

Vortrag

Datum RR-Sitzung: 20. Mai 2015
Direktion: Gesundheits- und Fürsorgedirektion
Geschäftsnummer: 2014.GEF.11591
Klassifizierung: Nicht klassifiziert

Rahmenkredit 2016–2019 zur Abgeltung weiterer Beiträge im Rahmen des Spitalversorgungsgesetzes, Verpflichtungskredit

Inhaltsverzeichnis

1	Zusammenfassung	2
2	Rechtsgrundlagen	2
3	Beschreibung des Geschäfts/Vorhabens	3
3.1	Teilrevision Krankenversicherungsgesetz	3
3.2	Revision Spitalversorgungsgesetz	3
3.3	Artikel 139 Absatz 2 SpVG	3
3.4	Zusammenhang Voranschlag und Rahmenkredit	4
3.5	Bezug zum vorangegangenen Rahmenkredit	4
3.6	Grundzüge der Vorlage.....	5
3.6.1	Zusammenhang Kredit und Versorgungsplanung	5
3.6.2	Zusammenhang Kredit und Spitalstandortinitiative	5
3.6.3	Übersicht der im SpVG vorgesehenen „weiteren Beiträge“	6
3.7	Termine, Vorgehensplan, Organisation, Zuständigkeiten.....	14
4	Verhältnis zu den Richtlinien der Regierungspolitik und anderen wichtigen Planungen	14
5	Auswirkungen auf Finanzen, Organisation, Personal, IT und Raum	14
5.1	Ausgabenart und rechtliche Qualifikation der Ausgabe	14
5.2	Massgebende Kreditsumme	15
5.3	Kreditart / Konto / Produktgruppe / Rechnungsjahr	15
5.4	Für die Verwendung und die Verlängerung der Gültigkeitsdauer zuständiges Organ.....	15
6	Auswirkungen auf die Gemeinden	15
7	Auswirkungen auf Wirtschaft, Umwelt und Gesellschaft.....	15



8	Ergebnis des Vernehmlassungsverfahrens / der Konsultation.....	15
---	--	----

9	Antrag.....	15
---	-------------	----

1 Zusammenfassung

Neben der pauschalen Abgeltung der stationären Behandlung durch den Kanton gemäss Artikel 58 des Spitalversorgungsgesetzes vom 13. Juni 2013 (SpVG; BSG 812.11) kann dieser weitere Beiträge gewähren. Gemäss Artikel 139 des SpVG beschliesst der Grosse Rat in der Regel alle vier Jahre für folgende Abgeltungen einen Rahmenkredit:

- Beiträge für Modellversuche,
- Beiträge für medizinische Innovationen,
- Abgeltung ambulanter Spitalversorgungsleistungen,
- Abgeltung der Leistungen integrierter Versorgung,
- Abgeltung von Vorhalteleistungen,
- Ausgaben für die ärztliche und pharmazeutische Weiterbildung und
- Abgeltung zusätzlicher Leistungen.

Am 22. Januar 2014 hat der Grosse Rat erstmals einen Rahmenkredit beschlossen. Dieser erstreckt sich über zwei Jahre und wird aufgrund der zeitlichen und finanziellen Befristung im Jahr 2016 – nach Vorlage der Jahresabschlüsse 2015 der Institutionen – abgerechnet. Der Kredit 2016–2019 schliesst sich an, um den nahtlosen Übergang zu gewährleisten.

Die nachfolgende Tabelle widerspiegelt den Rahmenkredit 2016–2019 pro Jahr und Produktgruppe (gemäss derzeitigem Planungsstand).

Jahr	Produktgruppe Somatische Spital- versorgung	Produktgruppe Psychiatrie- versorgung	Total pro Jahr
2016	20'900'000	51'000'000	71'900'000
2017	20'900'000	55'000'000	75'900'000
2018	20'900'000	55'100'000	76'000'000
2019	20'900'000	55'500'000	76'400'000
Gesamttotal pro PG	83'600'000	216'600'000	300'200'000

2 Rechtsgrundlagen

- Spitalversorgungsgesetz vom 13. Juni 2013 (SpVG; BSG 812.11), Artikel 59 bis 69, 104, 115, 116, 150 und Artikel 139 Absatz 1 und 2.
- Spitalversorgungsverordnung vom 23. Oktober 2013 (SpVV; BSG 812.112), Artikel 31,

- Organisationsverordnung der Gesundheits- und Fürsorgedirektion (OrV GEF; BSG 152.221.121) vom 29. November 2000, Artikel 13
- Gesetz vom 26. März 2002 über die Steuerung von Finanzen und Leistungen (FLG; BSG 620.0), Artikel 46, 47, 48 Absatz 1a, 50 und 53
- Verordnung vom 3. Dezember 2003 über die Steuerung von Finanzen und Leistungen (FLV; BSG 621.1) Artikel 149.

3 Beschreibung des Geschäfts/Vorhabens

3.1 Teilrevision Krankenversicherungsgesetz

Die Teilrevision Spitalfinanzierung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) führte zur Totalrevision des Spitalversorgungsgesetzes. Artikel 49 und 49a KVG regeln die Vergütung der stationären Behandlungen. Demnach vereinbaren Versicherer und Leistungserbringer Pauschalen, die leistungsbezogen sind und auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen beruhen müssen. Diese Pauschalen dürfen gemäss Artikel 59c der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) höchstens die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken. Zudem dürfen **keine Kostenanteile für gemeinwirtschaftliche Leistungen** enthalten sein.

