



## **GDK-Spitalfinanzierungsmodell**

Referat von Regierungsrat Dr. Markus Dürri,  
Präsident der GDK,  
anlässlich der Medienkonferenz der GDK vom 30. Mai 2005

### ***Es gilt das gesprochene Wort***

#### **1 Zum Hintergrund**

F2 Bevor wir uns dem Thema Spitalfinanzierung annehmen, möchte ich noch einmal die Verantwortungsbereiche der Kantone in der Gesundheitsversorgung in Erinnerung rufen. Sie werden sehen, dass die Frage der Spitalfinanzierung eng mit dieser Verantwortung verknüpft ist.

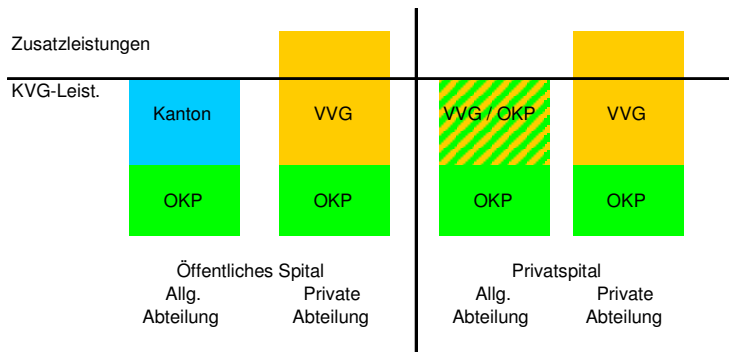
Die Kantone haben einen Verfassungsauftrag, die medizinische Versorgung für die gesamte Bevölkerung sicherzustellen. Dies ist in Art. 41 der Bundesverfassung verankert. Die Kantone sind auch mit Aufgaben des Vollzugs des Krankenversicherungsgesetzes betraut. Überdies nehmen sie zum Schutz der Patientinnen und Patienten gesundheitspolizeiliche Aufgaben wahr. Und nicht zuletzt finanzieren die Kantone aus unterschiedlichen Quellen die Gesundheitsversorgung mit, so mittels Beiträge an Spitäler, Pflegeheime oder Spitex-Organisationen, über die Prämienverbilligung oder via Ergänzungs- und Sozialhilfeleistungen.

Die KVG-Revision muss diese Verantwortungsbereiche berücksichtigen. Und das bedeutet auch, dass die Finanzierungsverschiebungen überblickbar sein müssen.

#### **2 Zum Stand der Diskussionen um die KVG-Revision, Spitalfinanzierung**

F3 Das dringliche Bundesgesetz über die Anpassung der kantonalen Beiträge für die innerkantonalen stationären Behandlungen wurde bis Ende 2006 verlängert. Die heute geltende Spitalfinanzierungsregelung ist also befristet und muss bis dann neu geregelt werden. Der Bundesrat nimmt in seiner Botschaft die dual-fixe Finanzierung wieder auf. In einem zweiten Schritt will er die monistische Finanzierung einführen. Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates erwägt gegenwärtig den direkten Übergang zu einem monistischen Finanzierungssystem.

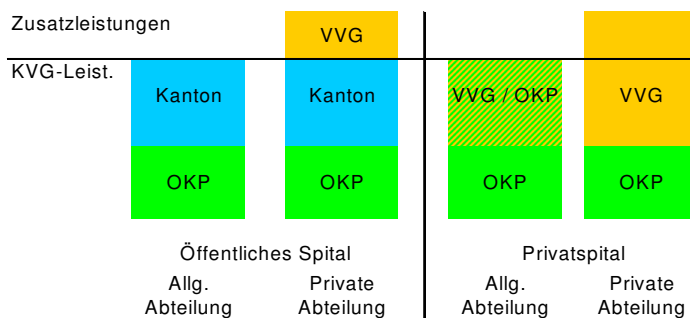
F4 Wo liegt nun die Problematik? Lassen Sie mich dazu ausholen. In der Spitalfinanzierung nach KVG kann zwischen der Zeit vor und nach einem Urteil des eidgenössischen Versicherungsgerichts von 2001 unterschieden werden. Vor diesem Urteil wurde das KVG schematisch wie hier dargestellt umgesetzt:



