrufverfahren (Online-Betrieb) bekannt gegeben werden, wenn dies in einem Rechtssatz ausdrücklich vorgesehen ist. Für besonders schützenswerte Personendaten bedarf es einer formell-gesetzlichen Grundlage (Art. 10 Abs. 3 Datenschutzgesetz). Die Rechtsgrundlage wird geschaffen. Die Personendaten von Säumigen können in der Liste erfasst und von den Legitimierten eingesehen werden (Art. 64a Abs. 7 KVG).

Artikel 21; Personen, die wirtschaftliche Hilfe beziehen

Die bisherige Formulierung liess den Schluss zu, Personen, die wirtschaftliche Hilfe beziehen, erhielten die Prämienverbilligung ausbezahlt. Für sie wird jedoch bereits heute die Prämienverbilligung mittels Direktzahlung an die Krankenversicherung von der Jahresprämie abgezogen. Zum besseren Verständnis wurde der Artikel redaktionell überarbeitet.

Artikel 22; Personen, die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV beziehen

Die Modalitäten der Berechnung und Entrichtung der Prämienverbilligung für Personen, die Ergänzungsleistungen beziehen, richten sich nach der Bundesgesetzgebung (Art. 65 KVG). Auch Personen, die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV beziehen, wird der jährliche Pauschalbetrag für die obligatorische Krankenpflegeversicherung direkt dem Krankenversicherer ausbezahlt (Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung, Art. 21a ELG). Die Berechnung des Pauschalbetrages wurde dabei nicht verändert (Art. 10 Abs. 3 Bst. d ELG). Es handelt sich in der Regel um die volle Durchschnittsjahresprämie.

Artikel 27; Ermittlung, Geltendmachung des Anspruchs

Mit der Umstellung auf die Direktzahlung der Prämienverbilligung an die Krankenversicherer soll auf das Antragsystem gewechselt werden. Die Ausnahmebestimmungen (Abs. 2 bisher), in welchen das Antragsystem angewendet wird, werden hinfällig (womit Abs. 3 und 4 zu 2 und 3 werden).

Artikel 29; Ausserordentliche Rechnungsstellung

Da der Auszahlungsmodus auf die Direktzahlung an die Krankenversicherer wechselt, ist der Wortlaut zu ändern. Neu liegt ein begründeter Fall nur noch vor, wenn befürchtet wird, die Prämien müssten – weil sie in Betreibungs- und Fortsetzungsverfahren von der versicherten Person nicht bezahlt werden – als uneinbringlich in der Form von Verlustscheinen vom Kanton gedeckt werden (Art. 32).

Artikel 31; Ausrichtung der Prämienverbilligung

Es wird die Entrichtung der Prämienverbilligung über einen gesamtschweizerisch einheitlichen Standard vorgesehen (Art. 65 KVG). Die Ausführungsbestimmungen dazu liegen noch nicht vor, werden aber Vorgaben zur technischen Umsetzung enthalten. Der Regierungsrat soll in der Verordnung über die Prämienverbilligung die Einzelheiten regeln.

Artikel 32; Ausstehende Forderungen für Prämien und Kostenbeteiligungen

Die zuständige kantonale Verwaltungsbehörde ersetzt den Krankenversicherern ausstehende Forderungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (ausstehende Prämien und Kostenbeteiligungen, Verzugszinsen, Betreibungskosten) zu 85 Prozent. Die Bestimmung verweist auf die Bundesgesetzgebung.

Erläuterung zum folgenden Artikel 33^b siehe Ziffer 3.2.3.

Artikel 34; Datenerhebung, Datenschutz

Im EG KVG (Art. 9^a, 33ⁱ, 34) und im KVG (Art. 65 KVG) finden sich Bestimmungen über den Umgang mit Daten; es wird auf diese Spezialbestimmungen hingewiesen.

