



GDK-Spitalfinanzierungsmodell

Grundzüge einer künftigen Spitalfinanzierung mit Wettbewerbselementen

1 Hintergrund des präsentierten Modells

Aktueller Hintergrund der Diskussion innerhalb der GDK sind die vom Bundesrat vorgelegte Revision der Spitalfinanzierung mit einer dual-fixen Leistungsabgeltung sowie die laufenden Vorberatungen in der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates (SGK-S). Die GDK hat die Vorlage zur dual-fixen Spitalfinanzierung in ihrer Vernehmlassungsantwort vom 9.7.2004 abgelehnt. Die SGK-S prüft gegenwärtig einen direkten Übergang zu einem monistischen Finanzierungsmodell. Vor diesem Hintergrund hat der Vorstand der GDK die Frage der monistischen Finanzierung einer **kritischen Würdigung** unterzogen.

Untersucht wurden **zwei Grundmodelle** einer monistischen Finanzierung:

- Modell **im bestehenden regulatorischen Umfeld**, bei dem nur die Finanzströme von den Kantonen an die Versicherer umgeleitet werden.
- Modell mit **reguliertem Wettbewerb**, bei welchem die Spitäler Vertragsfreiheit geniessen.

Diese beiden Grundmodelle lehnen sich an diejenigen an, welche im Bericht von Prof. Robert E. Leu im Rahmen der BSV-Steuergruppe zur 3. KVG-Revision, Teilprojekt monistische Spitalfinanzierung im Jahr 2003 ausgearbeitet wurden.

Aus Sicht des Vorstandes der GDK vermögen die beiden untersuchten Grundmodelle nicht zu überzeugen. Auf Grundlage der oben erwähnten kritischen Würdigung kommt der Vorstand der GDK zum Schluss, dass

- mit einer monistischen Finanzierung im bestehenden regulatorischen Umfeld, d.h. mit dem blossen Umlenken der Finanzierungsströme kaum Effizienzgewinne erzielt werden können und
- mit einer monistischen Finanzierung mit reguliertem Wettbewerb die Versorgungssicherheit im Sinne einer quantitativ und qualitativ ausreichenden Versorgung der gesamten Bevölkerung sowie das Sozialversicherungssystem in Frage gestellt werden. Überdies stellen sich staatsrechtlich heikle Fragen im Zusammenhang mit der Planungs- und Budgethoheit der Kantone und der Delegation des Leistungseinkaufs an die Versicherer.

Die monistischen Modelle "ausgehend vom bestehenden regulatorischen Umfeld" und "in einem regulierten Wettbewerb" stellen für den GDK-Vorstand somit keine weiter zu verfolgenden Optionen dar. Sie werden in ihrer Stossrichtung abgelehnt.



2 Grundzüge des GDK-Spitalfinanzierungsmodells

Am 19.8.2004 hat der Vorstand der GDK die Leitlinien eines neuen Spitalfinanzierungsmodells festgelegt und am 27.1.2005 die Grundzüge dieses Modells gutgeheissen.

Es wird davon ausgegangen, dass die aktuelle Diskussion um die monistische Finanzierung als Versuch zu verstehen ist, im Gesundheitswesen vermehrt **Wettbewerbselemente** einzuführen. Davon wird allgemein eine Dämpfung der Kostenentwicklung und eine erhöhte Innovationsfähigkeit erwartet. Dem Anliegen vermehrten Wettbewerbs kann aus Sicht des Vorstandes der GDK unter Berücksichtigung der Versorgungssicherheit für die gesamte Bevölkerung am ehesten mit dem GDK-Spitalfinanzierungsmodell entsprochen werden.

Das Modell der GDK sieht vor, dass die **Finanzierungsanteile** der heutigen Finanzierer, nämlich Kantone, obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP-Versicherung) und Zusatzversicherer (VVG), ungefähr gleich bleiben (Finanzierungsneutralität). Damit wird auch unterstellt, dass sich alle Finanzierer proportional am künftigen Kostenwachstum beteiligen werden.

Die Kantone kommen ihrem Verfassungsauftrag, die Versorgungssicherheit zu gewährleisten, nach, indem sie das zwingend notwendige Angebot auf den **allgemeinen Abteilungen** von Spitälern bezeichnen und dazu **detaillierte Leistungsaufträge** vergeben. In diesem Bereich besteht Kontrahierungszwang. Dieses Angebot wird – unabhängig von der Trägerschaft des Spitals – von den Kantonen **gezielt subventioniert** und damit auch leistungsbezogen vergütet. Des Weiteren bestimmen die Kantone mittels **Rahmenplanung** das Mindest- und Maximalangebot.