Die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) leistete auf allen Abteilungen aller Spitäler etwa denselben Beitrag. Auf der allgemeinen Abteilung der öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler stockten die Kantone den Beitrag auf, überall sonst die Zusatzversicherung nach dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG). Teilweise vergütete die OKP auf allgemeinen Abteilungen von Privatspitälern den doppelten Tarif.

F5

Dann kam der EVG-Entscheid. Demnach sollten die Kantone auch an die Behandlung auf halbprivaten und privaten Abteilungen der öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler einen Sockelbeitrag leisten. Diese Interpretation des KVG wurde von den Kantonen aufs Schärfste kritisiert. In den Beratungen zum KVG war nie die Rede von einer solchen Ausdehnung der kantonalen Finanzierung. Es ist auch undenkbar, dass das Parlament eine Kostenverschiebung von der Zusatzversicherung zu den Steuerzahlern im Umfang von 500 Mio. CHF verabschiedet hätte, ohne in der Debatte auch nur ein einziges Wort darüber zu verlieren.

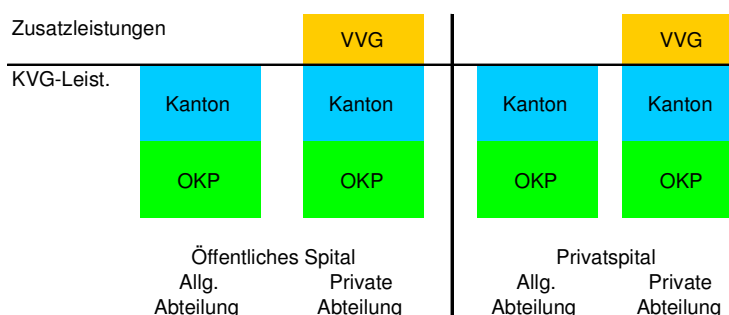


F6

Doch damit sind nicht nur unliebsame finanzielle Verschiebungen verbunden. Nun werden die Privatbehandlungen in öffentlichen Spitälern nicht mehr gleich wie im Privatspital finanziert, was die Zusatzversicherungen und Privatspitäler als stossend empfinden. Auch besteht die Schwierigkeit, dass die Sockelbeiträge im Einzelnen nicht genau beziffert werden können, weil nicht klar ist, was 100% der Kosten sind. Auf Grund verschiedener praktischer Umsetzungsprobleme des EVG-Urteils haben sich Versicherer und Kantone auf eine Bestimmung geeinigt, wie sie nun im dringlichen Bundesgesetz - aber eben nur befristet – gilt und angewendet wird.

F7

Der Bundesrat schlägt in seiner Botschaft die dual-fixe Spitalfinanzierung vor. Demnach würden die Kantone und die Versicherer auf allen Abteilungen aller Spitäler je die Hälfte der Kosten tragen. Umgekehrt sollen in öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern die Investitionen hälftig und nicht mehr allein durch die Kantone finanziert werden.





