

Finanzmonitoring: Gesundheit

Mehr Wettbewerb, Selbstverantwortung, weniger Überkapazitäten

12. Juli 2004 Nummer 28/2 5. Jahrgang

dossierpolitik

Rote Karte für die Ausgabenentwicklung 2001

Den Bereich Gesundheit liess sich die öffentliche Hand im Berichtsjahr 2001 gegenüber dem Vorjahr 8,3 Prozent mehr kosten. Gemäss Ausgabenkonzept von *economiesuisse* sollte für diesen Aufgabenbereich eine Zielentwicklung der konsolidierten staatlichen Gesamtausgaben von 2,2 Prozent pro Jahr möglich sein. Dieser Wert wie auch die Trendentwicklung von jährlich 5,0 Prozent werden deutlich überschritten. In der Zweijahresperiode 1999 bis 2001 legten die Gesundheitsausgaben um durchschnittlich 6,1 Prozent zu. Auch dies liegt sowohl über dem Zielpfad als auch dem Trend. Verantwortlich für die hohe Ausgabendynamik im Gesundheitssektor sind im Prinzip Überkapazitäten in der Spitalstruktur, Mengenausweitung, neue medizinische Behandlungsmöglichkeiten, Anspruchshaltung der Versicherten und Demografie.

Die vorliegende Ausgabe *dossierpolitik* ist Bestandteil eines umfassenden Monitorings der öffentlichen Ausgaben. Anknüpfungspunkt bildet das von *economiesuisse* 2002 publizierte Ausgabenkonzept. Basierend auf diesen Prognosen wird die effektive Ausgabenentwicklung jedes Bereichs aktualisiert. Ziel ist es festzustellen, ob und wo sich die Ausgaben nachhaltig entwickeln.

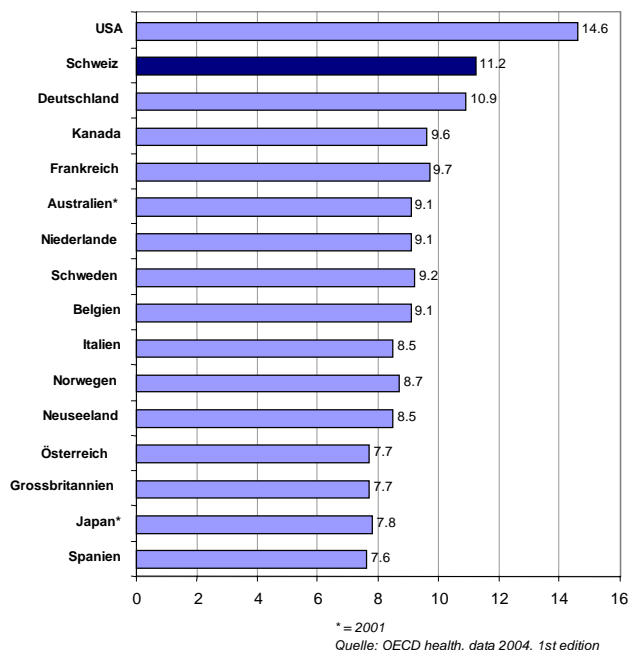
Während sich die konsolidierten Gesamtausgaben der öffentlichen Haushalte und Sozialversicherungen im Berichtsjahr 2001 im Vorjahresvergleich um 4,9 Prozent erhöhten, nahmen die Ausgaben im Bereich Gesundheit überproportional auf 19,9 Mrd. Franken zu. Der Anteil dieses grossen Aufgabengebiets an den Gesamtausgaben der

öffentlichen Hand weitete sich von 12,1 auf 12,4 Prozent aus. Es beansprucht somit jeden achten Staatsfranken. Zu Beginn der 90er Jahre lag der Anteil etwas tiefer bei 11,7 Prozent. Das Ausgabenkonzept sieht bis 2010 eine Abschwächung des Ausgabenwachstums auf jährlich 2,2 Prozent vor, was immer noch einen überdurchschnittlichen Zuwachs zulässt. Die Vorgabe für die Gesamtausgaben liegt bei einem Zuwachs von 1,8 Prozent pro Jahr.

Gesundheitsausgaben international ein Spitzenplatz

Die staatlichen Ausgaben unter dem Titel Gesundheit decken sich nicht mit dem üblichen Begriff Gesundheitswesen (als Dienstleistungssektor mit verschiedenen Zweigen und Zulieferbranchen). Sie entsprechen auch nicht sämtlichen – obligatorischen und freiwilligen – durch das Krankenversicherungsgesetz (KVG) finanzierten und geregelten Ausgaben. Die Verschiedenartigkeit der involvierten Kostenträger (privat und staatlich), sich zum Teil überlappende Kompetenzen zwischen Bund und Kantonen sowie komplizierte Finanzierungsmechanismen erschweren einen transparenten Überblick über die Finanzierung des Gesundheitssystems. Im internationalen Vergleich zählt die Schweiz zu den Ländern mit dem höchsten Anteil Gesundheitskosten am BIP. 2002 erreichte er 11,2 Prozent (2001: 10,9 Prozent), was hinter den USA (14,6 Prozent) Platz zwei bedeutet. Insgesamt betragen die Kosten des Gesundheitswesens der Schweiz 2001 46,1 Mrd. Franken; davon stellte die öffentliche Hand 19,9 Mrd. Franken sicher. Ein weiterer Teil der Gesamtkosten des Sektors wird über obligatorische Individualprämien bei der Krankenversicherung finanziert. Die Versicherungseinrichtungen, die sich mit diesen obligatorischen Krankenversicherungsbeiträgen finanzieren, gelten in der Schweiz als privat, trotz Umverteilungscharakter. Die von ihnen getätigten Ausgaben im Umfang von rund 14 Mrd. Franken im Jahr 2001