3.2 Revision Spitalversorgungsgesetz

Das aufgrund der Teilrevision Krankenversicherung revidierte Spitalversorgungsgesetz (SpVG) wiederum sieht vor, dass der Kanton auf der Grundlage der Versorgungsplanung zusätzliche Leistungen – eben **gemeinwirtschaftliche Leistungen** – vergüten kann. Damit hat der Kanton Bern ein Instrument geschaffen, um Leistungen, welche im Interesse der Versorgung des Kantons liegen, aber nicht kostendeckend erbracht werden können, sicherzustellen. Insbesondere kann der Kanton mit finanziellen Zuschüssen steuernd eingreifen, wenn die Versorgungssicherheit gemäss Versorgungsplanung gefährdet ist (Bsp: Mitfinanzierung der ärztlichen und pharmazeutischen Weiterbildung zur Sicherung der Ressourcen), wenn aufgrund von Fehlanreizen eine suboptimale Versorgung droht (Bsp: stationäre Leistungen vor ambulanten, weil diese besser abgegolten werden) oder wenn Entwicklungsbedarf (medizinische Innovationen) besteht. Eine solche Intervention kann nötig werden, wenn versorgungsplanerische Ziele nicht allein mit der Abgeltung der Hauptleistung in der stationären Spitalversorgung nach Artikel 49a KVG erreicht werden können. Die sogenannten gemeinwirtschaftlichen Leistungen bzw. nach der Terminologie des SpVG „weiteren Beiträge“ werden in den Folgepunkten dieses Vortrags noch einzeln erwähnt. Die Kompetenz zur Abgeltung dieser Leistungen wird in Artikel 139 Absatz 2 des SpVG geregelt.

3.3 Artikel 139 Absatz 2 SpVG

Artikel 139 Absatz 1 und 2 SpVG regelt die Zuständigkeit für die Ausgabenbewilligung. Damit wird von den ordentlichen Zuständigkeiten gemäss FLG und FLV abgewichen. Danach beschliesst der Grosse Rat in der Regel alle vier Jahre einen Rahmenkredit für die in Ziffer 1 erwähnten Abgeltungen. Der aktuell beantragte Kredit betrifft die Jahre 2016 bis 2019. Über die Verwendung des Kredites beschliesst die Gesundheits- und Fürsorgedirektion. Nicht Teil des Rahmenkredites sind gemäss Gesetz Beiträge für Restrukturierungen im Sinne der Versorgungsplanung, Bürgschaften und Darlehen zur Sicherstellung der Liquidität, Beiträge für

Investitionen sowie die Abgeltungen im Rettungswesen und für die Aus- und Weiterbildungen in nichtuniversitären Gesundheitsberufen.

3.4 Zusammenhang Voranschlag und Rahmenkredit

Bei der Ausgabenbewilligung handelt es sich um einen zeitlich limitierten Verpflichtungskredit in Form eines Rahmenkredites. Dieser berechtigt die GEF, im Rahmen des durch den Grossen Rat genehmigten Gesamtbetrages über die erwähnten Jahre Verpflichtungen für die in Artikel 139 SpVG aufgeführten Leistungen einzugehen, sofern die Mittel im Voranschlag und im Aufgaben-/Finanzplan eingestellt sind. Die Mittelverwendung – insbesondere die Zuteilung der Mittel für die einzelnen Leistungen, aber auch die Mittelverwendung über die Jahre – erfolgt im pflichtgemässen Ermessen der GEF unter Berücksichtigung der rechtlichen Vorgaben. Die Höhe des Gesamtkredites bildet ein Kostendach, welches höhere Ausgaben nicht zulässt. Der Rahmenkredit stellt eine Ermächtigung des Grossen Rates dar, bis zum bewilligten Betrag Mittel für die angeführten Zwecke zu verwenden. Angesichts des von zahlreichen Unsicherheiten geprägten finanzpolitischen Umfeldes (z.B. Aufhebung des Euro-Mindestkurses durch die Schweizerische Nationalbank, mögliche Mindereinnahmen aufgrund der Unternehmenssteuerreform III, Diskussion im nationalen Parlament über die Bundesfinanzausgleichszahlungen, etc.) ist nicht auszuschliessen, dass im Rahmen der Ablösung des Kredits durch die GEF die Mittel gegebenenfalls reduziert werden müssten, wenn weitere Entlastungsmassnahmen anstehen (wie dies in der Planungsphase des Voranschlags 2015, Aufgaben- und Finanzplan 2016–2018 der Fall war).

3.5 Bezug zum vorangegangenen Rahmenkredit

Mit Beschluss vom 22. Januar 2014 (Geschäft 2013/1396) hat der Grosse Rat den Rahmenkredit für die Jahre 2014/2015 genehmigt. Über die 2014 geflossenen Mittel hat die GEF im Geschäftsbericht Rechenschaft abgelegt. Der bestehende Rahmenkredit wird aufgrund der zeitlichen und finanziellen Befristung im Jahr 2016 – nach Vorlage der Jahresabschlüsse 2015 der Institutionen – abgerechnet. Für die Jahre 2016 bis 2019 beantragen wir in der Folge den nächsten Kredit. Dieser erstreckt sich – entgegen dem Rahmenkredit 2014/2015 – nicht über zwei, sondern über vier Jahre, wie es in Artikel 139 Absatz 1 SpVG als Regelfall vorgesehen ist. Gegenüber dem Kredit 2014/2015 ergeben sich folgende wesentliche Anpassungen:

- Im Rahmenkredit 2016 bis 2019 der Produktgruppe Somatische Spitalversorgung nicht mehr eingestellt sind die Abgeltung für Palliative Care (équipe mobile BEJUNE) und die Mitfinanzierung von Praxisassistenzen in Hausarztpraxen (insgesamt jährlich rund CHF 2 Mio.). Es handelt sich dabei zwar um gemeinwirtschaftliche Abgeltungen, diese basieren aber nicht auf dem Spitalversorgungsgesetz, sondern auf dem Gesundheitsgesetz. Das heisst, diese Mittel werden nicht an Leistungserbringer gemäss Spitalversorgungsgesetz, also Listenspitäler, entrichtet, sondern an Dritte.
- Neu hinzugekommen ist die Abgeltung der Organspende-Koordination im Inseelspital (siehe Ziffer 3.6.4.7).
- Die ärztliche und pharmazeutische Weiterbildung wird gemäss Spitalversorgungsverordnung (SpVV) vom 23. Oktober 2013 mit CHF 10'000 pro Ärztin/Arzt in Weiterbildung bzw. pro Pharmazeutin/Pharmazeut in Weiterbildung und pro Jahr (Vollzeitäquivalent) abgegolten. Ursprünglich war vorgesehen, diesen Betrag ab 2017 auf CHF 15'000 anzuheben. Nachdem der Grosse Rat am 18. März 2015 die Finanzmotion (FM 255-2014) „Voranschlag 2016: Ärztliche Weiterbildung sichern“ überwiesen hat, wer-

den die Beiträge bereits ab dem Voranschlag 2016 auf CHF 15'000 angehoben und die SpVV entsprechend angepasst (siehe auch Punkt 3.6.4.6).

