

Spitalfinanzierung

Dringlicher Reformbedarf

10. Januar 2005 Nummer 1 6. Jahrgang

dossierpolitik

Spitalfinanzierung: wichtigster Teil der KVG-Revision

Das Wichtigste in Kürze

Zentrales Element der Revision der Krankenversicherung ist die Spitalfinanzierung. Der Bundesrat schlägt einen Zwischenschritt in Form einer dual-fixen Spitalfinanzierung vor.

Der stationäre Sektor macht rund einen Drittel der Kosten der obligatorischen Grundversicherung aus. Ohne Revision der Spitalfinanzierung ist dem Kosten- und Prämiendruck nicht zu begegnen.

Position von *economiesuisse*

Der Vorschlag des Bundesrats wird den Anforderungen bezüglich Transparenz, Wettbewerb und Wirtschaftlichkeit nur zum Teil gerecht. Wesentliche Nachteile des dualen Systems bleiben bestehen.

Anzustreben ist der direkte Übergang zur monistischen Spitalfinanzierung, wobei die Krankenversicherungen und Managed-Care-Organisationen die Rolle des Monisten übernehmen.

Ein wettbewerbsorientiertes Modell bedingt zudem die Vertragsfreiheit sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor, leistungsorientierte Fallkostenpauschalen und die Aufhebung der kantonalen Spitalplanung.

Einleitung

Nach zwei erfolglosen Revisionsversuchen des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) ist der Reformbedarf des schweizerischen Gesundheitswesens weiterhin dringlich. Dies trifft insbesondere auf die Spitalfinanzierung zu, da erstens der stationäre Sektor einer der Hauptpfeiler der Gesundheitsversorgung und alles andere als optimal geregelt ist. Zweitens hat die Schweiz betreffend der Spitalkosten inzwischen sogar die USA überholt und steht nun weltweit an erster Stelle. Dies zeigt den dringlichen Handlungsbedarf auf. Die Spitalfinanzierung ist deshalb auch ein zentrales Element des dritten Revisionsanlaufs, den Bundesrat Pascal Couchepin im Frühling 2004 in die Wege geleitet hat. Dieser sieht eine umfassende Gesundheitsreform vor, welche die wettbewerblichen Elemente im Gesundheitswesen stärken soll. Die vorliegende Ausgabe des „dossierpolitik“ gibt einen Überblick über die heutige Spitalfinanzierung und über mögliche zukünftige Modelle, wie sie in der Politik diskutiert werden.

Duale Spitalfinanzierung (heutige Spitalfinanzierung)

Was versteht man unter dualer Spitalfinanzierung?

Spitalbehandlungen werden heute unterschiedlich finanziert, je nachdem ob sie in öffentlichen oder privaten Spitälern, ambulant oder stationär durchgeführt werden.

Bei der stationären Behandlung muss zwischen der Behandlung in öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern einerseits und privaten Spitälern andererseits unterschieden werden. Die Spitalbehandlung in öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern wird wegen des Vorhandenseins von zwei Kostenträgern als dual bezeichnet. Unter dualer Spitalfinanzierung versteht man die Finanzierung der Spitalkosten durch zwei Akteure, wobei ihr Finanzierungsanteil unterschiedlich sein kann. Die heutige Spitalfinanzierung ist dual in dem Sinne, dass die öffentliche Hand (Kantone/Gemeinden) und die Krankenkassen sich getrennt und teilweise unabhängig voneinander an der Finanzierung des stationären Bereichs beteiligen. Der Kanton finanziert aus Steuergeldern die Kosten für gemeinwirtschaftliche Leistungen (Lehre und Forschung, Notfalldienst usw.), die Investitionskosten sowie zusammen mit den Gemeinden die Defizite der öffentlichen Spitäler (Objektfinanzierung). Die anrechenbaren Betriebskosten werden zwischen Kantonen und Versicherern aufgeteilt (geteilte Finanzierungsverantwortung). Dabei bezahlen die Kantone mindestens 50 Prozent der anrechenbaren Betriebskosten der Patienten in der allgemeinen Abteilung, und seit den Urteilen des eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG) bzw. des dringlichen Bundesgesetzes über die innerkantonalen Spitalaufenthalte (dBG) leisten die Kantone auch Beiträge an Zusatzversicherte in der halbprivaten und privaten Abteilung der öffentlichen

und öffentlich subventionierten Spitäler. Die Krankenkassen ihrerseits übernehmen bei stationärer Behandlung in der allgemeinen Abteilung maximal 50 Prozent der anrechenbaren Betriebskosten, aber keine Investitionskosten und keine gemeinwirtschaftlichen Leistungen. Zur Finanzierung der anrechenbaren Betriebskosten handeln die Versicherer und Spitäler Tarife aus (Tagespauschale, Abteilungspauschale oder Fallpauschale). Im schweizerischen Durchschnitt werden heute die anrechenbaren Kosten im Verhältnis ca. 55-57 Prozent (öffentliche Hand) zu ca. 43-45 Prozent (Krankenversicherung) geteilt, wobei zwischen den Kantonen erhebliche Unterschiede bestehen. Die Subventionen der Gemeinden erfolgen rein angebotsseitig (Objektfinanzierung), diejenigen der Kantone sowohl angebots- wie auch nachfrageseitig (angebotsseitig: Subventionierung und Defizitdeckung der Spitäler; nachfrageseitig: Prämienverbilligungen an Versicherte). Die Krankenkassen treten in Vertretung ihrer Versicherten ausschliesslich von der Nachfrageseite her als Finanzierer in Erscheinung.

Die privaten, nicht subventionierten Spitäler verrechnen den Krankenversicherern die vollen Kosten (Investitions- und Betriebskosten), und zwar für Behandlungen allgemein und zusatzversicherter Patienten. In diesem Bereich sind die Versicherer schon heute Alleinflanzierer (Monisten) wie auch im ambulanten Spitalbereich.

Für die Spitalplanung ist der Kanton allein verantwortlich. In deren Rahmen erstellt er so genannte Spitallisten. Diese sind insofern von Bedeutung, als dass nur Listenspitäler zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung (OKP) abrechnen dürfen und der Kanton nur an öffentliche

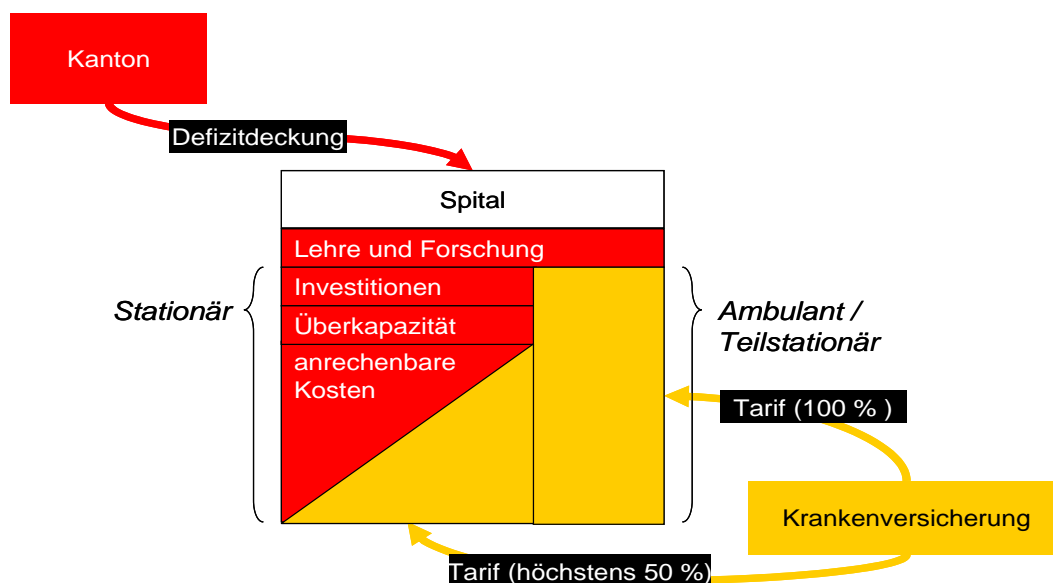
und öffentlich subventionierte Spitäler der Liste mindestens 50 Prozent der anrechenbaren Betriebskosten (= Sockelbeiträge = Kantonsbeiträge) bezahlt. Die Spitalplanung ist somit für den Kanton ein Instrument, die Zulassung der Spitäler zu Lasten der OKP und seine Sockelbeitragspflicht zu steuern und zu begrenzen.