3. Pflegefinanzierung in Behinderteneinrichtungen**3.1. Ausgangslage**

Die kantonale Regelung zur Neuordnung der Pflegefinanzierung macht keinen Unterschied zwischen Einrichtungen der stationären Altersbetreuung und Behinderteneinrichtungen. Damit ist nicht ausdrücklich geregelt, ob die Pflegefinanzierung für Behinderteneinrichtungen zur Anwendung gelangen soll. Dies ist deshalb von besonderem Interesse, weil die beiden Behinderteneinrichtungen Glarnersteg (19) und Fridlihuus (16) mit insgesamt 35 Betten auf der Pflegeheimliste stehen, also Betten für (krankheitsbedingte) Pflegefälle zur Verfügung stellen. Die Pflegefinanzierung anzuwenden wäre zwar denkbar. Die Versicherten könnten entsprechende Versicherungsleistungen beziehen, was u.a. dazu führte, dass die Gemeinden analog zur Regelung in den Alters- und Pflegeheimen die Pflegerestkosten zu tragen hätten. Dies würde aber den Grundsatz durchbrechen, nach dem der Kanton für das Behindertenwesen zuständig und zahlungspflichtig ist (Art. 39 Sozialhilfegesetz, SHG). Den beiden Einrichtungen entstünden deswegen vor allem administrativ grosse Probleme, indem je nach Bettenbelegung unterschiedliche Finanzierungsmodelle angewandt werden müssten.

Problematisch ist auch, dass für Behinderteneinrichtungen die interkantonale Vereinbarung für soziale Einrichtungen (IVSE) anzuwenden ist, diese aber die kantonale Beteiligung an den Pflegekosten in auf einer Pflegeheimliste stehenden Behinderteneinrichtungen nicht berücksichtigt. Während nach der Neuordnung der Pflegefinanzierung die öffentliche Hand ab 1. Januar 2011 die Restfinanzierung der Pflege (bis auf den Versichertenbeitrag von max. 21.60 Fr.) zu gewährleisten hat, gelten dieselben Kosten nach IVSE als anrechenbarer Aufwand, der (von den Ostschweizerkantonen und Zürich, SODK Ost+) künftig subjektorientiert und pauschaliert nach Abzug der Kostenbeteiligung der Klienten abgegolten wird. Damit besteht die Gefahr, diese Pflegerestkosten doppelt zu berücksichtigen. Dem begegnet die Vorlage, wofür sie aber bereits per 1. Januar 2011 wirksam sein muss.

3.2. Lösungsansätze

Ideal wäre, die Restfinanzierung der Pflege (Gemeinden) wie die neuen KVG-Beiträge der Kassen je Pflegestufe als anrechenbare IVSE-Erträge berücksichtigen zu können. Dazu müsste jedoch Artikel 20 IVSE geändert/ergänzt werden, was bis zum 1. Januar 2011 nicht möglich war. Erschwerend wirkt überdies, dass nur einzelne Kantone (mit Pflegebetten in Behinderteneinrichtungen) von diesem Problem betroffen sind und deshalb kein alle treffender Handlungsbedarf die Sache vorantreibt.

3.2.1. Finanzielle Auswirkungen

Falls die Pflegefinanzierung in Bezug auf die 35 Pflegebetten im Glarnersteg und im Fridlihuus gemäss EG KVG umgesetzt würde, ergäben sich für die Gemeinden Mehrkosten von über 800'000 Franken. Ziel der Vorlage ist, dies zu vermeiden und die geltende Regelung so weit als möglich beizubehalten.

3.2.2. Nichtanwendung der Pflegefinanzierung mit Ausnahme

Die neue Regelung nimmt Behinderteneinrichtungen von der Neuordnung der Pflegefinanzierung aus. Es gilt ausschliesslich das Sozialhilfegesetz (IV. Teil), welches diesen Bereich in Verbindung mit der IVSE regelt. Ausnahme ist, dass die Krankenversicherer ihre Beiträge nach der Krankenpflege-Leistungsverordnung (Art. 7a Abs. 3 KLV) an die versicherten Personen leisten, weshalb der Kanton – und nicht die Gemeinden (Art. 33^b Abs. 1 Bst. c bzw. Abs. 3 EG KVG) – (restkostenzahlungs)pflichtig ist, resp. bleibt. Damit wird dem Grundsatz – Kanton verantwortlich für Behindertenwesen – auch in diesem Bereich nachgelebt.

