

# MONISTISCHE SPITALFINANZIERUNG

## (Grundlagenpapier des PKS-Vorstandes)

### I. Einleitung

Im Rahmen der KVG-Revision wird ein neues Finanzierungskonzept erwogen. Zurzeit stehen drei Optionen zur Diskussion:

- A. Dualistisches System
- B. Dual-fixes System
- C. Monistisches System

Der Vorstand der PKS macht es sich zur Aufgabe, hierzu Position zu beziehen und nach Möglichkeit die festgelegte Präferenz für eine dieser Optionen Behörden, Parlament und opinion leaders zugehen zu lassen.

Er lässt sich dabei von der statutarischen Aufgabe der PKS leiten, für private Spitalleistungserbringer günstige Rahmenbedingungen für deren Wirken zu schaffen, aber auch volkswirtschaftliche und gesundheitspolitische Überlegungen zu berücksichtigen.

### II. Die Optionen im einzelnen (summarisch)

- **Dualistisch:** Die stationären Leistungen werden von zwei Finanzierern – Krankenversicherer und öffentliche Hand – bezahlt. Die Krankenversicherer übernehmen höchstens 50 Prozent der anrechenbaren Kosten. Nicht zu den anrechenbaren Kosten gehören die Kosten für Investitionen, aus Überkapazitäten sowie für Lehre und Forschung. Im Rahmen der tariflichen Rechtsprechung hat der Bundesrat definiert, was unter Investitionskosten, Überkapazitäten und Lehre und Forschung zu verstehen ist. Die nicht vom Krankenversicherer zu übernehmenden Kosten fallen für öffentliche Spitäler bei der öffentlichen Hand an.
- **Dual-fix:** Die stationären Leistungen sollen ebenfalls von den Krankenversicherern und der öffentlichen Hand bezahlt werden. Jedoch wird klar im voraus festgelegt, wie hoch der Anteil der beiden Finanzierer sein sollte. Der Bundesrat schlägt vor, dass sie die mit den Spitälern vereinbarten Preise (nicht Kosten!) je zur Hälfte übernehmen.
- **Monistisch:** Es hat nur ein Finanzierer für die grundversicherten Leistungen aufzukommen.

### III. Würdigung dieser Optionen

1. Dem bisher praktizierten dualistischen System wird vorgeworfen, dass die Finanzierung der ambulanten und teilstationären Leistungen voll den Krankenversicherern übertragen ist. Damit entstehen Verzerrungen bezüglich einer kostenoptimalen Spitalversorgung. Der Interessenkonflikt der Kantone in der Mehrfachrolle des Kostenträgers, Spitalplaners, Spitalbetreibers und Schiedsrichters in Tarifstreitigkeiten, der Mangel an Wettbewerb unter den Spitälern, die Kostenverzerrung zwischen ambulantem und stationärem Sektor sowie die Benachteiligung von Managed Care-Modellen bleiben als Nachteile erhalten.
2. Eine dual-fixe Spitalfinanzierung, wie sie der Bundesrat vorschlägt, bringt zwar den Übergang von einem Kostenerstattungs- zu einem Preissystem. Die dual-fixe Spitalfinanzierung soll für alle Spitäler (öffentlich wie privat) gleichermassen gelten, wobei die Planung solcherart umfassend würde. Privatspitäler, die nicht in die Spitallisten aufgenommen werden, verlieren sämtliche Abgeltungsansprüche aus der Grundversicherung. Die Spitäler werden versucht sein, eine Risikoselektion zu betreiben, ebenso die Krankenversicherer. Dies führte zu einer inakzeptablen Wettbewerbsverfälschung.
3. Das monistische System beinhaltet den wichtigen Vorteil, dass ambulante, teilstationäre und stationäre Spitalbereiche nach identischen Regeln entschädigt werden. Spitallisten sind in einem konsequent angewandten monistischen System nicht nötig; die Planung beschränkt sich auf die Versorgungssicherheit (Randgebiete, Spitzenmedizin).
  - die derzeitige subventionsbedingte Kostenverzerrung zwischen stationären und nicht-stationären Behandlungen fällt weg.
  - alle medizinische Leistungen werden prozentual gleich stark subventioniert. Die Abgrenzung zwischen den Behandlungsformen stationär, teilstationär und ambulant entfällt.

### IV. Monistisches System als Ziel

Der Vorstand der PKS strebt ein monistisches System an, um den Wettbewerb im Gesundheitswesen wirkungsvoll ins Spiel zu bringen. Allerdings sind beim Monismus etliche Regeln zu beachten, damit diese Option die angestrebte Wirkung erhält.