Mit der genannten Finanzierungsregelung und der Spitalplanung wird unter anderem bezweckt, dass die Planungspflicht sowie die Koordination bei der Planung, Finanzierung und Belegung der Spitäler von den Kantonen konsequent wahrgenommen werden. Mit den Beiträgen (= Sockelbeiträgen) der Kantone an die Betriebskosten der öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler wird dem Grundsatz Rechnung getragen, dass Steuerkompetenz und Finanzierungspflicht übereinstimmen sollen. Dies soll zu einer Optimierung der Ressourcennutzung und folglich zur Kosteneindämmung beitragen.

Gründe für die Einführung der dualen Spitalfinanzierung im Rahmen des KVG

Für die duale Art der Spitalfinanzierung sprachen bei der Ausgestaltung des KVG zwei Gründe: ein Verteilungs- und ein Kostenkontrollargument. Unter Verteilungsgesichtspunkten wäre eine reine Finanzierung über Kopfprämien nach vorherrschender Ansicht zu regressiv gewesen und hätte damit politisch auch kaum Chancen gehabt. Gleichzeitig wurde aber auch ein Wechsel auf eine reine Steuerlösung, welche die Kopfprämie als zentrales Wettbewerbsselement aus dem KVG eliminiert hätte, als politisch nicht opportun empfunden. Die heute bestehende duale Finanzierung stellte somit einen Kompromiss dar. Indem

Duale Spitalfinanzierung



die Kosten des Spitalbereichs zum Teil durch progressiv zum Einkommen und Vermögen erhobene Steuern finanziert sind, ergibt sich – im Vergleich mit einem rein durch einkommensunabhängige Kopfprämien finanzierten System – eine sozialere Verteilung der Finanzierungslast. Neben diesem Verteilungsargument gibt die Objektsubventionierung den Kantonen aber auch ein Steuerungsinstrument zur Kostenkontrolle in die Hand.

Vom Konzept her gehört die duale Spitalfinanzierung eher zu einem planwirtschaftlichen (Globalbudget) Ansatz. Der Kanton nimmt über die Objektfinanzierung und weitere Regulierungsinstrumente (Spitalplanung bzw. Spitallisten; KVG Art. 39d und e) direkten Einfluss auf die Struktur des Spitalsektors.

„Vom Konzept her gehört die duale Spitalfinanzierung eher zu einem planwirtschaftlichen Ansatz.“

Nachteile der heutigen dualen Spitalfinanzierung

Die Probleme des heutigen Systems hängen im Wesentlichen mit den folgenden Faktoren zusammen:

- der Aufteilung der Finanzierungsverantwortung auf mehrere Akteure (Kanton und Versicherer) bei einseitiger Entscheidungsverantwortung (Kanton);
- der Objektfinanzierung und Defizitdeckung durch Kantone und Gemeinden;
- der kostentreibenden Vergütungsform (Tagespauschalen);
- und der einseitigen Subventionierung der stationären Leistungen.

Diese Systemmängel führen zu folgenden Wettbewerbsverzerrungen und Ineffizienzen:

- Interessenkonflikt der Kantone (Mehrfachrolle der Kantone): Aufgrund der Mehrfachrolle der Kantone im Rahmen der heutigen dualen Spitalfinanzierung als Spitalbetreiber, Spitalplaner, Finanzierer und Schiedsrichter bei Tarifstreitigkeiten stehen die Kantone in einem Interessenkonflikt. So ist beispielsweise das Interesse der Kantone an Tarifsenkungen beschränkt, da sinkende Tarife zu höheren Defiziten führen, die wiederum von den Kantonen getragen werden müssen (Defizitgarantie für öffentliche und öffentlich subventionierte Spitäler). Das limitierte Interesse der Kantone an Tarifsenkungen im stationären Bereich wirkt sich insbesondere dann nachteilig aus, wenn sich die Krankenkassen und Spitäler nicht auf einen Tarifvertrag einigen können. Gemäss Art. 47 KVG kommt dem Kanton in diesem Fall die Schiedsrichterrolle zu. Die Kantone sind somit Partei und Schiedsrichter zugleich. Diese Mehrfachrolle und die Tatsache, dass die öffentlichen Spitäler als Gruppe (die öffentlichen Spitäler decken 80 bis

90 Prozent des Marktes ab) geschlossen auftreten, ermöglicht es den Kantonen, zumindest einen Teil des Kostendrucks von Seiten der Krankenkassen abzublocken und Strukturbereinigungen (z.B. Abbau von Überkapazitäten) aufzuhalten oder zu verzögern. Die einzelnen Krankenkassen können deshalb die Nachfragemacht nicht ausspielen. Doch haben die Versicherer die Möglichkeit, gegen ihres Erachtens zu hohe Tarife beim Bundesamt Beschwerde zu führen. Bei den heutigen

Entscheidungs- und Finanzierungsstrukturen in den Spitälern versuchen die meisten Spitäler,

fehlende Deckungsbeiträge durch höhere Einnahmen zu kompensieren und eine Bereinigung auf der Angebotsseite zu meiden – ein Denken, das längerfristig nicht haltbar ist. Da zudem der Kanton Besitzer der öffentlichen Spitäler ist, werden Entscheide über den Abbau von Spitalbetten meist politisch gefällt bzw. eben nicht gefällt.

- Mangel an Wettbewerb unter den Spitälern: Aufgrund der Einflussnahme des Kantons auf den Tarif, der Defizitdeckung, des Kontrahierungszwangs und der fehlenden eigenen Rechtspersönlichkeit der öffentlichen Spitäler ist der Wettbewerb im stationären Sektor nur beschränkt möglich. Nicht konkurrenzfähige Spitäler können überleben, indem sie höhere Pauschalen für ihre Leistungen verlangen und, wenn kein Vertrag zustande kommt, von den Kantonen aufgrund ihrer Schiedsrichterrolle unterstützt werden.
- Kostenverzerrung zwischen stationärem Sektor einerseits und ambulantem und teilstationärem Sektor andererseits: Die Kosten des ambulanten Sektors werden heute allein von den Versicherern (abgesehen vom Selbstbehalt und der Franchise der Versicherten) getragen. Im stationären Sektor hingegen teilen sich die Kantone und die Versicherer gemäss der oben beschriebenen dualen Finanzierung die anrechenbaren Betriebskosten. Da der Kanton nur die stationäre Behandlung subventioniert, kommt es zu einer Verzerrung der relativen Kosten für die Kostenträger zwischen stationärer Behandlung einerseits, teilstationärer und ambulanter Behandlung andererseits. Aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts wird zunehmend eine Verlagerung aus dem aus volkswirtschaftlicher Perspektive teureren stationären in den billigeren teilstationären und ambulanten Bereich möglich. Das volkswirtschaftliche Sparpotenzial dieser Verlagerung kann wegen der einseitigen Subventionierung des stationären Bereichs aber nur beschränkt zum Tragen

kommen, da die genannte Verschiebung die Kantone entlastet, die Versicherer aber belastet. Letzteren fehlen somit Anreize zu mehr Verlagerung in den teilstationären und ambulanten Bereich.

- Das Prinzip der Deckung der anrechenbaren Kosten (Kostendeckungsprinzip bzw. Defizitdeckungsprinzip): Im dualen Finanzierungssystem wird ungeachtet des Preis-Leistungs-Verhältnisses eine Garantie der Kostendeckung statuiert. Es werden Kosten anstatt Leistungen finanziert. Dieses Prinzip der Deckung der anrechenbaren Kosten bedeutet, dass zumeist die gesamten Betriebsdefizite der öffentlichen Spitäler von der öffentlichen Hand getragen werden. Solche Rahmenbedingungen stehen im Widerspruch mit dem KVG-Ziel der Kosteneindämmung, bilden wenig Anreiz zu betriebswirtschaftlichem Denken und führen zum Fortbestehen von eigentlich nicht konkurrenzfähigen Spitälern.
- Streitigkeiten zwischen Leistungserbringern und Versicherern bezüglich anrechenbarer Kosten und Abgrenzung der Leistungen: Insbesondere die zwischen Kantonen und Versicherern geteilte Finanzierungsverantwortung bei einseitiger Entscheidungsverantwortung auf Seiten des Kantons sowie das Kostendeckungsprinzip sind verantwortlich für den Mangel an Kostentransparenz im dualen System. Dies führt dazu, dass die massgebende Grösse für die heutige Spitalfinanzierung, die anrechenbaren Kosten, in vielen Fällen nur schwer bestimmbar ist. Folglich sind sich Krankenkassen und Leistungserbringer nicht einig, was 100 Prozent der anrechenbaren Betriebskosten entspricht. Zudem führt die heutige Regelung in vielen Fällen zu aufwändigen Abklärungen und Querelen darüber, wer welchen Teil der Kosten zu übernehmen hat, beispielsweise bezüglich der Abgrenzung stationärer von teilstationären Leistungen.
- Fragliche Tauglichkeit der Spitalplanung: Die Tauglichkeit der Spitalplanung und der Spitalisten als mittel- und längerfristige wirksame Steuerungsinstrumente der Gesundheitsversorgung ist abgesehen von ihrem planwirtschaftlichen Charakter auch sonst in Frage zu stellen. Erstens bezieht die Spitalplanung den ambulanten und teilstationären Bereich nicht ein. Zweitens sind überregionale oder gar landesweite inhaltliche Abstimmungen der Spitalplanungen nicht vorhanden, sodass das Einzugsgebiet der Spitäler eines Kantons oftmals zu klein ist, um das für die Qualität einer medizi-

nischen Leistung nötige Volumen zu erreichen. Drittens nehmen die Kantone die Spitalplanung nicht nur auf-