Gesundheitskosten in Prozent des BIP, 2002



werden deshalb gemäss offizieller Definition nicht der Staatsquote zugerechnet, was das Abbild staatlicher Interventionen verzerrt.

Die Beiträge der öffentlichen Hand an Krankenanstalten (Spitäler, Kranken- und Pflegeheime sowie psychiatrische Kliniken) belaufen sich auf 15,5 Mrd. Franken und werden von Kantonen und Gemeinden getragen. Diese Beiträge bilden den Löwenanteil der öffentlichen Ausgaben im Gesundheitswesen. Ein Teil dieser Spitalfinanzierung wird den Kantonen allerdings von den Krankenversicherern zurückerstattet – als anrechenbarer Kostenanteil gemäss KVG. Nach heutigem System kommen Kantone und Gemeinden für die Investitionen der öffentlichen Spitäler auf. Demgegenüber werden die Betriebskosten der öffentlichen Spitäler durch die Krankenversicherer bis zu 50 Prozent übernommen, während die Kantone und Gemeinden die Restlast tragen.

Gut 3 Mrd. Franken schüttete der Staat 2001 in Form von KVG-Prämienverbilligungen aus. Davon profitierten knapp 2,4 Millionen Personen, d.h. rund ein Drittel der Bevölkerung. Derzeit kommt der Bund für zwei Drittel der Prämienverbilligungsausgaben auf, die Kantone für einen Drittel. Die Beteiligung der einzelnen Kantone ist jedoch nach der Finanzkraft abgestuft. Sie haben zudem die Möglichkeit, ihren Anteil um maximal 50 Prozent zu kürzen, was aber auch eine Kürzung des Bundesbeitrags im gleichen Verhältnis nach sich zieht. Diese Subjektfinanzierung ist zwar nach offizieller Statistik dem Aufgabengebiet Soziale Wohlfahrt zugeordnet. Sie wird hier aber, wie das KVG, im Zusammenhang mit dem Gesundheitswesen be-

trachtet, um die Vollständigkeit über die öffentlichen Ausgaben in diesem Sektor zu erfassen.

Unter Übriges werden insbesondere die ambulante Krankenpflege, die Krankheitsbekämpfung (Forschung und Prävention) und die Lebensmittelkontrolle zusammengefasst. Es handelt sich um Ausgaben von gut 1,3 Mrd. Franken, die ebenfalls vorwiegend von Kantonen und Gemeinden finanziert werden.

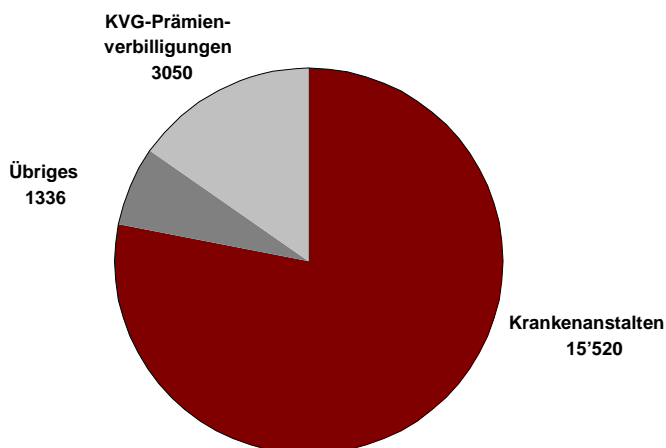
Ausgabenentwicklung: dominierende Spitalkosten

Bisherige Entwicklung

Die Kosten des gesamten Gesundheitswesens haben sich zwischen 1985 und 2000 auf das 2,3fache erhöht. Dieser Kostenschub machte sich sowohl bei den jährlich steigenden Krankenkassenprämien als auch bei den gestiegenen Ausgaben der öffentlichen Hand für den Bereich Gesundheit bemerkbar. Für die deutlich gestiegenen Gesundheitskosten sind verschiedene Faktoren ausschlaggebend: die steigende Lebenserwartung mit entsprechend gestiegenem Pflegebedarf, die medizinischen und technischen Innovationen, die zunehmende Ärztedichte und steigende Ansprüche der Versicherten an die Medizin. Beides führt zu einer Mengenausweitung im Konsum medizinischer Produkte und Dienstleistungen. Sodann tragen auch anhaltende Überkapazitäten und Doppelspurigkeiten, vor allem bei Spitälern, zur Kostensteigerung bei. Das Preiswachstum der ambulanten ärztlichen Behandlung und der Medikamente blieb hingegen moderat. Der für die öffent-

