

Spitalfinanzierung im Umbruch

Das neue Krankenversicherungsgesetz KVG hat die Problematik der Finanzierung stationärer medizinischer Leistungen akzentuiert. Die Versicherer haben bei der stationären Behandlung höchstens 50% der anrechenbaren Kosten zu übernehmen; der restliche Teil der Behandlung in öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitälern geht zulasten der Kantone. Als Reaktion auf offenkundige Fehlentwicklungen sowie in Berücksichtigung zweier höchstrichterlicher Entscheide hat der Bundesrat im März 1999 einen Vorschlag zur Revision der Spitalfinanzierung in die Vernehmlassung geschickt. Dieser löste ein sehr kontroverses Echo aus. Die nachfolgenden Beiträge können daher keine definitiven Entwürfe präsentieren; sie beschränken sich darauf, die Probleme darzulegen und die gesteckten Ziele sowie mögliche Lösungswege aufzuzeigen.

FRITZ BRITT, FÜRSPRECHER, LEITER DER HAUPTABTEILUNG KRANKEN- UND UNFALL-VERSICHERUNG IM BSV

Ausgangslage

Das KVG hat in der Spitalfinanzierung in konservativer Fortschreibung der «alten» KUVG-Regeln die anteilmässige Finanzierung durch die Kantone / öffentliche Hand, und damit die eigentlich systemfremde Defizitgarantie, in Artikel 49 Absatz 1 übernommen. Es ist heute diese Finanzierungsregel, die in der konkreten Handhabung zu Problemen führt und aufgrund der Praxis revisionsbedürftig ist. So hat das KVG mit der Formel «höchstens 50 Prozent» nicht nur die Pflicht der Kantone zur anteilmässigen Finanzierung aufgenommen, sondern auch aufgrund der Tatsache, dass praktisch überall die Kostendeckungsgrade der Krankenversicherung unter 50% liegen, die Möglichkeit zur finanziellen Entlastung der Kantone zulasten des Prämienzahlers eröffnet.

Im eidgenössischen Parlament sind bereits im ersten Jahr nach Inkrafttreten des KVG erste Vorstösse eingereicht worden, die im Resultat zum Ziel hatten, den finanziellen und den Planungsdruck von den Kantonen wegzunehmen. Dies neben dem Willen, erkannte Unebenheiten auszugleichen, durchaus auch in der Absicht, den Spitälern zu ermöglichen, die harten, auf Kostendämpfung ausgerichteten KVG-Vorgaben nicht erfüllen zu müssen.

In zwei Grundsatzurteilen hat das Eidgenössische Versicherungs-

gericht (EVG) im Dezember 1997 entschieden, dass die Beitragspflicht des Kantons bei einem ausserkantonalen Spitalaufenthalt unabhängig von der Art der Abteilung eines öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitals besteht. Zur Regelung der Finanzierung der ausserkantonalen Spitalbehandlung von halbprivat oder privat Versicherten ist im Herbst 1998 ein Abkommen zwischen Kantonen und Krankenversicherern ratifiziert worden. Dieses Stillhalteabkommen – das durch verbindliche Regelungen im Rahmen der KVG-Revision ersetzt werden soll – gilt bis zum 31. Dezember 2000 und kann um ein Jahr verlängert werden (s. CHSS 4/1998 S. 207).

Die Schritte des Bundesrates

Bereits in der ersten Hälfte 1998 hat das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) unter Federführung des BSV zusammen mit einer Begleitkommission und einer Expertengruppe die Diskussion über eine Revision der Spitalfinanzierung aufgenommen. Dabei wurden die möglichen Varianten von Finanzierungssystemen, unter Einbezug der von Experten des Gesundheitswesens eingebrachten Systemvarianten, miteinander verglichen. Keines der bekannten Modelle überzeugte wirklich. Die Aufgabe, das «richtige» System umzusetzen, wird wohl auch kaum erfüllbar sein. Im Vordergrund

muss die Frage stehen, welches Finanzierungssystem ausgewogen ist, die richtigen ökonomischen Anreize beinhaltet und sowohl dem Prämienzahler wie dem Steuerzahler zugemutet werden kann.

Der Vorschlag des Bundesrats zur Teilrevision des KVG im Bereich Spitalfinanzierung – der sich vom 8. März bis zum 23. April 1999 in Vernehmlassung befand – basierte auf den Arbeiten einer breit abgestützten Arbeitsgruppe, in welcher alle massgebenden Akteure vertreten waren. Neben den erwähnten EVG-Urteilen trug der Revisionsvorschlag auch einem Beschluss vom September 1998 Rechnung, worin sich der Bundesrat für eine einheitliche Regelung bei der Finanzierung der Spitalbehandlungen ausgesprochen hatte.

Die Vernehmlassungsstellungen sind zu allen Revisionspunkten sehr kontrovers ausgefallen; geprägt sind sie im Wesentlichen von den jeweiligen finanziellen Interessen: Von einer Reihe von Vernehmlassern wurde die Revision als Ganzes abgelehnt, vor allem weil sie den Rahmen einer Teilrevision im Bereich der Spitalfinanzierung sprengte. Mehrheitlich abgelehnt wurde die Ausdehnung der Planungspflicht auf den teilstationären Bereich des Spitalwesens, und beträchtlicher Widerstand – vor allem seitens der Kantone – wurde gegenüber der je hälftigen Beteiligung der Kantone und der

Krankenversicherung an der Vergütung der Spitalkosten vorgebracht. Der Verzicht auf den Begriff «allgemeine Abteilung» sowie die Änderungen bezüglich Kostenrechnung und Statistik wurden ebenfalls nicht überwiegend positiv beurteilt.

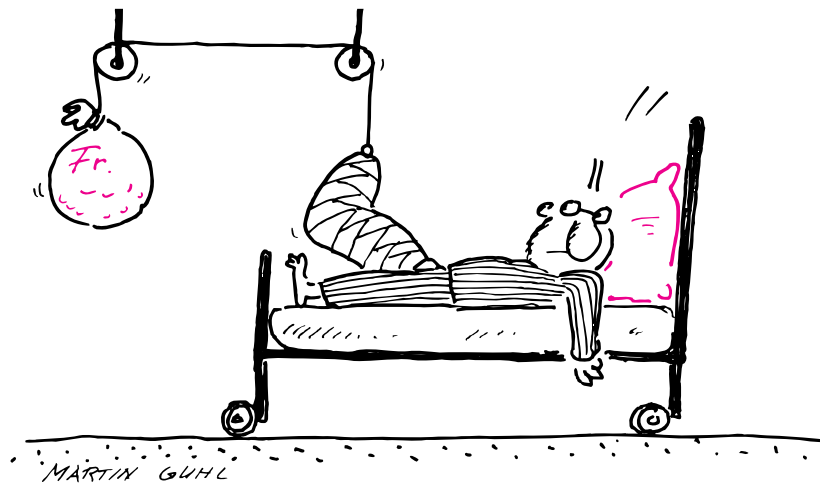
Am besten aufgenommen wurde der geplante Systemwechsel bei der Finanzierung der Spitäler: Künftig sollen die Kantone nicht mehr automatisch Spitaldefizite decken, sondern Beiträge an die Leistungen der Spitäler entrichten. Indes auch dieser Wechsel von der Objektfinanzierung zur Leistungsfinanzierung ist von einigen Vernehmlassungsteilnehmern abgelehnt worden. Zudem postulieren einige Organisationen einen grundsätzlichen Systemwechsel und fordern, dass künftig die Spitäler nicht mehr gemeinsam von Kantonen und Krankenversicherern finanziert werden sollen, sondern dass alle Gelder nur noch über die Krankversicherer fließen. Verschiedene Kantone schlagen die Rückkehr zur Finanzierungsregelung vor, wie sie vor dem Entscheid des Entscheids des EVG gültig war.

Angesichts dieser Reaktionen auf die bundesrätlichen Vorschläge für eine künftige Spitalfinanzierung hat das EDI mit den Exponenten des Gesundheitswesens, vor allem den Kantonen, erneut das Gespräch aufgenommen. Vor einer Überarbeitung der Vernehmlassungsvorlage soll zunächst Klarheit über die verschiedenen Optionen geschaffen werden. Eine erste Aussprache hat bereits am 29. Juni 1999 stattgefunden. Weil eine Verlängerung des «Stillhalteabkommens» zwischen Krankenversicherern und Kantonen zur Finanzierung der ausserkantonalen Behandlung der halbprivat- und privatversicherten Personen bis höchstens Ende 2001 vorgesehen ist, muss sichergestellt werden, dass eine Lösung dieser Frage rechtzeitig vorliegt.

Die Revision der Spitalfinanzierung ist dringlich

Neben den bereits erwähnten Aspekten gibt es einen weiteren Grund, welcher eine Neuregelung der Spitalfinanzierung vordringlich macht.

Die Volksinitiative «für eine freie Arzt- und Spitalwahl» will die Einführung eines Rechts auf freie Arzt- und Spitalwahl und die volle Kostendeckung durch die obligatorische



Sollen die Spitalkosten inskünftig nur noch von einem einzigen Träger finanziert werden? (smo/Martin Guhl)

Krankenversicherung innerhalb der ganzen Schweiz einführen. Damit soll jegliche Beschränkung der Wahl eines Leistungserbringers, sei diese territorialer oder finanzieller Art, verhindert werden. Es soll zudem sichergestellt werden, dass den Versicherten in jedem Fall die Kosten der Behandlung zurückerstattet werden, unabhängig davon, welchen Leistungserbringer sie aufsuchen. Eine solche Neuregelung hätte unabsehbare Kostenfolgen. Mit dem verlockenden Titel der Volksinitiative besteht ein guter Grund zur Annahme, dass die Initiative ohne solide Gegenargumente bei der Öffentlichkeit auf Zustimmung stossen könnte. Der Bundesrat empfiehlt in seiner Botschaft vom 14. Juni 1999 die Initiative zur Ablehnung (s. Beitrag S. 185 dieses Heftes).

Die Vorlage zur Neuordnung der Spitalfinanzierung kann die Bestimmungen zur Wahl des Leistungserbringers und zur Kostenübernahme aufgreifen, mit einer massvollen Ausbalancierung der Anreizstruktur aber die Kostenfolgen in Grenzen halten und eine einheitliche Regelung für die Finanzierung der Spitalbehandlungen vorsehen. Damit kann dem Volkswillen Rechnung getragen werden, ohne dass das Finanzierungssystem zusammenbricht.

Welche Überlegungen müssen bei der Neuordnung berücksichtigt werden?

Bei den Diskussionen über die Verbesserung der Spitalfinanzierung sollten die im Folgenden dargestellten Überlegungen berücksichtigt werden.

1. Bedeutung der Kantonsgrenzen vermindern

Die Patientenströme richten sich nicht nach den Kantonsgrenzen. Das kleinräumige Kantonsdenken wird den Anforderungen an eine effiziente Gesundheitsversorgung nicht mehr gerecht. Dieses ist im stationären Bereich speziell ausgeprägt. Denn die Patienten und die einweisenden Ärzte stellen die medizinische Spezialität, die Behandlungsqualität und das Spektrum der angebotenen Leistungen in den Vordergrund, nicht die Kantonsgrenze. Richtigerweise hat deshalb der Gesetzgeber im KVG beabsichtigt, die Kapazitätsplanung von Spitälern und Pflegeheimen auf regionaler, überkantonomer Ebene anzusiedeln. Leider erfolgt aber auch hier die kantonale Umsetzung nicht im Sinne des Bundesgesetzgebers. Wichtig ist nun im Zuge der Revision, dass die Spitalfinanzierung (besser: die Finanzierung der stationären medizinischen Leistungen) diesem überkantonalen Aspekt weiterhin Rechnung trägt. Es darf beispielsweise nicht sein, dass – als Folge der an Kantonsgrenzen Halt machenden Gesundheitspolitik – der durch Steuergelder gestützt auf Artikel 49 KVG finanzierte Anteil an der stationären Versorgung auf andere Kantone oder die prämierten Versicherungen abgewälzt wird. Die vom Gesetzgeber sorgfältig konstruierte Balance zwischen Prämien- und Steuerfinanzierung darf nicht durch Spitzfindigkeiten in der Definition von Begriffen aus den Angeln gehoben werden. Deshalb muss eine nach unternehmerischen Kriterien durchzuführende Strukturbereinigung im Spitalbereich zwingend Vor-

rang vor regionalpolitischen oder finanzpolitischen Überlegungen haben.