„Das volkswirtschaftliche Sparpotenzial des medizinisch-technischen Fortschritts kann wegen der einseitigen Subventionierung des stationären Bereichs nur beschränkt zum Tragen kommen.“

grund des Bedarfs der Bevölkerung, sondern auch aufgrund anderer Einflussfaktoren, zum Beispiel der politischen Opportunität, vor. Die Tat-

sache, dass die Verantwortung für die Spitalplanung beim Kanton liegt, macht die Schliessung von Spitälern und den Abbau der Bettenkapazität zu einer politischen Entscheidung, bei der häufig nicht die ökonomische Vernunft, sondern regionalpolitische und andere Gründe ausschlaggebend sind.

- Benachteiligung von alternativen Versicherungsmodellen (Managed-Care-Modelle): Die heutige Spitalfinanzierung benachteiligt alternative Versicherungsmodelle. Aufgrund der bisherigen Datenlage scheint es, dass Health Maintenance Organisations (HMOs) ihre Kostenersparnisse im Vergleich zur konventionellen Versicherung zum grössten Teil über geringere Hospitalisationsraten und kürzere Spitalaufenthaltsdauer erzielen. Wegen der einseitigen Subventionierung der stationären Leistungen können sie nur einen Teil der effektiven Kosteneinsparung selber realisieren und in Form reduzierter Prämien an ihre Versicherten weitergeben. Mehr als die Hälfte dieser Kosteneinsparungen kommt der öffentlichen Hand zugute. Dadurch wird die Entwicklung der Managed-Care-Modelle behindert und der an sich mögliche Wettbewerbs- und Kostendruck stark reduziert. Seit die Sockelbeiträge der Kantone auch an die Zusatzversicherten und nicht nur die Grundversicherten an öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern bezahlt werden, was im Nachgang der EVG-Urteile von 1997 bei ausserkantonalen Spitalaufenthalten und dem EVG-Urteil von 2001 sowie im Rahmen des dringlichen Bundesgesetzes von 2002 bei innerkantonalen Spitalaufenthalten bereits der Fall ist und aufgrund der Rechtsgleichheit aller Versicherten Sinn macht, wird der stationäre Sektor noch stärker subventioniert. Damit hat die Benachteiligung der alternativen Versicherungsmodelle zugenommen.
- Benachteiligung der Privatspitäler: Die Privatspitäler sind gegenüber den öffentlichen Spitälern benachteiligt, weil sie den Krankenversicherungen für gleiche Leistungen höhere Preise (Tarife) verlangen müssen, da sie keine kantonalen Subventionen erhalten. Die Benachteiligung ist bedeutend grösser geworden, seit die Kantone auch (gemäss EVG-Urteile 1997 für ausserkan-

tonale Spitalaufenthalte und EVG-Urteil 2001 sowie dringliches Bundesgesetz 2002 für innerkantonale Spitalaufenthalte) an die Behandlung von Zusatzversicherten in öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern, aber nicht in privaten Spitälern, Sockelbeiträge bezahlen müssen. Davor bezahlten die Kantone die Beiträge nur bei Grundversicherten in öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern. Damit bestand die Bevorzugung der öffentlichen Spitäler bei Zusatzversicherten darin, dass diese ihre Kapitalkosten nicht über eigene Einnahmen decken mussten. Neu haben die Zusatzversicherten in öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern ebenfalls Anspruch auf einen Kantonsbeitrag an die mit der Behandlung verbundenen Betriebskosten. Dadurch erhalten die öffentlichen Spitäler einen zusätzlichen, weitaus gewichtigeren Kostenvorteil gegenüber privaten Spitälern. Blicke diese zurzeit im dringlichen Bundesgesetz befristete Regelung bestehen, so ergäben sich wegen dieser Kostenvorteile für die Zusatzversicherten je nach Spitalträgerschaft stark unterschiedliche Kosten pro Behandlungsfall. Als Folge davon würden sich in kurzer Zeit zwei verschiedene Zusatzversicherungsprodukte herausbilden. Eine günstigere Variante, bei welcher der zusatzversicherte Patient sich nur in öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern behandeln lassen könnte, und eine teurere Variante, welche auch die Kosten von Leistungen decken würde, die in Privatspitälern erbracht werden. Diese Verzerrungen zwischen Zusatz- und Grundversicherung würden sich damit zwar auf die Versicherten mit der zweiten Versicherungsvariante beschränken. Gleichzeitig würden sich für die beiden Versicherungsprodukte aber stark differenzierte Prämien ergeben. Somit wäre mit einem substanziellen Wechsel von Zusatzversicherten zu Variante eins zu rechnen. Ohne Zweifel wären viele Privatspitäler als Folge einer so ausgeprägten Diskriminierung in ihrer Existenz gefährdet. Zudem ist eine solche Entwicklung mit dem KVG nicht kompatibel, weil dieses eine angemessene Berücksichtigung der Privatspitäler verlangt (KVG Art. 39d).

- Indirekte Quersubventionierung der Grundversicherung durch die Zusatzversicherung: Die Grundversicherung wird im heutigen System auf zwei Wegen durch die Zusatzversicherung quersubventioniert. Erstens: Obwohl die Zusatzversicherten über Steuern die Grundversicherung mitfinanzieren, wurden ihnen in der Vergangenheit die gesamten Behandlungskosten aufgebürdet.

„Viele Privatspitäler wären als Folge einer ausgeprägten Diskriminierung in ihrer Existenz gefährdet.“

Der Kanton weigerte sich nämlich, der eigentlich bereits im heutigen KVG enthaltenen Sockelbeitragspflicht für Zusatzversicherte nachzukommen. Aufgrund der EVG-Urteile von 1997 und 2001 sowie dem dringlichen Bundesgesetz von 2002 über innerkantonale Spitalaufenthalte (dBG) müssen die Kantone jetzt zwar auch an Zusatz-

versicherte Sockelbeiträge leisten, doch nur in öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern, nicht aber in Privatspitälern. Zudem sind die Sockelbeiträge an die Zusatzversicherten gemäss dBG immer noch kleiner als diejenigen an die Allgemeinversicherten. Zweitens sind die Tarife bei praktisch allen Leistungspositionen (z.B. Blinddarmoperation) für Zusatzversicherte wesentlich höher. In öffentlichen Spitälern wird ein Teil des so erzielten Mehrertrags durch das Spital abgeschöpft und zur Defizitreduktion in der allgemeinen Abteilung verwendet.

Die Umsetzung der EVG-Urteile und des dBG hat die Quersubventionierung der ausschliesslich Grundversicherten durch die Zusatzversicherten zwar deutlich reduziert, aber nicht vollständig aufgehoben.

Dual-fixe Spitalfinanzierung

Was versteht man unter dual-fixer Spitalfinanzierung?

Unter einer dual-fixen Spitalfinanzierung versteht man die Finanzierung der Spitalkosten durch zwei Akteure nach einem fixen Kostenverteilungsschlüssel. Dieser kann paritätisch (Akteur A 50 Prozent und Akteur B 50 Prozent) sein oder eine beliebige Aufteilung der Kosten vorsehen (z.B. Akteur A 40 Prozent und Akteur B 60 Prozent). Welche Kosten in den Verteilungsschlüssel einbezogen werden (nur anrechenbare Kosten bzw. Kosten für Leistungen oder auch Investitionskosten) und ob sich das dual-fixe Finanzierungsregime nur auf die öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler oder auch auf die privaten Spitäler bezieht, muss zusätzlich festgelegt werden und bestimmt die finanziellen Auswirkungen für die Kantone und die Versicherer bzw. die Versicherten. Somit sind viele verschiedene Varianten denkbar.