F8 Die GDK hat sich gegen dieses Modell gewehrt. Es kann nicht sein, dass die Kantone an alle Spitäler Subventionen ausrichten müssen. Bei den Kantonsbeiträgen handelt es sich um gezielte Subventionen zur Gewährleistung der Versorgungssicherheit gemäss Bundesverfassung. Es sind keine sozialversicherungsrechtliche Beiträge, wie dies der Bundesrat uminterpretieren möchte. Die dual-fixe Finanzierung würde auch die Zusatzversicherung um rund 1 Mrd. CHF entlasten. Nach allen Finanzierungsverschiebungen würde diese Milliarde Franken Mehrkosten bei der sozialen Krankenversicherung anfallen. Das ist sozialpolitisch nicht vertretbar. Die effektiven finanziellen Wirkungen bleiben jedoch unübersichtlich und die Regelungen unpräzis. So ist z.B. nicht klar, wie getätigte Investitionen bewertet und neue Investitionen angerechnet werden sollen. Die Finanzierung der Ausbildung ist unklar und die anrechenbaren Kosten kaum zu ermitteln. Deshalb wäre mit der Regelung ein Chaos im Vollzug absehbar. Die Kantone müssten auch eine noch restriktivere Spitalplanung gegenüber privaten und öffentlichen Spitälern vornehmen: Hier ist eine Rekursflut absehbar, die das ganze System blockieren würde. Vor diesem Hintergrund muss man sich vor Augen halten, dass das Finanzierungssystem bloss als Übergangsregelung für 3 bis 4 Jahre gedacht ist, eine Übergangsregelung, die überdies in eine völlig falsche Richtung geht.

Die vorberatende Kommission des Ständerates, die SGK, hat dies erkannt und sich von der dual-fixen Spitalfinanzierung distanziert. Sie prüft gegenwärtig den direkten Übergang zu einem monistischen Finanzierungssystem. Doch wie Frau Pesenti noch ausführen wird, haben auch monistische Finanzierungssysteme ihre Fussangeln.

### 3 Das GDK-Modell als Alternative

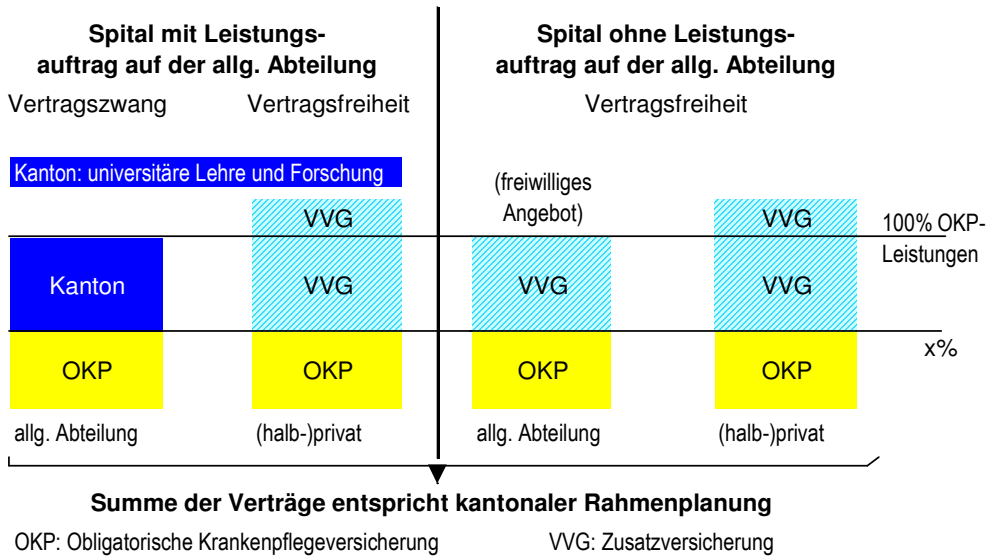
F9 Die GDK will mit ihrem Spitalfinanzierungsmodell die Klippen umschiffen, an denen unser Gesundheitswesen bei nicht sachkundiger Navigation zu zerschellen droht. Mit dem GDK-Modell lassen sich die Wogen glätten. Auf dieser Basis gewährleistet unser Vorschlag die Versorgungssicherheit, indem die öffentlichen Beiträge gezielt und somit steuernd eingesetzt werden. Der Vorschlag sieht gleichzeitig Wettbewerbselemente vor, die das Kostenwachstum bremsen sollen. Dazu wird zwischen der allgemeinen Abteilung einerseits und der halbprivaten und privaten Abteilung andererseits unterschieden. Hingegen gibt es keine Unterscheidung nach der Trägerschaft eines Spitals, also zwischen privaten oder öffentlichen bzw. öffentlich subventionierten Spitälern.