2. Hochspezialisierte Leistungen konzentrieren

Die heutige Versorgungssicherheit darf durch eine Änderung der Spitalfinanzierung nicht tangiert werden. Ziel muss es sein, unserer Bevölkerung die bestehende hochklassige Versorgung bei gleichzeitigem Abbau bestehender Überkapazitäten und Stabilisierung des Preisniveaus zu sichern. Dabei gilt es, die Spitzenmedizin örtlich zu konzen-

Die stationäre Versorgung in der Schweiz wird zu etwa vier Fünfteln durch öffentliche oder öffentlich subventionierte Institutionen sichergestellt.

trieren und dadurch deren aufwendige Infrastruktur sowie die Fachkräfte auszulasten und die Institutionen effizient zu nutzen. Kantonlied und historisch bedingte Auseinandersetzungen mit privaten Institutionen dürfen nicht in den Überlegungen zur Versorgung dominant werden. Übrigens ist gerade aus diesem Grund eine überkantonale Planung und Koordination von Ressourcen und Patientenströmen notwendig.

3. Leistungen finanzieren, nicht Spitäler

Die stationäre Versorgung in der Schweiz wird nach wie vor zu etwa vier Fünfteln durch öffentliche oder öffentlich subventionierte Institutionen sichergestellt. Die übrigen, etwa ein Fünftel der vorhandenen Kapazitäten, befinden sich in privaten Institutionen, die vor allem in Versorgungsnischen operieren. Natürlich wird durch die aus der Gesetzgebung des KUVG hinübergerettete Tarifsituation in den Versicherungsprodukten «Halbprivat» und «Privat» die Grenze zwischen öffentlich und privat verwischt. Zudem ist es

Tatsache, dass die Grundversorgung in einzelnen Spezialitäten durch die öffentlichen Institutionen allein nicht abgedeckt werden kann. Das KVG hat nun im Vergleich zur alten Regelung eine wichtige Änderung vorgenommen, indem von der gängigen Institutsfinanzierung grundsätzlich zur Leistungsfinanzierung übergegangen wurde. Weder Tarifierung noch Abrechnungsverhalten von Spitälern und Krankenversicherern halten sich jedoch bis heute an diesen Wechsel. In der Revision des KVG muss diese auf die Leistungserbringung konzentrierte Ausrichtung nochmals verdeutlicht werden. Dabei ist die Trennung der Leistungen der Grundversicherung von den zusätzlichen Leistungen der Zusatzversicherung überfällig.

4. Ausweichmanöver verhindern

Die Bestimmung von Artikel 49 KVG verleitet in ihrer kurzfristigen Konsequenz zur «Privatisierung» von öffentlichen oder öffentlich subventionierten Institutionen. Nicht etwa zum Zweck der Verbesserung von Führung und Finanzierung, sondern ganz offensichtlich zum Zweck der Abwälzung der Kosten auf die prämiendifinanzierte Krankenversicherung. Die Bestimmung, dass nur öffentliche und öffentlich subventionierte Institutionen durch die Kantone anteilmässig für Leistungen der Grundversicherung mitfinanziert werden müssen, hat dazu geführt, dass in mehreren Kantonen Projekte in Diskussion sind, um mit Privatisierungen und dadurch Änderung der Rechtsform der Institutionen den in Artikel 49 KVG vorgesehenen öffentlich finanzierten Anteil auf Null zu reduzieren. Mit «Privatisierungen» (Stiftungen, andere Rechtsformen oder AG, bei denen Aktienmehrheit und Verwaltungsrat durch die öffentliche Hand bestimmt sind) wurden gar bereits erste finanzpolitisch motivierte Ausweichmanöver umgesetzt. Solange der Gesetzgeber an der Finanzierungsformel von Artikel 49 KVG und damit an der mindestens hälftigen Steuerfinanzierung der stationären Versorgung festhält, muss diese Formel für alle Leistungen der Grundversicherung und für alle obligatorisch Versicherten, unbeschadet des Vorliegens einer Zusatzversicherung, angewendet werden. Gleichzeitig ist der Tarifschutz von Artikel 44 KVG durchzusetzen.

5. Anreize richtig setzen

Die Revision der Spitalfinanzierung darf sich nicht nur auf die Finanzierungsströme beschränken. Wesentliches Element einer erfolgreichen und vor allem nachhaltigen Revision ist die Ausrichtung der Instrumente auf unternehmensnahe Entscheidungsmechanismen. Wichtig ist, dass Versorgungsplaner, Betreiber und Kostenträger im Spitalbereich mit den ihnen zur Verfügung stehenden Instrumenten ein konkretes, ein finanzielles Interesse an einem kostengünstigeren Gesundheitswesen haben müssen. Diese unternehmensnahen Entscheidungsmechanismen sollen dazu führen, dass die beteiligten Partner über mehr Autonomie verfügen und die Eigenverantwortung in den Vordergrund gerückt wird. Dadurch entsteht auch im regulierten Gesundheitsmarkt ein gewisser Wettbewerb, der zu kostenbewussterem Handeln anhält. Nicht zwingend notwendig ist die relativ populäre Formel der 100-Prozent-Finanzierung (d.h. die Krankenversicherer bezahlen über die Kopfprämien finanziert die vollen Spitalkosten), um unternehmensnahe Entscheidungsmechanismen zu fördern.

Ebenso wichtig ist die reale Machtsituation oder allenfalls -verschiebung. In einem vom Angebot gesteuerten Markt (der Gesundheits- und insbesondere der Spital-

Die Defizitgarantie für Spitäler verfälscht die tatsächlichen Kostenverhältnisse.

markt sind dafür typisch) verfügt der Leistungsanbieter (Spital) über die faktische Macht der Rechnungsstellung. Zu beweisen, dass diese nicht der gebotenen Leistung entspricht, ist dem Leistungseinkäufer (Krankenversicherung) unmöglich. Selbst weitgehende Transparenz vermag an der Marktmachtsituation nichts zu ändern. Zudem funktioniert die Krankenversicherung nach dem System der Kostenrückerstattung (im Gegensatz zum Sachleistungsprinzip des UVG), was eine vorgängige Leistungsbeurteilung unmöglich macht. Werden nun die Elemente angebots-

gesteuerter Markt und Kostenrückerstattungsprinzip noch zusätzlich mit einem gesetzlichen Tiers Payant (der Krankenversicherer bezahlt direkt an den Leistungserbringer) gekoppelt, entsteht eine fatale Anreizkombination, die zu systembedingten, automatischen und beschleunigten Kostensteigerungen führt, ohne dass die Leistungen am Patienten verbessert werden.

6. Transparenz schaffen

Das Preis-Leistungs-Verhältnis muss sichtbar wiederhergestellt werden. Der Spitalmarkt von heute zeichnet sich durch Tarifstrukturen und Tarife aus, die in keinem nachvollziehbaren Verhältnis zu den realen Kosten respektive den realen Leistungen am Patienten stehen. Noch immer werden retrospektiv die entstandenen Kosten pauschal ersetzt, anstatt die erbrachten Leistungen in einen Preis zu fassen und entsprechend zu bezahlen. Zudem entsteht durch die aus dem alten KUVG hinübergerettete Subventionierung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Volksmund: «Allgemeine Abteilung») mit dem Mittel der Defizitgarantie eine nicht unwesentliche Verfälschung der tatsächlichen Kostenverhältnisse. Angesichts dieser Situation erstaunt nicht, dass je nach realer Machtkonstellation und je nach persönlicher Interessenlage des Entscheidungsträgers zum Zweck des optimalen Cashflow-Managements Entscheide gefällt werden, die weit weg von jeglicher ökonomischer Vernunft liegen. Allzu pauschale Tarife, durch die medizinische Entwicklung heute gar falsch gewordene Tarife und die Defizitgarantie der öffentlichen Hand dürfen nicht eine weiterhin verfehlte Entwicklung der stationären Versorgung fördern. Vielmehr ist hier durch klare Rahmenbedingungen der Tatsache Rechnung zu tragen, dass unterschiedliche Finanzierungsregeln gerade bei den Schnittstellen der unterschiedlich behandelten Leistungen zur finanziellen Optimierung einladen. Solche Schnittstellen betreffen natürlich auch die Finanzierungsunterschiede zwischen stationärer und teilstationärer sowie ambulanter Leistungserbringung.

7. Kompetenzen und Konsequenzen

Anreize zur Kostenkontrolle müssen bei den Entscheidungsträgern liegen. Bis anhin hatten die verschie-

denen Partner im Gesundheitswesen kein ausgeprägtes Interesse an einer effizienten Kostenkontrolle. Entweder schoben sie die Verantwortung für die durch Ineffizienz entstehenden Mehrkosten der Gegenpartei zu oder wälzten diese auf einen anderen Kostenträger ab. Wenn nun die verschiedenen Partner zu gleichen Teilen in die Verantwortung eingebunden werden, entfällt das Schwarzpeterspiel und die

Unzweckmässige Strukturen sollen nach Möglichkeit auf der Basis betriebswirtschaftlicher Kriterien und nicht allein durch hoheitliche Szenarien abgebaut werden.

Akteure entwickeln ein Interesse, die Kosten zu kontrollieren und einzudämmen. Das Bewusstsein der Mitverantwortung für das Gesamtsystem soll in die Entscheidungsmechanismen auf Unternehmensebene einfließen. Die Revision muss sicherstellen, dass durch das Interesse an der eigenen finanziellen Entwicklung ein Interesse an der Kontrolle und Dämpfung der Kosten im gesamten Gesundheitswesen entsteht. Dies gilt richtigerweise sowohl für die privaten wie die öffentlichen Entscheidungsträger.

8. Spitalversorgung leistungsbezogen strukturieren

Schliesslich soll die Strukturbereinigung der Spitalversorgung in der Schweiz leistungsbezogen erfolgen. Die Revision darf in ihrer Ausrichtung nicht lockerlassen. Hingegen sollen unzweckmässige Strukturen nach Möglichkeit auf der Basis betriebswirtschaftlicher Kriterien und nicht allein durch hoheitliche Szenarien abgebaut werden. Vollständig ohne Planung wird aber das KVG in der heutigen Phase nicht auskommen. Wenn aber künftig nicht mehr Institutionen, sondern Leistungen durch die Sozialversicherung und durch die öffentliche Hand je nach Finanzierungsformel finanziert werden, ist die leistungsbezogene Strukturbereinigung möglich. Die unerwünschten Anreize durch die Defizitgarantien fallen somit dahin.

«Bodennahe» Lösungen sind gefragt

Ob radikal oder sanft, die Revision der Spitalfinanzierung muss seriös anhand von klaren Vorstellungen über die Wirkungsmechanismen angegangen werden. Weil unternehmerische Entscheide gefordert sind, sind die Entscheidungsmechanismen und finanziellen Anreize grundsätzlich so anzulegen, dass deren Umsetzung nicht nur in der Theorie, sondern auch in der Praxis erfolgt. Es ist zu hoffen, dass eine gesamtheitliche Sicht die starren Fronten bei den Kantonen und den verschiedenen ärztlichen Disziplinen überwindet und damit eine Revision zur Stärkung des Systems ermöglicht. Keinesfalls darf mit einer neuerlichen völligen Umwälzung das gesamte Gesundheitssystem destabilisiert werden. Dem kurzfristigen Finanzdenken ist das langfristige Systemdenken bei weitem überlegen.