Für einen Einbezug der Investitionskosten in den Finanzierungsschlüssel spricht, dass Investitionen nie unabhängig vom Betrieb sind. Sie haben immer einen Einfluss auf die Betriebskosten (Leistungsangebot, Abschreibungen). Mit der Entstehung neuer Finanzierungsformen, insbesondere Leasing, ist der Übergang zwischen Investitions- und

Betriebskosten zudem fliessend geworden. Dies rechtfertigt eine ganzheitliche Sicht im Sinne der gleichen Finanzierungsregelung für Betriebs- und Investitionskosten.

Für einen Einbezug der Privatspitäler in das Finanzierungsregime spricht, dass private Anbieter nicht von Gesetzes wegen benachteiligt werden sollten. Zudem ist davon auszugehen, dass die auf die kantonalen Listen aufgenommenen privaten Institutionen für die Versorgung der Bevölkerung notwendig sind und somit Anspruch auf einen Sockelbeitrag des Kantons haben. Der Einbezug der Privatspitäler in das Finanzierungsregime sollte deshalb zwecks Gleichberechtigung aller für die Versorgung der Bevölkerung notwendigen Spitäler und zur Vermeidung von Wettbewerbsverzerrungen angestrebt werden. Solche entstehen, wenn nur ein Teil der Institutionen zur Abgeltung ihres Versorgungsauftrags Beiträge der öffentlichen Hand erhält. Allerdings muss im Gegenzug auch ein Rosinenpicken der Privatspitäler im Sinne einer Beschränkung auf besonders lukrative Leistungen verhindert werden. Ansonsten würden die privaten gegenüber den öffentlichen Anbietern bevorzugt, da letztere erstens den Aufnahmezwang für alle Patienten kennen und zweitens zur Gewährleistung der Versorgungssicherheit ein breiteres Leistungsangebot aufweisen müssen.

Bei jeder Spitalfinanzierungsform muss auch die Vergütungsform definiert werden. Die Wahl der Vergütungsform ist aber ein von der Spitalfinanzierungsform unabhängiger Entscheid. Eine bestimmte Form von Spitalfinanzierung kann grundsätzlich mit jeder Vergütungsform verknüpft werden. Probleme, die mit der Vergütungsform zusammenhängen, dürfen somit nicht der Spitalfinanzierungsform angelastet werden.

rungsform angelastet werden.

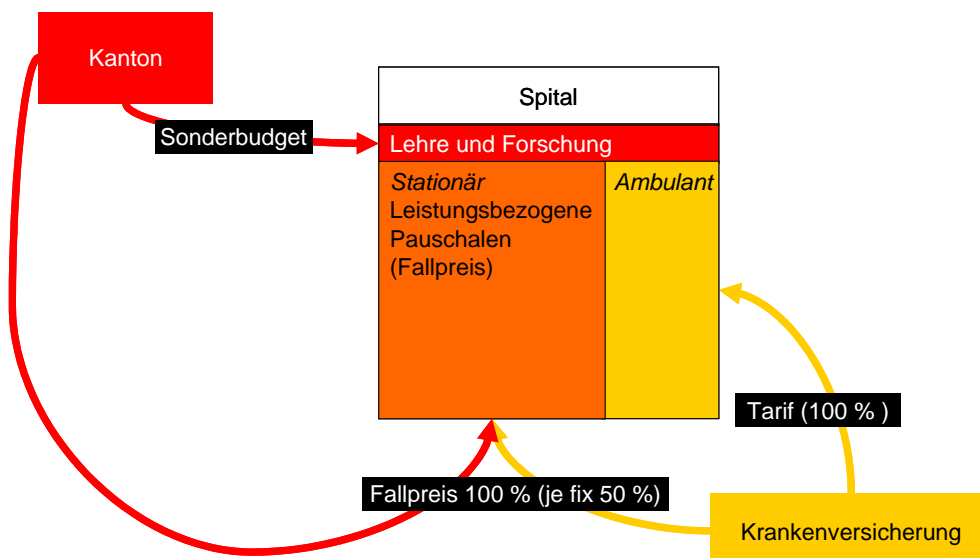
Nachfolgend wird als ein Beispiel für eine mögliche Variante einer dual-fixen Spitalfinanzierung der bundesrätliche Botschaftsentwurf zur Spitalfinanzierung der KVG-Reform 2004 erläutert.

Die dual-fixe Spitalfinanzierung des bundesrätlichen Botschaftsentwurfs 2004

Der Bundesrat übernimmt in der laufenden KVG-Reform im Wesentlichen die Resultate der im vergangenen Dezember gescheiterten 2. KVG-Revision und schlägt im Vergleich zur dualen Finanzierung folgende Neuerungen vor:

- Es soll ein Wechsel von der heutigen Objektfinanzierung (= Institutsfinanzierung) mit Subventionen und Defizitdeckung zu einer wettbewerbstaughen leistungsorientierten Abgeltung (Subjektfinanzierung = Leistungsfinanzierung) mit Fallkostenpauschalen stattfinden. Das heisst, nicht mehr die anrechenbaren Kosten eines Spitals als Betrieb insgesamt, sondern die effektiv erbrachten einzelnen Leistungen sollen abgegolten werden.
- Es sollen die Leistungen sowohl der öffentlichen als auch der privaten Spitäler, die in die kantonale Planung aufgenommen sind, entschädigt werden (Einbezug der Privatspitäler ins Planungs- und Finanzierungsregime).
- Die Leistungen sollen unter Einbezug der Investitionskosten sowohl bei öffentlichen als auch bei privaten Spitälern genau je zur Hälfte durch die Kantone und die Krankenversicherer finanziert werden (so genannte dual-fixe Spitalfinanzierung mit Einbezug der Investi-

Dual-fixe Spitalfinanzierung



onskosten). Das heisst Kantone und Versicherer bezahlen je 50 Prozent der Fallpauschalen. Die Lehre und Forschung bezahlt der Kanton weiterhin alleine über ein Sonderbudget.

- Zudem auferlegt sich der Bundesrat die Pflicht, dem Parlament innerhalb von drei Jahren ab Inkrafttreten der dual-fixen Spitalfinanzierung einen Vorschlag für eine monistische Spitalfinanzierung zu unterbreiten.

Vorteile der dual-fixen Spitalfinanzierung (Botschaft des Bundesrats)

Gegenüber der heutigen dualen Finanzierungspraxis bringt der Vorschlag des Bundesrats einige substantielle Verbesserungen:

- Dual-fixer Kostenverteilungsschlüssel: Die fixe Kostenaufteilung zwischen Kantonen und Versicherern bezüglich des stationären Sektors verhindert Streitigkeiten zwischen den zwei Akteuren bezüglich des Kostendeckungsgrads, ermöglicht eine bessere Budgetplanung und führt zu einer gesamtschweizerischen Harmonisierung in diesem Bereich. Weil Investitionen amortisiert werden müssen, entsteht ein Anreiz zum Abbau von Überkapazitäten in den Spitälern.
- Von der Objektfinanzierung zur Leistungsfinanzierung: Bei der Objektfinanzierung des dualen Systems werden die Preise unabhängig von den tatsächlichen Kosten als Tarif ausgehandelt oder vom Anbieter bestimmt. Dieser Tatbestand sowie die Defizitdeckung erlauben es den Spitälern, ein umfassendes Leistungsspektrum anzubieten, ohne sich dabei um die Nachfrage zu kümmern. Die im bundesrätlichen Vorschlag für eine dual-fixe Spitalfinanzierung vorgeschlagene leistungsorientierte Abgeltung hingegen zwingt die Spitäler zu prüfen, welche Dienste sie kostendeckend erbringen können und welche sie mit Vorteil einem Konkurrenten überlassen. Dies führt zu einer medizinischen Schwerpunktbildung mit eigentlichen Kompetenzzentren, die auf politischem Weg erwiesenermassen kaum realisierbar ist. Die Spezialisierung der Spitäler wiederum verbessert die Qualität, da diese wesentlich vom Volumen einer erbrachten Leistung abhängt. Zudem wird durch die leistungsbezogene Finanzierung die Vergleichbarkeit der Produkte der Spitäler sowie die Transparenz verbessert, was zu einer Stärkung des Wettbewerbs unter den Leistungserbringern führt. Der Zwang zu mehr Eigenständigkeit und Wirtschaftlichkeit unter den Spitälern wird verstärkt, der unternehmerische Gestaltungsspielraum der Spitäler nimmt zu. Zu-

„Der Interessenkonflikt der Kantone, der Mangel an Wettbewerb unter den Spitälern, die Kostenverzerrung zwischen ambulantem und stationärem Sektor sowie die Benachteiligung der Managed-Care-Modelle werden nicht beseitigt.“

sammenfassend ist von der leistungsorientierten Abgeltung eine Kosteneindämmung durch Beseitigung ökonomischer Fehlanreize verbunden mit einer Qualitätsverbesserung zu erwarten.

