

Einheitliche Finanzierung von Spital- und ambulanten Leistungen durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung

Bericht des Bundesrates

zur Motion 06.3009 der ständerätlichen Kommission für Gesundheit und soziale Sicherheit und in Erfüllung des Postulates Grin 10.3137

Inhalt

1	Ausgangslage	4
2	Der Begriff der monistischen Finanzierung	4
3	Hintergrund der geltenden (dualen) Finanzierungsregelung	5
3.1	Verfassungsgrundlage und KUVG	5
3.2	Bis Ende 2011 gültige Finanzierungsregelung	6
4	Stand der Dinge nach der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung	6
5	Fehlanreize	7
5.1	Fehlanreiz wegen der unterschiedlichen Finanzierung von öffentlichen bzw. öffentlich subventionierten und nicht subventionierten Spitälern	7
5.2	Fehlanreiz wegen der unterschiedlichen Finanzierung von stationärem Spitalbereich und ambulantem/spitalambulantem Bereich	8
6	Vorschläge für eine monistische Finanzierung	8
6.1	Vorschlag der ständerätlichen Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit (SGK-S) für eine einheitliche Finanzierung	9
6.2	Ansätze zur monistischen Spitalfinanzierung im bestehenden regulatorischen Umfeld	9
7	Optionen für die Weiterentwicklung	10
7.1	Neuordnung innerhalb der geltenden Kompetenzordnung	11
7.1.1	Monistische Finanzierung; Überweisung des Kantonsbeitrags an die Versicherer	12
7.1.2	Monistische Finanzierung; Aufstockung der Prämienverbilligungen	12
7.1.3	Monistische Finanzierung; Zweckgebundene Gutscheine an die Versicherten	13
7.1.4	Monistische Finanzierung; Steuergutschriften durch die Kantone	13
7.2	Neue Aufgabenteilung von Bund und Kantonen im Gesundheitswesen	13
7.2.1	Option der Spitalfinanzierung durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung	15
7.2.2	... und der Pflegefinanzierung durch die Kantone	16
8	Fazit	17
9	Weiteres Vorgehen	17

Zusammenfassung

Am 24. September 2007 überwiesen die Eidgenössischen Räte eine von der ständerätlichen Kommission für Gesundheit und soziale Sicherheit (SGK-S) eingereichte Motion (06.3009), mit welcher der Bundesrat beauftragt wird, dem Parlament bis Ende 2010 eine Vorlage für eine einheitliche Finanzierung von stationären und ambulanten Leistungen auf der Grundlage des Modells der SGK-S vorzulegen. Anlass war die Ablehnung eines von der SGK-S vorgeschlagenen Modells der anteilmässigen Subventionierung aller zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbrachten Leistungen durch die Kantone. In den Eidgenössischen Räten wurde das Modell nicht weiterverfolgt. Verschiedene in der Folge eingereichte Vorstösse hatten den Übergang zu einem monistischen Finanzierungssystem beziehungsweise zu einer einheitlichen Finanzierung von stationären, spitalambulanten und ambulanten Leistungen zum Inhalt (Motion Hummel [09.3275]; Motion Brändli [09.3546]; Motion Parmelin [09.3853]; Postulat Grin [10.3137]).

Am 21. Dezember 2007 beschlossen die Eidgenössischen Räte den Übergang zu einem dualen Modell der Spitalfinanzierung. Dieses sieht einen Mindestanteil der Kantone an die Vergütung aller im Spital erbrachten stationären Leistungen vor, wenn das Spital einer kantonalen Planung entspricht. Die Ablösung der rein föderalistischen Regelung durch die Vorgabe eines gesamtschweizerisch verbindlichen kantonalen Mindestanteils an die leistungsbezogenen Vergütungen reduziert die Unterschiede zwischen den Kantonen und erleichtert den Übergang vom dualen zu einem monistischen Finanzierungssystem. Die Gleichbehandlung der öffentlichen und privaten Spitäler eliminiert die diesbezüglich noch bestehende Wettbewerbsverzerrung. Wegen der unterschiedlichen Finanzierung der (dual finanzierten) stationären Spitalleistungen und der (monistisch finanzierten) spitalambulanten bzw. ambulanten Leistungen bleibt indessen eine Wettbewerbsverzerrung bestehen. Zur Behebung der verbleibenden Ineffizienzen strebt der Bundesrat eine einheitliche Finanzierung an.