Es ist mir wichtig darzustellen, dass es eigentlich gar nicht um die Schlagworte «Staatsmedizin» oder «Markt» geht, mit denen es sich so herrlich polemisieren lässt, sondern dass bodennahe Problemlösungen gefunden werden. Wenn solche Reformen nicht gelingen und die Kosten, die auf den Krankenversicherungsprämien lasten, weiterhin ansteigen, wenn die Geschichten um unanständige «Absahnerien» nicht aufhören, dann ist die Politik gezwungen, unabhängig von Weltanschauung oder Partei dringliche und einschneidende Massnahmen zu ergreifen. Ich weigere mich heute noch, mir vorzustellen, dass es Branchen oder Berufsgruppen gibt, die durch «Sich-treiben-Lassen» den staatlichen Zwang einer vernünftigen, sachgerechten Anpassung vorziehen. Das Ringen um die bestmögliche Lösung ist nicht vorbei, es hat eben erst begonnen. Diese bestmögliche Lösung wird zu enormen Anpassungen zwingen – kleine Retuschen genügen nicht. —

Grundsätzliches zu verschiedenen Modellen der Spitalfinanzierung

Das KVG beruht auf einer Kombination von etatistischen Massnahmen und Marktmechanismen. Mit dem Ziel der vermehrten Ausrichtung der wirtschaftlichen Anreize auf die Kosteneindämmung werden in der Schweiz vor allem alternative Modelle der Spitalfinanzierung diskutiert, welche das Gewicht auf die Stärkung der Marktkräfte legen. Der erste der folgenden Beiträge geht darauf ein. Das danach vorgestellte Beispiel aus England zeigt, dass durch die Vergabe von Aufträgen an Private ebenfalls im Rahmen eines staatlichen Gesundheitswesens Effizienzgewinne erzielt werden können.

In der Schweiz diskutierte Finanzierungsmodelle

Der vom Bundesrat einem Vernehmlassungsverfahren unterzogene Entwurf für eine modifizierte Spitalfinanzierung stiess auf ein sehr kontroverses Echo. Die Suche nach praktikablen Lösungen geht daher weiter. Nachfolgend werden die im schweizerischen Umfeld diskutierten alternativen Finanzierungsmodelle summarisch vorgestellt.

MARIE-THERÈSE FURRER, LIC. RER. POL., SEKTION TARIFE UND LEISTUNGSERBRINGER IN DER HAUPTABTEILUNG KRANKEN- UND UNFALLVERSICHERUNG DES BSV

Das Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) enthält zwei Grundsätze, welche die Spitalfinanzierung massgeblich beeinflussen:

- Einerseits ist dies das Festhalten an der Finanzierung der Krankenversicherung durch individuelle Kopfprämien und durch Beiträge der öffentlichen Hand. Neben den Prämienverbilligungen an Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen wurde auch die teilweise Finanzierung der stationären Versorgung durch Mittel der öffentlichen Hand als soziale Abfederung vorgesehen.
- Andererseits wurde eine strikte Trennung zwischen der so genannten Grundversicherung, die eine soziale Krankenversicherung darstellt, und den Zusatzversicherungen, die den Regeln des Privatversicherungs-

rechts unterstellt sind, vorgenommen. Dies führt dazu, dass sich das Gesetz auf ein grundsätzlich in sich geschlossenes Versicherungssystem bezieht.

Die heute bestehende Spitalfinanzierung führt im Grundsatz die unter dem «alten» KUVG bestehende Regelung weiter. Das System ist weiterhin ausgerichtet auf eine Versicherung, welche die Kosten von Aufenthalt und Behandlung in einer Heilanstalt deckt. Wegen der Verpflichtung der Kantone zur Gewährleistung der Gesundheitsversorgung finanzieren diese die Investitionen der öffentlichen Spitäler und decken (in der Regel) deren Defizite, d.h. die von der Krankenversicherung nicht getragenen Betriebskosten. Bei den Zusatzversicherten tragen die Kantone dann einen Teil der Kosten, wenn die Behandlung in

einem ausserkantonalen öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spital erfolgt. Dieser Beitrag des jeweiligen Wohnkantons der versicherten Person stellt eine Abgeltung an die Aufwendungen dar, welche dem Standortkanton bei der Zurverfügungstellung der Spitalinfrastruktur und -leistungen entstehen. Bei der innerkantonalen Behandlung von Zusatzversicherten übernimmt die Zusatzversicherung jene Kosten, die nicht von der Grundversicherung getragen werden (s. Abb. 1).

Mängel des heutigen Systems

Die Ausrichtung des Systems auf Kosten- bzw. Defizitdeckung führte im Bereich der öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler zur Konzentration der Diskussion auf den Kostendeckungsgrad; die wirtschaftlichen Anreize wurden nicht konsequent auf die Kosteneindämmung ausgerichtet. Als primäres Instrument zur Kosteneindämmung wurde die Spitalplanung eingeführt. Systembedingt sind die Kantone als Eigentümer und Finanzierer der öffentlichen Spitäler an hohen Tarifen der Krankenversicherung interessiert, weil dadurch die Spitaldefizite geringer ausfallen. Dies wirkt der Kosteneindämmung in der Krankenversicherung entgegen. Als Tarifpartner und Genehmigungsbehörde der Tarifverträge dagegen haben auch die Kantone darauf zu achten, dass eine qualitativ hochstehende und zweckmässige Versorgung zu möglichst günstigen Kosten erreicht wird.

Systembedingt sind die Kantone an hohen Tarifen der Krankenversicherung interessiert.

Das neue KVG ist eine obligatorische Grundversicherung; alle Personen mit Wohnsitz in der Schweiz haben Anspruch auf die Übernahme der Kosten für die gesetzlichen Leistungen durch die Versicherung. Die aus dem «alten» KUVG übernommene – implizit auf die Defizitdeckung ausgerichtete – Fortschreibung der anteilmässigen Finanzierung stellt im Rahmen des neuen

Geltendes Finanzierungssystem

KVG ein systemfremdes Element dar. In einem System, welches die Kostenübernahme von Leistungen zum Inhalt hat, wäre eine leistungsbezogene Finanzierung bzw. Tarifierung korrekt.

Im Übrigen entstehen Wettbewerbsverzerrungen und Ineffizienzen auch wegen der unterschiedlichen Trägerschaft der Spitäler: Weil öffentliche Spitäler – im Gegensatz zu den Privatspitälern – ihre Kapitalkosten nicht selbst finanzieren müssen und weil nicht subventionierte Privatspitäler selbst dann keine Kantonsbeiträge erhalten, wenn sie auf der Spitalliste des jeweils betroffenen Kantons stehen, werden die öffentlichen Spitäler tendenziell bevorteilt.

Verbesserungsmöglichkeiten

Ansätze für die konsequentere Ausrichtung der wirtschaftlichen Anreize des schweizerischen Finanzierungssystems auf die Kosteneindämmung sind sowohl unter grundsätzlicher Beibehaltung der dualen (d.h. durch zwei Träger separat finanzierten) als auch bei Abkehr von der dualen bzw. dem Übergang zu einer monistischen (d.h. von einem Träger stammenden) Finanzierung der Spitäler denkbar. Bereits realisiert worden ist das unten zuerst beschriebene Modell; die übrigen genannten Ansätze sind als Diskussionsbeiträge im Hinblick auf eine künftige Revision des KVG im Bereich der Spitalfinanzierung zu verstehen.

Neue Ausprägungen des dualen Finanzierungssystems

Spitalmodell des Kantons Thurgau

Eine effizientere Gestaltung der wirtschaftlichen Anreize im «traditionellen» dualistischen Finanzierungsmodell bewirkt das im Kanton Thurgau entwickelte Modell der Spitalfinanzierung. Die Finanzierung der Betriebskosten erfolgt im Rahmen von auf Leistungsaufträge gestützten «integrierten (Global-) Budgets». Durch die Ausgliederung der Spitäler aus der Linienverantwortung der Kantonsverwaltung und die Bildung eines autonomen Spitalverbands soll die Doppelfunktion des Kantons als Spitalplaner und -finanzierer aufgebrochen werden. Dadurch, dass die Immobilien zwar im Besitz des Kantons verblei-

Behandlung in einem Spital des Wohnsitzkantons (auf Spitalliste des Kantons)

	Grundversicherte (Mehrbettzimmer)	Zusatzversicherte (privat/halbprivat)
Kanton/Gemeinde (Wohnsitz)	mindestens 50 % der anrechenbaren Kosten	
Grundversicherung	höchstens 50 % der anrechenbaren Kosten	höchstens 50 % der anrechenbaren Kosten
Zusatzversicherung		mindestens 50 % der anrechenbaren Kosten Zusatzkosten für Hotellerie, Chefarztbetreuung usw.

Behandlung in einem ausserkantonalen Spital

(Behandlung indiziert oder vom Wohnkanton genehmigt; Unfall/Notfall)

	Grundversicherte (Mehrbettzimmer)	Zusatzversicherte (privat/halbprivat)
Kanton/Gemeinde (Herkunft)	Kosten: nach ausserkantonalem Tarif des behandelnden Spitals <i>abzüglich Anteil Grundversicherung</i>	Kosten: nach ausserkantonalem Tarif des behandelnden Spitals <i>abzüglich Anteil Grundversicherung</i>
Grundversicherung	Kosten: nach innerkantonalem Tarif des behandelnden Spitals	Kosten: nach innerkantonalem Tarif des behandelnden Spitals
Zusatzversicherung		Zusatzkosten für Hotellerie, Chefarztbetreuung usw.

ben, die Mobilien und die Betriebs-tätigkeit jedoch in eine rechtlich selbständige Aktiengesellschaft nach Privatrecht eingebracht wurden, welche die Immobilien mietet, soll eine neue Führungsstruktur geschaffen werden, welche sich vermehrt leistungs- und ergebnisorientiert verhält. Heute befindet sich das Aktienkapital zu 100 % im Besitz des Kantons. Es ist jedoch nicht ausgeschlossen, dass – mit Zustimmung des Grossen Rates – gewisse Aktienpakete abgegeben werden könnten, was im Extremfall einer Privatisierung (evtl. Teilprivatisierung) der Trägerschaft gleichkäme.

Optimierung des dualen Finanzierungssystems

Die Möglichkeit der Optimierung des dualistischen Finanzierungssys-

tems gemäss Leu et al. (R. E. Leu et al.: Spitalfinanzierung im Umbruch – Probleme und Lösungsmöglichkeiten, Basel, 1999, S.19) entspricht im Grundsatz demjenigen Modell, welches der Bundesrat im Frühjahr 1999 zur Vernehmlassung unterbreitet hat. Gemäss diesem Modell entrichten Krankenversicherung und Kantone weiterhin separate Beiträge an die Spitäler. Weil sich die Beiträge nach einem fixen Schlüssel, der prospektiv festgelegt wird, richten, ist die Verschiebung von Finanzlasten auf den Finanzierungspartner nicht möglich. Wenn immer möglich werden Leistungen finanziert – in Form von Fall- oder Abteilungspauschalen. Entschädigt werden die Leistungen all jener Spitäler, die einer kantonalen Planung entsprechen und auf einer Liste aufgeführt

sind. Betriebs- und Investitionskosten werden gleich behandelt. Zudem ist die Finanzierungsregelung der Spitäler auch auf teilstationär erbrachte Leistungen anwendbar.

Verschiedene Ausprägungen eines monistischen Finanzierungssystems

Gemeinsames Merkmal der in letzter Zeit publizierten Vorschläge für ein monistisches Finanzierungssystem ist die alleinige Finanzierung der Betriebskosten der Spitäler durch die Krankenversicherung und die direkte oder indirekte Entrichtung der Kantonsbeiträge an die Krankenversicherer bzw. Versicherten nach einem bestimmten Schlüssel. Die Kantone sind weiterhin verantwortlich für das Setzen von Rahmenbedingungen sowie die Gewährleistung gemeinwirtschaftlicher Leistungen (Notfalldienste, Lehre und Forschung).

