



## Finanz-Monitoring: Gesundheit

Die vorliegende Ausgabe dossierpolitik ist Bestandteil eines umfassenden Monitorings der öffentlichen Ausgaben. Anknüpfungspunkt bildet das von economiesuisse im letzten Jahr 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. Je nach Entwicklung werden grüne, gelbe oder rote Karten verteilt. – Die Ausgaben der öffentlichen Hand für das Aufgabengebiet Gesundheit erhöhten sich im Jahr 2000 gegenüber dem Vorjahr um 4%. Damit wird die im Ausgabenkonzept anvisierte Zielentwicklung von jährlich 2,2% deutlich über-, die erwartete Trendentwicklung von 5% hingegen unterschritten. Die Hauptursachen für die erheblichen Mehrausgaben sind in den Faktoren Mengenausweitung, Anspruchshaltung, neue medizinische Möglichkeiten und Demographie zu suchen. Ohne Korrekturmassnahmen sind hohe Ausgabensteigerungen für den Gesundheitsbereich vorprogrammiert.

# Jeder achte Staatsfranken für die Gesundheit

Beseitigung von Fehlanreizen und von Überkapazitäten

Die Ausgaben für Gesundheit stiegen im Jahr 2000 stärker als die Gesamtausgaben der öffentlichen Hand und der Sozialversicherungen. Diese erhöhten sich um 1,6%. Das Aufgabengebiet Gesundheit absorbierte 12,1% der konsolidierten Gesamtausgaben, 0,4 Prozentpunkte mehr als 1990. Das Ausgabenkonzept hält für das Gesundheitswesen eine Zielentwicklung der Ausgaben von jährlich 2,2% für möglich. Für die Gesamtausgaben sind es 1,8%.

## Gesundheitsausgaben: Schweiz in der Spitzengruppe

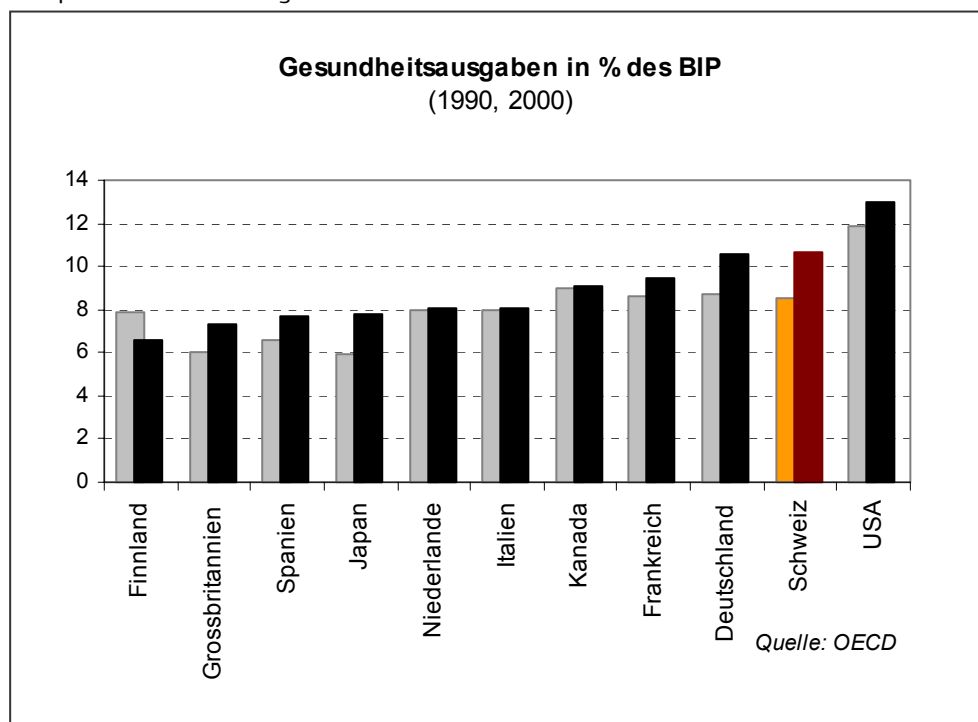
Die staatlichen Ausgaben unter dem Titel Gesundheit decken sich nicht mit dem üblichen Begriff Gesundheitswesen (als Dienstleistungssektor mit verschiedenen Zweigen und Zulieferbranchen). Sie entsprechen auch nicht sämtlichen – obligatorischen und freiwilligen – durch das Krankenversicherungsgesetz (KVG) 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