Die im Rahmen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung beschlossene Finanzierungsregelung tritt am 1. Januar 2012 in Kraft. Wegen den zahlreichen Übergangsbestimmungen werden die Auswirkungen der Gesetzesänderung erst nach Ablauf einer gewissen Zeit beurteilt werden können. Aussagekräftige statistische Daten dürften ein paar Jahre nach Inkrafttreten der neuen Regelung vorliegen. Unter diesen Umständen hält der Bundesrat die Unterbreitung eines Vorschlags für eine neue Finanzierungsordnung bis Ende 2010 für verfrüht. Mit dem vorliegenden Bericht zeigt er jedoch Optionen auf, die im Hinblick auf eine einheitliche Finanzierungsregelung für die stationären und ambulanten Leistungen verfolgt werden können. Zur Diskussion stehen eine Lösung im geltenden Regulierungsrahmen und die Neuordnung der Zuständigkeiten von Bund und Kantonen. Die zentrale Frage, die es zu lösen gilt, ist der Umgang mit den Kantonsbeiträgen, die heute in den Spitalbereich fliessen. Wegen der Komplexität der Zusammenhänge im Gesundheitswesen und wegen des Einflusses, den die Gesetzgebung im Bereich der Krankenversicherung auf das Gesundheitswesen und insbesondere auf die Kantonsfinanzen hat, ist der Bundesrat der Überzeugung, dass vor einer Änderung des Finanzierungssystems die Neuüberprüfung der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen auf Verfassungsebene notwendig ist. Die erforderlichen Arbeiten dazu sind im Rahmen des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik zwischen Bund und Kantonen im Gang. Gestützt auf den vorliegenden Bericht des Bundesrates wird dort im April 2011 die Frage der Anreize im stationären und ambulanten Bereich thematisiert. Gleichzeitig wird eine Arbeitsgruppe beginnen, das Thema "Steuerung im Gesundheitssystem" zu klären. In diesem Sinne wird die Motion 06.3009 schrittweise umgesetzt. Der vorliegen-

de Bericht stellt somit einen ersten Schritt zur Umsetzung der Motion der SGK-S dar. Weitere Schritte folgen. Die Motion der SGK-S ist entsprechend noch nicht abzuschreiben.

1 Ausgangslage

Die Motion der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates vom 24. Januar 2006 (06.3009) beauftragt den Bundesrat, dem Parlament bis Ende 2010 eine Vorlage für eine einheitliche Finanzierung von Spital- und ambulanten Leistungen auf der Grundlage der Vorlage der SGK-S vorzulegen. Dabei soll auch geprüft werden, ob und mit welchen Kompetenzen und Konsequenzen eine Zahl- oder Clearingstelle eingeführt werden soll. Im Rahmen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung scheiterte ein solches Modell am Widerstand der Kantone. Von den Eidgenössischen Räten beschlossen wurde ein Modell der dualen Spitalfinanzierung. Verschiedene in der Folge eingereichte parlamentarische Vorstösse haben die Weiterentwicklung der Finanzierungsordnung zum Inhalt (Motion Humbel [09.3275]; Motion Brändli [09.3546]; Motion Parmelin [09.3853]; Postulat Grin [10.3137]). In seiner Antwort vom 6. Juni 2010 zum Postulat Grin hat sich der Bundesrat zu Gunsten eines einheitlichen, monistischen Finanzierungssystems ausgesprochen. Mit dem vorliegenden Bericht nimmt der Bundesrat Stellung und das Postulat wird zur Abschreibung beantragt. Die Motionen Humbel, Brändli und Parmelin sind vom Parlament noch nicht überwiesen worden und können nicht zur Abschreibung beantragt werden.