Modell «Mittlere Regelungsdichte»

Neben der allein durch die Krankenversicherung erfolgenden Finanzierung der Spitäler zeichnet sich das Modell «Mittlere Regelungsdichte» gemäss Leu et al. (a.a.O., S.25) dadurch aus, dass ein bestimmter Prozentsatz der gesamten Gesundheitskosten (Kosten der Leistungen gemäss KVG exkl. kantonale Prämienverbilligungsbeiträge) durch die Kantone übernommen wird. Die kantonalen Beiträge werden über den – im Vergleich zu heute modifizierten – Risikoausgleich an die Krankenversicherer überwiesen. Zudem besteht die Möglichkeit, kantonale Investitionspools einzurichten.

In diesem Modell verfügen die Kantone im Spitalbereich weiterhin über Einflussmöglichkeiten. Indem die Finanzierungsmittel nicht direkt von den Kantonen in die Spitäler fließen, wird die Doppelfunktion der Kantone als Eigentümer und Finanzierer der Spitäler entschärft.

Wettbewerbsmodell

Auch im Wettbewerbsmodell gemäss Leu et al. (a.a.O., S.29) werden die Leistungen der Spitäler allein durch die Krankenversicherung finanziert. Die Kantone entrichten ihre Beiträge über den Risikoausgleich an die Krankenversicherer. Die Mittel für Investitionen beschaffen sich

die Spitäler auf dem Markt, was die rechtliche Verselbständigung der Spitalträgerschaften bedingt.

Modellvariante Brülhart

Der Modellvorschlag von R. Brülhart, ehemals Präsident des Visana-Stiftungsrats, sieht im Rahmen eines monistischen Finanzierungsmodells vor, dass der Kanton pro Spitalfall einen Beitrag an die Krankenversicherer entrichtet, welcher der Hälfte der Pauschalen bzw. Behandlungskosten in der allgemeinen Abteilung der auf der Spitalliste aufgeführten Spitäler entspricht. Bei ausserkantonaler Behandlung erhalten Patient/innen maximal den

Die aus dem «alten» KUVG übernommene, auf die Defizitdeckung ausgerichtete Finanzierung stellt im neuen KVG ein systemfremdes Element dar.

Betrag, der ihnen im eigenen Kanton zustehen würde. Mehrkosten gehen zulasten der Patient/innen. Im Weiteren darf das vom Kanton zur Verfügung gestellte Budget nicht überschritten werden, was einen Ansatz für die Errichtung von Globalbudgets ergibt (publiziert in: Neue Zürcher Zeitung, 27. April 1999).

Modellvariante Moser

Der Modellvorschlag von Dr. M. Moser, dem ehemaligen Chef der Hauptabteilung Kranken- und Unfallversicherung im BSV, postuliert ein monistisches System in dem Sinne, dass die Kantone Subventionen an sehr teure Behandlungen entrichten. Kriterium für die Ausrichtung der Kantonsbeiträge ist die Höhe der Behandlungskosten einer Patientin bzw. eines Patienten in einem Kalenderjahr. Überschreiten die Behandlungskosten einen festgesetzten Betrag, übernimmt der Wohnkanton der versicherten Person den grössten Anteil der über

dem Grenzbetrag liegenden Kosten. Dieses Modell der Subventionierung ist nicht auf Spitalbehandlungen beschränkt. Weil der grosse Teil der kostenintensiven Behandlungen stationär erbracht wird, dürfte der überwiegende Anteil der Kantonsbeiträge dennoch dem stationären Sektor zufließen (publiziert in: Neue Zürcher Zeitung, 29. September 1998).

Schlussbetrachtung

Nach geltendem KVG haben die Spitäler, damit sie zur Tätigkeit zulasten der Krankenversicherung zugelassen sind, der von einem oder mehreren Kantonen gemeinsam aufgestellten Planung zu entsprechen. Je stärker sich die oben beschriebenen Modelle an das geltende System anlehnen, desto besser vereinbar sind sie mit einer staatlichen Lenkung des Angebots (Modelle «Optimierung», «Thurgau» in der heutigen Form). Je mehr sie sich einem Konzept annähern, in dem die Nachfrage das Angebot steuert, desto schlechter vereinbar sind sie mit einer staatlichen Planung (insbesondere «Wettbewerbsmodell»). Die Entscheidung zugunsten eines Spitalfinanzierungssystems beinhaltet somit neben den Erwägungen zur Effizienz andere Kriterien. Beeinflusst ist sie immer auch durch die Haltung der Entscheidträger in Bezug auf die Funktion bzw. Verantwortlichkeit der Kantone im Gesundheitswesen.

Im Vergleich mit dem heutigen System wird in allen oben genannten Reformvarianten die Effizienz gestärkt. Gewisse kosteneindämmende Anreize, wie zum Beispiel die leistungsbezogene Tarifierung, können im Übrigen in jedes Modell integriert werden. Das «optimierte duale Modell» sowie die monistischen Systeme verhindern zudem, dass Kosten zwischen den Finanzierungspartnern verschoben werden, sofern sie einen fixen Kostenteiler bzw. einen festen Finanzierungsanteil von Krankenversicherung und öffentlicher Hand vorsehen. Die Festlegung dieser Grössen ist keine Frage der Effizienz des Systems, sondern eine solche des politischen Willens. Je nach Verhältnis zwischen dem Finanzierungsbeitrag der öffentlichen Hand und jenem der Krankenversicherung resultieren andere Umverteilungswirkungen. ■

Ein englisches Konzept zur Errichtung von Krankenhäusern unter Beizug privater Investoren

Mit der «Private Finance Initiative» (PFI) hat sich der britische Staat auf das grösste Neubauprogramm für Krankenhäuser in der Geschichte des National Health Service eingelassen. Die PFI wird zur Kostenkontrolle und Verbesserung der Dienstleistungen eingesetzt. In diesem Beitrag wird PFI am Beispiel des Krankenhausprojekts von Bromley erläutert, einem der 13 neuen Krankenhäuser, die seit 1997 im Rahmen der PFI gestartet wurden.

CHRISTIAN TYSON, ASSISTANT DIRECTOR, DRESDNER KLEINWORT BENSON, LONDON

Der britische National Health Service (NHS) wurde 1948 gegründet, um allgemeine Gesundheitsleistungen unentgeltlich für jedermann zur Verfügung zu stellen. Der NHS ist die grösste Gesundheitsorganisation Europas. In den letzten Jahren haben die steigenden Kosten zu finanziellen Zwängen geführt, was unter anderem einen beträchtlichen Investitionsstau bei Krankenhäusern zur Folge hatte.

Eine Privatisierung des NHS ist politisch nicht durchsetzbar. Demgegenüber ermöglicht das Konzept der Private Finance Initiative (PFI) den Einsatz von privatem Kapital und ein effizientes Projektmanagement auf lokaler Ebene. Dabei übernimmt ein privates Konsortium den Krankenhausbau und damit verbundene nicht medizinische Leistungen (Catering, Wäscherei, Reinigung, Wartung usw.). Der NHS kann sich so auf die rein medizinischen Leistungen in den Krankenhäusern konzentrieren.

Der Bezirk Bromley am südöstlichen Rand von London hat rund 300 000 Einwohner. Bromley Hospital NHS Trust (die örtlich zuständige NHS-Behörde) verfügt über Einrichtungen in unterschiedlichen Orten, einige aus den Sechzigerjahren sowie «Provisorien» aus dem Ersten Weltkrieg 1914–1918. Im Rahmen der PFI sollen nunmehr die unterschiedlichen Einrichtungen an einem Standort zusammengefasst werden und ein neues allgemeines Krankenhaus mit 510 Betten entste-

hen. Die Altbauten werden abgerissen und als Bauland veräussert.

Dienstleistungsvertrag

Nach einer öffentlichen Ausschreibung erhielt der NHS Trust drei Offerten von konkurrierenden Anbietern und unterzeichnete schliesslich einen 30-Jahres-Vertrag mit einer von Dresdner Kleinwort Benson beratenen und finanzierten Unternehmensgruppe. Dieses Konsortium wird die Planung, Errichtung, Finanzierung und Instandhaltung des neuen Krankenhauses übernehmen, wie auch die Bereitstellung aller nicht medizinischen Dienstleistungen. Sämtliche klinischen Vorgänge sowie die Beschäftigung des medizi-

nischen Personals obliegen weiterhin dem NHS Trust.

Der Vertrag zwischen NHS und dem privaten Konsortium beinhaltet die folgenden Regelungen:

- Innerhalb der 30 Jahre zahlt der NHS Trust eine festgelegte, aber inflationsindexierte monatliche Dienstleistungsgebühr.
- Zahlungsbeginn ist ab Fertigstellung des Krankenhauses.
- Das Konsortium muss festgesetzte Servicestandards erfüllen (z.B. bei Wartung, Catering usw.).
- Mangelhafte Leistung hat Zahlungskürzungen zur Folge. Grundsätzlich kann bei schlechter Qualität die Kürzung bis zu 100 % der jeweiligen Zahlung betragen.
- Nach Ablauf des Vertrages kann der NHS eine Option zur kostenlosen Übernahme des Krankenhauses ausüben oder den Dienstleistungsvertrag verlängern.
- Das private Konsortium übernimmt die Verpflichtung, die Altbauten im Laufe der Konzession zu einem voraus vereinbarten Mindestpreis zu verkaufen. Dadurch werden die kalkulierten Investitionsaufwendungen des Projekts und demzufolge auch die Zahlungen des NHS reduziert. Sollte ein höherer Preis erzielt werden, verbleiben die Mehrerlöse beim NHS.
- Der NHS kann den Vertrag wegen Nichterfüllung (wiederholte/fortwährende Mängel), aber auch unter anderen Umständen kündigen. In allen Fällen geht das Krankenhaus in das Eigentum des NHS. Der Vertragspartner erhält je nach dem bestimmten Kündigungsgrund eine grössere oder kleinere Kompensationszahlung.

Risiken	Risikoübernahme durch	1
Baugenehmigung	Öffentliche Hand	
Fertigstellungsrisiko	Privates Konsortium	
Betrieb der Anlage	Privates Konsortium	
Finanzierung	Privates Konsortium	
Nutzungsgrad (z.B. Patientenzahl)	Öffentliche Hand (das private Konsortium, das Fixkosten trägt, kann die Patientenzahl nicht beeinflussen)	
Gesetzesänderung	Gemeinsam (das Konsortium trägt normales Unternehmensrisiko, wird aber von «Sonderbenachteiligung» durch Gesetzesänderungen geschützt)	
Unternehmensrestwert	Privates Konsortium (das Objekt muss bei Vertragsende in einem gewerblich nutzbaren Zustand übergeben werden)	

Private Finance Initiative

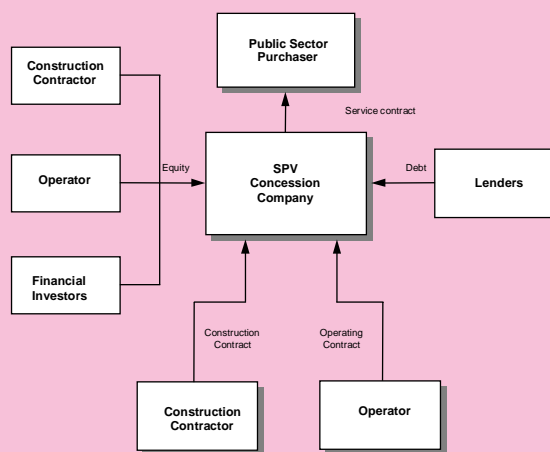
Die Private Finance Initiative («PFI») wurde 1992 in Grossbritannien eingeführt, um hochqualitative und kostengünstige öffentliche Dienstleistungen zu ermöglichen. Im PFI-Programm entwirft, errichtet, finanziert und betreibt der private Sektor öffentliche Infrastruktureinrichtungen zum im Voraus vereinbarten Standard, typischerweise gemäss Vertrag über 20 bis 30 Jahre.

