

Das Potential privater Spitäler unter der neuen Spitalfinanzierung

LI-Symposium 2012

Prof. em. Robert E. Leu
Departement Volkswirtschaftslehre, Universität Bern

1. Juni 2012

Inhaltsübersicht

- > Neue Spitalfinanzierung: Überblick
- > Umsetzungsprobleme in den Kantonen
- > Zukunfts- und Unterstützungsfonds in ZH
- > Kinderkrankheiten des SwissDRG – Systems
- > Potential der Privatspitäler

Grundidee der neuen Spitalfinanzierung

- > **Einheitliche leistungsbezogene Finanzierung** über Fallpauschalen (SwissDRG)
- > Übergang von der **Objekt** - zur **Subjektfinanzierung**
- > Grössere **Wahlfreiheit** für Versicherte (freiere Spitalwahl, Binnenmarkt)
- > Mehr **Transparenz** (Wirtschaftlichkeit, Qualität)
- > Stärkung des **Wettbewerbs**
- > **Gleichstellung** von öffentlichen und privaten Spitälern
- > **Strukturbereinigung** (Optimierung der Behandlungsprozesse, Erhöhung der Effizienz, Abbau von Überkapazitäten)

Kernelemente

- > **Diagnosebezogene Fallpauschalen**
(SwissDRG: Fallpreis = Basispreis x Kostengewicht des DRG)
- > **Gleicher Basispreis** für **alle** Spitäler im Kanton
- > **Vollkostenprinzip**: SwissDRG decken auch Investitionen ab
- > **Spitalplanung** in **drei** Stufen:
 - Anpassung **kant. Gesundheitsgesetze**
 - **Versorgungsplanung** (Bedarfsermittlung)
 - **Leistungsaufträge/Spitallisten** (Bedarfssicherung)
- > **Spitallisten/Leistungsaufträge** nach den Kriterien **Wirtschaftlichkeit** und **Qualität**

Das wichtigste Problem der neuen Spitalfinanzierung

- > Märkte können entweder über **Preise** (Marktwirtschaft) oder **Mengen** (Planwirtschaft) gesteuert werden
- > Die neue Spitalfinanzierung führt einerseits **DRGs** (Preise) ein, verlangt aber andererseits von den Kantonen eine **Spitalplanung** (planwirtschaftliches Element)
- > **Nicht abschliessend definiertes Spannungsfeld** zwischen mehr Wettbewerb und mehr Planwirtschaft
- > **Kantone** interpretieren diesen Gestaltungsraum sehr unterschiedlich
- > Der **Umsetzungsprozess** erweist sich als äusserst schwierig

Frage der Planungsintensität

- > Mit Hilfe der **Spitalplanung** sollen die **Kantone** eine **bedarfsgerechte Versorgung** der Versicherten sicherstellen (Versorgungsplanung, Spitalliste, Leistungsaufträge)
- > **Frage:** Welche **Planungsintensität** entspricht den Intentionen des Bundesgesetzgebers?
- > Sollen die gewünschten Ziele **erreicht** werden, sind sämtliche **Regulierungen** zu **vermeiden**, die den Wettbewerb behindern oder verhindern
- > Spitalplanung sollte lediglich eine **minimale Grundversorgung** sicherstellen (WEKO 2010)

Umsetzungsprobleme in den Kantonen

- > **Viele Kantone** interpretieren den Planungsauftrag **ganz anders** (Mehrfachrolle, Interessenkonflikte)
- > **Missachten Willen** des Parlaments z.T. **massiv**
- > **Zusatzkriterien** für Listenspitäler, die den Wettbewerb **einschränken** oder **völlig ausschliessen**
- > **Vergabe** von Leistungsaufträgen **willkürlich** statt nach den Kriterien **Wirtschaftlichkeit** und **Qualität**
- > **Ausufernde Definition** gemeinwirtschaftlicher Leistungen: **Subventionierung öffentlicher Spitäler.**
- > **Strukturerhaltung** statt Strukturbereinigung
- > **Diskriminierung** privater Anbieter

Einige besonders heikle Bestimmungen

- > **Mengensteuerung** (kombiniert mit degressiven Tarifen)
- > Limitierung des **Anteils an Zusatzversicherten** pro Spital
- > Versteckte **Subventionen** an **öffentliche Spitäler**
- > **Globalbudgets** pro Spital
- > Genehmigungspflicht für **Investitionen**
- > **Willkürliche Vergabe** von **Leistungsaufträgen**, u.a. in der **hochspezialisierten Medizin (HSM)**
- > **Unterstützungsfonds** für strukturschwache Spitäler

Auswirkungen

- > **Strukturerhaltung** statt Strukturbereinigung
- > **Schleichende Verstaatlichung** statt mehr Wettbewerb
- > **Bevorzugte Behandlung** öffentlicher Spitäler
- > **Einschränkung** statt Ausdehnung der Wahlfreiheit
- > **Reduktion** statt Förderung der Effizienz
- > **Widerspruch** zum Willen des Bundesgesetzgebers

Zukunfts- und Unterstützungsfonds (ZUf)