2 Der Begriff der monistischen Finanzierung

Der Begriff "monistisch" beziehungsweise "Monismus" wird unterschiedlich verwendet. Die bekannten Konzepte eines monistischen Finanzierungssystems haben die Bedeutung, dass die Finanzierung aus einer Hand erfolgt, so dass den Leistungserbringern nur ein Kostenträger gegenübersteht. In diesem Sinne werden in einem "echten" Monismus 100 Prozent der Leistungen durch einen Träger finanziert. Beim "unechten" Monismus steht dem Leistungserbringer zwar auch nur eine Partei gegenüber, hinter dieser steht jedoch eine weitere Instanz, welche die Leistungen mitfinanziert.

Im Vorfeld einer 3. Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) hat das Bundesamt für Sozialversicherung Prof. Robert Leu beauftragt, einen Bericht über Modelle der monistischen Spitalfinanzierung vorzulegen. Die Arbeiten des Experten wurden von den an der Spitalfinanzierung interessierten Akteuren im Gesundheitswesen begleitet. Die monistische Finanzierung wird beschrieben als "Finanzierungsmodell, in dem die formale Finanzierungsverantwortung (Zahllast) ausschliesslich bei einem Akteur liegt" (Robert E. Leu: Monistische Spitalfinanzierung, Bern, Februar 2004, Seite 29). Aus welcher Quelle der Akteur seine Mittel bezieht, bleibe dabei offen.

Im Rahmen einer vom deutschen Bundesministerium für Gesundheit in Auftrag gegebenen Expertise zur Umstellung auf eine monistische Krankenhausfinanzierung wird unter Monismus hingegen ein Finanzierungssystem für Krankenhäuser verstanden, in dem die Investitionskosten und die Betriebskosten allein durch einen Kostenträger getragen werden (B. Rürüp et. al.: Umstellung auf eine monistische Finanzierung von Krankenhäusern, Berlin, März 2008).

Im schweizerischen Umfeld als Monist in Frage kommen die Krankenversicherer, die Kantone, der Bund und die Managed Care-Organisationen (vgl. Robert E. Leu: a.a.O.,

Seite 32). Übernehmen der Bund oder die Kantone die Rolle des Monisten, bedeutet dies den Übergang zu einem weitgehend staatlich finanzierten Gesundheitssystem. Wird die Rolle des Monisten von den Managed Care-Organisationen übernommen, erhalten diese eine neue Stellung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP). Dem heutigen System am ähnlichsten ist eine monistische Finanzierung mit den Versicherern als Monisten.

Die Frage eines grundsätzlichen Systemwechsels und der Einführung einer Einheitskasse bildet regelmässig Gegenstand von Volksinitiativen. Diese wurden allesamt verworfen, letztmals anlässlich der Abstimmung vom 11. März 2007 zur Volksinitiative "Für eine soziale Einheitskrankenkasse" mit rund 70 Prozent Nein-Stimmen. Ein zentralistisches System wird deshalb an dieser Stelle nicht weiter verfolgt. Die Neuordnung der Rahmenbedingungen für die so genannten Managed Care-Modelle bildet den Gegenstand der KVG-Revision im Bereich von Managed Care. Der diesbezügliche Vorschlag des Nationalrates respektive des Ständerates definiert "Managed Care" beziehungsweise die integrierten Versorgungsnetze als Versicherungsmodelle. Diese Modelle sollen sich wegen der hohen Versorgungsqualität durchsetzen, der Anreiz für die Versicherten besteht in der qualitativ hochstehenden Behandlung und im tieferen Selbstbehalt. Die direkte Zuweisung von staatlichen Mitteln stand im Rahmen der Beratungen nie zur Debatte. Im Vordergrund der Diskussion über ein monistisches Finanzierungsmodell im Rahmen der aktuell geltenden Kompetenzordnung stehen deshalb die Versicherer als Monisten.