- Einbezug der Privatspitäler: Durch den Einbezug der privaten Listenspitäler ins gleiche Finanzierungsregime wie dasjenige der öffentlichen Spitäler werden die privaten Anbieter theoretisch gleichberechtigt. Praktisch besteht jedoch, solange der Kanton als Eigentümer der öffentlichen Spitäler die Spitallisten erstellt, immer die Gefahr, dass die privaten Institutionen bezüglich der Aufnahme auf die Listen im Vergleich zu den öffentlichen benachteiligt werden. Die Situation der Privatspitäler könnte sich gegenüber heute unter der dual-fixen Spitalfinanzierung sogar verschlechtern, falls die Kantone mit der Aufnahme der privaten Anbieter auf die Liste wegen der damit verbundenen Sockelbeitragspflicht zurückhaltender würden. Dies deshalb, da die Aufnahme auf die Liste für das Privatspital neben dem Anspruch auf den Kantonsbeitrag auch die Voraussetzung zur Abrechnung zu Lasten der OKP beinhaltet. Private Anbieter ohne Anspruch auf Kantonsbeiträge und ohne die Möglichkeit zu Lasten der OKP abzurechnen, hätten kaum eine Überlebenschance.
- Reduzierte Quersubventionierung der Grundversicherung durch die Zusatzversicherung: Die indirekte Quersubventionierung der Grundversicherten durch die Zusatzversicherten wird mit der dual-fixen Spitalfinanzierung weiter reduziert, weil neu auch Zusatzversicherte der Privatspitäler in den Genuss von Kantonsbeiträgen gelangen. Eine gewisse Quersubventionierung bleibt aber infolge der höheren Tarife für die halbprivat und privat Versicherten bestehen.

Nachteile der dual-fixen Spitalfinanzierung (Botschaftsentwurf des Bundesrats)

Unter der dual-fixen Spitalfinanzierung bleiben wesentliche Nachteile des dualen Systems fortbestehen. So werden der Interessenkonflikt der Kantone, der Mangel an Wettbewerb unter den Spitälern, die Kostenverzerrung zwischen ambulantem und stationärem Sektor sowie die Benachteiligung der Managed-Care-Modelle nicht beseitigt. Zudem bleibt die Rechtsform der öffentlichen Spitäler bestehen. Sie verbleiben weiterhin im Besitz der Kantone und Gemeinden. Ein wesentlicher Nachteil ist auch die vorgeschlagene hälftige Kostenaufteilung zwischen Kanton und Versicherer. Diese bedeutet aufgrund von

Schätzungen ein Nullsummenspiel für die Kantone und für die Versicherer bezogen auf die Grundversicherung eine Mehrbelastung von je nach Schätzung 400 Mio. bis 1,2 Mrd. Franken bei einer Entlastung der Zusatzversicherung. Diese Mehrbelastung hätte einen Prämienanstieg in der OKP von bis zu zehn Prozent, verteilt auf etwa drei Jahre, zur Folge. Ein so massiver Prämienanstieg wird zu neuen Diskussionen über die Finanzierungsform der Grundversicherung führen und den Druck für zusätzliche Prämienverbilligungen verstärken. Insbesondere Familien und der Mittelstand, der nicht von Prämienverbilligungen profitiert, werden darunter leiden.

Monistische Spitalfinanzierung

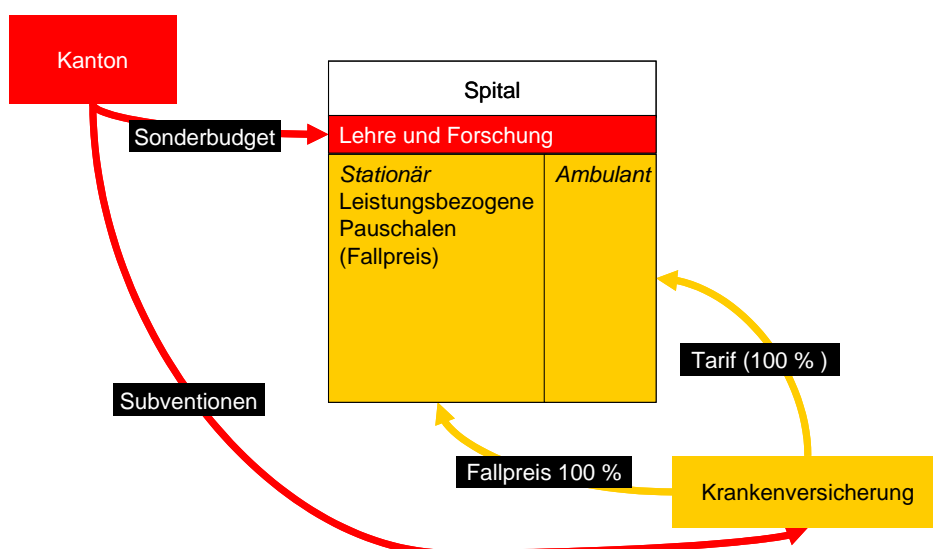
Was versteht man unter monistischer Spitalfinanzierung?

Kennzeichnend für ein monistisches Finanzierungssystem ist, dass die Spitalfinanzierung – im Gegensatz zu den dualen und dual-fixen Ansätzen – ausschliesslich aus einer Quelle erfolgt und die formale Finanzierungsverantwortung (Zahllast) bei einem Akteur, dem Monisten liegt. Zudem werden alle KVG-Leistungen, seien sie ambulant, teilstationär oder stationär, vom Kanton subventioniert. Die stationären Leistungserbringer müssen dem Monisten die vollen Kosten ihrer Leistungen in Rechnung stellen, da die Defizitgarantie des Kantons aufgehoben wird. Den Leistungserbringern steht nur noch ein Kostenträger (der Monist) gegenüber, und es gibt nur noch eine Zahlstelle, an die eine Rechnung jeweils eingereicht werden kann und die diese nach erfolgter Kontrolle auch begleicht. Woher dieser Akteur seine Mittel bezieht, bleibt dabei offen.

Möglich sind eine ausschliessliche Finanzierung über Steuern oder Prämien oder eine Mischfinanzierung zwischen Prämien- und Steuerfinanzierung, wie sie auch das Krankenversicherungsgesetz kennt. Welcher Anteil der Gesundheitskosten über Steuern und welcher über Prämien finanziert werden soll, ist eine politische Entscheidung, die unabhängig von der Frage der monistischen Finanzierung getroffen werden muss. Eine monistische Finanzierung kann nämlich plan- oder marktwirtschaftlich ausgestaltet werden. Monistische Finanzierung bedeutet für sich genommen auch nicht, dass der Kontrahierungszwang und damit die kantonale Spitalplanung zwangsläufig aufgehoben werden müssen.

Monistische Finanzierungsmodelle können sich grundsätzlich in drei Dimensionen unterscheiden: 1) Welcher Akteur übernimmt die Rolle des Monisten? 2) Wie werden die kantonalen Finanzierungsbeiträge rechtlich geregelt? 3) Wie werden die kantonalen Finanzierungsbeiträge in das System eingespiessen? Für jede dieser Dimensionen gibt es mehrere Varianten. Jedes monistische Finanzierungsmodell setzt sich dann aus je einem Baustein auf jeder dieser drei Ebenen zusammen. Diese Bausteine lassen sich im Prinzip beliebig miteinander kombinieren. Die einzelnen Modelle unterscheiden sich einerseits dadurch, in welchem Ausmass sie die Ineffizienzen des heutigen Systems zu beseitigen vermögen. Andererseits sind die Möglichkeiten einer aktiven kantonalen Gesundheitspolitik (Spitalplanung usw.) in den einzelnen Varianten unterschiedlich gross. Welches Finanzierungsmodell im Vordergrund steht, hängt somit vor allem vom rechtlichen Umfeld und der von der Politik gewünschten Form des Gesundheitswesens (Planwirtschaft oder Wettbewerbsmo-

Monistische Spitalfinanzierung



dell) ab.

