



Monistische Finanzierung des Gesundheitswesens – eine kritische Würdigung

Referat von Regierungsrat Patrizia Pesenti,
Präsidentin der GDK-Kommission "Vollzug KVG",
anlässlich der Medienkonferenz der GDK vom 30. Mai 2005

Es gilt das gesprochene Wort

F12

Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates prüft gegenwärtig den direkten Übergang zu einem monistischen Finanzierungssystem. Unter dieser Flagge segeln unzählige Modelle mit unterschiedlichster Ausgestaltung.

In der politischen Diskussion haben sich aber in den letzten Jahren zwei Grundmodelle herauskristallisiert. Das eine orientiert sich am gegenwärtigen regulatorischen Umfeld und leitet lediglich die Finanzierungsströme von den Kantonen an die Versicherer um. Der Kontrahierungszwang, die Spitalplanung und die Tarifgenehmigung bleiben jedoch unangetastet.

Das andere Grundmodell überlässt die gesamte Gesundheits- und nicht nur die Spitalversorgung dem Wettbewerb: Der Kontrahierungszwang und die Spitalplanung der Kantone entfallen, die Tarife werden frei verhandelt und die Versicherer verfügen nicht nur über die Prämiegelder, sondern auch über die Kantonsbeiträge, die für die Abgeltung der gesamten Gesundheitsausgaben eingesetzt werden.

Die GDK hat die beiden Grundmodelle einer kritischen Würdigung unterzogen. Dabei wurden die wettbewerbsfördernden Elemente und deren kostendämpfende Effekte durchaus begrüsst. Doch hat die GDK auch auf zahlreiche Fussangeln aufmerksam gemacht.

Beiden Modellen ist vorzuhalten, dass sie wie die dual-fixe Finanzierung die Subventionen der Kantone als sozialversicherungsrechtliche Beiträge uminterpretieren. Aus Sicht der GDK ist dies unzulässig. Es darf nicht sein, dass den Kantonen die Budgetkompetenz entzogen wird und Gelder in grossem Umfang als Blanko-Check an die Versicherer übertragen werden. Das ist staatspolitisch schlicht undenkbar. Im monistischen System würde – wie auch in der dual-fixen Spitalfinanzierung – die Zusatzversicherung automatisch um 1 Mrd. CHF zu lasten der Grundversicherung entlastet, weil diese Leistungen gleich wie die Leistungen auf der allgemeinen Abteilung finanziert würden. Ein solcher Prämienanstieg ist sozialpolitisch unerwünscht.

Heute werden alle Leistungen der Spitäler mit etwa denselben Beiträgen der Krankenversicherung finanziert. Diese decken jedoch nicht einmal die Hälfte der Betriebskosten. Der Rest wird entweder über die öffentliche Hand oder die Zusatzversicherung abgegolten.

Wenn nun öffentliche Gelder an alle Spitäler fliessen sollen, dann fehlen diese in jenen Bereichen, die nicht lukrativ betrieben werden können, weil sie einem Versorgungsauftrag nachkommen. Mit der monistischen Finanzierung würde der gewinnorientierte Bereich mit Zusatzversicherten nun auch noch mit öffentlichen Mitteln ausstaffiert. Diese öffentlichen Mittel sind aber dazu da, die Versorgungssicherheit und die gute Behandlungsqualität in der Grundversorgung zu gewährleisten, also zum Ausgleich der Zahlungskraft zwischen Patientinnen und Patienten mit oder ohne Zusatzversicherung. Wenn wir von diesem Prinzip abweichen und die öffentlichen Gelder als sozialversicherungsrechtliche Beiträge verstehen,



dann sind Versorgungssicherheit und Qualität der Leistungen in den nicht lukrativ zu betreibenden Bereichen der Grundversorgung gefährdet.

Beim ersten Grundmodell werden in erster Linie die Finanzierungsströme umgelenkt. Hier stellt sich die Frage, was mit dieser staatspolitisch fragwürdigen Massnahme bezweckt werden soll. Eine Kostendämpfung ist davon jedenfalls nicht zu erwarten, weil keine entsprechenden Anreize gesetzt werden.

Das Grundmodell ohne Spitalplanung tangiert zusätzlich zu den bereits genannten Problemen den verfassungsrechtlichen Versorgungsauftrag der Kantone. Dann wäre das Angebot und damit die Versorgung dem freien Spiel der Marktkräfte unterworfen. Dieses Modell wird aus Sorge um die Versorgungssicherheit derzeit kaum ernsthaft in Erwägung gezogen.

In ihrer kritischen Würdigung kommt die GDK denn auch zum Schluss, dass die beiden gegenwärtig diskutierten Grundmodelle einer monistischen Finanzierung letztlich in die falsche Richtung gehen.

Das GDK-Spitalfinanzierungsmodell hingegen sieht dort Wettbewerbselemente vor, wo der Markt grundsätzlich spielen kann, nämlich auf der halbprivaten und privaten Abteilung. Hier werden die Marktkräfte für Wettbewerb, Qualität und Effizienz sorgen. Das GDK-Modell nimmt jene Bereiche vom direkten Wettbewerb aus, welche vorwiegend einem nicht gewinnorientierten, öffentlichen Versorgungsauftrag entsprechen. Diese Bereiche, nämlich die allgemeinen Abteilungen, werden ebenfalls leistungsbezogen finanziert. Die öffentlichen Leistungsaufträge führen dazu, dass auch dieser Bereich wirtschaftlich betrieben wird.