Ob die Änderung der Finanzierungsordnung mit den Versicherern in der Rolle des Monisten auf Gesetzesebene erfolgen kann beziehungsweise für welche der unter Ziffer 6 erwähnten Modelle dies zutrifft, muss abgeklärt werden. Insbesondere stellt sich die Frage, ob einheitliches Finanzierungsmodell für die stationären und ambulanten Leistungen der Bundesverfassung nicht zuwider läuft und ob die Verpflichtung der Kantone in Sachen der Gesundheitsversorgung nicht in Frage gestellt wird. Eine Schnittstelle zwischen obligatorischer Krankenpflegeversicherung und Kantonen ergibt sich in jedem Fall in Bezug auf die so genannten "gemeinwirtschaftlichen Leistungen". Artikel 49 Absatz 3 KVG bestimmt, dass Kostenanteile der Spitäler für die Aufrechterhaltung der Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen nicht in die Vergütungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung einfliessen dürfen. Für eine weiter gehende Systemänderung, das heisst wenn die Rollen von Bund und Kantonen neu definiert werden sollen, ist eine Änderung der Bundesverfassung erforderlich.

3 Hintergrund der geltenden (dualen) Finanzierungsregelung

3.1 Verfassungsgrundlage und KUVG

Auf Grund der in Artikel 3 der Bundesverfassung festgehaltenen Kompetenzausscheidung bildet die Gesundheitsversorgung eine öffentliche Aufgabe der Kantone. Der Bund seinerseits trägt die Verantwortung dafür, dass sich die Bevölkerung zu tragbaren Bedingungen gegen die Risiken von Krankheit und Unfall versichern kann (Art. 117 BV; vgl. dazu VPB 48, 1984, S. 492 ff.). Im Gesundheitswesen und in der Krankenversicherung als dessen Teilbereich müssen Bundesregelung und kantonale Regelungen aufeinander abgestimmt werden (vgl. Botschaft vom 15. September 2004 betreffend die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Spitalfinanzierung), BBl 2004 5555).

Für die von der sozialen Krankenversicherung übernommenen Pflichtleistungen wurden aufgrund von Artikel 12 Absatz 2 Ziffer 2 des vormaligen Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes (KUVG) zwischen den Spitälern und Versicherern Tarife vereinbart, die mindestens die Kosten der medizinischen Behandlung der Versicherten in der allgemeinen Abteilung der Spitäler deckten sowie einen Mindestbeitrag an die übrigen Kosten der Krankenpflege enthielten. Die Defizite gingen zu Lasten der Kantone.

3.2 Bis Ende 2011 gültige Finanzierungsregelung

Bis Ende 2011 ist die Finanzierungsregelung des 1996 in Kraft getretenen KVG anwendbar. Diese baut auf der Regelung des KUVG auf. Im Gegensatz zum KUVG kennt das KVG einen einheitlichen Leistungskatalog, der den zeitlich unbeschränkten Aufenthalt im Spital einschliesst. Artikel 49 Absatz 1 KVG in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung hält fest, dass bei stationärem Aufenthalt in öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern höchstens 50 Prozent der anrechenbaren Betriebskosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung getragen werden. Implizit wurde damit festgelegt, dass die restlichen Betriebskosten von der öffentlichen Hand zu tragen sind. Die Kosten der ambulanten und spitalambulanten Leistungen werden zu 100 Prozent durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung getragen.

Nach Inkrafttreten des KVG bestritten verschiedene Kantone ihre Beitragspflicht an die Behandlung von halbprivat- und privatversicherten Personen. In zwei Grundsatzurteilen hat das Eidgenössische Versicherungsgericht (EVG) im Dezember 1997 entschieden, dass die Beitragspflicht des Kantons bei einem ausserkantonalen Spitalaufenthalt unabhängig von der Art der Abteilung eines öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitals gegeben ist. Gleichzeitig entschied das EVG, dass bei nicht subventionierten Spitälern keine Beitragspflicht des Kantons besteht. Im Rahmen eines späteren Gerichtsverfahrens entschied das EVG, dass die Kantone auch an den Aufenthalt von Personen mit einer Spitalzusatzversicherung einen Beitrag leisten müssen, wenn sie sich in einem öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spital des Wohnkantons behandeln lassen (BGE 127 V 422 ff.).

4 Stand der Dinge nach der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung

Mit der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung wurde der Rahmen geschaffen, dass die Wettbewerbselemente im Spitalbereich vermehrt zum Tragen kommen. Neben den gleichen Rahmenbedingungen für öffentliche und private Spitäler bilden die Einführung von leistungsbezogenen Pauschalen, die auf gesamtschweizerischen Strukturen beruhen müssen, ein kantonal festgelegter fixer Finanzierungsanteil an die leistungsbezogenen Pauschalen aller Listenspitäler, die erweiterten Wahlmöglichkeiten der Versicherten sowie die Anpassung der Spitalplanung an die neuen Gegebenheiten die wichtigen Elemente.