3.2.3. Erläuterung zur Finanzierung der stationären Pflegeleistungen (Art. 33^b Abs. 1^a)

Die Pflegerestkosten in den Pflegeheimen gehen damit (nach Pflegefinanzierung) zu Lasten der Gemeinden, in Behinderteneinrichtungen auf der Pflegeheimliste zu Lasten des Kantons (in Verbindung mit dem SHG), und diese sind mit den Restkosten in den Pflegeheimen nicht vergleichbar. Dies wird mit der Ergänzung umgesetzt. Behinderteneinrichtungen mit Pflegebetten werden von der Neuordnung der Pflegefinanzierung (Restfinanzierung Pflege zu Lasten Gemeinden) ausgenommen. Es werden einzig die KVG-Beiträge als Kostenbeteiligung an die künftig abgestuften IVSE-Nettokostenpauschalen herangezogen.

3.2.4. Rückwirkendes Inkrafttreten

Gesetzesanpassungen fallen in die Zuständigkeit der Landsgemeinde. Müsste die kommende Landsgemeinde abgewartet werden, entstünden erhebliche Unsicherheiten und gegebenenfalls aufwändige Rückabwicklungen (zwischen Gemeinden, Kanton, Behinderteneinrichtungen, Versicherten usw.) oder möglicherweise Nachforderungen (z.B. beim Kanton oder den Versicherern). Der Landrat setzte daher die Regelung rückwirkend per 1. Januar 2011 in Kraft (Art. 89 Bst. f Kantonsverfassung). Sie gilt bis zur Landsgemeinde 2011, welche endgültig entscheidet.

4. Inkrafttreten der drei Teile der Änderung

Die redaktionellen Anpassungen (Art. 1, 3, 5, 7, 9, 21) sowie die Umstellung auf das Antragssystem (Art. 27) treten mit der Annahme durch die Landsgemeinde in Kraft. Die materielle Änderung über den Zweck und die Zuständigkeiten von Regierungsrat und den zuständigen kantonalen Verwaltungsbehörden (Art. 2 und 4) ebenso wie sämtliche Bestimmungen über die Spitalplanung und -finanzierung (Art. 33^e – 33ⁱ) sind von der Landsgemeinde auf den 1. Januar 2012 in Kraft zu setzen. Der Regierungsrat bestimmt den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Artikel 9^a, 22, 29, 31, 32 und 34; er kann sie gestaffelt in Kraft setzen. – Zudem ist der vom Landrat per 1. Januar 2011 auf den 1. Januar in Kraft gesetzte Artikel 33^b Abs. 1^a durch die Landsgemeinde zu bestätigen (s. Ziff. 3.2.4.).

5. Beratung der Vorlage im Landrat

5.1. Kommission

Die landrätliche Kommission Gesundheit und Soziales unter dem Vorsitz von Landrat Franz Landolt, Näfels (Glarus Nord), befasste sich an zwei Sitzungen mit der Vorlage. In einer ersten Sitzung behandelte sie die Fragen rund um die Themenbereiche Spitalfinanzierung und -planung, Nichtentrichteten Prämien und Kostenbeteiligung sowie die Auszahlung der Prämienverbilligung direkt an die Krankenversicherer. Eintreten auf das Geschäft blieb unbestritten. Zentraler Diskussionspunkt war die Einführung eines Datenpoolmodells für säumige Prämienzahler, mit der ein Leistungsaufschub erwirkt werden kann. Ein mit Bedenken wegen des Datenschutzes und der regierungsrätlichen Kompetenz begründeter Streichungsantrag wurde abgelehnt. Die Daten müssten bereits heute geliefert werden, das Datenpoolmodell könne einen positiven erzieherischen Effekt haben und setze am richtigen Ort an, nämlich bei den zahlungsunwilligen Versicherten. Eine Mehrheit der Kommission verlangte, es sei die Spitalplanung dem Landrat zur Kenntnis zu bringen, um Überlegungen und Aussichten bezüglich der künftigen Versorgung der Glarner Bevölkerung mit stationären Spitalleistungen zu kennen; der Regierungsrat habe den Landrat über Erstellung und Anpassungen zu orientieren.