Welcher Akteur übernimmt die Rolle des Monisten?

In Frage kommen für die Übernahme dieser Funktion grundsätzlich die Krankenversicherer und Managed-Care-Organisationen (MCOs), eine Einheitskasse, die Kantone, der Bund und zu schaffende kantonsübergreifende Spitalregionen. Die Frage, welche Institution(en) die Rolle des Monisten übernehmen sollte(n), ist eng verknüpft mit der politisch als erwünscht betrachteten Organisationsform des Gesundheitswesens. Soll das Gesundheitswesen wettbewerbsorientiert ausgestaltet werden, kommen nur die Krankenversicherer sowie die MCOs mit eigener Rechtspersönlichkeit dafür in Frage. Bei planwirtschaftlicher Ausgestaltung des Gesundheitswesens, z.B. im Rahmen eines Globalbudgetmodells, sind Spitalregionen, der Bund oder der Kanton für diese Rolle in Betracht zu ziehen.

Aufgrund der geltenden Ausgestaltung des KVG, bei der der Kassenwettbewerb ein zentrales Element darstellt, stehen für die Rolle des Monisten die Krankenversicherer und MCOs im Vordergrund. Zudem nehmen die Versicherer diese Funktion bereits heute im ambulanten Bereich wahr. Soll das Gesundheitswesen stärker wettbewerbsorientiert ausgestaltet werden, was eine der Hauptstossrichtungen der aktuellen KVG-Reform ist, kommen nur sie für diese Rolle in Frage. Die Effizienz der wettbewerblichen Organisation beruht ja gerade darauf, dass sich bei der Markttransaktion unabhängige Anbieter und Nachfrager gegenüberstehen. Durch die Krankenversicherer und die MCOs in der Rolle des Monisten würde die Nachfrageseite tendenziell gestärkt. Bei einer Aufweichung oder Aufhebung des Kontrahierungszwangs wären Entscheid- und Finanzierungs kompetenz bei den gleichen Institutionen vereinigt.

Wie werden die kantonalen Finanzierungsbeiträge bestimmt und rechtlich geregelt?

Zuerst muss bei einem Wechsel zu einem monistischen Finanzierungssystem der Anteil der Kantone an der Finanzierung der grundversicherten Leistungen bestimmt werden. Diese Frage ist politisch brisant, weil mit der Festlegung dieses Finanzierungsschlüssels die Verteilung der Finanzierungslast vorbestimmt wird. Die Finanzierung der grundversicherten Leistungen ist bei gegebener Höhe der Prämienbeiträge umso regressiver, je kleiner der Kantonsanteil ist und umgekehrt. Die Festlegung dieses Schlüssels stellt eine politische Wahlvariable dar. Je nach den vorherrschenden politischen Präferenzen kann man beim Übergang auf ein monistisches System die heutigen Kantonsanteile durch entsprechende Vorgaben im KVG konstant halten oder sie nach oben oder unten verschieben.

Was die gesetzliche Regelung dieser Anteile anbelangt,

so ist bei der Einführung des Monismus die Frage zentral, ob und wenn ja in welcher Form man auf Bundesebene den Kantonen vorschreiben sollte, welche Finanzierungsanteile sie übernehmen müssten. Es handelt sich dabei wieder um eine politische Entscheidung, die sowohl die Kompetenzverteilung zwischen Bund und Kantonen als auch die Verteilungswirkungen des Gesundheitswesens tangiert. Als Varianten kommen drei Bundeslösungen (Variante 1 bis 3) und ein föderalistischer Ansatz (Variante 4) in Frage: (1) ein verbindlicher für alle Kantone einheitlicher Mindestanteil an den gesamten OKP-Kosten, (2) kantonspezifische Mindestanteile an den gesamten OKP-Kosten, (3) ein verbindlicher Mindestanteil an den gesamten Spitalkosten und (4) ein föderalistischer Ansatz, mit welchem auf eine Vorschrift im KVG überhaupt verzichtet und die Festlegung der Kantonsbeiträge den Kantonen überlassen wird. Wird eine Bundeslösung (Variante 1 bis 3) als erwünscht angesehen, so ist eine Gleichbehandlung der Kantone anzustreben. Dies ist bei der Variante (2) nicht der Fall. Der zentrale Vorteil von Variante (1) gegenüber der Variante (3) besteht darin, dass sie den kantonalen Finanzierungsanteil auch dann konstant hält, wenn der Anteil der Spitalkosten an den gesamten Gesundheitskosten abnimmt. Somit ist bei einer Bundeslösung Variante (1) der Vorzug zu geben. Steht hingegen eine föderalistische Lösung im Vordergrund, so ist die Variante (4) zu priorisieren.

Wie werden die kantonalen Finanzierungsbeiträge ins System eingespielen?

Die Arbeitsgruppe um Prof. Leu stellt in ihrem Expertenbericht im Rahmen der Vorarbeiten der 3. KVG-Revision zur monistischen Spitalfinanzierung sechs Varianten vor, wie die in Abhängigkeit der gesamten OKP-Kosten der Vorperiode festgelegten Finanzierungsbeiträge auf die einzelnen Kassen/MCOs und über die Nachfrageseite als Subjektsubventionen ins Gesundheitswesen eingespielen werden können: (1) pro Kopf an die Kassen/MCOs; (2) teils über einen Hochrisiko-(Hochkosten-)pool und teils pro Kopf an die Kassen/MCOs; (3) gemäss OKP-Kosten in der Vorperiode an Krankenkassen/MCOs; (4) in Form zweckgebundener Gutscheine (Voucher) an die Versicherten; (5) vollumfänglich über das (modifizierte) Prämienbeitragsystem und (6) über Steuergutschriften. Da sich bei den Varianten 2 und 3 unerwünschte Anreizeffekte ergeben, auf die hier nicht näher eingegangen werden soll, und die Varianten 5 und 6 grössere praktische und politische Umsetzungsprobleme aufweisen, verbleiben die Varianten 1 und 4. Diese unterscheiden sich lediglich darin, ob die Kantonsbeiträge direkt oder indirekt über die Versicherten an die Krankenversicherer fließen. Da Variante (1) administrativ einfacher zu handhaben und politisch leichter

umzusetzen ist, steht sie damit im Vordergrund. Nach Ansicht der GesundheitsökonomInnen setzt diese Variante allerdings voraus, dass der Risikoausgleich verbessert wird. Ohne eine solche Verbesserung würden sich die auf die unterschiedlichen Risikostrukturen im Versichertenbestand zurückzuführenden Kostenunterschiede der Versicherer verschärfen und die Risikoselektion verstärken.

Monistische Finanzierungsmodelle können sich abgesehen von den oben genannten drei Dimensionen auch wesentlich bezüglich der Entscheide betreffend der Spitalplanung (Planung versus keine Planung), des Kontrahierungszwangs (Kontrahierungszwang versus Vertragsfreiheit) und der Rechtsform der öffentlichen Spitäler (im Besitz des Kantons oder verselbstständigt) unterscheiden. Je nach Gestaltung dieser drei Elemente ist ein monistisches System eher wettbewerbsorientiert oder eher planwirtschaftlich ausgerichtet.