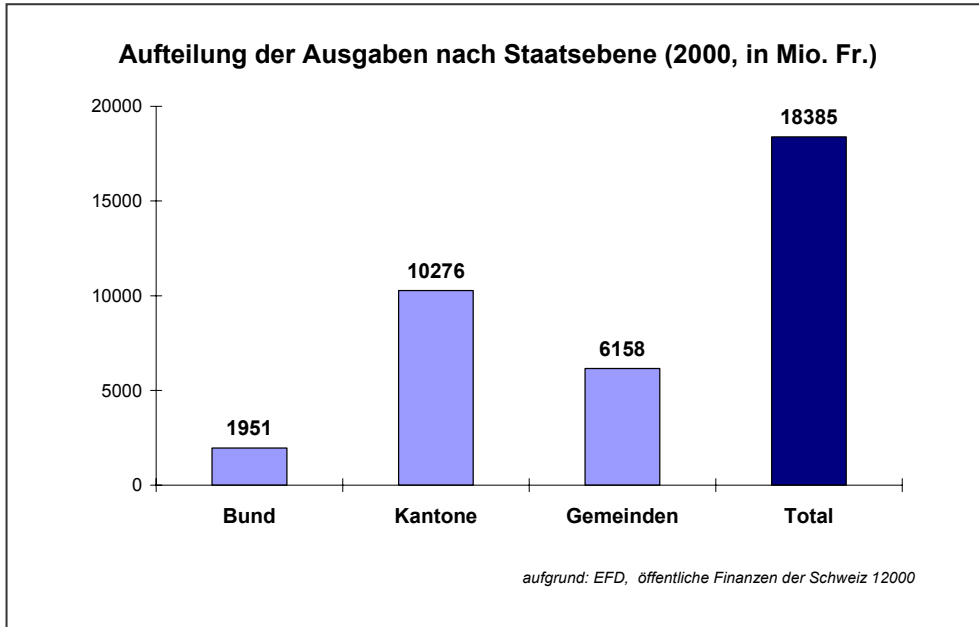
transparenten Überblick über die Finanzierung des Gesundheitssystems. Im internationalen Vergleich zählt die Schweiz zu den Ländern mit dem höchsten Anteil Gesundheitskosten am BIP. 2000 erreichte er 10,8%, was hinter den USA (13,0%) Platz zwei bedeutet. Insgesamt betrug die Kosten des Gesundheitswesens 2000 43,3 Mrd. Franken; davon stellte die öffentliche Hand 18,4 Mrd. sicher. Ein wesentlicher Teil der Finanzierung der Gesamtkosten des Sektors erfolgt über Individualprämien bei der Krankenversicherung. Die Versicherungseinrichtungen, die sich mit obligatorischen Krankenversicherungsbeiträgen finanzieren, gelten in der Schweiz als privat. Die dadurch von den Versicherten und Arbeitgebern finanzierten Ausgaben im Umfang von 10,8 Mrd. Franken im Jahr 2000 werden deshalb gemäss offizieller Definition nicht der Staatsquote zugerechnet.

Die Beiträge der öffentlichen Hand an Krankenanstalten (Spitäler, Kranken- und Pflegeheime sowie psychiatrische Kliniken) belaufen sich auf 14,4 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 als gemäss KVG anrechenbarer Kostenanteil zurückerstattet. 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% übernommen, während Kantone und Gemeinden die Restlast tragen.

2,7 Mrd. Franken schüttet





der Staat jährlich in Form von KVG-Prämienverbilligungen aus. 2000 bezogen über 2,3 Millionen Personen Prämienverbilligungen. Derzeit kommt der Bund für zwei Drittel der Prämienverbilligungsausgaben, die Kantone für einen Drittel auf. Die Beteiligung der einzelnen Kantone ist jedoch nach der Finanzkraft abgestuft. Die Kantone haben zudem die Möglichkeit, ihren Anteil um maximal 50% 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, wird hier aber, wie das KVG, im Zusammenhang mit dem Gesundheitswesen betrachtet, um die Vollständigkeit über die öffentlichen Ausgaben zu gewährleisten.