#### These 1:

Es ist davon auszugehen, dass die Krankenversicherer die Rolle des Monisten übernehmen. Der Krankenversicherer handelt diesfalls als Agent des Versicherten, um geeignete Leistungserbringer zu selektionieren und unter vertragliche Leistungspflicht zu nehmen.

Das Verhältnis Monist: Leistungserbringer ist wettbewerblich (ohne Kontrahierungszwang). Der Preis bestimmt den Partner (evt. einzelne Abteilungen oder einzelne Behandlungssegmente).

#### These 2:

Im Monismus sind die kantonalen Beiträge an die Versicherer abzugeben. Über die Höhe der Beiträge ist eine Einigung zu finden. Im KVG ist jedoch eine minimale Beteiligung der Kantone festzulegen. Diese kann in % der gesamten Spitalausgaben oder als fixer (pro Kopf-) Betrag mit einer Anpassungsnorm an das Wirtschaftswachstum umschrieben werden. Der Plafonierung der

kantonale Beiträge, angepasst an das Wirtschaftswachstum, ist der Vorzug zu geben, um damit den Planungsgelüsten der öffentlichen Hand zu entgegenen.

**These 3:**

Im monistischen System ist der Kontrahierungszwang nicht vorgesehen. Wettbewerb mit Vertragszwang erscheint als Etikettenschwindel (allenfalls ist in einem ersten Schritt eine Verhandlungspflicht mit allen Leistungserbringern vorzusehen). Freilich muss die Versorgung sichergestellt werden. Die Mindestdichte der Anbieterseite muss aus politischer Opportunität vom Kanton definiert werden.

Der Kontrahierungszwang ist sowohl für ambulante wie stationäre Behandlung aufzuheben.

**These 4:**

Für die Betriebsbewilligung der Leistungserbringer ist eine qualifizierte Akkreditierung (Qualitätssicherung) als Voraussetzung zu normieren.

**These 5:**

Der Abbau der Leistungserbringer erfolgt über den Markt und nicht über die Planung. Eine Planung ist nur noch im Sinne der subsidiären Versorgungssicherstellung, allenfalls der Spitzenmedizin (Definition?), zuzulassen.

**These 6:**

Im monistischen System sind die Spitalisten obsolet. Die leistungsorientierte Finanzierung wird zusammen mit der Aufhebung des Kontrahierungszwangs zur Folge haben, dass sich Niveau und Struktur der Spitalkapazitäten rasch verändern und stärker an ökonomischen Realitäten orientieren.

**These 7:**

Wird der Krankenversicherer zum Monisten, ist es dem Monisten untersagt, eigene Leistungserbringer-Betriebe zu führen. (Gleiches würde übrigens auch für den Kanton als Monist gelten!)

\* \* \*

## V. Andere Optionen

Die PKS müssen auch andere Systeme überdenken. Im Vordergrund steht ein modifiziertes duales Finanzierungssystem (GDK/RR Dr. M. Dürr). Dieses beinhaltet die klare Trennung zwischen Grundversicherten und Zusatzversicherten; letzteren wird kein Sockelbeitrag entrichtet unabhängig davon, ob sie in der Privatabteilung eines öffentlichen Spitals oder einem Privatspital versorgt werden. Das Konzept beinhaltet keine Planung für den Zusatzversicherten-Bereich.

Diese Option wäre aus Sicht der PKS nur bei einer Differenzierung des Versicherungsobligatoriums vertretbar. Dem deutschen Versicherungssystem wäre dabei Aufmerksamkeit zu schenken.

## VI. Zusammenfassung

Der Vorstand der Privatkliniken Schweiz befürwortet im Rahmen der KVG-Revision den **direkten Wechsel** vom bisherigen dualen **zu einem monistischen System der Spitalfinanzierung**. Dadurch kann eine einheitliche Entschädigung von ambulanten und stationären Behandlungen unter klaren **wettbewerblichen Gegebenheiten** und **ohne Spitalplanung**/Spitallisten erzielt werden. Voraussetzung ist dabei, dass der **Kontrahierungszwang fallen gelassen** wird und die Monisten nicht eigene Leistungserbringer-Betriebe führen dürften. Die **kan-**

**tonalen Beiträge sind als Minimum im KVG** festzuhalten; idealerweise handelt es sich dabei um Kopfbeiträge, die an die Entwicklung des Wirtschaftswachstums anzupassen sind.

Für den Vorstand

Dr. U. Wanner, Generalsekretär PKS