In einer zweiten Sitzung befasste sich die Kommission mit der Anpassung der Pflegefinanzierung in Behinderteneinrichtungen. Auch auf diese Vorlage sei einzutreten. Die Kommission liess sich von der Notwendigkeit, die Mehrbelastung der Gemeinden zu verhindern, überzeugen. Sie strich das einschränkende Wort «erwachsene» aus dem Entwurf und nahm eine redaktionelle Anpassung vor; selbst wenn es momentan im Kanton keine Einrichtung gebe, die Pflegeleistungen an Kindern erbringe, solle die Regelung zu Gunsten einer umfassenden und einheitlichen Lösung für alle Behinderte gelten können. Die Kommission befürwortete auch die rückwirkende Inkraftsetzung per 1. Januar 2011.

Die Kommission beantragte dem Landrat, auf beide Vorlagen einzutreten, ihren Änderungen zuzustimmen und die beiden Vorlagen zuhanden der Landsgemeinde zu einer einzigen zusammenzuführen.

5.2. Plenum

Im Landrat war Eintreten auf beide Vorlagen unbestritten. Der Landrat übernahm die Anträge seiner Kommission nachdem der Regierungsrat Zustimmung signalisiert hatte. Der Kanton müsse die vom Bund vorgeschriebene neue Spitalfinanzierung und -planung umsetzen, selbst wenn die Folgen für das Kantons-spital schwierig abzuschätzen und unter Umständen gravierend sein könnten. Diskutiert wurde einzig das Datenpoolmodell (Thurgauer Modell). Der erneut gestellte Streichungsantrag – es habe dies eine Anprangerungswirkung, die andernorts (bezüglich nichtbezahlter Steuern) abgelehnt worden sei und der Umfang der zu leistenden Nothilfe bleibe unklar – wurde fast einstimmig abgelehnt. Das Modell sei im Kanton Thurgau eingeführt, also betreffend Datenschutz abgesichert und setze am richtigen Ort an. Zu entscheiden war noch, ob Landrat oder Regierung für die doch erhebliche Folgen zeitigende Einführung kompetent sein solle. Der Landrat blieb nach kurzer Diskussion mehrheitlich bei der Zuständigkeit des Regierungsrats, da dieser für die Umsetzung zuständig sei, müsse er Vor- und Nachteile abwägen und habe er die Konsequenzen zu tragen.

Der Landrat beantragt der Landsgemeinde, der Vorlage zuzustimmen.

6. Antrag

Der Landrat beantragt der Landsgemeinde, der Änderung des EG KVG zuzustimmen:

Änderung des Einführungsgesetzes zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung

(Erlassen von der Landsgemeinde am Mai 2011)

I.

Das Einführungsgesetz vom 7. Mai 2006 zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung wird wie folgt geändert:

Art. 1 Abs. 2

² Es (dieses Gesetz) regelt insbesondere die Umsetzung des Versicherungs-obligatoriums und der Prämienverbilligung für Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen, den Vollzug der Pflegefinanzierung sowie der Spitalplanung und Spitalfinanzierung.

Art. 2 Abs. 2 Bst. c, d (neu), e–g

² (Der Regierungsrat ist insbesondere zuständig für:)

- c. die Regelung der stationären Behandlung in einem Spital ausserhalb der Spitalliste des Kantons Glarus (Art. 41 Abs. 3 KVG);
- d. die Festsetzung des kantonalen Anteils an die Vergütung der stationären Behandlung in einem Spital (Art. 49^a KVG);

Bst. d–f bisher werden zu Bst. e–g.

Art. 3 Abs. 1

¹ Das zuständige Departement (Departement) bereitet die in die Zuständigkeit des Regierungsrates fallenden Geschäfte vor.