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

### **Ausgabenentwicklung: beeinflussbare und nicht beeinflussbare Kostentreiber**

#### *Bisherige Entwicklung*

Im letzten Jahrzehnt sind die Staatsausgaben im Gesundheitswesen stark gewachsen. Die Zunahme blieb jedoch im Vergleich zur Entwicklung der Kosten des gesamten Gesundheitssektors eher verhalten, weil sich die Kostenexplosion insbesondere auf die Höhe der individuellen KVG-Prämien auswirkte. Massiv steigende Kosten im Gesundheitswesen sind jedoch ein international zu beobachtendes Phänomen. Dafür, dass sich die Kosten des gesamten Gesundheitswesens zwischen 1985 und 1999 mehr als ver-

doppelt haben, sind insbesondere folgende Faktoren verantwortlich: Zu den nicht beeinflussbaren gehören die steigende Lebenserwartung mit entsprechend gestiegenem Pflegebedarf, die medizinischen und technischen Innovationen; beeinflussbare Faktoren sind die zunehmende Ärztedichte, steigende Ansprüche an die Medizin, die Mengenausweitung im Konsum sowie anhaltende Überkapazitäten und Doppelspurigkeiten, vor allem bei Spitälern. Das Preiswachstum der Medikamente und der ärztlichen Behand-

lung blieb hingegen moderat. Der für die öffentliche 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 auf die Subjekthilfe im Krankenversicherungssektor (in Form von 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. Schliesslich hat das Parlament bereits eine erste KVG-Teilrevision vorgenommen; einige KVG-Verordnungen wurden angepasst. Ferner hat das Parlament 2001 weitere Massnahmen zur Förderung der Generikaabgabe verabschiedet, die einerseits das Generika-Substitutionsrecht für Apotheker einführen und andererseits den Ersatz eines Originals durch ein Generikum als kassenpflichtige Leistung verankern.

#### *Trendentwicklung*

Die kostentreibenden Faktoren, welche die bisherige Entwicklung dominiert haben, wirken weiter. Der Trend stark steigender öffentlicher und privater Gesundheitsausgaben hält somit an. Zwar sind im Gesundheitswesen verschiedene Reformbestrebungen im Gang. Per saldo dürften sie die Kostenentwicklung jedoch nur wenig bremsen.

Am 18. Mai hat das Volk die SP-Gesundheitsinitiative mit einem überwältigenden Nein-Anteil von 72,9% verworfen. Die Stimmberechtigten haben erkannt, dass neue Steuern und planwirtschaftlicher Zentralismus der falsche Weg zur Lösung der Probleme im Gesundheitswesen sind. Die SVP will mit ihrer Prämiensenkungsinitiative mehr Wettbewerb und damit mehr Effizienz ins Gesundheitswesen bringen. Sie fordert ein Zweistufenmodell für die Krankenversicherung mit entschlackter obligatorischer Grundversicherung und freiwilliger Zusatzversicherung.

Als Notbremse bis zur eventuellen Aufhebung des Vertragszwangs verfügte der Bundesrat am 3. Juli 2002 für längstens drei Jahre einen Zulassungsstopp für Arztpraxen. Mit der Zustimmung des Parlaments könnte 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.

In der parlamentarischen Beratung befindet sich die zweite KVG-Revision. Nach der Ablehnung im Nationalrat nahm der Ständerat in der Frühjahrssession 2003 einen neuen Anlauf. Dabei entschied er, im ambulanten Bereich zwischen Kassen und Leistungserbringern schrittweise die Vertragsfreiheit einzuführen. Danach sollen die Kantone die bedarfsnotwendige Zahl der Ärzte in ihrem Gebiet unter Berücksichtigung ihrer Nachbarkantone festlegen. Die Krankenkassen können so nur noch mit höchstens dieser Anzahl Ärzte Verträge abschliessen. Die Mengenausweitung und das Kostenwachstum dürften damit etwas gebremst werden können. Einen Anreiz zur Kostendämpfung soll ferner eine höhere Kostenbeteiligung der Versicherungsnehmer bringen. Der über die Grundfranchise hinausgehende Selbstbehalt soll auf 20% erhöht werden, wobei Versicherte, die HMO- oder ähnlichen Arztmodellen angeschlossen sind, weiterhin nur 10% übernehmen müssen.

Der Bundesrat seinerseits will mit der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung die obligatorische Franchise von derzeit 300 auf 400 Franken und den Maximalbetrag des jährlichen Selbstbehalts von 600 auf 800 Franken erhöhen.