Die Umsetzung der neuen Finanzierungsordnung ist an verschiedene Übergangsbestimmungen gebunden. Grundsätzlich müssen sowohl die Einführung der leistungsbezogenen Pauschalen als auch die Anwendung der dual-fixen Finanzierungsregelung je Kanton unter Einschluss der Investitionskosten spätestens am 31. Dezember 2011 abgeschlossen sein. Kantone, deren Durchschnittsprämie für Erwachsene Ende 2011 die schweizerische Durchschnittsprämie für Erwachsene unterschreitet, müssen den minimalen Vergütungsanteil von 55 Prozent der leistungsbezogenen Pauschalen erst ab Januar 2017 entrichten. Die kantonalen Spitalplanungen ihrerseits müssen spätestens Ende 2014 den geänderten Anforderungen an die Spitalplanung entsprechen.

Von der Neuregelung der Spitalfinanzierung werden die Bereinigung der Spitallandschaft und die Steigerung der Effizienz und Qualität der einzelnen Spitäler erwartet. Damit einhergehen dürften die weitere Verkürzung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer und die Verlagerung der Leistungserbringung vom stationären in den ambulanten Bereich - Entwicklungen, die schon vor längerer Zeit eingesetzt haben und durch die Gesetzesänderung verstärkt werden dürften.

Eine Beurteilung, welche Wirkungen die KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung auf die Kostenentwicklung und die Versorgungslandschaft hat, ist unmittelbar nach der Einführung der neuen Finanzierungsordnung nicht möglich. Gründe sind die Übergangsbestimmungen und die Tatsache, dass einige Systemelemente noch entwickelt werden und greifen müssen. Es ist absehbar, dass es einer gewissen Zeit bedarf, bis sich das System wieder konsolidiert hat. Eine von der Fachhochschule Bern in Zusammenarbeit mit dem Institut für Politikwissenschaft der Universität Zürich und der Universität Genf im Auftrag des Bundesamt für Gesundheit erstellte Konzept- und Machbarkeitsstudie zur Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung geht von einer Evaluationsphase von 2011 (Bestandesaufnahme) bis 2019 (Synthesebericht) aus (S. Pellegrini et al.: KVG-Revision Spitalfinanzierung: Konzeptstudie zur Evaluation, Bern Juli 2010). In diesem Zeitfenster wäre eine Wirkungsanalyse durchzuführen, die in der Mehrheit aus Studien zur Spitalfinanzierung und in der Minderheit aus solchen zum Risikoausgleich besteht.

5 Fehlanreize

Die aktuell noch gültige Finanzierungsregelung beinhaltet Fehlanreize in zweierlei Hinsicht. Die Gründe sind die folgenden: Die Kantone sind zum einen Spitaleigentümer. Zum anderen sind sie Mitfinanzierer jener Spitäler, die sich im Besitz des Kantons befinden oder vom Kanton subventioniert werden. Die rein privaten Spitäler erhalten für ihre zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbrachten Leistungen keine Kantonsbeiträge. Der Wettbewerb ist dadurch beeinträchtigt. Als Spitalplanungsbehörde bestimmen die Kantone zudem die zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassenen Spitäler. Die Kantone haben aber nur für die öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler eine Mitfinanzierungspflicht. Steuerungskompetenz und Finanzierungspflicht stimmen nicht vollständig überein. Im Gegensatz zu den zum Teil subventionierten stationären Leistungen der Spitäler werden die spitalambulanten Leistungen und die ambulanten Leistungen in freier Praxis zu 100 Prozent durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung getragen. Auch die unterschiedliche Finanzierung eines Teils der stationären Leistungen der Spitäler und der spitalambulanten beziehungsweise ambulanten Leistungen haben eine Wettbewerbsverzerrung zur Folge. Die Ressourcenallokation ist damit nicht optimal.

