



**GDK** Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren  
**CDS** Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé  
**CDS** Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità

## MEDIENMITTEILUNG

43.225\Spi~

Bern, 30. August 2005

### **KVG-Revision: Finanzierungsmodell der SGK des Ständerates Klare Absage der GDK**

Die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) erteilt dem heute von der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates (SGK-S) präsentierten Modell zur Finanzierung des Gesundheitswesens eine klare Absage. Das Finanzierungsmodell der SGK-S sieht vor, dass die Kantone den Krankenkassen 30% der Kosten sämtlicher Leistungen des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) vergüten. Damit soll die ins Stocken geratene Frage der Spitalfinanzierung gelöst werden. Was sich auf den ersten Blick als ein bequemer Ausweg aus der Sackgasse darstellt, entpuppt sich bei näherer Betrachtung als Attacke auf die Grundfesten der Gesundheitsversorgung. Auch die Zielsetzung, bestehende Verzerrungen aufzuheben, kann so nicht zufrieden stellend erreicht werden. Besonders stossend ist, dass dem KVG Mehrkosten von 1 Mrd. CHF aufgebürdet werden. Bei einem kantonalen Finanzierungsanteil von 30% würden für die Kantone Mehrkosten von rund 2 Mrd. CHF resultieren.

Die Kantone haben einen Verfassungsauftrag zur Gewährleistung der Versorgungssicherheit. Zu diesem Zweck leisten sie gezielt Subventionen an Spitäler mit einem öffentlichen Leistungsauftrag und planen das Angebot. Mit den gezielten Subventionen können die unterschiedlichen Lasten und Aufgaben der Spitäler finanziell kompensiert und auch in den nicht lukrativen Leistungsbereichen – vornehmlich auf der allgemeinen Spitalabteilung – eine hohe Qualität sichergestellt werden.

#### **Ziele verfehlt**

Das Modell der SGK-S hat zum Ziel, Verzerrungen zwischen ambulanter und stationärer Leistungserbringung aufheben. Die beobachtbaren Verschiebungen von stationärer zu ambulanter Leistung sind grösstenteils medizinisch bedingt und durchaus sinnvoll. Allfällige finanzierungsbedingte Verzerrungen können aber mit dem Modell der SGK-S nicht ausgeräumt werden. Denn nicht die Finanzierungsquelle, sondern das Abgeltungssystem ist relevant: So werden ambulante Leistungen einzeln vergütet, während im stationären Bereich Pauschalen zur Anwendung kommen, die meist einen geringeren Deckungsbeitrag an die Fixkosten aufweisen und somit weniger lukrativ sind. Das weitere Ziel der SGK-S, die Gleichstellung aller Spitäler, wird mit dem GDK-Modell effektiver und ohne negative Auswirkungen auf die Basisversorgung besser erreicht.

#### **Steuergelder an gewinnorientierte Leistungserbringer**

Die SGK-S präsentiert ein so genannt monistisches Finanzierungssystem, bei dem die Krankenkassen einzige Zahlstelle für KVG-Leistungen sein sollen. Die Kantone sind gehalten, den Krankenkassen vierteljährlich im Durchschnitt mindestens 30% der bezahlten Leistungen zu vergüten. Damit werden die gezielten Subventionen der Kantone als sozialversicherungsrechtliche Beiträge umgedeutet. Dies heisst, dass die Kantongelder nicht mehr gezielt in jene Bereiche fließen, welche eine ausreichende und qualitativ hoch stehende medizinische Versorgung der Bevölkerung garantieren. Stattdessen vermengen sich die Kantonsbeiträge mit den Leistungen der Krankenversicherung, deren Zweck ein diametral anderer ist, nämlich die unterschiedlose Abgeltung von Leistungen für die Versicherten. Dies führt dazu, dass **Steuergelder** ohne direkte Steuerungs- und Kontrollmöglichkeit der öffentlichen Hand neu gleichermassen **auch an gewinnorientiert arbeitende Spitäler und Ärzte** fließen.