- Per 2015 wird die Zusatzabgeltung für Integrationsleistungen im Zusammenhang mit Suchtrehabilitation gestrichen. Der Aufwand für diese Leistungen soll als Teil der Behandlung in die entsprechenden Tarife integriert werden. Die dafür jährlich aufgewendeten rund CHF 0.9 Mio. werden in den Rahmenkredit 2016 bis 2019 nicht mehr aufgenommen.
- Aufgrund von Vorgaben zur weiteren Stabilisierung des Finanzhaushalts und zur Vermeidung von drohenden Haushaltsverschlechterungen sind im Voranschlag 2015 und im Aufgaben-/Finanzplan 2016–2018 u.a. Mittelkürzungen in den Produktgruppen Somatische Spitalversorgung und Psychiatrieversorgung erfolgt. Betroffen ist das Projekt Regionalisierung der Psychiatrie. Aufgrund fehlender personeller Ressourcen konnte dieses nicht wie vorgesehen gestartet werden. Dies hatte zur Konsequenz, dass die für 2014 bis 2016 vorgesehenen Mittel nicht wie geplant eingesetzt werden konnten bzw. können. Daher hat der Regierungsrat im Rahmen der Erarbeitung des Voranschlags 2015 und Aufgaben-/Finanzplans 2016–2018 entschieden, die Mittel wie folgt zu kürzen: 2015: CHF –10 Mio. 2016: CHF –5 Mio. Als Folge wird der Rahmenkredit 2014/2015 voraussichtlich nicht ausgeschöpft werden und die im vorliegenden Rahmenkredit vorgesehenen Mittel in der Produktgruppe „Psychiatrieversorgung“ im Jahr 2016 fallen rund CHF 5 Mio. tiefer aus als in den Folgejahren.

3.6 Grundzüge der Vorlage

3.6.1 Zusammenhang Kredit und Versorgungsplanung

Die beantragten Mittel dienen im Wesentlichen¹ der Umsetzung der Versorgungsplanung 2011–2014². Diese sieht unter anderem folgende Strategien, Ziele und Massnahmen vor:

- Gute medizinische Versorgung in allen Regionen (Bsp: Regionalisierung Psychiatrie).
- Die Universitätsspitäler übernehmen eine Zentrumsfunktion und stellen die Versorgung mit hochspezialisierten Leistungen sicher (Bsp: medizinische Innovationen, Organspende-Koordination).
- Die Sicherung von ausreichendem, gut qualifiziertem und motiviertem Fachpersonal auch im universitären Bereich (Bsp: ärztliche und pharmazeutische Weiterbildung).
- Die stationäre Spitalversorgung ist patientenbezogen vernetzt mit Leistungserbringern in den vor- und nachgelagerten Bereichen wie niedergelassenen Ärzten, Spitex, Heimen, Gesundheitszentren (Bsp: Integrierte Versorgung).

3.6.2 Zusammenhang Kredit und Spitalstandortinitiative

Am 21. Januar 2014 wurde die Volksinitiative für den gesetzlichen Erhalt von Spitalstandorten (Spitalstandortinitiative) eingereicht. Die Initiative beinhaltet einen Gesetzesvorschlag, in welchem der Kanton verpflichtet wird, bestimmte Spitalstandorte mit einem bestimmten Leistungsangebot während mindestens acht Jahren aufrecht zu erhalten. Die Festschreibung von Spitalstrukturen und einem vorzuhaltenden Pflichtangebot konstituiert faktisch einen Rechtsanspruch auf eine Zusatzfinanzierung zur Sicherstellung von Spitalkapazitäten aus regional-

¹ Folgende Abgeltungen fallen nicht unter die Versorgungsplanung: Bilinguisme Bellelay, Schwangerschaftsberatung, Kinderschutzstelle und Kindertelefon, Aufbewahrung Archive geschlossener Spitäler, Organspendekoordination, Infrastrukturbeitrag für Spitalschulen.

² Sobald die neue Versorgungsplanung vorliegt, werden die Finanzierungen entsprechend dieser fortgeführt.

politischen Gründen. Der Rahmenkredit bezieht sich einerseits nur auf die Finanzierung von Zusatzleistungen, auf die kein Rechtsanspruch besteht. Die Finanzierung einer auf eine Annahme der Spitalstandortinitiative zurückgehenden Sicherstellung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen wäre somit ausserhalb des Rahmenkredits zu regeln. Andererseits enthält der Rahmenkredit keine Zusatzleistungen, die bei einer Annahme der Spitalstandortinitiative durch diese abgedeckt und somit aus dem Rahmenkredit zu streichen wären. Eine Annahme der Spitalstandortinitiative hätte somit auf die Höhe des Rahmenkredits keinen Einfluss.

3.6.3 Übersicht der im SpVG vorgesehenen „weiteren Beiträge“

In den nun folgenden Abschnitten finden sich detaillierte Angaben zu den Abgeltungen gemäss Rahmenkredit.