Der Betreiber deckt seine Betriebskosten und alimentiert seine Finanzierung durch den Erhalt leistungsabhängiger Zahlungen vom Staat über die Vertragslaufzeit. Hierdurch wird der Betreiber motiviert, die Einrichtung effizient zu entwerfen, zu bauen und zu betreiben. Die Effizienzgewinne für die öffentliche Hand übersteigen die Zusatzkosten der privaten Finanzierung.

PFI ist mehr als Outsourcing, welches typischerweise kurzlebige Verträge für einzelne Dienstleistungen beinhaltet (z.B. Reinigung). PFI ermöglicht dem Staat eine stärkere Kontrolle über das Projekt als die reine Privatisierung, wonach der Einfluss des Staates auf die Qualität der erbrachten Dienstleistungen sich auf Regulierung beschränkt. Durch PFI kann die öffentliche Leistung weiter «kostenlos» an die Öffentlichkeit geliefert werden, da der Staat die Zahlungen an den privaten Betreiber übernimmt.

Die britische Regierung wendet PFI zur Realisierung jeglicher Art Infrastrukturaufgaben an, einschliesslich Strassen, Gefängnisse, Schulen und Krankenhäuser, EDV-Systeme und gewisse Militäreinrichtungen.

Typical PFI Structure



 Dresdner Kleinwort Benson

beitsschutzes durch einen Übergang in die Privatwirtschaft gefährdet wird. Dennoch hat die Anwendung von PFI-Konzepten ohne Zweifel den Ausbau von Infrastruktur in England beschleunigt. In der Zeit von 1980 bis 1997 wurden in England lediglich sieben Krankenhäuser mit öffentlichen Mitteln gebaut. Demgegenüber wurden seit 1997 13 Krankenhäuser mit dem PFI-Konzept in Angriff genommen und über zehn weitere wird zurzeit verhandelt.

Fazit

Entgegen allgemeiner Vorstellung müssen die privat finanzierten Projekte insgesamt nicht teurer sein als die öffentlich finanzierten. PFI führt zu Effizienzgewinnen, zu einer Risikoverminderung und generell zu einer Verbesserung der Serviceleistung. Aus diesem Grund prüfen auch andere europäische Staaten die Anwendbarkeit des PFI-Konzepts.

Gegenüber herkömmlichen Baufinanzierungen werden beim PFI-Konzept die Betriebs- und Wartungsrisiken während der gesamten Laufzeit der Konzession von einem privaten Konsortium getragen. Ein effizientes Objektmanagement wird belohnt, dagegen muss ein Konsortium im Falle schlechter Leistung vertraglich vereinbarte Zahlungsabschläge hinnehmen. Das Beispiel PFI fördert neues Denken, wie staatliche Infrastrukturaufgaben im Gesundheitswesen und in anderen Bereichen qualitativ und kosteneffizient erbracht werden können. ■

Value for Money

Der Bromley NHS Trust musste dem Finanzministerium die Vorteile des PFI-Konzepts gegenüber einem von der öffentlichen Hand finanzierten und betriebenen Projekt nachweisen, um eine Finanzierungszusage zu erhalten. Eine private Finanzierung ist naturgemäss teurer als eine Finanzierung der öffentlichen Hand. Allerdings liegt der Vorteil einer privaten Finanzierung darin, dass wesentliche finanzielle Risiken vom NHS an das private Konsortium übergehen. In Bromley zum Beispiel übernahm das Konsortium den Verkauf von Bauland zu einem Mindestertlös und entlastete damit die öffentliche Hand von Unsicherheiten aus zukünftigen Marktschwankungen.

Der Transfer der Projektrisiken ist ein entscheidender Vorteil der

PFI, der für die öffentliche Hand «value for money» bringt. Die übliche Verteilung der Projektrisiken zwischen einem privaten Konsortium und der öffentlichen Hand wird in Tabelle 1 aufgezeigt.

Eine schwierige Geburt

Beim Projekt in Bromley hat sich gezeigt, dass die Finanzierung durch ein privates Konsortium die öffentliche Hand und die Steuerzahler entlasten kann. Aber PFI bringt nicht nur Vorteile. Die Aushandlung von Verträgen kann sich als schwierig erweisen und eine lange Zeit in Anspruch nehmen. Die Anlaufkosten für PFI werden von allen daran beteiligten Parteien als hoch empfunden. Die Beschäftigten im öffentlichen Dienst befürchten, dass die Sicherheit ihrer Arbeitsstellen trotz gesetzlichen Ar-

Dresdner Kleinwort Benson (DreKB) ist der Investment-Banking-Zweig der Dresdner-Bank-Gruppe. DreKB ist ein führender Berater sowohl für die britische Regierung wie auch für die Privatindustrie bei der Implementierung und Finanzierung von PFI. Weitere Informationen erhalten Sie über Tel. + 44-171-475-4373 oder über E-Mail christian.tyson@dresdner-bank.com.

Freie Arzt- und Spitalwahl – was wären die Folgen?

Im vergangenen Juni hat der Bundesrat die Botschaft zur Volksinitiative «für eine freie Arzt- und Spitalwahl» zu Händen der eidgenössischen Räte verabschiedet. Die Initiative fordert eine uneingeschränkte Wahl des Leistungserbringers für die Kranken- und Unfallversicherten innerhalb der ganzen Schweiz und die entsprechende Kostenübernahme. Der Bundesrat wendet sich insbesondere gegen eine uneingeschränkte Wahl im Bereich der Spitäler, wo die Kosten in den letzten Jahren nicht zuletzt dank dem Instrument der Spitalplanung eingedämmt werden konnten. Mit dem – durch die Initiative provozierten – Wegfall dieses Steuerungsinstrumentes ist ein erneuter massiver Kostenanstieg mit direkter Auswirkung auf die Prämien zu befürchten. Zudem geht der Bundesrat davon aus, dass die Forderungen der Initianten heute im Bereich der Unfallversicherung vollständig und in der Krankenversicherung zu einem erheblichen Teil bereits erfüllt sind. Deshalb empfiehlt der Bundesrat die Ablehnung der Initiative.

MARIE-THÉRÈSE FURRER, LIC. RER. POL.,
SEKTION TARIFE UND LEISTUNGSERBRINGER IN DER
HAUPTABTEILUNG KRANKEN- UND UNFALLVERSICHERUNG
DES BSV

Im Juni 1997 hat ein Initiativkomitee «Interessengemeinschaft für eine freie Arzt- und Spitalwahl» die Volksinitiative «für eine freie Arzt- und Spitalwahl» mit 134 015 gültigen Unterschriften eingereicht. Die Initiative will in der Bundesverfassung das Recht aller Patientinnen und Patienten auf freie Arzt- und Spitalwahl innerhalb der ganzen Schweiz verankern, wobei die Kosten von der obligatorischen Krankenversicherung (inklusive Unfalldeckung) oder der obligatorischen Unfallversicherung gedeckt werden müssten. Die Initiative will jegliche Beschränkung der Wahl des Arztes oder der Ärztin und insbesondere des Spitals verhindern.

KVG und UVG gewährleisten weitgehende Wahlfreiheit

In der obligatorischen Krankenpflegeversicherung wie auch in der obligatorischen Unfallversicherung (UVG) haben die Versicherten heute schon eine weitgehende Wahlfreiheit. In der Krankenversicherung haben sie die Auswahl unter den zugelassenen Ärztinnen und Ärzten im Wohnkanton und unter den Spitalern, die der Wohnkanton im Rahmen seiner Spitalplanung in die Spitalliste aufgenommen hat. Ausserkantonale Behandlungen sind aus

medizinischen Gründen und bei Notfällen voll abgedeckt. Wer sich ohne diese Ausnahmegründe ausserkantonale behandeln lässt, kann dies in Listenspitalern tun, hat aus der Grundversicherung jedoch nur die Vergütung nach den Tarifen seines Wohnkantons (ambulant: auch am Arbeitsort geltender Tarif möglich) zugute. In der obligatorischen Unfallversicherung nach UVG gilt eine ähnliche Regelung für die Behandlung bei Leistungserbringern, mit welchen der Unfallversicherer keinen Vertrag abgeschlossen hat. Der Wohnsitz der Versicherten spielt in der Unfallversicherung keine Rolle.

Die Forderungen der Initiative sind im ambulanten Bereich der sozialen Krankenversicherung sowie in der Unfallversicherung somit schon heute weitgehend erfüllt. Auch im stationären KVG-Bereich gilt eine recht weitgehende Wahlfreiheit. Indessen bestand nach Inkrafttreten des neuen Krankenversicherungsgesetzes noch Unsicherheit darüber, inwieweit obligatorische Grundversicherung und Wohnkanton die Behandlungskosten zu übernehmen haben, wenn sich eine Patientin oder ein Patient in der halbprivaten oder privaten Abteilung eines ausserkantonalen Spitals aufhält.

In zwei Grundsatzentscheiden vom Dezember 1997 hat das Eidgenössische Versicherungsgericht klargestellt, dass die Beitragspflicht der Kantone beim Aufenthalt in einem ausserkantonalen öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spital unabhängig davon besteht, in welcher Abteilung sich eine versicherte Person aufhält. Keine Beitragspflicht der Wohnkantone besteht jedoch beim Aufenthalt in einem nicht subventionierten Privatspital.

Die Initianten weisen in ihren Unterlagen darauf hin, dass Versicherung, welche über eine Zusatzversicherung verfügen, oft keinen Beitrag aus der Grundversicherung an die Behandlungskosten erhalten. Mit den erwähnten EVG-Entscheiden ist die Unsicherheit bezüglich der Beitragspflicht der Krankenversicherung beseitigt und die grundsätzliche Forderung nach einem Sockelbeitrag der Grundversicherung gegenstandslos geworden. Auch in der Frage der Gleichbehandlung der Spitäler ist die Rechtslage nun klar.

Es versteht sich von selbst, dass die Wahlfreiheit nicht unbedenken von der fachlichen Qualifikation der Personen und Institutionen Gültigkeit haben kann. In der Unfallversicherung wirken sich die zusätzlichen organisatorischen Anforderungen, welchen die Leistungserbringer unterliegen, für die Versicherten in der Praxis kaum aus. In der Krankenversicherung hingegen ist die Wahlfreiheit der Patientinnen und Patienten auf die zugelassenen Spitäler beschränkt. Dies bedeutet, dass ein Spital der von einem oder mehreren Kantonen gemeinsam aufgestellten Planung entsprechen muss; private Trägerschaften sind angemessen zu berücksichtigen. Die Initiative «für eine freie Arzt- und Spitalwahl» fordert nun eine vollständig freie Spitalwahl. Die Annahme der Initiative hätte zur Folge, dass die Planungspflicht der Kantone obsolet würde und dass ein im KVG vorgesehenes Instrument zur Kosteneindämmung – laut Botschaft vom 6. November 1991 ein Schwerpunkt der Totalrevision – dahinfiele. Wegen der Spitalplanung wurde in den vergangenen Jahren denn auch nicht nur die Übersicht über das Leistungsangebot verbessert, sondern auch der Abbau der vormals bestehenden Überkapazitäten wurde vorangetrieben. Dies ist insbesondere von Bedeutung, weil die Spitäler die

Leistungserbringer mit dem am stärksten ins Gewicht fallenden Kostenanstieg waren und auch heute noch den stärksten Kostenfaktor im Gesundheitswesen darstellen.