Spitalplanung versus keine Planung

Eine monistische Finanzierung ist auch bei einer integralen Planung der Spitalkapazitäten durch die Kantone möglich. Grundsätzlich sind aber Spitallisten in einem monistischen Finanzierungssystem ein Fremdkörper. In einem solchen System soll die Steuerung des Angebots ja über die Marktkräfte (die Nachfrage) erfolgen. Entsprechend erhalten die Spitäler auch keine direkten Subventionen mehr, sondern die öffentlichen Gelder gelangen über den Risikoausgleich direkt an die Versicherer. Spitallisten gehören demgegenüber in den Instrumentenkasten planwirtschaftlich organisierter Gesundheitssysteme (Globalbudgetierung), bei welchen die Steuerung ausschliesslich über die Angebotsseite erfolgt. In einem monistischen System mit Spitallisten wird die Kapazitätsentwicklung durch gesundheitspolitische Entscheide geplant und gesteuert, während bei der Tarifgestaltung das Wettbewerbselement im Vordergrund steht. Die zentrale Frage beim Instrument der Spitalliste ist, ob die Kantone als Eigentümer von Spitälern gewillt und in der Lage sind, bei der Erstellung der Spitalliste alle Spitäler und Abteilungen unabhängig von der Trägerschaft gleich zu behandeln. Ist dies nicht der Fall, bietet die Spitalliste den Kantonen ein geeignetes Instrument, um unliebsame Konkurrenten der öffentlichen Spitäler aus dem Markt zu verdrängen und den Wettbewerb einzuschränken. Ohne Spitalliste fällt die Aufgabe der Strukturbereinigung ausschliesslich den Marktkräften zu. Spitäler, die mit den ausgehandelten Tarifen (z.B. Fallpauschalen) nicht kostendeckend arbeiten können, wer-

den gezwungen, auszuscheiden.) Auch wenn die Spitalisten aufgehoben würden, käme den Kantonen immer noch eine ganze Reihe wichtiger Funktionen wie Sicherstellung einer flächendeckenden und qualitativ ausreichenden Versorgung, Finanzierung gemeinwirtschaftlicher Leistungen usw. zu.

Kontrahierungszwang versus Vertragsfreiheit

Dass eine monistische Finanzierung mit dem Vertragszwang zwischen Kassen und Leistungserbringern kombiniert werden kann, zeigt der ambulante Bereich, in dem die Krankenkassen bereits heute die Rolle des Monisten spielen. Eine monistische Finanzierung setzt die Aufhebung des

„Die effizienzfördernden Wirkungen des Monismus kommen erst bei einer Lockerung oder Aufhebung des Vertragszwangs auch stationär voll zur Geltung.“

Vertragszwangs also nicht zwingend voraus. Allerdings kommen die effizienzfördernden Wirkungen des Monismus erst bei einer Lockerung oder Aufhebung des Vertragszwangs auch stationär voll zur Geltung. Durch die Einführung der Vertragsfreiheit stationär entstünden erstmals im Spitalsektor Märkte im ökonomischen Sinn, auf denen sich Leistungserbringer und Leistungseinkäufer (Krankenkassen/MCOs als Monisten) als autonome Handlungseinheiten gegenüberstünden und sich die Krankenversicherer und MCOs in einem Leistungswettbewerb konkurrenzieren.

Rechtsform der Spitäler

Wird ein Wettbewerbsmodell bei der monistischen Finanzierung angestrebt, so müssen die sich heute im Besitz der öffentlichen Hand befindenden Spitäler verselbstständigt werden durch Umwandlung in eine öffentlich-rechtliche oder private Aktiengesellschaft. Die Kantone und die Gemeinden können ein Aktienpaket erwerben und entsprechend ihrem Besitzanteil Einfluss auf die Unternehmensentscheide ausüben. Die rechtliche Verselbstständigung der Spitäler reduziert den oben erläuterten Interessenkonflikt der Kantone im Rahmen der dualen Finanzierung und bewirkt zudem, dass die Spitäler nicht mehr in gleichem Mass wie heute als Gruppe auftreten können. Damit ist eine Grundvoraussetzung für das Funktionieren eines echten Leistungswettbewerbs unter den Anbietern erfüllt und eine möglichst marktgerechte Konkurrenzsituation zwischen öffentlichen und privaten Spitälern geschaffen. Bei einer monistischen Finanzierung mit den Krankenkassen und MCOs in der Rolle des Monisten sowie verselbstständigten Spitälern wären bei allen Akteuren auf beiden Marktseiten Entscheidungskompetenz und Finan-

zierungsverantwortung jeweils in einer Hand zusammengefasst.

Vorteile der monistischen Finanzierung

- Der Interessenkonflikt des Kantons im Rahmen einer dualen oder dual-fixen Spitalfinanzierung wird je nach monistischem Modell entschärft oder aufgehoben. Die Eingriffsmöglichkeiten der kantonalen Gesundheitspolitik sind geringer als heute, weil die Kantone die Spitalstruktur ausser in Ausnahmefällen zur Aufrechterhaltung einer flächendeckenden Versorgung nicht mehr durch Subventionen und Defizitgarantie beeinflussen können. In einem monistischen Modell mit Spitalplanung und ohne Verselbstständigung der Spitäler wird jedoch der diskretionäre Entscheidungsspielraum der Kantone bei der Festlegung der Spitalliste nicht eliminiert. Bleibt die Schiedsrichterrolle des Kantons für den Fall eines vertragslosen Zustands zwischen Spitälern und Versicherern (Art. 47 KVG) bestehen, wirkt dies ebenfalls wettbewerbsverzerrend. Es stellt sich die Frage, ob bei Fehlen eines Tarifvertrags der Kanton die richtige Entscheidungsinstanz bildet.
- Die subventionsbedingte Kostenverzerrung zwischen stationären Behandlungen einerseits und teilstationären und ambulanten Behandlungen andererseits entfällt. Daraus ergibt sich eine bessere Allokation der Gesundheitsleistungen auf Behandlungsebene, weil die Wahl der Therapieform unter „Kostenwahrheit“ getroffen wird. Zudem entschärft sich die Abgrenzungsproblematik zwischen diesen Behandlungen, was die Einführung von diagnosespezifischen Fallpauschalen erleichtert.
- Die alternativen Versicherungsmodelle werden nicht mehr benachteiligt und können ihr Sparpotenzial voll ausschöpfen. Wird mit der Einführung des Monismus zudem die Bestimmung im KVG aufgehoben, wonach die Prämien der MCOs nicht mehr als 20 Prozent unter denen der traditionellen Versicherungssysteme liegen dürfen, können die MCO ihre geringeren Kosten vollumfänglich über niedrigere Prämien an die Versicherten weitergeben. Dadurch dürften ihre Attraktivität und ihr Marktanteil steigen. Es ergäbe sich ein verschärfter Prämienwettbewerb im Versicherungsreich.
- Die monistische Finanzierung erhöht die Kostentransparenz und verstärkt den Effizienzdruck, da es nur noch eine Finanzierungsquelle gibt und der Finanzierer Leis-

„Bei mangelhaftem Risikoausgleich besteht die Gefahr, dass der Anreiz zur Risikoselektion massiv verstärkt wird.“

tungsvergleiche unter den Leistungserbringern erstellen kann.

- Die monistische Finanzierung führt zu einem nachfrageseitigen Wettbewerbsdruck von den Versicherern (Monist), der sich direkt auf die Tarife und indirekt auf die Kapazitäten bzw. noch vorhandenen Spitalisten auswirkt. Spitäler (Abteilungen), die unter den ausgehandelten Tarifen nicht mehr kostendeckend zu arbeiten vermögen, verschwinden vom Markt bzw. bei korrekter Handhabung auch von einer allfälligen Spitalliste. Der Strukturwandel wird von der Nachfrageseite (Versicherer) her bereinigt, wobei die Kantone gemäss der Bundesverfassung weiterhin die Versorgungssicherheit gewährleisten müssen. Die Kantone besitzen bei einer monistischen Finanzierung nicht mehr die gleichen Anreize wie heute, die

Tarife der öffentlichen Spitäler hoch zu halten, weil sie ein allfälliges Defizit nicht mehr tragen müssen. Wie die Versicherer profitieren auch sie von möglichst niedrigen Tarifen. Entsprechend haben die Kantone ihrerseits Anreize, den Druck der Krankenversicherer auf die Tarife zu unterstützen.

Nachteile der monistischen Finanzierung

- Einschränkung der Budgethoheit der Kantone: Falls im KVG die Finanzierungsanteile der Kantone festgelegt werden, wird die Budgethoheit der Kantone insofern tangiert, als sie zu Beitragszahlungen verpflichtet werden, ohne über wesentliche Instrumente zur Kostenkontrolle zu verfügen.
- Verstärkung der Jagd auf gute Risiken: Falls die Kantonsbeiträge über den heutigen, mangelhaften Risikoausgleich abgewickelt werden, besteht nach Ansicht namhafter Gesundheitsökonomien die Gefahr, dass der Anreiz zur Risikoselektion massiv verstärkt wird. Das erhöhte Umverteilungsvolumen würde das Abschieben oder Abwimmeln von Versicherten mit hohem Kostenrisiko gegenüber heute noch deutlich profitabler machen.