- > Fonds zur finanziellen Unterstützung strukturschwacher öffentlicher Spitäler
- > Finanzierung über **Erträge** der Listenspitäler aus der **Zusatzversicherung**
- > **Zweckgebundene Sondersteuer**, Steuersätze zwischen 15% und 25%
- > **Steuersubjekt** sind die **Listenspitäler**
- > Mehrheitlich **öffentliche Spitäler** (behandeln **über 50%** der zusatzversicherten Patienten in Listenspitälern)
- > Private Hirslanden-Klinik als grösster Steuerzahler

Zahllast und Traglast

- > Indirekte Steuern werden vom Steuerzahler i.d.R. **ganz** oder **teilweise überwält** (Bsp. MwSt)
- > **Sondersteuer** für den **ZUf** würde zum Teil auf die **Versicherer** weitergewälzt (bottom up pricing der Versicherer)
- > Die Versicherer werden die Steuer zum Teil auf die **Prämien** vorwälzen
- > Zusatzversicherungen werden **teurer** und **unattraktiver** (im Vergleich zur Situation ohne Steuer)

Wer trägt letztlich die Steuerlast?

- > Die Steuerlast würde kurz- und mittelfristig vor allem von den **Zusatzversicherten** getragen
- > Im Kanton Zürich: rund **30%** der Bevölkerung
- > Die ohnehin **schwächelnde Nachfrage** nach Zusatzversicherungen würde **längerfristig weiter zurückgehen**
- > Dadurch sinken **Steuerertrag** und **Umverteilungsvolumen** des Fonds
- > Wohlfahrtsverluste für Versicherte, **falsche Anreize** für Anbieter, ökonomisch **ineffizient**

Wer sind die Zusatzversicherten?

- > **Im Durchschnitt: 7 Jahre älter**, Familieneinkommen um **2'300 Fr. pro Monat höher**
- > Verteilen sich **über alle Einkommensklassen**
- > Anteile **pro Einkommensquintil** in %: 21,22,25,32,48
- > Ist es **fair**, dieser Bevölkerungsgruppe eine **massive Sondersteuer** aufzuerlegen?
- > Indirekte Steuern sind **regressiv**
- > Zusatzversicherte mit **kleineren Einkommen** würden also **relativ stärker belastet**

Abschliessende Beurteilung des ZUf

- > Hebelt die **Grundidee der KVG-Revision** aus
- > **Objektsubventionen nicht zulässig**; Finanzierung ausschliesslich **über DRG** (auch Investitionen)
- > **Quersubventionen** aus der Zusatzversicherung nicht zulässig
- > Sondersteuer **nicht systemkonform, ineffizient und ungerecht**
- > **Zementiert** bestehende Strukturen, **verfälscht** den Wettbewerb und setzt **falsche Anreize**
- > **Systemkonforme Lösung** bestehender Probleme statt abenteuerliche Sondersteuer

Probleme des SwissDRG - Systems

- > SwissDRG (Version 1.0) vermag **Kostenunterschiede innerhalb der DRGs** nur ungenügend abzubilden.
- > Es werden nur **60%** der Kostenunterschiede innerhalb der DRGs abgedeckt. Im G - DRG sind es **75%**
- > **Kostenausreisser** werden nicht leistungsgerecht abgegolten
- > **Betroffene:** Spitäler mit vielen komplexen und besonders teuren Fälle
- > **Grundproblem aller** pauschalierenden Abgeltungsverfahren
- > **Zielkonflikt** zwischen **leistungsgerechter Abgeltung** (Komplexitäten/Komorbiditäten) und **Handhabbarkeit**

Systemkonforme Lösungen im Ausland

- > Medizinisch begründete **Kostenausreisser** können durch **additive Vergütungen** abgebildet werden
- > In Deutschland: ab 2004 sog. **Zusatzentgelte**
- > **Sonderfälle** mit ungewöhnlich **teuren Leistungen** können so **leistungsgerecht** vergütet werden
- > Ebenso **systematisch höhere Kosten**, die nicht auf Ineffizienz basieren
- > Im G - DRG gibt es z.B. **über 150 Positionen**, um die höheren Kosten von **Kinderspitälern** auszugleichen
- > Einführung von **Zusatzentgelten** und **Finanzierungsverfahren** für **Innovationen** im SwissDRG **dringend**

Potential der Privatkliniken

- > **Hauptproblem:** Rückläufige Zahl von Zusatzversicherten
- > **Unterschiedliche Strategien** der grossen Privatspitalgruppen (Listen- oder Vertragsspital)
- > Erfolg der **Listenstrategie** hängt stark von den Entscheidungen des BVGer ab
- > **Angefochten** sind: nicht gewährte Listenplätze, eingeschränkte Leistungsaufträge (insbes. auch HSM) sowie die angesprochenen Zusatzkriterien
- > **Weitere Rekurse** zu erwarten (ungleiche base rates etc)
- > Verlust des Privatspitalcharakters
- > **Vertragsspitalstrategie:** keine Patienten ohne Zusatzversicherung, Patienten- bzw. Fallzahlen ev. kritisch (Qualität), Margendruck von Versicherern