3.6.3.1 Modellversuche

Das Gesundheitswesen zeichnet sich durch ständige Veränderungs- und Entwicklungsprozesse aus. Um dieser Dynamik gerecht zu werden, müssen neue Erkenntnisse gewonnen und mittels einer zeitlich beschränkten Anwendung erprobt werden können. Der Kanton führt Modellversuche durch, um neue oder veränderte Methoden, Konzepte, Regelungen, Formen oder Abläufe im Hinblick auf eine allfällige Implementierung zu dokumentieren und auszuwerten. Artikel 115 SpVG gibt der GEF die grundsätzliche Kompetenz, Modellversuche durchzuführen oder mit Beiträgen zu fördern. Dabei soll es einerseits möglich sein, Modellversuche innerhalb des eigentlichen Geltungsbereiches des SpVG durchzuführen, d.h. in der Spitalversorgung, im Rettungswesen oder in der Aus- und Weiterbildung sowie in deren Kooperationsfeldern. Darüber hinaus soll ermöglicht werden, Modellversuche an den Schnittstellen zwischen dem Geltungsbereich des SpVG und den Geltungsbereichen des Gesundheitsgesetzes vom 2. Dezember 1984 (GesG; BSG 811.01) und des Gesetzes vom 11. Juni 2001 über die öffentliche Sozialhilfe (Sozialhilfegesetz, SHG; BSG 860.1), d.h. an den Schnittstellen zu den vor- und nachgelagerten Versorgungsbereichen, durchzuführen oder mit Beiträgen zu fördern. Die Optimierung dieser Schnittstellen wird im Rahmen der angestrebten integrierten Versorgung in den kommenden Jahren zunehmend an Bedeutung gewinnen.

Für den Bereich Modellversuche sind im vorliegenden Kredit keine Mittel vorgesehen.

3.6.3.2 Medizinische Innovationen

Gemäss Artikel 116 des Spitalversorgungsgesetzes kann die zuständige Stelle der Gesundheits- und Fürsorgedirektion den Universitätsspitalern und anderen Listenspitälern im Rahmen der dafür bewilligten Ausgaben Beiträge zur Förderung einzelner medizinischer Innovationen gewähren. Beiträge werden nur gewährt, wenn die Kosten der medizinischen Innovation nicht durch die pauschale Abgeltung nach Artikel 49a KVG, durch Versicherungsleistungen, durch Beiträge oder Abgeltungen anderer Gemeinwesen oder durch Beiträge Privater gedeckt werden können.

Medizinische Innovationen sind aus der Forschung herausgewachsene neue diagnostische und therapeutische Leistungen, die ein Listenspital in der Klinik einsetzen möchte, die aber in der entsprechenden Tarifstruktur (SwissDRG, TARMED, Tarifstrukturen für die psychiatrische Akutversorgung und die rehabilitative Versorgung, inskünftig TARPSY und ST Reha) noch nicht ordentlich abgebildet sind.

Die Beiträge des Kantons sollen mithelfen, die Frist bis zur ordentlichen Tarifierung zu überbrücken, so dass medizinische Innovationen möglichst rasch von den Patientinnen und Patienten der bernischen Listenspitäler in Anspruch genommen werden können.

Die Einzelheiten des Verfahrens zur Gewährung von Beiträgen basieren auf einem Konzept, das unter Einbezug von Vertretern der Universitätsspitäler Inselspital und UPD, des Netzwerks „diespitäler.be“ und des Verbandes der Privatspitäler des Kantons Bern (VPSB) erarbeitet worden ist.

Für den Bereich medizinische Innovationen sind jährlich CHF 3 Mio. eingestellt.

3.6.3.3 Ambulante Spitalversorgungsleistungen

Zurzeit fehlen die Bemessungsregeln für die Pauschalen gemäss Artikel 62 SpVG noch. Damit die Versorgung trotzdem gewährleistet werden kann, wurde als Übergangsbestimmung Artikel 150 ins Gesetz eingefügt. Demnach kann die GEF bis zum Vorliegen der Liste der ambulanten Spitalversorgungsleistungen und der Bemessungsregeln für die Pauschalen nach Artikel 62 den im Kanton Bern gelegenen Listenspitälern und Listengeburtshäusern ambulante Spitalversorgungsleistungen über Leistungsverträge abgelden, wenn die ambulante Spitalversorgung nicht auf andere Weise sichergestellt oder weiterentwickelt werden kann und ein Verzicht unzumutbare Folgen für die Bevölkerung hätte.

Ambulante Spitalversorgungsleistungen werden im Kanton Bern in erster Linie im Psychriatriebereich mitfinanziert. Die institutionelle ambulante und tagesklinische Psychriatrieversorgung ist vergleichsweise schwach entwickelt und kann den weiterhin dominierenden stationären Bereich nicht nachhaltig entlasten. Um die Inanspruchnahme von stationären Leistungen in der Psychriatrie verringern zu können, benötigt der Kanton Bern besser ausgebaute ambulante Angebote in den Regionen.

Im Sinne eines abgestuften Versorgungssystems bietet die institutionelle Psychriatrie Leistungen an, die von anderen ambulanten Partnern (Hausärztinnen und -ärzte, Psychriaterinnen und Psychriater etc.) nicht erbracht werden. Dazu gehören tagesklinische Leistungen sowie niederschwellige, sozialpsychiatriische Ambulatorien. Die sozialpsychiatriischen Leistungen werden von Fachkräften unterschiedlicher beruflicher Disziplinen erbracht, wodurch Unterstützung in verschiedenen Lebensbereichen gewährleistet werden kann. Gerade die Möglichkeit der interdisziplinären und multimodalen Behandlung, welche sonst nur im stationären Rahmen angeboten werden kann, ist mit einer mangelnden Verrechenbarkeit verbunden. In den Angeboten der ambulanten institutionellen Psychriatrie werden zahlreiche Leistungen erbracht, die nicht via KVG abgerechnet werden können. Dazu gehören insbesondere:

- Leistungen folgender Berufsgruppen in den Tageskliniken: Sozialarbeitende, Sozialpädagog/innen, Kunst-, Musik- und Körpertherapeut/innen sowie Peer-Mitarbeitende
- Nichtärztliche Leistungen in den Ambulatorien ab der vierten Stunde pro Woche (Beschränkung der TARMED-Tarifstruktur)
- Wegzeiten des nichtärztlichen Personals für aufsuchende Leistungen
- Leistungen an Dritte (ohne verrechenbaren Fall) wie Beratung von Angehörigen und Fachleuten, Coaching von anderen Leistungserbringern und Öffentlichkeitsarbeit
- Dolmetscherleistungen

Die Erbringung dieser versorgungsnotwendigen Nichtpflichtleistungen kann nur durch eine kantonale Finanzierung sichergestellt werden. Die Abgeltung der ambulanten Spitalversorgungsleistungen erfolgt ab 2017 mit dem Normkostenmodell Psychiatrie, welches den gezielten Einkauf von Einzelleistungen ermöglicht. Für die kantonal mitfinanzierten Leistungen wird ein bedarfsbasiertes Mengengerüst erstellt.