Ausgaben für Gesundheit

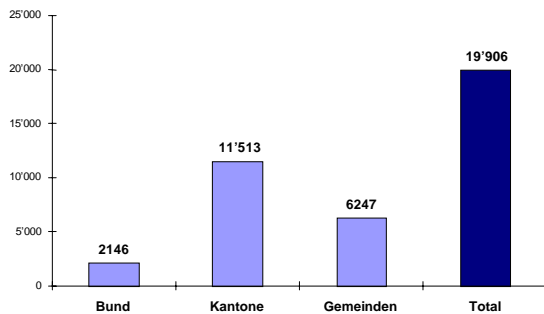
Aufteilung nach Funktionen (2001, in Mio. Franken)



Aufgrund: EFD, öffentliche Finanzen der Schweiz 2001

Ausgaben für Gesundheit

Aufteilung nach Staatsebene (2001, in Mio. Franken)



Aufgrund: EFD, öffentliche Finanzen der Schweiz 2001

liche Hand massgebliche Kostenfaktor bleibt weiterhin die Entwicklung der Spitalkosten, die in den letzten Jahren weit überproportional wuchsen.

Das 1996 in Kraft getretene KVG brachte eine klare Trennung zwischen obligatorischer Grundversicherung und privater Zusatzversicherung sowie den Übergang zur Subjekthilfe im Krankenversicherungssektor (in Form von individuellen Prämienverbilligungen). Weil die Prämien der Grundversicherung nach KVG zwar kosten-, aber nicht risikogerecht ausgestaltet sind, ist diese keine reine Versicherung. Die Einheitsprämie im Obligatorium drückt soziale Ziele aus, indem sie eine Umverteilung nach Gesundheitszustand (von Gesunden zu Kranken), Alter (von Jungen zu Alten) und Geschlecht (von Männern zu Frauen) bewirkt. Die Prämien der Zusatzversicherungen folgen dagegen dem Versicherungsprinzip und sind dementsprechend risikogerecht.

Trendentwicklung

Die kostentreibenden Faktoren, welche die bisherige Entwicklung dominiert haben, wirken weiter. Der Trend stark steigender öffentlicher und privater Gesundheitsausgaben dürfte somit anhalten. Zwar sind im Gesundheitswesen verschiedene Reformbestrebungen im Gang. Ob sie die Kostenentwicklung jedoch massgeblich zu bremsen vermögen, ist fraglich.

Am 18. Mai 2003 verwarf das Volk mit überwältigendem Mehr die SP-Gesundheitsinitiative. Diese verlangte, dass die Krankenversicherung über die Mehrwertsteuer sowie über einkommens- und vermögensabhängige Prämien finanziert wird. Sparanreize wären damit völlig entfallen. Einen anderen Weg beschreitet die SVP. Sie will mit ihrer am 1. Februar 2003 lancierten Prämienenkungsinitiative mehr Wettbewerb und damit mehr Effizienz ins Ge-

sundheitswesen bringen. Ein Mittel dazu soll die Aufhebung des Vertragszwangs für alle Akteure im Gesundheitswesen sein. Ferner soll der Leistungskatalog der obligatorischen Versicherung gestrafft werden, um eine staatlich angeordnete Überversicherung zu vermeiden. Schliesslich fordert die Initiative die Festschreibung des staatlichen Anteils (höchstens 50 Prozent) an den Gesamtausgaben der Grundversicherung.

Als Notbremse bis zu einer eventuellen Aufhebung des Vertragszwangs zwischen Krankenversicherern und Ärzten verfügte der Bundesrat am 3. Juli 2002 für längstens drei Jahre einen Zulassungsstopp für Arztpraxen. Mit der Zustimmung des Parlaments kann dieser verlängert werden. Zur Kostendämpfung dürfte der Zulassungsstopp kaum beitragen, denn vor dem Stichtag war eine Flut von Praxiseröffnungsgesuchen zu verzeichnen. Ferner ist es nicht sicher, ob Mitte 2005 die Aufhebung des Kontrahierungszwangs bereits Tatsache sein wird. Damit würde der Ärztestopp weiterhin ausschliesslich die in den Spitälern nach dem neusten Stand ausgebildeten jungen Ärzte treffen, was sich innovationshemmend auswirkt.

Im Dezember 2003 scheiterte die 2. KVG-Revision in den eidgenössischen Räten. Die Revision hätte im ambulanten Bereich schrittweise die Vertragsfreiheit eingeführt und die Kostenbeteiligung der Versicherten erhöht. Sodann wäre mit einem so genannten Sozialziel die Prämienbelastung für tiefe Einkommen und Familien begrenzt worden. Das gescheiterte Projekt sah ferner vor, dass sich Kantone und Krankenkassen hälftig in die Spitalfinanzierung teilen. Das vorläufige Scheitern der KVG-Revision hat zur Folge, dass der Bund im Legislaturfinanzplan 2005 bis 2007 für die Periode 2003 bis 2007 mit einer relativ moderaten Zunahme der Ausgaben um durchschnittlich 2,1 Prozent pro Jahr rechnet – bei einem durchschnittlichen Wachstum der Gesamtausgaben von 2,8 Prozent. Bis auf weiteres gilt der Bundesbeschluss vom 17. September 2003 über die Bundesbeiträge in der Krankenversicherung, der einen Zahlungsrahmen von 9,6 Mrd. Franken für die Jahre 2004 bis 2007 festlegt. Sollten Neuerungen bezüglich Prämienverbilligung wie die Flexibilisierung des Sozialziels und die Verbilligung der Kinderprämien wieder in eine KVG-Revision Eingang finden, müsste gemäss Legislaturplan 2005 bis 2007 „mit einer weit stärkeren Ausgabendynamik gerechnet werden“.