Initiative führt zu unerwünschter Kostenwirkung

Die jährlichen Ausgaben der Krankenversicherung (Grund- und Zusatzversicherung) für die Deckung von Heilanstaltskosten einer versicherten Person stiegen zwischen 1986 und 1993 im Minimum um 5,2% (1989) und im Maximum um 14,3% (1991). Der Kostenanstieg im alten Krankenversicherungsgesetz lag zwischen 0,5 (1989) und 13,2% (1991); jener der Spitalzusatzversicherungen lag jeweils beträchtlich höher. Mit dem Inkrafttreten des KVG ist die Kostenentwicklung im Spitalbereich deutlich eingedämmt worden: Stiegen die Spitalkosten pro versicherte Person in der Grundversicherung im Jahre 1995 noch um 7,9%, sanken sie im Jahre 1996 (Inkrafttreten des KVG) um 3,6%. 1997 war nur ein leichter Anstieg von 0,3% zu verzeichnen. Die Kosteneindämmungsmassnahmen im Spitalbereich, insbesondere die Spitalplanung, zeigen also allmählich Wirkung.

Der Wegfall der Spitalplanung als wichtiges Kontroll- und Steuerungsinstrument der Kantone würde unübersehbare Kostenfolgen auslösen, was ebenso massive Prämiensteigerungen zur Folge hätte.

Heute besteht keine Kostenübernahmepflicht der Krankenversicherung bei der Behandlung in Spitälern, welche nicht in einer von einem oder mehreren Kantonen erstellten Planung aufgeführt sind; damit die entsprechenden Kosten gedeckt werden, ist das Bestehen einer Zusatzversicherung erforderlich. Die Annahme der Initiative «für eine freie Arzt- und Spitalwahl» würde die Verschiebung der entsprechenden Finanzlasten von der Zusatzversicherung auf die Grundversicherung bewirken.

Da nach Ansicht des Bundesrats das Interesse der gesamten Versicherungsgemeinschaft an einer finanziell tragbaren Krankenversicherung höher zu gewichten ist als das Interesse einzelner Versicherter an einer uneingeschränkten Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen, empfiehlt er die Volksinitiative zur Ablehnung. —

Exponenten des Gesundheitswesens nehmen Stellung

Die Fragen des BSV

1. Welches ist Ihr Vorschlag zur Gestaltung und Finanzierung der Spitalversorgung? Wie realistisch ist dessen Umsetzung?
2. Erachten Sie es als möglich bzw. wünschbar, dass sich die öffentliche Hand aus der Spitalversorgung bzw. aus deren Finanzierung zurückzieht?
3. Welche Konsequenzen ergeben sich
 - a) aus der bundesrätlichen Vernehmlassungsvorlage ...
 - b) aus dem von Ihnen geschilderten Szenario ...
 ...für das gesamte System der sozialen Krankenversicherung, insbesondere für die finanzielle Belastung der Versicherten?



Philipp Staehelin

Präsident der Sanitätsdirektorenkonferenz, Chef des Departementes für Finanzen und Soziales des Kantons Thurgau (die Antworten geben die persönliche Meinung des Befragten wieder)

1. Die heutige duale Spitalfinanzierung durch Kantone und Krankenkassen erzeugt mit der unterschiedlichen Kostentragung von stationären und ambulanten Behandlungen, von öffentlichen und privaten Spitälern sowie der ausserkantonalen Hospitalisierung falsche Anreize. Diese Mischfinanzierungen zementieren Verzerrungen, die insgesamt nur durch den Übergang zur Subjektfinanzierung durch die Kassen zu lösen sind. Dabei dürfen die Kantone aus sozialpolitischen Gründen keine finanzielle Entlastung erfahren. Ihre bisherige Spitalsubventionierung ist auf die Krankenkassen umzupolen.

2. Die Kantone haben – zumeist aufgrund ihrer kantonalen Verfassungen – die Verantwortung für die Gesundheitsversorgung ihrer

Bevölkerung. Diese Verantwortung und damit auch Zuständigkeit soll den Kantonen erhalten bleiben. Die Versorgungsverantwortung ist nicht gleichbedeutend mit der eigenen Führung der Spitäler durch die Kantone selbst. Die Spitäler können durchaus auch aus der kantonalen Verwaltung ausgegliedert und Dritten übertragen werden.

Ein Rückzug der öffentlichen Hand aus der Spitalfinanzierung ist aus sozialpolitischen Gründen nicht wünschbar. Ein angemessener Teil der Spitalfinanzierung soll deshalb weiterhin aus Steuermitteln erfolgen.

3. Die bundesrätliche Vernehmlassungsvorlage bringt sowohl den Prämienzahlern als auch den Steuerzahlern erhebliche Mehrbelastungen. Sie ist deshalb insbesondere auch aus der Sicht der Kantone, welche ihren Mehranteil ohne gewichtige Steuererhöhungen nicht tragen können, abzulehnen.

Ein Übergang zur Subjektfinanzierung bringt neben den direkten finanziellen Auswirkungen insbesondere auch bessere Anreize, welche sich kostendämpfend auswirken werden. So wird etwa die unselige Versuchung eliminiert, gesamthaft teurere Spitalstationäre an Stelle von ambulanten Spitalbehandlungen zu verlangen, weil die Kantone dann ihren Anteil mit-zuzahlen haben (und umgekehrt!).

Die Mitsubventionierung der teilstationären Behandlung gemäss Vorschlag des Bundesrates bringt hier

Leistungserbringer mit dem am stärksten ins Gewicht fallenden Kostenanstieg waren und auch heute noch den stärksten Kostenfaktor im Gesundheitswesen darstellen.

Initiative führt zu unerwünschter Kostenwirkung

Die jährlichen Ausgaben der Krankenversicherung (Grund- und Zusatzversicherung) für die Deckung von Heilanstaltskosten einer versicherten Person stiegen zwischen 1986 und 1993 im Minimum um 5,2% (1989) und im Maximum um 14,3% (1991). Der Kostenanstieg im alten Krankenversicherungsgesetz lag zwischen 0,5 (1989) und 13,2% (1991); jener der Spitalzusatzversicherungen lag jeweils beträchtlich höher. Mit dem Inkrafttreten des KVG ist die Kostenentwicklung im Spitalbereich deutlich eingedämmt worden: Stiegen die Spitalkosten pro versicherte Person in der Grundversicherung im Jahre 1995 noch um 7,9%, sanken sie im Jahre 1996 (Inkrafttreten des KVG) um 3,6%. 1997 war nur ein leichter Anstieg von 0,3% zu verzeichnen. Die Kosteneindämmungsmassnahmen im Spitalbereich, insbesondere die Spitalplanung, zeigen also allmählich Wirkung.

Der Wegfall der Spitalplanung als wichtiges Kontroll- und Steuerungsinstrument der Kantone würde unübersehbare Kostenfolgen auslösen, was ebenso massive Prämiensteigerungen zur Folge hätte.

Heute besteht keine Kostenübernahmepflicht der Krankenversicherung bei der Behandlung in Spitälern, welche nicht in einer von einem oder mehreren Kantonen erstellten Planung aufgeführt sind; damit die entsprechenden Kosten gedeckt werden, ist das Bestehen einer Zusatzversicherung erforderlich. Die Annahme der Initiative «für eine freie Arzt- und Spitalwahl» würde die Verschiebung der entsprechenden Finanzlasten von der Zusatzversicherung auf die Grundversicherung bewirken.

Da nach Ansicht des Bundesrats das Interesse der gesamten Versicherungsgemeinschaft an einer finanziell tragbaren Krankenversicherung höher zu gewichten ist als das Interesse einzelner Versicherter an einer uneingeschränkten Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen, empfiehlt er die Volksinitiative zur Ablehnung. —

Exponenten des Gesundheitswesens nehmen Stellung

Die Fragen des BSV

1. Welches ist Ihr Vorschlag zur Gestaltung und Finanzierung der Spitalversorgung? Wie realistisch ist dessen Umsetzung?
2. Erachten Sie es als möglich bzw. wünschbar, dass sich die öffentliche Hand aus der Spitalversorgung bzw. aus deren Finanzierung zurückzieht?
3. Welche Konsequenzen ergeben sich
 - a) aus der bundesrätlichen Vernehmlassungsvorlage ...
 - b) aus dem von Ihnen geschilderten Szenario ...
 ...für das gesamte System der sozialen Krankenversicherung, insbesondere für die finanzielle Belastung der Versicherten?



Philipp Staehelin

Präsident der Sanitätsdirektorenkonferenz, Chef des Departementes für Finanzen und Soziales des Kantons Thurgau (die Antworten geben die persönliche Meinung des Befragten wieder)

1. Die heutige duale Spitalfinanzierung durch Kantone und Krankenkassen erzeugt mit der unterschiedlichen Kostentragung von stationären und ambulanten Behandlungen, von öffentlichen und privaten Spitälern sowie der ausserkantonalen Hospitalisierung falsche Anreize. Diese Mischfinanzierungen zementieren Verzerrungen, die insgesamt nur durch den Übergang zur Subjektfinanzierung durch die Kassen zu lösen sind. Dabei dürfen die Kantone aus sozialpolitischen Gründen keine finanzielle Entlastung erfahren. Ihre bisherige Spitalsubventionierung ist auf die Krankenkassen umzupolen.

2. Die Kantone haben – zumeist aufgrund ihrer kantonalen Verfassungen – die Verantwortung für die Gesundheitsversorgung ihrer

Bevölkerung. Diese Verantwortung und damit auch Zuständigkeit soll den Kantonen erhalten bleiben. Die Versorgungsverantwortung ist nicht gleichbedeutend mit der eigenen Führung der Spitäler durch die Kantone selbst. Die Spitäler können durchaus auch aus der kantonalen Verwaltung ausgegliedert und Dritten übertragen werden.

Ein Rückzug der öffentlichen Hand aus der Spitalfinanzierung ist aus sozialpolitischen Gründen nicht wünschbar. Ein angemessener Teil der Spitalfinanzierung soll deshalb weiterhin aus Steuermitteln erfolgen.

3. Die bundesrätliche Vernehmlassungsvorlage bringt sowohl den Prämienzahlern als auch den Steuerzahlern erhebliche Mehrbelastungen. Sie ist deshalb insbesondere auch aus der Sicht der Kantone, welche ihren Mehranteil ohne gewichtige Steuererhöhungen nicht tragen können, abzulehnen.

Ein Übergang zur Subjektfinanzierung bringt neben den direkten finanziellen Auswirkungen insbesondere auch bessere Anreize, welche sich kostendämpfend auswirken werden. So wird etwa die unselige Versuchung eliminiert, gesamthaft teurere Spitalstationäre an Stelle von ambulanten Spitalbehandlungen zu verlangen, weil die Kantone dann ihren Anteil mit-zuzahlen haben (und umgekehrt!).

Die Mitsubventionierung der teilstationären Behandlung gemäss Vorschlag des Bundesrates bringt hier

übrigens keine bessere Lösung, sondern verlegt lediglich die Bruchlinie des Systems. Wie bereits ausgeführt, soll die Belastung der Kantone durch den Übergang auf die Subjektfinanzierung nicht geschmälert werden.



Marc-André Giger

Direktor des Konkordates der schweizerischen Krankenversicherer (KSK), Solothurn

1. Die geltenden Regeln zur Finanzierung der Spalkosten sind unbefriedigend. Sie benachteiligen Privatspitäler und Privat- und Halbprivatpatienten; sie schaffen eine unterschiedliche Praxis für ausser- und innerkantonale sowie für stationäre und ambulante Spitalbehandlungen. In einem ersten Schritt ab 1. 1. 2000 geht es um eine *Systembereinigung* nach dem Baukastenprinzip gemäss Revisionsvorschlag EDI. So wird das EVG-Urteil vom Dezember 1997 umgesetzt. Mit der Finanzierung von Tagessätzen und dem vorläufigen Verzicht auf flächendeckende Fallfinanzierung wird auch eine praktikable Lösung gefunden. Falls dieses Prinzip nicht realisiert werden kann, werden die Versicherer nicht zögern, es nach Ablauf des Stillhalteabkommens mit den Kantonen (31. 12. 2000) gerichtlich durchzusetzen. Per 1. 1. 2005 ist dann ein eigentlicher *Systemumbau* zu vollziehen. Die Spitäler sollen dann unter gleichen Bedingungen miteinander konkurrieren.