Für ambulante Leistungen sind jährlich rund CHF 35 Mio. eingestellt.

3.6.3.4 Leistungen der integrierten Versorgung

Unter dem Begriff der „integrierten Versorgung“ wird ein Versorgungsansatz verstanden, welcher ein patientenorientiertes Netz aus aufeinander abgestimmten Dienstleistungen von verschiedenen Berufsgruppen und Leistungsanbietern darstellt (wie Hausärztinnen und Hausärzte, spezialisierte Ärztinnen und Ärzte, Spitex, Spitäler inkl. Rehabilitationskliniken, aber auch Langzeitpflegeinstitutionen). Ziel ist es, die Leistungen der beteiligten Akteure zu koordinieren, um gemeinsame Versorgungsziele zu erreichen.

Insbesondere in der Psychiatrieversorgung, die sich durch besonders viele Schnittstellen auszeichnet, besteht Verbesserungspotential in der integrierten Versorgung. Zu optimieren sind die Prozesse zwischen ambulanten, teilstationären und stationären Leistungserbringern, aber auch die Übergänge zu vor- und nachgelagerten Angeboten im Wohn-, Arbeits- und Freizeitbereich. Stärkere Absprachen sind auch in der Zusammenarbeit mit Spitex-Organisationen und niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen möglich und notwendig.

Mit den geltenden Tarifsystemen können fallbezogene Koordinationsleistungen mit bestimmten Einschränkungen via KVG verrechnet werden. Zahlreiche versorgungsnotwendige Koordinationsleistungen sind jedoch in den Tarifstrukturen nicht abgebildet. Dazu gehören insbesondere:

- Niederschwellige Triageleistungen, bei denen hilfeschende Personen nach ersten Abklärungsleistungen an geeignete Behandlungs- oder Betreuungsangebote verwiesen werden.
- Fallunabhängige Vernetzungsleistungen, welche der Angebotskoordination mit Versorgungspartnern, der Klärung von Schnittstellen und der gegenseitigen Vermittlung von Fachwissen dienen.

Derzeit werden diese Leistungen über Pro-Kopf-Pauschalen abgegolten (bezogen auf die Anzahl Einwohner der Versorgungsregion des für die subsidiäre ambulante Grundversorgung zuständigen psychiatrischen Dienstes). Die Erbringung dieser versorgungsnotwendigen Nichtpflichtleistungen kann nur durch eine kantonale Finanzierung sichergestellt werden. Die Abgeltung der integrierten Versorgung erfolgt ab 2017 mit dem Normkostenmodell Psychiatrie, welches den gezielten Einkauf von Einzelleistungen ermöglicht. Für die kantonal mitfinanzierten Leistungen wird ein bedarfsbasiertes Mengengerüst erstellt.

Für Leistungen der integrierten Versorgung sind jährlich rund CHF 6,8 Mio. eingestellt.

3.6.3.5 Vorhalteleistungen

Durch die leistungsbezogenen Abgeltungen nach KVG werden die Listenspitäler und Listengeburthäuser für eine effektiv erbrachte Leistung entschädigt. Damit den Patientinnen und Patienten die erforderliche Leistung jedoch auch zeitgerecht zur Verfügung steht, müssen die Listenspitäler und Listengeburthäuser eine entsprechende Infrastruktur ständig bereithalten.

Diese Kosten deckt die leistungsbezogene Abgeltung im somatischen Bereich in der Regel ab. In der Psychiatrie bestehen hingegen systembedingte Lücken in der Finanzierung, da die stationären sowie ambulanten Tarife auf einer optimalen Betriebsauslastung beruhen, die Vorhaltekapazitäten nur sehr eingeschränkt zulassen.

Ein niederschwelliger Zugang ohne Wartefristen in Krisensituationen ist für die Psychiatriever-sorgung enorm wichtig. Eine gut funktionierende ambulante, integrierte und gemeindenähe psychiatrische Notfall- und Krisenversorgung kann nur durch das Vorhalten von leicht zugänglichen und jederzeit verfügbaren Kriseninterventionsangeboten sichergestellt werden. So können unnötige Hospitalisationen verhindert und das bestehende soziale Umfeld gestärkt werden.

Zu den Vorhalteleistungen gehören insbesondere:

- Bereitschaftsdienste für psychiatrische Notfälle und Kriseninterventionen ausserhalb der Bürozeiten (Aufrechterhalten des Betriebs, ohne dass durchgehend verrechenbare Leistungen erbracht werden)
- Absenzen („no shows“), die gerade bei bestimmten psychiatrischen Diagnosen zum Krankheitsbild gehören.