Damit entfallen die heutigen Sockelbeiträge der Kantone an die halbprivaten und privaten Abteilungen öffentlicher und öffentlich subventionierter Spitäler, so dass die Ungleichbehandlung öffentlicher und privater Spitäler aufgehoben wird. Die Kantongelder werden für die gezielte Subvention an allgemeine Abteilungen und für die universitäre Lehre und Forschung aufgewendet

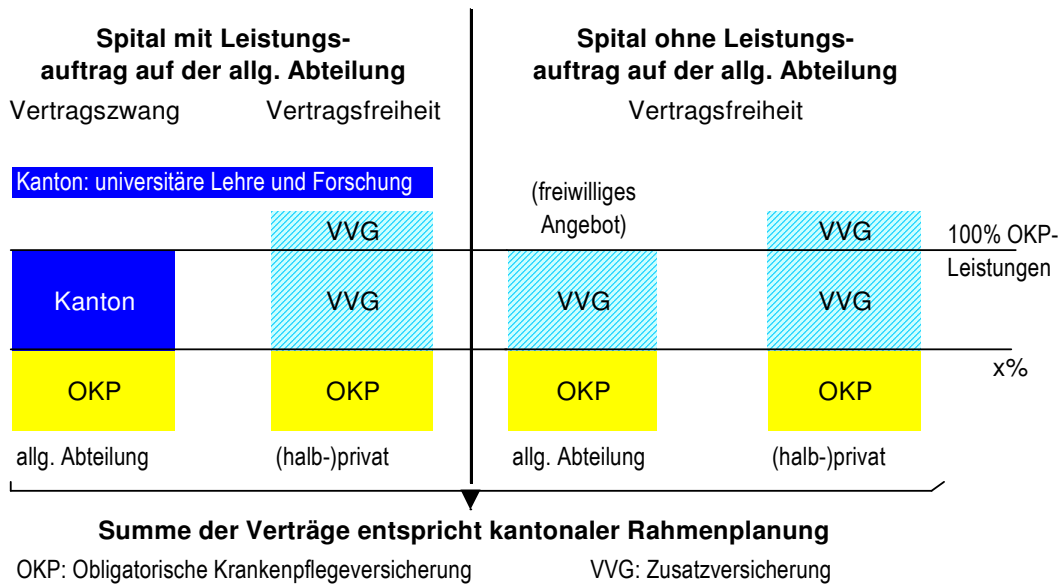
Die Krankenversicherer ergänzen das von den Kantonen für die allgemeinen Abteilungen in Auftrag gegebene Angebot um weitere Spitäler bzw. deren (halb-)private Abteilungen mittels Verträgen. In diesem Bereich besteht **Vertragsfreiheit**, wobei die kantonale Rahmenplanung zu berücksichtigen ist. Die Kantone können namentlich bezeichnete Spitäler, deren Angebot auch auf der halbprivaten und privaten Abteilung zwingend notwendig ist, um die Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten, von der Vertragsfreiheit ausnehmen.

Die OKP-Versicherung leistet auf allen Abteilungen aller Spitäler mit einem Leistungsauftrag des Kantons oder des Versicherers einen **Beitrag**. Dieser Beitrag, ausgedrückt in Prozent der anrechenbaren Kosten, ist nach einer Übergangsfrist in der gesamten Schweiz gleich. Der Beitrag an die OKP-Leistungen ist somit unabhängig von der Abteilung oder der Trägerschaft eines Spitals. Er ist so festzulegen, dass die Finanzierungsneutralität für alle Finanzierer gewährleistet wird. Der OKP-Beitrag beinhaltet Zuschläge für die Investitionskosten sowie für die gemeinwirtschaftlichen Leistungen ausser **universitärer Lehre und Forschung**; diese werden vom Kanton separat finanziert. Für Leistungen der allgemeinen Abteilung gemäss detailliertem Leistungsauftrag des Kantons deckt der OKP-Beitrag zusammen mit den gezielten kantonalen Subventionen 100% der Kosten. Leistungen der halbprivaten und privaten Abteilungen werden ergänzend zum OKP-Beitrag über die Zusatzversicherung vergütet.

Das GDK-Spitalfinanzierungsmodell bezieht sich einzig auf die **stationäre Behandlung**. Im GDK-Papier "Monistische Finanzierung – eine kritische Würdigung" wurde dargelegt, dass von verschiedenen Seiten unterstellte Verzerrungen zwischen ambulanter und stationärer Behandlung im Spital mit einer monistischen Finanzierung beider Bereiche nicht ausgeräumt werden können. Wenn aber ambulante Leistungen im Spital anders als in der freien Praxis finanziert werden, wird der Wettbewerb im ambulanten Bereich verzerrt, was für Ärzte in freier Praxis gravierend wäre.