Art. 4 Bst. c und g (neu)

(Der Regierungsrat bezeichnet in den Vollzugsbestimmungen die zuständigen kantonalen Verwaltungsbehörden namentlich für:)

- c. die Erteilung von Kostengutsprachen und Abwicklung des Verrechnungsverkehrs für stationäre Behandlung in einem Spital ausserhalb der Spital-liste des Kantons Glarus (Art. 41 Abs. 3 KVG);
- g. die Entgegennahme der Verlustscheine für die uneinbringlichen Prämien und Kostenbeteiligungen.

Art. 5*Gemeinden*

Die Gemeinden vollziehen die Bestimmungen über das Versicherungsobligatorium.

Art. 7 Abs. 1

¹ Die Gemeinden sorgen für die Einhaltung der Versicherungspflicht gemäss den Bestimmungen des Krankenversicherungsgesetzes (Art. 3 und 6 KVG).

Art. 9 Abs. 3

³ Zudem melden die Versicherer den gemäss Artikel 4 Buchstabe *g* zuständigen Behörden und der Kontrollstelle alle Versicherten, die mit Prämienzahlungen mehr als sechs Monate im Rückstand sind.

Art. 9^a (neu)*Listenerfassung und Leistungsaufschub*

¹ Der Regierungsrat entscheidet über die Erfassung säumiger Prämienzahler und den damit verbundenen Leistungsaufschub der Versicherer (Art. 64a Abs. 7 KVG).

² Er regelt gegebenenfalls die Einzelheiten.

³ Er kann vorsehen, dass die Gemeinden unterstützend mitwirken.

⁴ Er kann die Meldung der entsprechenden Daten ohne Anfrage oder ein Abrufverfahren vorsehen.

Art. 21*Personen, die wirtschaftliche Hilfe beziehen*

Personen, die nicht nur einmalig oder über wenige Monate wirtschaftliche Hilfe gestützt auf das Sozialhilfegesetz beziehen, werden die vollen Richtprämien zugestanden.

Art. 22*Personen, die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV beziehen*

Die Berechnung und Ausrichtung der Prämienverbilligung von Personen, die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV beziehen, richten sich nach der Bundesgesetzgebung.

Art. 27 Abs. 1–4

¹ Der Anspruch auf Prämienverbilligung wird auf Antrag der berechtigten Person ermittelt und ausgerichtet.

Abs. 2 aufgehoben; Abs. 3 und 4 werden zu Abs. 2 und 3.

Art. 29*Ausserordentliche Rechnungsstellung*

Die Sozialbehörden können in begründeten Fällen anordnen, dass die Rechnungsstellung der Versicherer für die Prämien direkt an sie erfolgt. Ein begründeter Fall liegt namentlich vor, wenn Anlass zur Befürchtung besteht, dass die Prämien als uneinbringlich entrichtet werden müssen (Art. 32).

Art. 31*Ausrichtung der Prämienverbilligung*

Die Ausrichtung der Prämienverbilligung erfolgt nach Massgabe der Bundesgesetzgebung. Der Regierungsrat regelt die Einzelheiten.

Art. 32*Ausstehende Forderungen für Prämien und Kostenbeteiligungen*

Die zuständige kantonale Verwaltungsbehörde hat den Versicherern ausstehende Forderungen nach Massgabe des Bundesgesetzes aus den Mitteln der Prämienverbilligung zu ersetzen. Ihr steht für ihre Zahlungen das Rückgriffsrecht auf die Pflichtigen zu.

Art. 33^b Abs. 1^a (neu)

^{1a} Für auf der Pflegeheimliste geführte Einrichtungen für Menschen mit Behinderung finden ausschliesslich die Vorschriften des Sozialhilfegesetzes Anwendung. Der Anspruch der versicherten Person auf Vergütung von Pflichtleistungen durch die Sozialversicherer nach Absatz 1 Buchstabe a bleibt davon unberührt.

Neuer Titel (Titel V. bis VII. bisher zu VI. bis VIII.):

V. Spitalplanung und -finanzierung**Art. 33^e (neu)***Spitalplanung*

¹ Als Grundlage für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung erlässt der Regierungsrat nach Massgabe der bundesrechtlichen Vorgaben eine Spitalplanung im Sinne von Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe d KVG.