Um eine bedarfsgerechte regionale psychiatrische Grundversorgung entsprechend der Versorgungsplanung sicherzustellen, bedarf es der Mitfinanzierung von Vorhalteleistungen in spitalbasierten sozialpsychiatrisch ausgerichteten Ambulatorien sowie bei mobilen Kriseninterventionsteams. Die Pauschalen für psychiatrische Notfälle und Kriseninterventionen richten sich momentan nach der Einwohnerzahl der Versorgungsregion des zuständigen psychiatrischen Dienstes. Die Absenzen („no shows“) werden im heutigen Finanzierungssystem nicht separat abgegolten, sondern werden über die Pauschalen für die ambulanten und tagesklinischen Leistungen (Kapitel 3.6.4.3) finanziert. Die Abgeltung der Vorhalteleistungen erfolgt ab 2017 mit dem Normkostenmodell Psychiatrie, welches den gezielten Einkauf von Einzelleistungen ermöglicht. Für die kantonal mitfinanzierten Leistungen wird ein bedarfsbasiertes Mengengerüst erstellt. Da mit dem Normkostenmodell die separate Mitfinanzierung von Absenzen möglich wird, steigt der finanzielle Beitrag für Vorhalteleistungen. Zugleich werden dadurch im Bereich der ambulanten Spitalversorgungsleistungen Mittel frei, die für den Einkauf von zusätzlichen Leistungsmengen eingesetzt werden. Für den Bereich Vorhalteleistungen sind 2016 rund CHF 6,3 und ab 2017 rund CHF 10 Mio. eingestellt.

3.6.3.6 Ärztliche und pharmazeutische Weiterbildung

Gemäss Artikel 49 Absatz 3 KVG bilden die Kosten für die Forschung und universitäre Lehre und damit unter anderem auch die Kosten der durch das Medizinalberufegesetz anerkannten ärztlichen und pharmazeutischen Weiterbildung keinen Bestandteil der Tarife. Diese Kosten müssen von den Spitälern bzw. deren Trägerschaften oder vom jeweiligen Standortkanton getragen werden. Der Kanton richtet den bernischen Listenspitälern gemäss Artikel 31 SpVV einen Beitrag an die Kosten der ärztlichen und pharmazeutischen Weiterbildung von derzeit CHF 10'000 pro Ärztin/Arzt in Weiterbildung bzw. pro Pharmazeutin/Pharmazeut in Weiterbildung und pro Jahr (Vollzeitäquivalent) aus.

Am 20. November 2014 hat die Plenarversammlung der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) den Kantonen die interkantonale Vereinbarung über die kantonalen Beiträge an die Spitäler zur Finanzierung der ärztlichen

Weiterbildung und deren Ausgleich unter den Kantonen (Weiterbildungsfinanzierungsvereinbarung, WFFV) zur Ratifikation unterbreitet (die pharmazeutische Weiterbildung ist nicht Gegenstand der Vereinbarung). Mit der Vereinbarung werden zwei Ziele verfolgt: Zum einen soll den Spitälern ein gesamtschweizerisch einheitlicher pauschaler Mindestbeitrag von CHF 15'000 pro Ärztin/Arzt in Weiterbildung und pro Jahr ausgerichtet werden. Zum anderen soll ein interkantonaler Ausgleich dafür sorgen, dass die mit der ärztlichen Weiterbildung verbundenen finanziellen Belastungen weniger einseitig bei jenen Kantonen anfallen, deren Spitäler sich stark in der Weiterbildung engagieren.

Der Grosse Rat wird voraussichtlich im Verlauf des Jahres 2016 über den Beitritt des Kantons Bern zur interkantonalen Vereinbarung befinden. Beschliesst der Grosse Rat den Beitritt und kommt die Vereinbarung zustande (hierzu müssen ihr mindestens 18 Kantone beitreten), verpflichtet sich der Kanton Bern, einen pauschalen Mindestbeitrag von CHF 15'000 auszurichten. Artikel 31 SpVV wird entsprechend angepasst. Das Beitrittsverfahren in den einzelnen Kantonen dauert einige Zeit, so dass die Vereinbarung frühestens per 1. Januar 2017 in Kraft treten kann.

Der Regierungsrat hat sich mehrfach positiv zu den Bemühungen der GDK um eine gesamtschweizerische Regelung geäußert und im Aufgaben-/Finanzplan ab dem Jahr 2017 vorsorglich die erforderlichen zusätzlichen Mittel eingestellt, damit den bernischen Spitälern im Falle eines Beitritts des Kantons Bern und eines Zustandekommens der WFFV inskünftig CHF 15'000 pro Ärztin/Arzt bzw. pro Pharmazeutin/Pharmazeut in Weiterbildung und pro Jahr (Vollzeitäquivalent) ausgerichtet werden könnten.

Am 18. März 2015 hat der Grosse Rat die Finanzmotion (FM 255-2014) „Voranschlag 2016: Ärztliche Weiterbildung sichern“ überwiesen. Die Finanzmotion beauftragt den Regierungsrat, im Voranschlag 2016 in der Produktgruppe „somatische Akutversorgung“ eine Erhöhung der Position „Kosten Staatsbeiträge“ um CHF 5.1 Mio. und in der Produktgruppe „Psychiatrieversorgung“ eine Erhöhung der Position „Kosten Staatsbeiträge“ um CHF 0.8 Mio. vorzunehmen.

Für die ärztliche und die pharmazeutische Weiterbildung sind demzufolge ab 2016 rund CHF 18 Mio. eingestellt. Diese Werte basieren auf der Annahme, dass die Zahl der sich in Weiterbildung befindlichen Ärztinnen und Ärzte sowie Pharmazeutinnen und Pharmazeuten in den kommenden Jahren über alle Spitäler des Kantons betrachtet in etwa stabil bleibt.

Die interkantonale Vereinbarung sieht vor, dass die mit der ärztlichen Weiterbildung verbundenen finanziellen Belastungen unter den Kantonen ausgeglichen werden sollen. Die Beträge, welche die Vereinbarungskantone aus dem Ausgleich beziehen oder in den Ausgleich einzahlen, werden auf der Basis der Daten des Bundesamtes für Statistik (BFS) jährlich bestimmt und ausgeglichen. Ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der interkantonalen Vereinbarung (frühestens ab 2017) wird damit der Aufgaben-/Finanzplan ab 2017 jährlich mit dem entsprechenden Betrag zusätzlich belastet oder entlastet. Gemäss den Berechnungen, die im Rahmen der Erarbeitung der Vereinbarung von der GDK angestellt wurden, müsste der Kanton Bern (basierend auf den Daten 2012) einen Betrag von rund CHF 160'000 in den Ausgleich einzahlen. Die Berechnung der Ausgleichsbeiträge im Jahr des Inkrafttretens der Vereinbarung basieren voraussichtlich auf den Daten 2014 des BFS.