Die soziale Krankenversicherung bezahlt an alle Spitalleistungen dieselben Beiträge. Das ist deshalb richtig, weil alle Personen grundversichert sind und denselben Anspruch auf Leistungen haben. Mit den Krankenversicherungsbeiträgen sind die Vollkosten aber nicht gedeckt. Für den Rest kommt auf der allgemeinen Abteilung der Kanton auf. Damit aber Kantongelder überhaupt fliessen, braucht das Spital einen Leistungsauftrag des Kantons. Damit ist dem Grundsatz der institutionellen Kongruenz (nämlich: wer zahlt, befiehlt) genüge getan.

Auf der halbprivaten und privaten Abteilung kommt neben dem Beitrag der sozialen Krankenversicherung die Zusatzversicherung zum Tragen. Auch hier wird der Grundsatz "wer zahlt, befiehlt" konsequent umgesetzt, indem dieses Angebot zwischen dem Versicherer und dem Spital vereinbart wird. In diesem Bereich besteht also Vertragsfreiheit. Damit werden Wettbewerbselemente eingeführt, die dämpfend auf die Kostenentwicklung wirken. Dabei unterstehen die Versicherer der kantonalen Rahmenplanung, die sicherstellt, dass ein genügend grosses Angebot für die gesamte Bevölkerung besteht.



F10 Schematisch lässt sich das GDK-Spitalfinanzierungsmodell folgendermassen darstellen:



Die Kantone finanzieren die universitäre Lehre und Forschung separat. Auf der allgemeinen Abteilung der Spitäler mit einem detaillierten Leistungsauftrag des Kantons finanzieren sie die Leistungen mit. Der Beitrag der sozialen Krankenversicherung wird so festgelegt, dass das Finanzierungsmodell für alle Finanzierer kostenneutral ausfällt.

F11 Die Vorzüge dieses Modells liegen auf der Hand:

Die heutigen Finanzierungsanteile zwischen Grund-, Zusatzversicherung und Kanton bleiben bestehen. In allen Bereichen wird leistungsbezogen finanziert, die Vertragsabschlüsse richten sich nach den Preisen und nicht nach den Kosten. Damit werden die richtigen Anreize zur effizienten Leistungserbringung gesetzt. Die Kantone leisten mit ihren direkten Subventionen gezielte Beiträge in jene Bereiche, die ohne private Versicherungen auskommen müssen. Damit kann auch im Grundangebot die hohe Qualität gehalten werden. Bei der Erteilung der detaillierten Leistungsaufträgen auf der allgemeinen Abteilung von öffentlichen oder privaten Spitälern werden die Kantone natürlich auch den Preis berücksichtigen, so dass ein wirtschaftliches Angebot zu erwarten ist.

Im Bereich der halbprivaten und privaten Versicherung fördert die Vertragsfreiheit Effizienz und Wettbewerb unter den Spitälern. Diese verfügen somit in den vergleichbaren und gewinnorientierten Bereichen über gleich lange Spiesse. Wichtig ist auch, dass die ambulanten Leistungen im Spital gleich finanziert werden wie in freier Praxis, nämlich weiterhin vollständig durch die Grundversicherung. Ansonsten würden die Arztpraxen von Spitalambulatorien, die mit Kantongeldern dotiert wären, konkurrenziert.

Das GDK-Modell setzt also die Anreize richtig und gewährleistet die Versorgungssicherheit. Und ganz wichtig: Es belässt die Budgetkompetenzen konsequent bei jenen Stellen, die auch die Finanzierungsverantwortung tragen.