In einem neuen Anlauf soll das KVG nun in Einzelschritten revidiert werden, um die Chancen für Reformen zu verbessern: Dazu sollen dem Parlament noch im Verlauf dieses Jahres drei Gesetzgebungspakete mit sieben Einzelbotschaften unterbreitet werden (siehe Anhang).

Auch die Kantone wollen die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen bremsen. Massnahmen umfassen Spitalschliessungen, Eindämmung des Zuwachses der Personal-

bestände und die Bildung von Einkaufsgemeinschaften der Spitäler, um Medikamente und Material günstiger einkaufen zu können. Eine längerfristige Massnahme besteht darin, dass die Spitäler mehr zusammenarbeiten. Für einzelne Fachgebiete sollen nur noch bestimmte Krankenhäuser zuständig sein. Doppelspurigkeiten sollen beseitigt werden.

Das Thema Prämienverbilligung beschäftigt auch die Kantone. Sie können ihren Anteil an der Prämienverbilligung um höchstens die Hälfte reduzieren, wobei der Anteil des Bundes im gleichen Verhältnis gekürzt wird. Bestrebungen, den Ausschöpfungsgrad des kantonalen Anteils zu erhöhen (z.B. vom Zürichervolk 2002 angenommene Initiative „tragbare Krankenkassenprämien für alle“), führen zu Mehrausgaben für die öffentliche Hand. Doch nicht überall hatten entsprechende Initiativen Erfolg.

Mehrausgaben verursacht auch der Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts, dass die Kantone an die obligatorisch versicherten Spitalbehandlungen von privat oder halbprivat Versicherten einen Beitrag leisten müssen, wenn sie in einem subventionierten Spital behandelt werden. Bisher ist dieser Anteil von den Zusatzversicherungen übernommen worden. Ein Referendum gegen ein entsprechendes dringliches Bundesgesetz wurde am 9. Februar 2003 verworfen.

Vor diesem Hintergrund sind die zu erwartenden Aus-

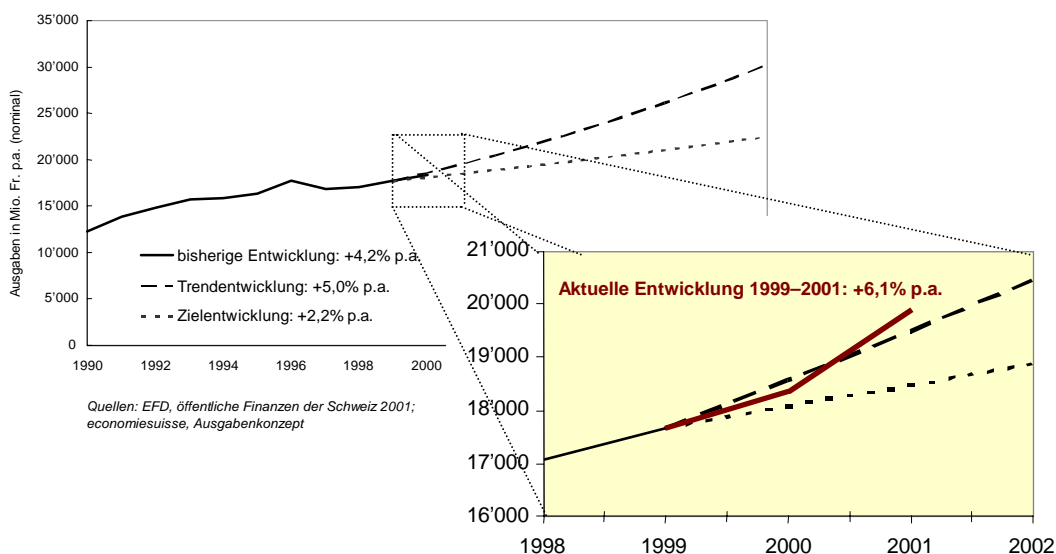
gaben äusserst schwierig einzuschätzen. Die zahlreichen ungelösten Fragen, die kostentreibenden Faktoren und der Druck für eine vermehrte Übernahme von Gesundheitskosten lassen trotz einzelnen Reformen mit Kostensenkungspotenzial weiter erhebliche Mehrausgaben für den Staat erwarten. Der Bundesrat rechnet bis 2010 mit einem jährlichen Ausgabenwachstum von etwa fünf Prozent für den Finanzierungsbedarf der Krankenversicherung, was leicht unter dem Wert des letzten Jahrzehnts liegt. Daher wird auch für die Trendentwicklung der Gesundheitsausgaben der öffentlichen Hand von diesem Wachstumswert ausgegangen. Werden die im Ausgabenkonzept erläuterten Leitlinien für Reformen verwirklicht, so dürfte sich das Wachstum der Ausgaben auf durchschnittlich 2,2 Prozent pro Jahr mildern lassen.