² Er überprüft die Spitalplanung periodisch und passt sie bei Bedarf nach Anhörung der Betroffenen an.

³ Über die Spitalplanung oder ihre Anpassung erstattet er dem Landrat periodisch Bericht.

Art. 33^f (neu)*Spitalliste*

¹ Gestützt auf die Spitalplanung (Art. 33^e) und nach Massgabe der bundesrechtlichen Vorgaben erlässt der Regierungsrat eine nach Leistungsbereichen und Leistungsgruppen gegliederte Spitalliste im Sinne von Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe e KVG.

² Er überprüft die Spitalliste periodisch und passt sie bei Bedarf nach Anhörung der Betroffenen an.

³ Die Aufnahme eines Spitals auf die Spitalliste kann von Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitskriterien sowie weiteren Auflagen abhängig gemacht werden, insbesondere der Einhaltung der Aufnahmepflicht im Sinne von Artikel 41a KVG, der Beteiligung am Notfalldienst, dem Nachweis eines Nachversorgungskonzeptes oder der Aus- und Weiterbildung für Berufe des Gesundheitswesens. Das Departement prüft die Einhaltung der Auflagen.

⁴ Ein Spital kann auch für einzelne Leistungsgruppen seines stationären Angebotes auf die Spitalliste genommen werden.

Art. 33^g (neu)*Leistungsauftrag*

¹ Der Regierungsrat erteilt jedem Spital auf der Spitalliste einen Leistungsauftrag im Sinne von Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe e KVG und den entsprechenden Ausführungsbestimmungen. Er überprüft den Leistungsauftrag regelmässig.

² Die Weiter- und Untervergabe von Leistungsaufträgen ist ausgeschlossen. Die Untervergabe von medizinischen Supportleistungen an Dritte ist zulässig, sofern sie die Versorgungssicherheit nicht gefährdet.

³ Bei schweren oder wiederholten Verstössen gegen den Leistungsauftrag kann der Regierungsrat diesen ohne Kompensation ganz oder teilweise entziehen und einem anderen Spital erteilen sowie geleistete Abgeltungen zurückfordern.

Art. 33^h (neu)**Tarifverträge**

¹ Der Regierungsrat genehmigt die Tarifverträge gemäss Artikel 46 KVG.

² Die Tarifverträge haben geeignete Massnahmen vorzusehen, um einen Kostenanstieg aufgrund einer medizinisch und demografisch nicht gerechtfertigten Mengenausweitung zu verhindern.

³ Die Verhandlungspartner informieren das Departement angemessen über die Tarifverhandlungen.

Art. 33ⁱ (neu)**Daten**

¹ Die Spitäler und Versicherer sind verpflichtet, den zuständigen kantonalen Stellen die für die Erstellung der Spitalplanung und der Spitalliste, die Erteilung und Kontrolle eines Leistungsauftrags sowie die Überprüfung von Wirtschaftlichkeit, Qualität, Wirksamkeit und Angemessenheit der Leistungserbringung erforderlichen Daten der stationären und ambulanten Versorgung unentgeltlich zur Verfügung zu stellen.

² Der Regierungsrat kann die Spitäler im Leistungsauftrag sowie die Versicherer zur unentgeltlichen Lieferung weiterer Daten verpflichten.

³ Die Daten können zu statistischen Zwecken oder zum Vergleich mit anderen Spitälern in anonymisierter Form veröffentlicht werden.

Art. 34 Abs. 3 (neu)

³ Vorbehalten bleiben die Spezialbestimmungen dieses Gesetzes und der Bundesgesetzgebung.

II.

Die Änderung der Artikel 1, 3, 5, 7, 9, 21, 27 und 33^b tritt mit der Annahme durch die Landsgemeinde in Kraft. Die Änderung der Artikel 2, 4, 33^e–33ⁱ tritt am 1. Januar 2012 in Kraft. Das Datum des Inkrafttretens der Änderung der Artikel 9^a, 22, 29, 31, 32 und 34 bestimmt der Regierungsrat; er kann gestaffeltes Inkrafttreten beschliessen.