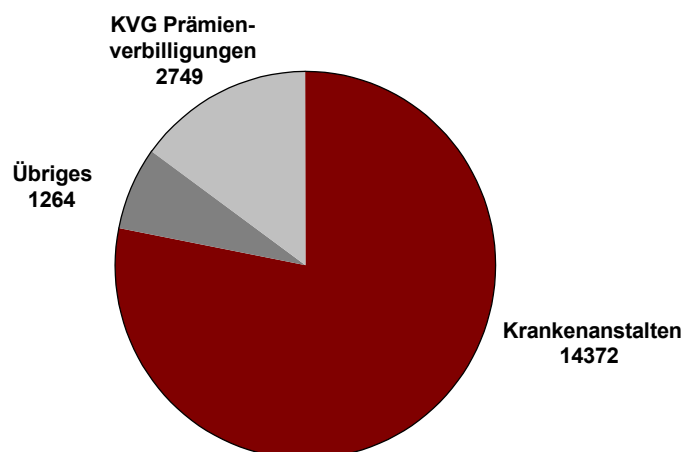
Mit dem so genannten Sozialziel beschloss der Ständerat als weiteren Teil der zweiten KVG-Revision, die maximale Prämienbelastung für tiefe Einkommen und Familien zwischen zwei und zwölf Prozent des Haushalteinkommens abzustufen. Zusätzlich entschied die Kleine Kammer, die Prämie für das zweite Kind zu halbieren und ab dem dritten Kind zu streichen. Die Mittel für die Prämienverbilligung sollen um jährlich 150 Mio. Franken aufgestockt werden, was die angespannten Bundesfinanzen massiv belasten würde.

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 Zürchervolk angenommene Initiative „tragbare Krankenkassenprämien für alle“), führen zu Mehrausgaben für die öffentliche Hand.

Mehrausgaben verursacht auch das Verdikt des Eidg. 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. Gemäss einem dringlichen Bundesgesetz wird das Gerichtsurteil schrittweise umgesetzt. Ein Referendum dagegen wurde am 9. Februar 2003 verworfen. Kosten sparen wollen die Kantone dagegen durch die Beseitigung von Doppelspurigkeiten. Zu diesem Zweck werden die Spitalnetze gestrafft.

Vor diesem Hintergrund sind die zu erwartenden Ausgaben äusserst schwierig einzuschätzen. Die zahlreichen ungelösten Fragen, die zahlreiche kostentreibenden Faktoren und der Druck für eine vermehrte Übernahme von Gesundheitskosten durch den Staat lassen trotz einzelnen begrüssenswerten Reformen mit Kostensenkungspotenzial wieder erhebliche Mehrausgaben für den Staat erwarten. Der Bundesrat rechnet bis 2010 mit einem jährlichen Ausgabenwachstum von etwa 5% für den Finanzierungsbedarf der Krankenversicherung, was

### Aufteilung der Ausgaben nach Funktionen (2000,



Aufgrund: EFD, öffentliche Finanzen der Schweiz 2000

leicht unter dem Wert des letzten Jahrzehnts liegt. Daher wird auch für die Trendentwicklung der Ausgaben der öffentlichen Hand von diesem Wachstumswert ausgegangen. Werden aber die im Ausgabenkonzept erläuterten Leitlinien für Reformen verwirklicht, so dürfte sich das Ausgabenwachstum auf durchschnittlich 2,2% p.a. mildern lassen.

**Gelbe Karte für die effektive Ausgabenentwicklung**

Die Ausgaben der öffentlichen Hand für das Aufgabengebiet Gesundheit wuchsen 2000 gegenüber dem Vorjahr um 4%. Diese Steigerung liegt deutlich über der im Ausgabenkonzept anvisierten Zielentwicklung von 2,2% p.a. und kommt nahe an die Trendentwicklung von 5% heran. Dies bedeutet eine gelbe Karte. Die Ausgabenentwicklung im Berichtsjahr bewegt sich im Rahmen der durchschnittlichen Zunahme von jährlich 4,2% im Zeitraum 1990 bis 1999.

Der Anstieg im Jahr 2000 erklärt sich zum einen aus den nicht beeinflussbaren Kostenfaktoren steigende Lebenserwartung und neue Behandlungsmöglichkeiten; zum anderen wirkten auch zahlreiche beeinflussbare Faktoren kostentreibend: zunehmende Ärztedichte und steigende Ansprüche an die Medizin, was zusammen dazu beiträgt, die Menge konsumierter medizinischer Dienstleistungen zu erhöhen; höhere Kosten verursachten ferner Überkapazitäten und Doppelspurigkeiten, vor allem im Spitalbereich. So verwundert es nicht, dass sich im Jahr 2000 die Leistungen der Krankenkassen je versicherte Person im Vergleich zum Vorjahr um nicht weniger als 5,8% auf 2130 Franken erhöhten.