Rote Karte für die effektive Ausgabenentwicklung

Die Ausgaben der öffentlichen Hand für das Aufgabengebiet Gesundheit wuchsen 2001 gegenüber dem Vorjahr um 8,3 Prozent auf 19,9 Mrd. Franken. Diese Steigerung liegt deutlich über der im Ausgabenkonzept anvisierten Zielentwicklung von 2,2 Prozent pro Jahr und der angenommenen Trendentwicklung von fünf Prozent. Dies bedeutet eine rote Karte. Eine solche muss auch für die Periode 1999 bis 2001 vergeben werden, in der die Gesund-

Ausgaben für Gesundheit 1990 bis 2010, in Mio. Franken

Monitoring auf der Basis des Ausgabenkonzepts



heitsausgaben im Mittel um 6,1 Prozent pro Jahr zugenommen haben. Diese Ausgabenentwicklung liegt ferner über der durchschnittlichen Zunahme von jährlich 4,1 Prozent im Zeitraum 1990 bis 2000. Den grössten Kostenzuwachs verzeichnen 2001 im Vorjahresvergleich mit 1,15 Mrd. Franken (plus 8,0 Prozent) die Spitäler. 63,7 Prozent der von der öffentlichen Hand berappten Spitalkosten von insgesamt 15,5 Mrd. Franken entfallen auf die Kantone, 36,3 Prozent auf die Gemeinden. Auf den Bund entfällt weniger als 0,1 Prozent.

Im Jahr 2001 stiegen die gesamten Kosten des schweizerischen Gesundheitswesens um 6,4 Prozent auf 46,1 Mrd. Franken. Dies war die stärkste Zunahme seit Einführung des KVG im Jahr 1996. So verwundert es nicht, dass sich im Jahr 2001 die Leistungen der Krankenkassen je versicherte Person im Vergleich zum Vorjahr um nicht weniger als 5,1 Prozent auf 2238 Franken erhöhten.

Da sich die aktuelle Ausgabenentwicklung nicht auf dem Zielkurs befindet, geben die im Ausgabenkonzept formulierten Leitlinien weiterhin die Richtung für Reformen an, mit denen der Gesundheitssektor auf eine finanziell nachhaltige Basis gestellt werden kann.

Kosten bremsen mit Selbstverantwortung und Wettbewerb

Die obligatorische Krankenversicherung ist mit ihren Solidaritäten ein anzuerkennender Pfeiler des Schweizer Sozialversicherungssystems. Sie ist nicht nach rein wissenschaftlichen Grundsätzen konzipiert. Zwar setzen im Gesundheitswesen ethische Überlegungen der ökonomischen Rationalität Grenzen. Dennoch müssen – soll das Gesundheitswesen fortschrittlich sein – die technisch-medizinischen Möglichkeiten und ihre wirtschaftliche Tragbarkeit laufend überprüft und allenfalls angepasst werden. Effizienzpotenziale des technisch-medizinischen Fortschritts sind zu nutzen. Der Staat muss sich als Leistungserbringer zurücknehmen, und sozialpolitisch motivierte Regulierungen sind so effizient wie möglich zu gestalten. Ineffizienzen müssen aufgedeckt und reduziert sowie Anreize zugunsten eines erhöhten Kostenbewusstseins aller Beteiligten geschaffen werden. Unerlässlich dafür sind insbesondere Systemvereinfachungen und die Transparenz in den Finanzströmen. Nur so wird der freie Zugang aller Versicherten zum medizinisch notwendigen Grundangebot auch künftig finanzierbar sein. Eine eigentliche Zwei-Klassen-Medizin ist zu vermeiden.

Um dies zu erreichen, muss der Eigenverantwortung künftig noch mehr Gewicht beigemessen werden. Deshalb sind Grundversicherungszwang und das System von individuellen, kostenbasierten, möglichst risikogerechten Kopfprämien weiterhin das zu unterstützende Finanzierungs-

modell. Dieses muss von einkommensabhängigen Prämienverbilligungen begleitet werden. Auf allgemein einkommensbezogene oder steuerfinanzierte Prämien ist hingegen weiterhin zu verzichten. Das System der Prämienverbilligungen muss von den Kantonen finanziert werden, um es gezielter einsetzen zu können. Nur diejenigen sollen begünstigt werden, die auch wirklich darauf angewiesen sind. Die subjektbezogene Prämienverbilligung soll dabei soziale Härtefälle verhindern. Das von der Grundversicherung erschlossene Leistungsangebot muss so gestaltet werden, dass die KVG-Prämien bezahlbar bleiben. Der Versicherungszwang soll sich daher nur auf eng definierte, medizinisch notwendige, aber dafür hoch stehende Grundleistungen erstrecken. Für Wunsch-, Wahl- und Luxusbedarf soll das individuelle, private Zusatzversicherungssegment sorgen. Schliesslich ist die Kostenbeteiligung der Versicherten so zu gestalten, dass sie eine bessere Lenkungswirkung entfaltet.

