



---

Regierungsrat

Luzern, 1. Mai 2018

**STELLUNGNAHME ZU MOTION**

**M 520**

Nummer: M 520  
Eröffnet: 30.01.2018 / Gesundheits- und Sozialdepartement  
Antrag Regierungsrat: 01.05.2018 / Erheblicherklärung als Postulat  
Protokoll-Nr.: 454

**Motion Peyer Ludwig und Mit. über die Wiedererlangung des finanziellen Gleichgewichts mittels Einführung eines Globalbudgets für die Spitäler im Kanton Luzern im stationären Bereich (M 520)**

Mitte April hat das Bundesamt für Statistik die neusten Zahlen zu den Kosten für die Gesundheitsversorgung veröffentlicht. Demnach beliefen sich die Gesamtkosten für die Schweiz auf 80,7 Milliarden Franken für das Jahr 2016. Sie lagen damit 3,8 Prozent über dem Vorjahr. Das Wachstum entspricht dem durchschnittlichen Zuwachs der letzten fünf Jahre. Mit andern Worten nehmen die Ausgaben jährlich um knapp 4 Prozent zu. Das ist deutlich mehr als dies bei den übrigen Konsumentenpreisen oder der Lohnentwicklung der Fall ist.

2016 wurden in der Schweiz monatlich 803 Franken pro Einwohner und Einwohnerin für das Gesundheitswesen ausgegeben, 21 Franken mehr als im Vorjahr. 286 Franken pro Person (+9) wurden mit Leistungen der obligatorischen Krankenversicherung gedeckt, 50 Franken (+/-0) durch Sozialversicherungen wie der AHV, IV oder Unfallversicherungen, 30 Franken (+/-0) durch andere Träger der sozialen Sicherheit sowie 53 Franken (+2) mit Zusatzversicherungen. 139 Franken (-1) trug der Staat bei und 11 Franken (+/-0) wurde durch sonstige private Finanzierung beigesteuert. So mussten die Haushalte, zusätzlich zu den Versicherungsprämien und Steuern, einen Restbetrag von 235 Franken (+10) direkt bezahlen. Darunter fielen vor allem Leistungen für Pflegeheime, Zahnarztbehandlungen sowie ambulante und stationäre Kostenbeteiligungen an der Krankenversicherung.

Einerseits ist wohl unbestritten, dass diese Kostensteigerung für einen grossen Teil der Haushalte nicht mehr lange tragbar sein wird. Andererseits ist wohl ebenso unbestritten, dass sie ohne griffige Massnahmen nicht abnehmen wird. Denn Hauptgründe für das Kostenwachstum sind zum einen die demographische Entwicklung: Die Zahl der über 80-jährigen Menschen in der Schweiz wird sich bis 2045 mehr als verdoppeln. Und andererseits hat der medizinisch-technische Fortschritt auch seinen Preis: So können z.B. immer mehr Krankheiten, die früher zum Tod führten, heute (mit zum Teil sehr teuren Therapien) behandelt oder sogar geheilt werden. Darüber hinaus ist die Kostenzunahme aber auch auf ein Mengenwachstum zurückzuführen, das sich medizinisch kaum begründen lässt: Nicht alles was von den Leistungserbringern gemacht oder von den Patientinnen und Patienten gewünscht und gefordert wird, ist aus medizinischer Sicht notwendig.

Die Motion verlangt Kostendämpfungsmassnahmen bei den Spitälern. Das ist grundsätzlich richtig und nachvollziehbar. Denn der grösste Kostenblock auch mit dem grössten Kostenwachstum ist eindeutig dort. Von den Mehrausgaben im Jahr 2016 entfielen 81,1% auf die Ausgabensteigerung bei den Spitälern.

Ob die Einführung eines Globalbudgets das richtige Instrument ist, um das Kostenwachstum zu bremsen, lässt sich ohne vertiefte Abklärungen nicht abschliessend sagen. Insbesondere ist nicht klar, welche Konsequenzen die möglichen Umsetzungsvarianten für die Versorgung hätten und wie praktikabel die Instrumente letztlich im Vollzug sind. Ziel muss es sein, dass bei jenen Leistungen gespart wird, die aus medizinischer Sicht nicht notwendig sind. Ob und inwieweit dies mit Hilfe eines Globalbudgets erreicht werden kann, braucht noch vertiefte Abklärungen. Je nach Ausgestaltung des Globalbudgets braucht es auch zusätzliche gesetzliche Grundlagen im kantonalen Recht. Auch für die Beiträge der Krankenversicherer wäre die Ausgestaltung sehr wichtig. Da ein Globalbudget letztlich nur sinnvoll mit einer gleichzeitigen Beschränkung der Leistungsmengen der Spitäler funktioniert, wären sie z.B. bei Leistungen, die über oder unter dem Leistungsauftrag liegen, nicht mehr verpflichtet einen Beitrag zu leisten.

Ähnlich verhält es sich mit der Senkung des Referenztarifs. Auch hier sind vertiefte Abklärungen notwendig, um darüber entscheiden zu können. Die Einsparungen müssen insbesondere den zusätzlichen Aufwand bei der Administration rechtfertigen (Erteilung von Kostengut-sprachen).

Mit dem Referenztarif bestimmen die Kantone, welchen Maximalbetrag sie bei ausserkantona-len Hospitalisationen bezahlen. Zurzeit bezahlt der Kanton Luzern (maximal) jenen Betrag, den er für die gleiche Behandlung im Luzerner Kantonsspital (Akutsomatik und Neurorehabi-litation), in der Luzerner Höhenklinik Montana (Rehabilitation) oder in der Luzerner Psychiatrie (Psychiatrie) bezahlen müsste. Er ermöglicht so der Bevölkerung eine grosse Spitalwahl-freiheit.

Wird der Referenztarif gesenkt, müssen die Patientinnen und Patienten bei ausserkantona-len Wahleingriffen einen Teil der Kosten selber übernehmen, falls der Tarif dort höher ist als der Referenztarif und sie keine Zusatzversicherung hierfür haben. Der Referenztarif hat hin-gegen keinen Einfluss auf ausserkantonale Spitalaufenthalte, die medizinisch indiziert sind (Notfall, kein Angebot im Kanton Luzern). Der Kanton übernimmt hier 55 Prozent der vollen Kosten der Behandlung gemäss dem ausserkantonalen Tarif, auch wenn dieser höher ist als der Referenztarif. Um festzustellen, ob und wie lange eine ausserkantonale Behandlung aus medizinischen Gründen notwendig ist, wird in der Regel eine Kostengutsprache verlangt.

Aus all diesen Gründen beantragen wir, die Motion als Postulat zu überweisen.