2. Um den Systemumbau zu erreichen, haben sich die Kantone aus Spitalträgerschaft und direkter Spitalfinanzierung zurückzuziehen. Für stationäre, teilstationäre und ambulante Spitalbehandlungen haben gleiche Finanzierungsregeln zu gelten; für die Krankenversicherer hat die Verpflichtung zur Kostenübernahme zu entfallen. Die Versicherer gewährleisten für ihre Versicherten eine bedarfsgerechte Versorgung und schliessen auf der Basis leistungsbezogener Preisver-

einbarungen Verträge mit den konkurrenzfähigen Listenspitälern ab. In diesem System entscheiden nicht mehr Spitalisten und kantonale Spitalplanungen über das Weiterbestehen der Spitäler, sondern deren Konkurrenzfähigkeit. Die Kantone richten den Versicherern Beiträge für Spitalbehandlungen aus.

Die kantonalen Prämienverbilligungen an die Versicherten sollen bestehen bleiben. Die entsprechenden Kostenrechnungen und Leistungsstatistiken müssen vollständig und aufeinander abgestimmt sein.

3. Die Vernehmlassungsvorlage ändert die geltenden Finanzierungsregeln, die den Wettbewerb verzerren und zu Ineffizienz im Gesundheitswesen führen. Das KSK unterstützt deshalb die Vorlage mit Nachdruck. Das Konkordat hat kein Verständnis für die schroffe Ablehnung der Spalkostenvorlage durch die Kantone. Die Kantone und Gemeinden sind in den letzten fünf Jahren prozentual massiv entlastet worden. In der gleichen Zeit stieg die Mehrbelastung der Krankenversicherer um rund 5 Mia. Franken. Dieser Kostenverlagerung auf die Versicherten ist resolut Einhalt zu gebieten. Die Systembereinigung gemäss EDI-Vorlage trägt diesem Anliegen Rechnung. Wirkliche und langfristige Remedur des gesamten Gesundheitswesens und damit der Versicherten garantiert allerdings nur ein Systemumbau. Die Mehrfachfunktion der Kantone als Spitalträger, Spitalplaner und Schiedsrichter in Tarifstreitigkeiten ist zu unterbinden. Diese Interessenkonflikte schliessen Marktmechanismen weitgehend aus. Für die Kantone sind die Anreize so zu setzen, dass sie nicht mehr eine Einnahmenoptimierung auf dem Buckel der Versicherer und der Versicherten anstreben, sondern eine effektive und effiziente Spitalversorgung.



Peter Saladin

Präsident von H+ Die Spitäler der Schweiz, Direktionspräsident des Inselspitals Bern

1. Die Finanzierung von Spitalleistungen soll leistungsbezogen erfolgen. Im Rahmen von Leistungsvereinbarungen ist zwischen den Kostenträgern und den Institutionen des Gesundheitswesens der Dienstleistungsauftrag in quantitativer und qualitativer Hinsicht zu umschreiben und das entsprechende Entgelt zu vereinbaren. Als Kostenträger sollte einem Leistungsanbieter nur ein Finanzierer gegenüberstehen (monistische Finanzierung). Spezielle Vorhalteleistungen und Zusatzaufträge, etwa in den Bereichen von Lehre und Forschung, sind nach denselben Grundsätzen separat zu regeln. Es sollen Anreize für eine Optimierung des Ressourceneinsatzes geschaffen werden, d.h. allfällige Gewinne, die aus einer Effizienzsteigerung resultieren, sollen der Institution zur Verfügung stehen. Andererseits haben die Einrichtungen auch das unternehmerische Risiko für Aufwandüberschreitungen selber zu tragen. In einem Umfeld der allgemeinen Marktöffnung und Liberalisierung wird die Akzeptanz und damit die Umsetzungschance in der Schweiz rasch steigen.

2. In einem wettbewerblich orientierten Gesundheitsversorgungssystem müsste sich die öffentliche Hand als Betreiberin von Spitalern zurückziehen und sich auf ihre Rolle als Gestalterin der Rahmenbedingungen und als Leistungsbestellerin beschränken. Damit liessen sich die heutigen Interessenkonflikte vermeiden. Die Finanzierung von Spitalern dürfte nicht länger strukturbezogen erfolgen, sondern müsste tatsächlich erbrachte Leistungen honorieren. Den Einkauf von medizinischen Dienstleistungen bei den Leistungserbringern könnte die öffentliche Hand delegieren (z.B. an die Assekuranz). Es ist auf einen nicht diskriminierenden Marktzutritt für alle Leistungsanbieter zu achten. Allenfalls können im Interesse spezieller regional- oder versorgungspolitischer Überlegungen gewisse konventionelle Finanzierungsmodelle nötig bleiben (z.B. Rettungswesen, Schwerpunktbildung in Zentrumsspital usw.).

3a. Die Vernehmlassungsvorlage führt das duale Finanzierungssystem durch Kantone und Kassen weiter. Die unklare ord-

nungspolitische Ausrichtung des KVG wird damit nicht beseitigt, ja sie wird verstärkt. Damit besteht die Gefahr, dass über das Notwendige hinaus die Spitäler Planungs- und Administrativauflagen unterstehen, welche eine effiziente Unternehmensführung in einem wettbewerblichen Umfeld behindern. Zudem werden ungleich lange Spiesse für öffentliche und private Spitäler geschaffen bzw. beibehalten. Es entstehen dadurch hohe Kosten. Die monistische Finanzierung hat im Übrigen keinen Einfluss auf die soziale Ausgestaltung der Krankenversicherung. Durch entsprechende Rahmenbedingungen der öffentlichen Hand können die nötigen sozialen Sicherungen eingebaut werden.

Der Einbezug des teilstationären Bereiches in die Planungspflicht ist abzulehnen. Die definitorischen Schwierigkeiten werden dazu führen, dass die Leistungserbringer zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich über eine betriebliche Manövriermasse verfügen und die Tarifgestaltung zu ihren Gunsten ausnützen können.

Die Gesamtkosten für die Gesundheitsversorgung hängen in erster Linie vom Umfang der nachgefragten bzw. erbrachten Leistungen ab. Bei einem umfassenden Leistungskatalog in der Grundversicherung wird es nicht gelingen, die Kosten in den Griff zu bekommen. Die Aufteilung der Gesamtkosten auf die öffentliche Hand und die Versicherten ist hingegen eine politische Frage.

3b. Von einer stärker marktwirtschaftlich orientierten Steuerung des Gesundheitsversorgungssystems mit der damit verbundenen Kundenorientierung sind markante Qualitäts- und Effizienzsteigerungen zu erwarten, was sich auf die Kostenentwicklung günstig auswirken dürfte. Gibt man dem mündigen Bürger und der mündigen Bürgerin die Autonomie zurück, über den Umfang der vom Medizinalsystem erwarteten Leistungen und der eigenen Risikoabsicherung mitzuentcheiden und zieht man diese stärker in die Finanzierungsverantwortung ein, ist mit wesentlichen, nachfragebedingten Auswirkungen auf das Spitalversorgungssystem zu rechnen (z. B. individueller Verzicht auf Hochtechnologie-Versorgung, Inanspruchnahme nichtmedizinischer Zusatzleistungen usw.).



Ulrich Wanner

Generalsekretär der Schweizerischen Vereinigung der Privatkliniken, Gümli-Gen-Bern

1. Die Gestaltung der Spitalversorgung – im Bereich der Allgemeinversicherung – muss sich an den notwendigen Bedürfnissen der Patienten/Versicherten, an den finanziellen Möglichkeiten der Kostenträger und an marktwirtschaftlichen Gesichtspunkten orientieren.

Die Spitalfinanzierung darf inskünftig nicht mehr objektbezogen sein, sondern muss sich auf die einzelne Versorgung beziehen. Der Staat soll seinen Kostenanteil nicht mehr dem öffentlichen Spital als solchem, sondern dem individuellen Patientenversorgungsfall zugehen lassen (Prinzip «money follows patient»). Mit der Abschaffung der Spitalsubventionen würde echter Wettbewerb entstehen. Dies setzt allerdings explizit eine Abkehr von der Defizitgarantie für öffentliche Spitäler und eine transparente, umfassende Rechnung einschliesslich der Investitionskosten voraus.

Unter einem solchen Finanzierungsmodell sollen die Spitalleistungserbringer ihr Angebot im Rahmen einer Submission darlegen können. Bei der Zusage ist freilich auch auf die Qualitätserfordernisse Rücksicht zu nehmen.

2. Grundsätzlich ist es möglich, dass sich die öffentliche Hand aus der Spitalfinanzierung zurückzieht. Allerdings ergeben sich einzelne Einschränkungen. So sind etwa gemeinwirtschaftliche Leistungsaufträge mit entsprechender finanzieller Abgeltung in den Bereichen Notfalldienst, Spezialkliniken (innerhalb eines Zentrumsspitals) und für Lehre und Forschung unbestreitbar.

Eine solche Entscheidung hätte aber zwingend zur Folge, dass der Staat seine bisherigen Kosten für die Spitalfinanzierung vollumfänglich

zur direkten oder indirekten Milderung der Prämienbelastung und sozialer Härtefälle einsetzt.

Wünschbar wäre eine derartige Weichenstellung, um dem einzelnen Bürger das Kostenbewusstsein um das «Gesundheitsgut» ins Bewusstsein zurückzubringen und ihn damit vermehrt zu gesundheitsförderndem Verhalten zu bewegen. Überdies ist das Abrücken von einer dualen zu einer monistischen Finanzierung einem Wettbewerb unter den Leistungserbringern förderlich.

Freilich darf nicht ausser Acht gelassen werden, dass die Kostenexplosion im Gesundheitswesen letztlich bedingt ist durch demografische Entwicklungen, eine «Vollkasko»-Mentalität vieler Versicherter und eine Anspruchsinflation bis hin zu beinahe unbegrenzten Pflichtleistungen in der sozialen Krankenversicherung.

3. Die bundesrätliche Revisionsvorlage für das KVG beinhaltet gegenüber der heutigen Regelung eine erste Verbesserung. Insbesondere würde die leide Quersubventionierung der Grundversicherung durch die Zusatzversicherten wegfallen, da alle Versicherten bezüglich Kantonsbeiträge gleich behandelt würden. Auch würde die derzeitige Diskriminierung der Privatspitäler eigentlich aufgehoben, sofern die privaten Spitalleistungserbringer auch wirklich angemessen, d.h. gleich wie die öffentlichen, bezogen auf wettbewerbliche Leistungskriterien behandelt würden.

Allerdings sind im Bereich Spitalplanung weiterhin Strukturfehler vorhanden, indem die Kantone als Betreiber öffentlicher Spitäler, Planungsorgan und Bewilligungsbehörde gleichzeitig auftreten. Diese Interessenkollision muss zwingend zu nicht ausgewogenen Spitallisten führen.

Auch die Behandlung einer Defizitdeckung für öffentliche Spitäler verfälscht den Wettbewerb unter den Anbietern und beinhaltet bei den öffentlichen Spitalern nur begrenzt Anlass zu Kosteneinsparungen.

Eine auf Wettbewerb ausgerichtete subjektbezogene Finanzierung, anstelle der monopolistisch anmutenden Objektsubventionierung, wirkt mittelfristig ohne Zweifel kosten- und damit auch prämiendämpfend.