Um die Kosten bei den Leistungserbringern einzudämmen, kommt der richtigen Anreizstruktur mit vermehrtem und unverzerrtem Wettbewerb eine entscheidende Rolle zu. Eine Gleichstellung zwischen ambulanter, teilstationärer und stationärer Behandlung ist anzustreben, damit Anreize für teilstationäre bzw. ambulante Behandlungen anstelle von längeren, teuren Spitalaufenthalten gesetzt werden. Da aber die ökonomische Betrachtungsweise mit der ärztlichen Ethik nicht unbedingt vereinbar ist, sind Lösungen mit den betroffenen Leistungserbringern zu entwickeln. So ist ein Wettbewerb zu fördern, der koordiniert und unzweckmässige, unwirksame Leistungen zu Verlustgeschäften macht. Dabei ist eine Aufhebung des Kontrahierungszwangs positiv zu werten. Die bisherige Versorgungssicherheit ist allerdings zu gewährleisten. Ferner sind alternative Versicherungsmodelle und neue, unbürokratische Zusammenarbeitsformen wie z.B. Fallmanagement voranzutreiben. Eine Neuregelung der Spitalfinanzierung sollte mehr Transparenz, Effizienz, Wettbewerb und eine vermehrte Steuerung über die Nachfrage bringen. Blosser Lastenverschiebungen von Bund auf Kantone und von Kantonen auf Krankenkassen genügen nicht. Solange die Spitalplanung zur Anwendung kommt, ist die Spitalstruktur regionalübergreifend zu optimieren. Dadurch wird die Grundversorgung nach objektiven Kriterien wie Erreichbarkeit flächendeckend sichergestellt und das Synergiepotenzial zwischen verschiedenen Spitälern genutzt. Das Ziel muss darin bestehen, sowohl die Qualität durch Spezialisierung (insbesondere in der Spitzenmedizin) zu verbessern als auch Überkapazitäten und Doppelspurigkeiten abzubauen. Entsprechende Instrumente (zum Beispiel Spitalverbund, Fusion, PPP) sind zügig einzusetzen.

Kommentar

Die Kosten des Gesundheitswesens steigen weiterhin kräftig an. Die meist über die Teuerung hinaus steigenden Krankenversicherungsprämien erhöhen die Lebenshaltungskosten, führen zu Lohnforderungen und beeinträchtigen die Wettbewerbsfähigkeit der Schweiz. Gleichzeitig tut sich die Politik schwer, endlich griffige Massnahmen dagegen zu beschliessen. Nachdem das Parlament nach langen Vorarbeiten und Beratungen das Paket der zweiten KVG-Revision im Dezember 2003 im letzten Moment bachab geschickt hat, versucht der Bundesrat nun, in Einzelschritten doch noch eine Reform zu Stande zu bringen. Vor allem die unbestrittenen Punkte wurden wieder aufgegriffen.

Die ins Auge gefassten Reformen enthalten Elemente, die auch im Ausgabenkonzept empfohlen werden. So bildet die Aufhebung des Vertragszwangs zwischen Ärzten und Krankenversicherern einen Eckpfeiler des ersten, vier Botschaften umfassenden Reformpakets. Der Bundesrat verspricht sich davon eine Dynamisierung des Systems, welche eine grössere Auswahl an Versicherungsmodellen ermöglicht. Dies bringt auch den Versicherten Vorteile. Die Aufhebung des Vertragszwangs muss den Ärztestopp, der bisher keine Wirkung gezeigt hat, ablösen.

Weitere Massnahmen zielen darauf ab, den Versicherten mehr Wahlfreiheit zu gewähren und das Kostenbewusstsein der Versicherten zu stärken. Zu diesem Zweck möchte der Bundesrat den Selbstbehalt erhöhen (der maximale jährliche Selbstbehalt bleibt bei 700 Franken bestehen, was für Chronischkranke wichtig ist) und die höchste wählbare Franchise anheben. Als Begleitmassnahme wird jedoch ein einheitliches Sozialziel mit einer nach Einkommenshöhe abgestuften maximalen Prämienbelastung vorgesehen. Den Bund soll das Sozialziel 200 Mio. Franken mehr kosten. Eine derartig teure bundesweite Vereinheitlichung ist klar zu bekämpfen. Auch die Kantone sind damit nicht einverstanden. Vom einheitlichen Sozialziel befürchten sie einerseits Mehraufwendungen und andererseits eine Einschränkung der Autonomie.

Wie will das Ausgabenkonzept die Effizienz im Gesundheitswesen verbessern?