Schematische Darstellung des GDK-Spitalfinanzierungsmodells



Im Detail und mit Blick auf die dem Modell unterstellten Wettbewerbselemente beinhaltet das Modell folgende Grundzüge:

(A) Eckpfeiler:

1. Es erfolgt keine Unterscheidung nach der Rechtsform des Spitals.
2. Die Krankenversicherer leisten an alle Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) dieselben Beiträge.
3. Es wird zwischen allgemeiner Abteilung einerseits und (halb-)privater Abteilung andererseits unterschieden.
4. Auf der allgemeinen Abteilung erteilt der Kanton einen detaillierten Leistungsauftrag und finanziert diesen mittels gezielter Subventionen mit. Diese Leistungen werden somit dual finanziert, d.h. zusätzlich zu den Leistungen der Krankenversicherung auch noch mit Subventionen des Kantons. In diesem Bereich besteht Vertragszwang.
5. Auf der (halb-)privaten Abteilung besteht Vertragsfreiheit¹, wobei die Versicherer die Rahmenplanungen der Kantone berücksichtigen. Die OKP-Beiträge werden in diesem Bereich durch Zusatzversicherungsbeiträge aufgestockt.

(B) Planung:

1. Die Kantone erstellen zur Gewährleistung der Versorgungssicherheit für die gesamte Bevölkerung eine Spitalplanung im Sinne einer Rahmenplanung. Diese enthält das notwendige Mindest- und Maximalangebot, welches die Versicherer gewährleisten müssen.
2. Die Leistungen der als notwendig erachteten allgemeinen Abteilungen werden mittels detailliertem Leistungsauftrag und mit Auflagen an die Spitäler geplant. Die Kantone bezeichnen die zusätzlichen, für die Versorgung notwendigen speziellen Leistungen.

¹ Dies gilt auch für allgemeine Abteilungen ohne kantonalen Leistungsauftrag.



3. Für die Halbprivat- und Privatabteilungen erfolgen keine spezifischen Planungsvorgaben; es werden keine Leistungsaufträge erteilt.
4. Spitäler ohne detaillierten Leistungsauftrag bedürfen nach wie vor einer gesundheitspolizeilichen Genehmigung. Die kantonale Spitalliste enthält somit alle Spitäler, welche in diesem Sinne für die Versorgung der Bevölkerung geeignet sind.

(C) Finanzierung:

1. Behandlungen auf der allgemeinen Abteilung der Spitäler mit einem Leistungsauftrag des Kantons – unabhängig von der Trägerschaft des Spitals – werden dual von den OKP-Versicherern und den Kantonen finanziert. Dabei wird nach einer Übergangsfrist ein gesamtschweizerisch einheitlicher Finanzierungsschlüssel unterstellt (dual-fix).
2. Die Kantone finanzieren universitäre Ausbildung und Forschung separat.
3. Die dualen Abgeltungen enthalten einen Zuschlag für Investitionskosten und für alle anderen gemeinwirtschaftliche Leistungen.
4. Die Aufteilung zwischen Prämien- und Steuerfinanzierung ist so zu wählen, dass insgesamt keine Verschiebungen der Finanzierungsanteile resultieren.
5. OKP-Versicherer bezahlen für alle leistungspflichtigen Spitäler denselben prozentualen Beitrag an den OKP-Leistungen. Leistungspflichtig sind sie für Leistungen, welche gemäss einem Leistungsauftrag eines Kantons auf der allgemeinen Abteilung erbracht werden, und bei Leistungen derjenigen Spitäler, welche einen entsprechenden Vertrag mit dem jeweiligen Versicherer abgeschlossen haben.
6. VVG-Versicherer bzw. Selbstzahler vergüten die übrigen Leistungen bzw. Kosten.

(D) Wettbewerbselemente:

1. Es gilt der Grundsatz der leistungsbezogenen Finanzierung.
2. Spitäler mit einem detaillierten Leistungsauftrag auf der allgemeinen Abteilung der Kantone unterliegen mit diesem Angebot dem Vertragszwang. Der Kanton hat ein Interesse, die detaillierten Leistungsaufträge für die allgemeine Abteilung den kostengünstigsten Spitalern zu erteilen.
3. Alle anderen Leistungen der Spitäler unterliegen der Vertragsfreiheit. Somit besteht in diesem Bereich Wettbewerb. Allenfalls von der Vertragsfreiheit ausgenommen werden können vom Kanton namentlich bezeichnete Spitäler.
4. Die Grund- und Zusatzversicherer handeln für alle Leistungen auf der halbprivaten und privaten Abteilung die Vergütungen aus. Die Kantone bzw. der Bund genehmigen wie bislang die OKP-Tarife.
5. Die Versicherer bieten mindestens die in der kantonalen Rahmenplanung vorgesehenen Leistungen bzw. Kapazitäten an.