5.1 Fehlanreiz wegen der unterschiedlichen Finanzierung von öffentlichen bzw. öffentlich subventionierten und nicht subventionierten Spitälern

In vielen Kantonen sind die Privatspitäler zur Sicherstellung der Versorgung nötig, an der Finanzierung der Privatspitäler können sich die Kantone beteiligen, sie müssen dies aber nicht. Die Finanzierung der Leistungen der nicht subventionierten Privatspitäler erfolgt durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung, deren Tarif einen Investitionskostenanteil einschliesst und gegebenenfalls weitere Quellen wie die Zusatzversicherung. Kantone, die ihre Spitäler nicht mehr subventionieren wollen haben unter der bis Ende 2011 gültigen Regelung einen Anreiz, bisher öffentliche Spitäler zu privatisieren

(vgl. Ziffer 4 unten). Die Kosten des Spitalaufenthalts werden in diesem Fall durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung und gegebenenfalls weitere Quellen wie die Zusatzversicherung getragen.

Am 21. Dezember 2007 beschloss die Eidgenössische Räte die KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung (BBI 2008 9; AS 2008 2049). Mit der Schaffung von gleichen Rahmenbedingungen für öffentliche und private Spitäler sowohl in Bezug auf die Planung als auch in Bezug auf die Finanzierung wurde einer der Fehlanreize, der durch das Aufeinandertreffen der neuen Gesetzgebung mit der Finanzierungsordnung des vormaligen KUVG entstanden war, ausgeschaltet. Private und öffentliche Spitäler haben künftig "gleich lange Spiesse".

Mit der Neuordnung der Spitalfinanzierung wird die problematische Mehrfachrolle der Kantone entschärft, jedoch nicht beseitigt. Mit der dual-fixen Leistungsfinanzierung haben die Kantone, wie die Versicherer, als Mitfinanzierer der Leistungen ein Interesse an möglichst knapp bemessenen Tarifen. Als Spitaleigentümer haben sie indessen nach wie vor ein gegenläufiges Interesse. Diese Problematik kann jedoch nicht mit einer Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung behoben werden. Den Kantonen kann das Eigentum an Spitälern nicht verwehrt werden - sei dies als Besitzer eines Spitals oder als Halter von Aktien einer Spital-AG.

5.2 Fehlanreiz wegen der unterschiedlichen Finanzierung von stationärem Spitalbereich und ambulantem/spitalambulatem Bereich

Der Fehlanreiz, der wegen der dualen Finanzierung der Leistungen des stationären Spitalleistungen und der monistischen Finanzierung der ambulanten und spitalambulanten Leistungen besteht, wird mit der Neuordnung der Spitalfinanzierung nicht beseitigt. Verschiedene medizinische Leistungen, insbesondere kleinere chirurgische Eingriffe, können sowohl ambulant als auch stationär durchgeführt werden. Wird die Leistung ambulant oder spitalambulant durchgeführt, vergütet die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Leistungen aufgrund des Einzelleistungstarifes TARMED, der auch die Investitionskosten einschliesst. Stationär durchgeführt werden die Kosten der Leistung in öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler heute zu mindestens 50 Prozent vom Kanton getragen, ohne Berücksichtigung der Investitionskosten. Die subventionsbedingte Kostenverzerrung kann die Wahl der Therapieform beeinflussen. In Fällen, in denen dies zutrifft, wird der Wettbewerb beeinträchtigt und die Allokation der Ressourcen ist weniger effizient als theoretisch möglich. Eine einheitliche Finanzierung aller zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbrachten Leistungen kann diesen Mangel beheben. Zudem ist die monistische Finanzierung von Vorteil für Managed Care-Organisationen. Sie können die gesamten Kosteneinsparungen, die sie wegen der erfahrungsgemäss geringeren Hospitalisierungsrate erzielen, selber realisieren.

6 Vorschläge für eine monistische Finanzierung

Bereits in den Jahren 2001 und 2002 wurde der Bundesrat mittels Postulaten aufgefordert, Berichte über die Einführung einer monistischen Finanzierung vorzulegen (Postulat Zäch (01.3604); Postulat Zysiadis, (02.3674)). Mit dem Beschluss der Eidgenössischen Räte vom 21. Dezember 2007 zur Änderung des KVG wurden diese abgeschrieben.