3.6.3.7 Zusätzliche Leistungen

Neben den Leistungen, welche mit Abgeltungen gemäss Artikel 49 KVG abgegolten werden, kann der Kanton bei Bedarf bei den Listenspitälern und Listengeburtshäusern weitere Leistungen bestellen, welche zur Verbesserung der Patientinnen- und Patientenversorgung beitragen. Vorausgesetzt wird, dass diese Leistungen nicht kostendeckend angeboten werden können. Die Bestimmung bildet somit keine Grundlage zur Deckung allfälliger Fehlbeträge bei stationären Behandlungen, die durch die leistungsbezogenen Fallpauschalen nicht aufgefangen werden.

Zusätzliche Abgeltungen erfolgen z.B. bei Leistungen der Schwangerschaftsberatungsstellen, Informations- und Beratungsstellen für pränatale Untersuchungen.³ Ausserdem wird die Organspende-Koordination am Inselspital zusätzlich abgegolten. Mit der Einführung des Transplantationsgesetzes wurde den Kantonen die Verantwortung über die Definition und Sicherstellung von Prozessen in der Erkennung und Betreuung möglicher Spender, der Todesfeststellung, der Information und Betreuung von nächsten Angehörigen sowie die Implementierung von für die lokale Koordination zuständigen Personen in Spitälern mit Intensivpflegestation übertragen (Art. 45 Transplantationsverordnung). Der Kanton Bern hat diese Aufgaben dem Inselspital übertragen.

Für die Abgeltung von zusätzlichen Leistungen sind jährlich rund CHF 2,9 Mio. geplant.

³

Artikel 1 Absatz 3 des Bundesgesetzes vom 9. Oktober 1981 über die Schwangerschaftsberatungsstellen (SR 857.5) verpflichtet die Kantone, Stellen für eine umfassende Schwangerschaftsberatung zu errichten. Gemäss Artikel 17 Absatz 1 des Bundesgesetzes vom 8. Oktober 2004 über genetische Untersuchungen beim Menschen (GUMG; SR 810.12) haben die Kantone dafür zu sorgen, dass unabhängige Informations- und Beratungsstellen für pränatale Untersuchungen bestehen, die über das erforderliche fachkundige Personal verfügen. Der Kanton Bern hat diese Aufgaben dem Inselspital sowie den Regionalen Spitalzentren (ohne Spital Netz Bern AG) und der Hôpital du Jura bernois SA übertragen.

3.6.3.8 Tabelle Rahmenkredit 2016–2019

Budgetierte Beiträge gemäss den heutigen Erkenntnissen und Möglichkeiten	Artikel SpVG	Beitrag VA 2014	Beitrag RG 2014	Beitrag VA 2015	Beitrag 2016 (in Mio.)	Beitrag 2017 (in Mio.)	Beitrag 2018 (in Mio.)	Beitrag 2019 (in Mio.)
Modellversuche	115	0	0	0	0.0	0.0	0.0	0.0
Medizinische Innovation	116	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0
Ambulante Spitalversorgungsleistungen	59ff	37.8	32.8	42.2	35.0	35.0	35.0	35.0
Integrierte Versorgung	63ff	7.5	7.7	7.5	6.8	6.8	6.8	6.8
Vorhalteleistungen	67ff	6.0	0.0	6.0	6.3	10.2	10.3	10.7
Ärztliche und pharmazeutische Weiterbildung	105	11.7	11.9	11.7	17.9	18.0	18.0	18.0
Zusätzliche Leistungen	66	7.8	3.3	6.8	2.9	2.9	2.9	2.9
Total		73.8	58.7	77.2	71.9	75.9	76.0	76.4

Erläuterungen VA 2014 – RG 2014: Die in der Versorgungsplanung und im Budget vorgesehene Regionalisierung der Psychiatrie konnte noch nicht umgesetzt werden, wodurch die entsprechend geplanten Mittel (rund CHF 10 Mio.) noch nicht beansprucht werden mussten. Dies hatte zudem den verzögerten Aufbau der ambulanten Leistungen – und damit die Unterschreitung des Budgets – zur Folge. Die Mittel für die Abgeltung der équipe mobile BEJUNE und die Mitfinanzierung von Praxisassistenzen in Hausarztpraxen (rund CHF 2 Mio.) wurden nicht dem Rahmenkredit belastet. Diese basieren nicht auf dem Spitalversorgungsgesetz, sondern auf dem Gesundheitsgesetz (siehe auch Punkt 3.5, S. 4 des Vortrages).



Erläuterungen VA 2015 (Rahmenkredit) und Entlastungsmassnahmen der Regierung: Der Rahmenkredit 2015 entspricht dem durch den Grossen Rat im Januar 2014 genehmigten Betrag. Aufgrund von Vorgaben zur weiteren Stabilisierung des Finanzhaushalts und zur Vermeidung von drohenden Haushaltverschlechterungen entschied der Regierungsrat, die Mittel des Rahmenkredites (Produktgruppe Psychiatrieversorgung) wie folgt zu kürzen: 2015: -CHF 10 Mio., 2016 – CHF 5 Mio. Effektiv verbleiben im Rahmenkredit 2015 noch CHF 67.2 Mio.