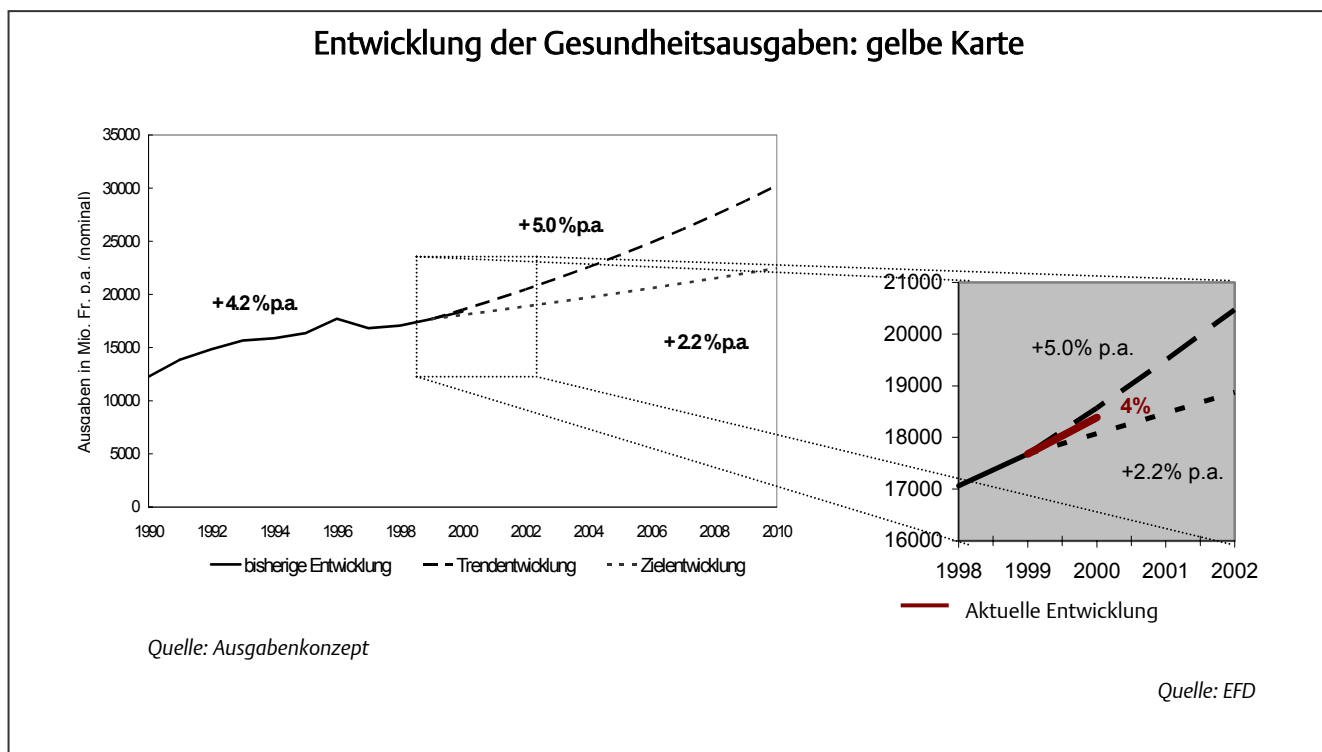
Da sich die aktuelle Ausgabenentwicklung nicht auf dem Zielkurs befindet, geben die im Ausgabenkonzept formu-

lierten Leitlinien weiterhin die Richtung für Reformen an, mit denen der Gesundheitssektor auf eine finanziell nachhaltige Basis gestellt werden kann.

**Mehr Selbstverantwortung und Wettbewerb**

Die obligatorische Krankenversicherung ist mit ihren Solidaritäten ein anzuerkennender Pfeiler des Schweizer Sozialversicherungssystems, auch wenn sie nicht rein nach versicherungswissenschaftlichen Grundsätzen konzipiert ist. Zwar sind im Gesundheitswesen aufgrund ethischer Überlegungen der ökonomischen Rationalität Grenzen gesetzt. Dennoch müssen – bei einem *fortschrittlichen Gesundheitssystem* – die technisch-medizinischen Möglichkeiten und ihre wirtschaftlichen Tragbarkeit laufend überprüft und allenfalls angepasst werden. Insbesondere muss gewährleistet werden, dass Potenziale, die sich aus diesem wachsenden Wirtschaftssektor ergeben, nutzbar gemacht werden können. Zudem muss sich der Staat 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 Finanzierungsmo-