Kommentar

Die wichtigste Vorlage der KVG-Reform 2004 ist aus ökonomischer Sicht die Spitalfinanzierung, da der stationäre Sektor beinahe einen Drittel der Kosten der OKP ausmacht. Der vom Bundesrat vorgeschlagene Zwischenschritt in Form einer dual-fixen Spitalfinanzierung wird den Vorstellungen der Wirtschaft hinsichtlich Transparenz, Wettbewerb und Wirtschaftlichkeit nur zum Teil gerecht, da wesentliche Nachteile des dualen Systems fortbestehen. Aus ökonomischer Optik ist deshalb der direkte Übergang zur monistischen Spitalfinanzierung anzustreben. Die Wirtschaft setzt sich für ein Wettbewerbsmodell des Monismus mit folgenden Eckpfeilern ein:

- Versicherer und MCOs in der Rolle des Monisten
- Vertragsfreiheit ambulant und stationär
- Aufhebung der kantonalen Spitalplanung
- Leistungsorientierte Abgeltung mit Fallkostenpauschalen

In dem skizzierten Modell kommen nur die Versicherer/MCOs als Monisten in Frage, da die Wirtschaft der geltenden Ausgestaltung des KVG, bei der der Kassenwettbewerb ein zentrales Element darstellt, Rechnung tragen und das Gesundheitswesen stärker wettbewerbsorientiert gestalten will. Die Vertragsfreiheit ist einerseits die Voraussetzung für den Wettbewerb unter den Leistungserbringern und andererseits ein Türöffner für neue innovative Versicherungsmodelle (MCOs) und Vergütungsformen. Die Spitalplanung muss aufgehoben werden, damit das Angebot durch den Markt bestimmt und bereinigt werden kann und nicht überholte und nicht mehr konkurrenzfähige Strukturen aufgrund von Interessenkonflikten des Kantons erhalten werden. Die leistungsorientierte Abgeltung braucht es zur medizinischen Schwerpunktbildung, verbunden mit Qualitätssteigerung und Kostendämpfung.

Bei der Diskussion um die KVG-Reform sollte man aber nicht vergessen, dass Gesundheitspolitik sich nicht auf KVG-Politik limitieren darf. Die OKP macht nämlich nur etwa einen Drittel der totalen Gesundheitskosten aus, die mit 48 Mrd. Franken im Jahr 2002 bereits rund elf Prozent

des BIP ausmachen. Damit hat sich das Gesundheitswesen zu einem dominierenden Wirtschaftsfaktor entwickelt. Der Gesundheitssektor steht bezüglich der Wertschöpfung nach den Banken und dem Grosshandel an dritter Stelle, bezüglich der Beschäftigung gar an erster Stelle. Damit generiert dieser Sektor für die Schweizer Bevölkerung nicht nur einen rein medizinischen Nutzen, sondern er verfügt auch über ein erhebliches volkswirtschaftliches Nutzenpotenzial. Dieses gilt es gezielt auszuschöpfen, indem unser Gesundheitswesen zu einem international konkurrenzfähigen Industriezweig mit Export hochwertiger Gesundheitsleistungen aufgebaut wird. Aus dieser Perspektive ist es deshalb wichtig, die KVG-Reform nicht ausschliesslich unter dem Aspekt der Kostendämpfung zu betrachten. Der Reform der Spitalfinanzierung als wichtigstem Träger der Gesundheitsindustrie kommt dabei eine besondere Bedeutung zu. Die Schweiz braucht effiziente Versorgungsstrukturen und Finanzierungsmechanismen, um ein konkurrenzfähiges Preis-Leistungs-Angebot zu bieten.

International besteht erwiesenermassen eine Nachfrage nach qualitativ hoch stehenden medizinischen Leistungen, wie der Spitaltourismus zeigt. Diese Nachfrage sollte die Schweiz nicht kampflos anderen Ländern wie Deutschland, Österreich, Osteuropa, Thailand, Indien, Israel usw. überlassen, sondern mittels eines aktiven Marketings daran partizipieren. Die Schweiz ist hiezu abgesehen von ihrer hervorragenden medizinischen Versorgung auch aufgrund anderer Faktoren wie der politischen Sicherheit und der Attraktivität als Tourismusdestination ausgezeichnet positioniert. So ist es kein Geheimnis, dass etwa Patienten aus verschiedenen Teilen der Welt nicht nur wegen des medizinischen Standards die Schweiz schätzen. Sie reisen am liebsten mit einer vielköpfigen Entourage, die Wert auf Sicherheit, Diskretion und Shoppingmöglichkeiten legt. Vor allem bei Entourage sind deshalb Kooperationen der Spitäler mit Tourismusorganisationen für gemeinsame Kundenakquisition sinnvoll, was gewisse Privatspitäler bereits tun. Ein Nachteil der Schweiz ist allerdings, dass sie im in-

ternationalen Vergleich teuer ist. Die Schweiz hat hinter den USA und vor Deutschland das zweitteuerste Gesundheitswesen der Welt.

Auf dem internationalen Parkett buhlen bereits mehrere Schweizer Privatkliniken und öffentliche Spitäler um zahlungskräftige Privatpatienten aus dem Ausland. Das Berner Inselspital richtete für die ausländischen Privatpatienten sogar eine eigene Abteilung ein. Die „International Service Line (ISL)“ kümmert sich dabei um die ganze Organisation inklusive Anstellung eines Dolmetschers. Die Nachfrage aus dem Ausland kann für die Spitäler finanziell und wissenschaftlich interessant sein. Finanziell kann sie zur Sanierung der Spitalkassen beitragen, indem in Zeiten der Überkapazität die Auslastung des Spitals durch die Aufnahme ausländischer Patienten verbessert wird. Zudem werden die ausländischen Privatpatienten gewinnbringend behandelt. Neben dem finanziellen Aspekt sprechen auch die wissenschaftlichen Chancen für die involvierten Ärzte für solche Behandlungen. Die zum Teil exotischen Diagnosen sind für die Ärzte interessant. Der dadurch gewonnene Erfahrungswert kommt den Schweizer Patienten zugute. Zudem nützt die Behandlung ausländischer Privatpatienten dem internationalen Renommee des Spitals, was die Rekrutierung exzellenter Chefärzte erleichtern kann, von denen wiederum die Schweizer Bevölkerung profitiert. Schliesslich ist der Spitaltourismus auch für das umliegende Gewerbe ein einträgliches Geschäft, z.B. für die Hotels, die die Angehörigen der Patienten oder die Patienten selbst im Rahmen eines Kuraufenthalts logieren.

Was brauchen wir, um diesen Industriezweig in unserer Wirtschaftsstruktur zu einem Asset zu machen? Hierzu ist ein bezüglich Preis und Qualität konkurrenzfähiges Spitalwesen von erstrangiger Bedeutung, da das Spitalwesen der wichtigste Träger und das bedeutendste Aushängeschild der Gesundheitsindustrie ist. Zusätzlich braucht es eine ausgezeichnete Ausbildung des Medizinalpersonals sowie die Nachwuchsförderung von Spitzenkräften. In diesem Zusammenhang ist der laufende Zulassungsstopp für

Ärzte bildungspolitisch problematisch, da er insbesondere die jungen mit dem medizinischen Fortschritt vertrauten Ärzte ausschliesst. Die Schweiz sollte ihre Spitzenstellung in der Medizin auch aus volkswirtschaftlichen Gründen nicht leichtsinnig gefährden.

Rückfragen: menga.sandoz@economiesuisse.ch

Literaturverzeichnis

Leu Robert E.: Monistische Spitalfinanzierung, 19. Februar 2004, Volkswirtschaftliches Institut der Universität Bern, Center for Studies in Public Economics, Expertenbericht einer Arbeitsgruppe unter Leitung von Prof. Robert Leu im Rahmen des Projekts „Grundlagen der 3. KVG-Revision“.

Leu Robert E., Eisenring Christoph, Nocera Sandra, Schellhorn Martin (1999): Spitalfinanzierung im Umbruch – Probleme und Lösungsmöglichkeiten. Eine Studie des Volkswirtschaftlichen Instituts der Universität Bern, Abteilung für angewandte Wirtschaftsforschung und Wirtschaftspolitik. Basel Interpharma.

Bundesrätliche Botschaft vom 15. September 2004 zur Spitalfinanzierung (04.061).

Infosantésuisse 10. Oktober 2004.

Abkürzungsverzeichnis

dBG	Dringliches Bundesgesetz
EVG	Eidgenössisches Versicherungsgesetz
KVG	Krankenversicherungsgesetz
MCO	Managed-Care-Organisation
OKP	Obligatorische Krankenversicherung