## Basisversorgung gefährdet

Die Kantone können im Modell der SGK-S die Gesundheitskosten nur indirekt, nämlich mittels **vermehrter Planung** beeinflussen. Damit entsteht auf das gesamte Gesundheitswesen ein vermehrter Planungsdruck. Der Vorschlag steht somit zu den laufenden Bemühungen um die Einführung von mehr Wettbewerbselementen quer in der Landschaft.

**Im stationären Bereich** ist aber absehbar, dass die Planung nur bei jenen Spitälern gelingen wird, bei denen der Kanton auch Spitalträger ist. Die anderen Spitäler werden sich ihre weitreichende Wirtschaftsfreiheit, die sie heute geniessen, nicht unbesehen beschneiden lassen und sich einer restriktiven kantonalen Spitalplanung zu widersetzen suchen.

**Im ambulanten Bereich** steht noch in den Sternen bzw. unter der Kuppel des Bundeshauses, ob künftig die Krankenkassen via Vertragsfreiheit oder die Kantone das Angebot bestimmen sollen. Auch hier ist der Widerstand privater Leistungserbringer sicher.

Konsequenz aus einer mangelnden Steuerungsmöglichkeit des privaten Sektors wäre, dass das private und gewinnorientierte Angebot im Verhältnis zu den öffentlichen Spitälern und Spitalambulatorien zunimmt. Die GDK befürchtet daher weitreichende Konsequenzen für das schweizerische Gesundheitswesen: Erfahrungen aus dem Ausland lassen bei einem vermehrt privaten Angebot und ohne gezielte Subventionen eine **geringere Versorgungssicherheit und Qualität** in der Basisversorgung bei **höheren Gesamtkosten** erwarten.

## Zusatzbelastung für die Krankenversicherung

Das Modell der SGK-S würde eine Mehrbelastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung um 1 Mrd. CHF bewirken, weil sie neu Leistungen übernehme, welche bislang über die Zusatzversicherung vergütet wurden. Wird diese Kostenverschiebung den Versicherten aufgebürdet, führt dies zu **8% höheren Krankenkassenprämien**.

**Die GDK lehnt aus diesen Gründen das Finanzierungsmodell der SGK-S kategorisch ab.**

## GDK-Modell ohne Nebenwirkungen

Die GDK hat am 30. Mai 2005 ihr Modell zur Spitalfinanzierung präsentiert. Dieses sichert die Basisversorgung dank kantonalen Subventionen an die allgemeinen Abteilungen aller Spitäler, die über einen Leistungsauftrag des Kantons verfügen. Für Leistungen der halbprivaten und privaten Abteilung hingegen gibt es keine Subventionen; sie sind dank Vertragsfreiheit dem Wettbewerb unterstellt. Die soziale Krankenversicherung übernimmt auf allen Abteilungen aller Spitäler mit einem Leistungsauftrag des Kantons oder der Krankenkasse denselben Anteil. Während der Kanton die restlichen Kosten für die Leistungen der allgemeinen Abteilungen mit detailliertem Leistungsauftrag finanziert, kommt dafür auf der halbprivaten und privaten Abteilung wie bislang die Zusatzversicherung zum Tragen. Damit werden alle Spitäler unabhängig von ihrer Trägerschaft gleichgestellt. Grundsätzlich wird auf allen Abteilungen leistungsbezogen vergütet.

## Weitere Auskünfte:

Michael Jordi, Leiter Ökonomie, Zentralsekretariat GDK

031 356 20 20 oder 079 702 20 90

Regierungsrat Dr. Markus Dürr, Präsident der GDK,  
Gesundheitsdirektor des Kantons Luzern

## Weiterführende Unterlagen:

- Replik der GDK auf das SGK-S-Modell: <http://www.gdk-cds.ch/34.0.html>: Stellungnahmen und Anträge
- Unterlagen der Medienkonferenz der GDK vom 30.5.2005: <http://www.gdk-cds.ch/168.0.html>