Robert E. Leu

Professor am Volkswirtschaftlichen Institut der Universität Bern

1. Die heutige duale Finanzierung müsste durch eine monetarische Finanzierung ersetzt werden, bei welcher die Krankenkassen formal die einzige Finanzierungsquelle bilden. Die heutigen kantonalen Spitalsubventionen würden dabei in kantonale Beitragszahlungen umgewandelt und über den (gegenüber heute verbesserten) Risikoausgleich an die Krankenversicherer umgeleitet. Das Instrument der Spitalliste und die Defizitdeckung bei öffentlichen Spitälern würden abgeschafft. Die sich im Besitz der öffentlichen Hand befindenden Spitäler sollten rechtlich verselbständigt werden. Dadurch könnte die Aushandlung von Fallpauschalen dezentralisiert werden, was die Marktmacht der öffentlichen Spitäler beseitigen und das Interesse der Krankenversicherer an der Aushandlung günstiger Pauschalen fördern würde. Unser Vorschlag würde alternativen Versicherungsmodellen ermöglichen, ihre Sparpotenziale voll auszuschöpfen und die Verzerrung zwischen subventionierten und nichtsubventionierten Behandlungen beseitigen.

Die Erkenntnis, dass sich nur durch einen Übergang auf ein monetarisches System die Probleme der dualen Finanzierung und der mit ihr einhergehenden hohen Regulierungsintensität lösen lassen, setzt sich langsam durch. Unser Reformmodell besitzt deshalb mittelfristig gute Realisierungschancen.

2. Grundsätzlich erachte ich es als nicht wünschbar, dass sich die öffentliche Hand aus der Finanzierung der Gesundheitskosten zurückzieht. Mit dem skizzierten Modell geht aber eine Abkehr von der Objekt- hin zu einer Subjektfinanzierung einher. Die bisherigen Kantonsbeiträge im Spitalsektor werden über den Risikoausgleich den Kran-

kenkassen zugeleitet. Die Kantone besitzen jedoch weiterhin ihre Aufsichts- und Bewilligungspflicht, stellen die Einhaltung von qualitativen Mindeststandards sicher und sind für die Bereitstellung gemeinwirtschaftlicher Leistungen (flächendeckende Versorgung, Notfalldienste, Lehre und Forschung) verantwortlich. Die flächendeckende Versorgung würde beispielsweise die Aufrechterhaltung eines unrentablen Spitals in einer Randregion ermöglichen, das unter Marktbedingungen nicht mehr weiterbestehen könnte. Ein solches Vorgehen wäre allerdings nur in Ausnahmesituationen denkbar, weshalb das Wettbewerbselement unseres Reformvorschlags nicht gefährdet wäre.

3a. Die Aufhebung der Quersubventionierung von der Zusatz- zur Grundversicherung hat Umverteilungswirkungen zur Folge. Das BSV geht davon aus, dass die Grundversicherung mit 900 Mio. Franken zusätzlich belastet wird. Nach dem erläuternden Bericht zur Gesetzesrevision resultiert per saldo für die Kantone eine Mehrbelastung im Umfang von 700 Mio. Franken. Die Zusatzkosten für die Grundversicherten werden auf 200 Mio. veranschlagt, was einer Prämienhöhung von 2% entspricht. Diese Prämienhöhung wird für einkommensschwache Haushalte durch das System der Prämiensubventionierung abgedeckt. Eine Evaluation der Prämiensubventionierung an unserem Institut hat ergeben, dass diese zielkonform wirkt und demnach die Prämienbelastung für die Einkommensschwächsten am meisten reduziert.

3b. Mit unserer Reformvariante lassen sich ganz unterschiedliche Verteilungsziele umsetzen, ohne dass vom Hauptziel – der Beseitigung der Verzerrungen im stationären Bereich – abgewichen werden muss. Die Anreize zur Effizienzsteigerung auf der Anbieterseite, welche unser Reformvorschlag generiert, bleiben intakt, unabhängig von der Aufteilung der Finanzierung auf Steuern und Prämien.

Heute sind die Prämienbeiträge so ausgestaltet, dass sie den Transferempfängern keine Anreize bieten, auf kostengünstigere Versicherer umzusteigen. Damit für die unterstützte Person dieser Anreiz er-

halten bleibt, sollte unseres Erachtens das Angebot der Krankenkasse mit der tiefsten Prämie in der Grundversicherung als Basis für die Prämiensubventionierung herangezogen werden.



Marianne Tille

Generalsekretärin der «Fédération romande des consommateurs» (FRC)

1. Wir sind in einer Notsituation. Die einzig mögliche Lösung besteht darin – zumindest für eine Übergangsperiode –, die Regelung wieder herzustellen, die bei der Einführung des KVG galt.

Das bedeutet: Für alle Aufenthalte in der privaten und halbprivaten Abteilung in einem öffentlichen oder subventionierten Spital oder in einer Privatklinik (im oder ausserhalb des Kantons):

- Die obligatorische Grundversicherung zahlt Beiträge an jene Kosten, die sie für einen Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung eines öffentlichen oder subventionierten Spitals hätte übernehmen müssen. *Auf diese Weise bezahlt der Versicherte den Prämienanteil der Grundversicherung für den Spitalaufenthalt nicht vergebens.*

- Die Zusatzversicherung deckt den Rest (die freie Arztwahl, den Hotelkomfort, die Subventionierung des Kantons).

Das Urteil des EVG vom 19.12.1997 schliesst die Subventionierung von Einrichtungen mit Gewinnabsicht unmissverständlich aus. Der Staat darf die Privatabteilungen der öffentlichen und privaten Spitäler nicht subventionieren. Zurzeit ist es völlig verfrüht, die Finanzierung des stationären Bereichs umzustürzen. Denn die Spitalplanung, welche die Kantone erstellen müssen, ist noch längst nicht vollendet. Hingegen sind wir der Meinung, dass nun zuerst andere Modelle der Kostenteilung im Gesundheitssystem geprüft werden müssen.

2. Der Vorschlag, nur einen einzigen Kostenträger – die Kassen – zu haben, würde uns viele Vorteile bringen, wird behauptet. Der Staat würde dann die Leistungen bzw. die Versicherten und nicht mehr die Institutionen unterstützen. Die Wettbewerbsverzerrungen zwischen den privaten und den öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitälern würden verschwinden und der Wettbewerb unter den Institutionen könnte aufleben, weil die Versicherer die Einrichtungen nach ihrer Qualität und ihrer Leistung beurteilen! Das mag sein, aber zu welchem Preis für die Patienten? Es würde den Versicherern, die keine Verantwortung im Bereich der öffentlichen Gesundheit tragen, eine ungeheure Macht geben. Könnte der Staat der Bevölkerung eine ausreichende Gesundheitsversorgung über seine Leistungsaufträge überhaupt noch gewährleisten? Der Staat hat eine Aufgabe, welche die Versicherer nicht haben. Es ist die Verpflichtung, das Gesundheitssystem zu lenken. Wir lehnen den Vorschlag entschieden ab, dass sich die öffentliche Hand von der Finanzierung der Spitäler zurückzieht und den Bereich mit Gewinnabsicht unterstützt. Dennoch sind wir der Meinung, dass der halbstationäre Bereich gleich wie der stationäre finanziert werden muss.

3a. Der vom Bundesrat in die Vernehmlassung gegebene Entwurf hätte verheerende Folgen sowohl für die Prämien- wie die Steuerzahler. Das Vorhaben führte vorab zu einer Entlastung bei den Zusatzversicherungen, welche sich zudem nicht für alle Zusatzversicherten in gleicher Weise auswirken würde. Die gängige Praxis, die nur die guten Risiken auswählt, würde damit noch gefördert.

3b. Wir haben einen *anderen Weg eingeschlagen, damit die Versicherten ihre Zusatzversicherungen behalten können*: Nationalrat R. Scheurer hat im Einvernehmen mit der FRC eine parlamentarische Initiative eingereicht. Sie verlangt, dass alle Zusatzversicherer das Alter des Eintritts in die Kasse berücksichtigen müssen, um die Prämien zu berechnen. Das ist die einzige Möglichkeit zu verhindern, dass die alten Leute ihre Zusatzversicherungen aufgeben müssen.



Pierre Gilliland

Professor am «Institut de hautes études en administration publique» (IDHEAP), Lausanne

Neue Finanzierungsmodelle im Spitalbereich? Zu diesem Thema stellen sich zahlreiche Fragen. Dazu als Vorbemerkung folgendes: Mit 26 unabhängigen Kantonen ist das schweizerische Gesundheitssystem sehr komplex. Bei einer Revision der Krankenversicherung, sogar bei einer Teilrevision, muss man das Ziel klar vor Augen haben. Nun wurde hier aber eine ziemlich konzeptlose «Auswahlsendung» vorgelegt, ... vielleicht ist das Taktik. Daher gehen denn auch die Antworten auf das Vernehmlassungsverfahren sehr weit auseinander; es kann kein Konsens gefunden werden. Die Auswirkungen der vorgeschlagenen Änderungen auf die Strukturen des stationären Sektors und auf die Kostenträger werden entweder nicht genannt oder sie sind unklar, ja widersprüchlich. In ähnlich diffuser Weise behauptet die Pressemitteilung vom 8. März 1999 einerseits, dass nach dem Revisionsprojekt die Kosten eingeschränkt würden, andererseits hält sie fest, die tatsächlichen Einsparungen könnten nicht gemessen werden! Man nimmt das Urteil des EVG vom Dezember 1997 als Vorwand, um die Änderungen der Finanzierungsart und die Gewährung von Subventionen an den privaten Bereich zu rechtfertigen. Aber man vergisst zu erwähnen, dass das EVG die Subventionierung von Einrichtungen mit Gewinnabsicht ausschliesst. Es wird behauptet, die Änderung bringe «grundsätzliche Klärungen...», mit Kostenverlagerungen auf die Kantone von schätzungsweise 760 Mio. bis zu einer Milliarde Franken und einer «Entlastung vor allem der Zusatzversicherungen», was eine Erhöhung der Grundversicherungsprämien bewirken wird. Die grosse Mehrheit der Versicherten, welche nur über die Grund-

deckung verfügen, werden dankend zur Kenntnis nehmen, dass das Projekt «eine Palette von Veränderungen enthält, welche das KVG verständlicher machen sollen». Macht man auf Zweckoptimismus? Warum also einfach, wenn es kompliziert auch geht?

1. Das KVG ist 1996 in Kraft getreten. Es hat noch nicht alle seine Wirkungen entfaltet. Es geht jetzt nicht mehr darum, die Organisation und Finanzierung des stationären Bereichs zu ändern, sondern darum, tatsächlich zu planen (manche Kantone sind noch weit davon entfernt!) und die bestehenden Vorschriften anzuwenden, um die Kosten in den Griff zu bekommen.

2. Es ist natürlich möglich – aber nicht zu empfehlen –, Dummheiten zu begehen! Die Bestimmungen des KVG geben den Krankenversicherern, die sich dem Wettbewerb stellen, Befugnisse zum Einschreiten; und das ist gut so. Aber man muss den Vorschlag eines Rückzugs der öffentlichen Hand aus der Finanzierung des stationären Bereichs entschieden zurückweisen. Diese verrückte Vorstellung würde zu einer Kostensteigerung von 35 bis 40 % führen; die Unterstützung für Haushalte in wirtschaftlich bescheidenen Verhältnissen müsste erhöht werden und den Versicherern müsste die Planung und Kontrolle des stationären Bereichs abgetreten werden. Daraus würden sich erhebliche Missstände ergeben, vor allem für die Patienten. Die Kosten zu beherrschen ist sehr wichtig, jedoch müssen Sicherheit und Qualität der Leistungen Vorrang haben. Der öffentlichen Hand kommt die Rolle zu, das Gesundheitssystem zu lenken.

3. Die endgültige Stellungnahme des Bundesrates liegt Mitte Juli 1999 nicht vor. Die vorgeschlagene «Reform» ist bisher unklar; sie stützt sich nicht auf eine glaubhafte Argumentation. Um die gestellte Doppelfrage zu beantworten, können einige Zeilen nicht genügen. Aber meine Vorbemerkungen sind klar.

Himmel nochmal! Bitte weniger Improvisationen, mehr Transparenz, klarere Zusammenhänge und eine Strategie! —