dell. Dieses muss von einkommensabhängigen Prämienverbilligungen begleitet werden. Auf allgemein einkommensbezogene oder steuerfinanzierte Prämien ist hingegen weiterhin zu verzichten. Das System der Prämienverbilligungen muss verstärkt von den Kantonen finanziert und gezielter eingesetzt werden. 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 zweckmässige, 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. Schliesslich gilt es, durch entsprechende Zulassungsregeln die medizinische Qualität dauerhaft sicherzustellen und somit auch die Angebotsdichte zu reduzieren.

Bei der *Spitalfinanzierung* sollen verzerrende Mechanismen dank einem möglichst einfachen und transparenten System abgebaut werden. Blosser Lastenverschiebungen von Bund auf Kantone oder 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 Instru-

mente (z.B. Spitalverbund, Fusion, PPP) sind zügig einzusetzen.

## Kommentar

Im Gesundheitsbereich stehen ethische Prinzipien im Vordergrund. Trotzdem gibt es unausgeschöpfte Kostensenkungspotenziale. Mit mehr Effizienz lassen sich die Gesundheitsdienstleistungen auf eine finanziell nachhaltige Basis stellen und die Belastung der öffentlichen Hand in Grenzen halten. Im Ausgabenkonzept wird eine Dämpfung des Ausgabenwachstums auf jährlich 2,2% für möglich gehalten, sofern geeignete Massnahmen ergriffen werden.

Eine erhebliche finanzielle Potenzialwirkung verspricht sich das Ausgabenkonzept sowohl kurz- als auch mittel- bis langfristig von der Erhöhung des Selbstbehalts der Versicherten auf durchschnittlich 20%. Ebenfalls vorgeschlagen wird eine höhere Grundfranchise. Schritte in diese Richtung stellen die zurzeit vom Parlament behandelte zweite KVG-Revision sowie die Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung dar. Bei der Prämienverbilligung bringt das vom Ständerat beschlossene Sozialziel leider nicht die erwünschte Entflechtung zwischen Bund und Kantonen, sondern läuft – mit der daraus resultierenden Aufblähung der Bundessubventionen – in eine komplett entgegengesetzte Richtung. Anstelle von einem auf Bundesstufe zentralgesteuerten Giesskannenvehikel sollte vielmehr zu einer ausschliesslich von den Kantonen festgelegten und finanzierten bedarfsgerechten Prämienverbilligung übergegangen werden, die dem subsidiären Aufbau der Schweiz Rechnung trägt.

Um langfristig eine schleichende Verstaatlichung der Gesundheit zu vermeiden, empfiehlt sich auch der Übergang zu einer monistischen Finanzierung. Demnach kämen ausschliesslich die Krankenkassen für alle Krankenversicherungsleistungen auf. Der Kontrahierungszwang wäre vollständig aufzuheben, das heisst sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich. Mittel- bis langfristig werden von dieser Massnahme spürbare Kostenersparnisse erwartet. Die vom Ständerat verabschiedete behutsame Lockerung des Vertragszwangs im ambulanten Bereich ist zumindest ein Schritt in die erwünschte Richtung.

Einen Spareffekt verspricht sich das Ausgabenkonzept von der Verbesserung der Rahmenbedingungen für alternative Versicherungsformen, bei denen die Versicherten freiwillig eine eingeschränkte Wahl an Leistungsanbietern in Kauf nehmen (HMO, Hausarztmodelle). Auf gutem Kurs befindet sich der Ständerat mit seinem Beschluss, dass für Versicherte, die

HMO- oder ähnlichen Arztmodellen angeschlossen sind, ein tieferer Selbstbehalt gelten soll.

Bei den Spitälern gilt es schliesslich, nicht nur kantonsintern, sondern auch regionalübergreifend den schnellen Abbau der Überkapazitäten (landesweit schätzungsweise 20 bis 25%) durch die Schaffung von Kompetenzzentren und durch eine Konzentration der Kräfte zu erreichen. Mit Spitalfusionen bzw. Spitalverbundlösungen haben bereits einige Kantone entsprechende Massnahmen ergriffen. Auch in spezifischen Gebieten wie der Spitzenmedizin ist die interkantonale Zusammenarbeit mit adäquatem Lastenausgleich zu fördern.

ER