Hinweis: Während der Zeitspanne des beantragten Rahmenkredites werden die drei staatlichen psychiatrischen Institutionen verselbstständigt. Dies hat auf die Höhe des Kredites keinen Einfluss. Hingegen soll nach der Verselbständigung der staatlichen psychiatrischen Institutionen die Produktgruppe „Psychiatrieversorgung“, welche als Besondere Rechnung Psychiatrie (Artikel 36 FLG) geführt wird, aufgehoben werden. Die drei staatlichen psychiatrischen Institutionen sind Teil der Staatsbuchhaltung. Da diese aber eine sogenannte Branchenbuchhaltung führen, erfolgt die Anbindung an die Kantonsbuchhaltung mittels „Besonderer Rechnung Psychiatrie“. Diese wird mit dem Zeitpunkt der Verselbständigung hinfällig. Die Produktgruppe soll deshalb aufgelöst werden. Die Produktgruppe „Somatische Spitalversorgung“ soll entsprechend um das Produkt „Psychiatrie“ erweitert werden. Die Mittel werden von der einen zur andern Produktgruppe transferiert. Somit erfolgt die Zuteilung der Mittel auf die Produktgruppen bzw. die Produkte ab der Verselbständigung anders als nach heute gültigem Modell. Über die vorgesehene Anpassung der Produktgruppen und Produkte wird der Regierungsrat im Rahmen der Planung „Voranschlag 2017, Finanzplanung 2018–2020“ und/oder des Projektes Verselbständigung Psychiatrie befinden.

3.7 Termine, Vorgehensplan, Organisation, Zuständigkeiten

Die gemeinwirtschaftlichen Leistungen werden jährlich ausbezahlt. Als Basis dient dabei grundsätzlich der Leistungsvertrag, welcher mit den Leistungserbringern abgeschlossen wird. In einzelnen Fällen wie z.B. der Innovationsbeitrag, welcher nur auf Gesuch hin erfolgt, werden die Beiträge verfügt. Die abgegoltenen Beträge werden jährlich im Geschäftsbericht dargestellt. Abweichungen werden begründet. Für die Mittelzuteilung ist die GEF zuständig.

4 Verhältnis zu den Richtlinien der Regierungspolitik und anderen wichtigen Planungen

Die Richtlinien der Regierungspolitik 2015–2018 sehen in der Gesundheitsversorgung folgende Themen vor:

In der kommenden Legislatur wird der Regierungsrat eine aktualisierte Versorgungsplanung vorlegen, welche ein flächendeckendes, qualitativ gutes und wirtschaftlich tragbares Gesundheitswesen sicherstellt. Gegenstand der Planung sind nicht Spitäler oder andere Infrastrukturen im Gesundheitswesen, sondern die effektive Leistung des gesamten Systems, das der Bevölkerung in den Bereichen somatische Akutversorgung, Rehabilitation, Psychiatrie und Rettungswesen zur Verfügung stehen soll. Zudem wird die Volksinitiative über die Erhaltung der regionalen Spitalstandorte (Spitalstandortinitiative) zur Abstimmung kommen und dem Regierungsrat die Gelegenheit geben, in der Frage der medizinischen Versorgung in Randgebieten Position zu beziehen. Konkrete Geschäfte und Erlasse sind im Spitalbereich dabei

- die Versorgungsplanung 2016 (nach Spitalversorgungsgesetz),
- das Projekt Verselbständigung der Psychiatrie und
- die Spitalstandortinitiative.

Die Versorgungsplanung 2016 wird mit grosser Wahrscheinlichkeit Auswirkungen auf die Verteilung der Mittel des Rahmenkredites haben. Aussagen über allfällig zusätzliche Mittel und in welcher Höhe diese benötigt würden, können zum heutigen Zeitpunkt nicht gemacht werden.

Das Projekt Verselbständigung der Psychiatrie als solches hat keinen finanziellen Einfluss auf diesen Kredit, da die Kapitalisierung der drei Institutionen nicht Bestandteil des Rahmenkredites gemäss Artikel 139 ist. Dasselbe gilt für die Spitalstandortinitiative.

5 Auswirkungen auf Finanzen, Organisation, Personal, IT und Raum

Auf die Organisation, das Personal, die IT und die Räumlichkeiten hat diese Ausgabenbewilligung keinen Einfluss.

5.1 Ausgabenart und rechtliche Qualifikation der Ausgabe

Neue Ausgabe gemäss Artikel 46, 47, 48 Absatz 1 Buchstabe a, 50 und 53 FLG in Form eines Rahmenkredites für die Jahre 2016–2019. Es handelt sich mehrheitlich um wiederkehrende Ausgaben gemäss Artikel 47 FLG. Gemäss Artikel 139 Absatz 1 SpVG ist der Grosse Rat für deren Bewilligung zuständig.



5.2 Massgebende Kreditsumme

Total aller Jahre: CHF 300'200'000

5.3 Kreditart / Konto / Produktgruppe / Rechnungsjahr

Verpflichtungskredit in Form eines Rahmenkredites für die Jahre 2016 bis 2019 zu Lasten diverser Konten bzw. ab der Verselbständigung der staatlichen psychiatrischen Institutionen zu Lasten der Konten 362000, 363000, 364000 und 365000. Produktgruppen Somatische Spitalversorgung (Nr. 04.04.9105) und Psychiatrieversorgung – bis zur Verselbständigung – (Nr. 04.05.9110).

Die voraussichtlichen Zahlungstranchen teilen sich wie folgt auf:

2016:	CHF	71'900'000
2017:	CHF	75'900'000
2018:	CHF	76'000'000
2019:	CHF	76'400'000

Im Jahr 2020 erfolgen zusätzlich Zahlungen und/oder Rückforderungen aufgrund der Abrechnung des Jahres 2019 der Leistungserbringer.

5.4 Für die Verwendung und die Verlängerung der Gültigkeitsdauer zuständiges Organ

Die GEF ist für die Mittelverwendung und den Vollzug dieses Beschlusses zuständig. Sie entscheidet über eine allfällige Verlängerung der Laufzeit des Rahmenkredits.

Der Kredit ist im Voranschlag 2016 und Finanzplan 2017–2019 eingestellt.

Der Kredit untersteht dem fakultativen Referendum und ist im Amtsblatt zu eröffnen.

6 Auswirkungen auf die Gemeinden

keine

7 Auswirkungen auf Wirtschaft, Umwelt und Gesellschaft

keine

8 Ergebnis des Vernehmlassungsverfahrens / der Konsultation

keine Vernehmlassung

9 Antrag

Der Regierungsrat ersucht Sie, dem beigelegten Beschlusses-Entwurf zuzustimmen.

Beilagen

- RRB