Die fünf wichtigsten Massnahmen:

- Abbau von Überkapazitäten bei den Spitälern. Beseitigung von Doppelspurigkeiten und Schaffung von Kompetenzzentren durch Konzentration der Kräfte.
- Kantonalisierung der Prämienverbilligung im Sinne einer konsequenten Entflechtung. Einkommensabhängige Massnahmen sind auf möglichst tiefer Stufe anzusiedeln, um einen effizienten Mitteleinsatz zu gewährleisten (kein bundesweites Sozialziel).
- Erhöhung des Selbstbehalts der Versicherten auf durchschnittlich 20 Prozent. Abstufung der Kostenbeteiligung (von fünf bis 33 Prozent) der Versicherten nach der „Schwere“ des Falls.
- Systemwechsel in Richtung einer monistischen Finanzierung, um langfristig eine schleichende Verstaatlichung der Gesundheit zu vermeiden. Demnach kämen ausschliesslich die Krankenkassen für alle Krankenversicherungsleistungen auf. Der Übergang zur monistischen Spitalfinanzierung sollte möglichst prämieneutral erfolgen.
- Mit dem Systemwechsel zu verbinden ist die vollständige Aufhebung des Kontrahierungszwangs, d.h. sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich. Dies führt unter anderem zu besseren Rahmenbedingungen für alternative Versicherungsformen (Hausarztmodelle, HMO).

Auch vom zweiten Reformpaket sind die Umrissbe-

kannt. So sollen Ärzte und Apotheker bei gleicher Eignung preisgünstige Medikamente abgeben. Im Sinne einer innovativen Wirtschaft muss Patentschutz und faire Abgeltung der innovatorischen Leistungen möglich sein. Aus diesem Grund ist der vorliegende Vorschlag, der weder eine zwangsweise Verschreibung von Generika noch eine obligatorische Wirkstoffverschreibung beinhaltet, angemessen. Was die Vorlage zu den Managed-Care-Modellen anbelangt, so sieht die Wirtschaft in diesen Modellen ein Instrument zur Kosteneindämmung und Qualitätssteigerung der medizinischen Versorgung. economiesuisse begrüsst die Strategie des Bundesrats, die Managed-Care-Modelle auf der Basis der Freiwilligkeit für alle Partner (Versicherer, Versicherte und Leistungserbringer) und durch die Verbesserung des Umfelds zu fördern.

Umstritten ist der aus der gescheiterten Reform übernommene Systemwechsel bei der Spitalfinanzierung. Kantone und Krankenkassen sollen die Kosten der Leistungen und Investitionen je zur Hälfte übernehmen. economiesuisse fordert den direkten Übergang von der heutigen dualen zur monistischen Spitalfinanzierung. Sollte trotzdem ein Zwischenschritt über die dual-fixe Finanzierung erfolgen, wäre aber ein prämieneutraler Kostenverteilungsschlüssel unabdingbar.

Damit die KVG-Prämien bezahlbar bleiben, soll das Leistungsangebot der Grundversicherung nur eng definierte medizinisch notwendige Grundleistungen umfassen. Deren Qualität muss trotz Effizienzsteigerungen gewährleistet sein. Zu diesem Zweck sollten klare Pflege- und Behandlungsstandards erarbeitet werden. ER

Rückfragen:

pascal.gentinetta@economiesuisse.ch

menga.sandoz@economiesuisse.ch

Anhang: Gesetzgebungspakete in der Krankenversicherung

Paket 1: Dringliche Punkte, Vertragsfreiheit, Prämienverbilligung und Kostenbeteiligung	Paket 2: Spitalfinanzierung, Managed Care	Paket 3: Pflegefiananzierung
<p>Die meisten Ideen sind nicht neu. Grundsätzlich setzt der Bundesrat auf mehr Wettbewerb im Krankenversicherungsbereich. Am deutlichsten zeigt sich dies bei der Aufhebung des Vertragszwangs zwischen Ärzten und Krankenversicherern, einem zentralen Element der Reformstrategie. Der Bundesrat verspricht sich davon eine Dynamisierung des Systems und mithin eine grössere Auswahl an Versicherungsmodellen. Die Aufhebung des Vertragszwangs soll insbesondere dazu beitragen, dass die bis heute wenig verbreiteten Managed-Care-Modelle Anklang finden. Die Botschaft sieht eine Bandbreite vor, innerhalb derer die Kantone den Krankenversicherungen eine Mindestzahl von Leistungserbringern vorschreiben können. Vor allem in Kantonen, in welchen die Ärztedichte heute überdurchschnittlich hoch ist, könnte damit Bewegung ins System kommen, weil für Ärzte ein Anreiz entsteht, auf neue Vertragsmodelle einzugehen und selbst Kreativität zu entwickeln.</p> <p>Auf mehr Eigenverantwortung und auf Wahlfreiheit wird auch im Bereich der Kostenbeteiligung und Wahlfranchisen gesetzt. Der Bundesrat schlägt vor, den Selbstbehalt für Erwachsene von zehn auf 20 Prozent zu erhöhen. Die Obergrenze bleibt bei 700 Franken pro Jahr. Der Selbstbehalt bei den Kindern soll nicht verdoppelt werden, um Familien mit Kindern nicht zusätzlich zu belasten. Auf den 1. Januar 2005 wird ausserdem die höchste wählbare Franchise per Verordnungsänderung von heute 1500 auf 2500 Franken angehoben. Die Minimalprämie darf dabei nicht weniger als 50 Prozent der ordentlichen Prämie mit Unfaldeckung ausmachen. Diese Massnahmen zielen darauf ab, das Kostenbewusstsein und die Eigenverantwortung der Versicherten zu erhöhen. Trotzdem sind sie umstritten, denn sie treffen einkommensschwächere und kranke Versicherte tendenziell stärker als wohlhabende und gesunde.</p> <p>Um solcher Bedenken Rechnung zu tragen, sieht der Bundesrat wiederum ein einheitliches Sozialziel vor. Für Haushalte mit und ohne Kinder sollen die Kantone je vier Einkommenskategorien und Höchstehkommen für den Anspruch auf Prämienverbilligung festlegen. Für Familien mit Kindern soll die maximale Prämienbelastung auf zwei bis zehn Prozent, für Familien ohne Kinder auf vier bis zwölf Prozent des Einkommens festgelegt werden. Zu diesem Zweck sollen die Bundesmittel für die Prämienverbilligung um 200 Mio. Franken erhöht werden, gestaffelt ab dem Jahr 2005. Der Bundesrat hält das Sozialziel aus politischen Gründen für notwendig. Die Kantone wenden dagegen ein, ein einheitliches Sozialziel stelle eine Einschränkung ihrer Autonomie dar und verursache Mehrkosten.</p>	<p>Das zweite Paket befindet sich derzeit in der Vernehmlassung. Ziel des Bundesrats ist die Inkraftsetzung Anfang 2006. Gemäss den Vorstellungen der Regierung muss ein Arzt künftig „bei gleicher Eignung für die Patienten und Patientinnen preisgünstige Medikamente verordnen“. Ebenso müssen Apotheker, sofern der Arzt lediglich einen Wirkstoff und nicht ein bestimmtes Medikament verschreibt, „ein geeignetes preisgünstiges Arzneimittel“ abgeben. Damit strebt der Bundesrat einen wirtschaftlichen Medikamenteneinsatz an. Von einem Zwang zur Abgabe von Nachahmerpräparaten hat er indes abgesehen.</p> <p>Ein weiterer Vorschlag des zweiten KVG-Pakets betrifft so genannte Managed-Care-Modelle. Diese sollen gefördert, aber nicht zwingend vorgeschrieben werden. Es wird somit den Krankenkassen überlassen, ob sie Ärzte unter Vertrag nehmen wollen, die sich in integrierten Versorgungsnetzen mit Budgetverantwortung zusammenschliessen. Unverändert aus der Ende letzten Jahres im Parlament gescheiterten KVG-Revision übernommen hat der Bundesrat den Systemwechsel bei der Spitalfinanzierung (dual-fixe). Kantone und Krankenkassen sollen die Kosten der Leistungen und Investitionen je zur Hälfte übernehmen. Dieser Schlüssel bedeutet aufgrund von Schätzungen von santésuisse ein Nullsummenspiel für die Kantone und eine Mehrbelastung von 1,1 bis 1,2 Milliarden Franken für die Versicherer. Dies hätte einen Prämienanstieg um etwa acht bis zehn Prozent, verteilt auf etwa drei Jahre, zur Folge. Die bisherige Spitalfinanzierung soll jedoch bis Ende 2005 weitergeführt werden.</p>	<p>Bei der Pflegefinanzierung besteht seit 2003 die Möglichkeit, bei Vorliegen einer transparenten Kostenrechnung die Vollkosten der erbrachten Pflegeleistung und nicht nur die Rahmentarife zu Lasten der Versicherer abzurechnen. Dies würde gemäss Befürchtungen des Ständerats allmählich Mehrkosten von rund 1 Mrd. Franken verursachen, weil immer mehr Pflegeheime die Kostenrechnung einführen. Damit dies die Grundversicherungsprämien nicht weiter in die Höhe treibt (von 1998 bis 2002 haben die Pflegekosten in der Grundversicherung um 40 Prozent zugenommen), sollen die Pfelegetarife einmalig angehoben (die beiden oberen Pflegebedarfsstufen) und bis zu einer Neuordnung der Pflegefinanzierung bis längstens Ende 2006 eingefroren werden. Die Kostenübernahme für die Pflegeleistung durch die Krankenversicherung soll begrenzt werden. Die in der Praxis nicht vollständig mögliche Abgrenzung zwischen krankheitsbedingtem und altersbedingtem Pflegebedarf hat dazu geführt, dass die Krankenversicherung immer mehr Kosten für die Pflegeleistung übernommen hat. Deshalb wurden 1998 Rahmentarife für die Pflegeleistung eingeführt.</p> <p>Zur Neuordnung der Pflegefinanzierung hat nun der Bundesrat zwei Modelle in die Vernehmlassung geschickt. Die beiden Modelle unterscheiden sich vor allem in der Umschreibung der kassenpflichtigen Pflege. Der Bundesrat ist sich bewusst, dass die mit der Reform angestrebte Stabilisierung der Pflegekosten zu einer Mehrbelastung der privaten Haushalte führen wird. Aus diesem Grund schlägt er bei beiden Modellen als Begleitmassnahme vor, die Ergänzungsleistungen für Personen in Heimen zu erweitern. Dies hätte nach Berechnungen des Bundesrats Mehrkosten von 236 Mio. Franken im Jahr zur Folge. Fazit: Die Pflegekosten könnten stabilisiert werden, aber um den Preis von Mehrbelastungen für AHV und EL.</p>