6.1 Vorschlag der ständerätlichen Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit (SGK-S) für eine einheitliche Finanzierung

Nach dem Scheitern der 2. KVG-Revision im Dezember 2003 hat der Bundesrat am 15. September 2004 seine Botschaft zur KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung verabschiedet (BBl 2004 5551). Darin hielt er explizit fest, dass der sofortige Übergang zur monistischen Finanzierung kein Ziel der Gesetzesrevision sei (BBl 2004 5564), weil der politische Konsens, der beim Übergang zu einem monistischen Finanzierungssystem gegeben sein müsse, nicht vorhanden sei. Diese Einschätzung wurde im Laufe der parlamentarischen Beratungen bestätigt. Ein Modell der ständerätlichen Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit (SGK-S), das vorsah, dass alle Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach dem gleichen Finanzierungsschlüssel finanziert würden, unabhängig davon, ob die Behandlung stationär oder ambulant, in einem öffentlichen oder privaten Spital erfolgt und ob die Patienten allgemein, halbprivat oder privat versichert sind, stiess Ende 2005 auf den Widerstand der Konferenz der Kantonsregierungen (KdK). Bezüglich der Gleichbehandlung der ambulanten und stationären Leistungen wurde von der KdK geltend gemacht, dass Kantonsbeiträge eine Steuerungsmöglichkeit der Kantone bedingen. Ohne Steuerungsmöglichkeit und -notwendigkeit sollen keine Kantonsbeiträge entrichtet werden. Auf den Einbezug des ambulanten Leistungsbereichs in die KVG-Revision sei zu verzichten. Eine einheitliche Finanzierungsquelle sei nicht geeignet, um allfällige Verzerrungen in der Ressourcenallokation zu verhindern. Solche Verzerrungen seien durch unterschiedliche Abgeltungssysteme (Einzelleistungsvergütung im ambulanten Bereich, Pauschalssysteme im stationären Bereich) und die damit einhergehenden unterschiedlichen Margen (Deckungsbeiträge) bedingt.

6.2 Ansätze zur monistischen Spitalfinanzierung im bestehenden regulatorischen Umfeld

Im Expertenbericht Leu "Monistische Spitalfinanzierung" werden die möglichen Ansätze einer monistischen Spitalfinanzierung im seinerzeit bestehenden regulatorischen Rahmen ausgeleuchtet. Dabei wurden die drei folgenden Dimensionen eines monistischen Finanzierungssystems diskutiert:

- Welcher Akteur übernimmt die Rolle des Monisten?
- Wie werden die kantonalen Finanzierungsbeiträge rechtlich geregelt?
- Wie werden die kantonalen Finanzierungsbeiträge ins System eingespeist?

Für jede dieser Dimensionen wurden mehrere Varianten entwickelt. Jedes monistische Finanzierungsmodell setzt sich aus je einer Variante (einem Baustein) auf jeder dieser drei Ebenen zusammen. Diese Bausteine lassen sich im Prinzip beliebig miteinander kombinieren. Der Expertenbericht beschränkt sich auf diejenigen Kombinationen, die unter sachlichen und politischen Gesichtspunkten im Vordergrund standen. Berücksichtigt wurden die Standpunkte der Mitglieder der die Arbeiten begleitenden Arbeitsgruppe.

In Bezug auf die Frage, wer die Rolle des Monisten übernehmen soll, herrschte die Auffassung vor, dass in einem wettbewerbsorientierten System nur die Krankenversicherung oder die Managed Care-Organisationen in Frage kommen. In einem planwirtschaftlichen System wäre der Staat der Monist.

Die zentrale Frage bei der Einführung einer monistischen Finanzierung ist der Umgang mit dem bisherigen Beitrag der Kantone an die Finanzierung der stationären Leistungen der Spitäler. Beim Übergang zu einer einheitlichen Finanzierung der stationären und

ambulanten Leistungen stellt sich die Frage, ob und allenfalls in welcher Form den Kantonen auf Bundesebene vorgeschrieben werden soll, welche Finanzierungsanteile sie übernehmen müssen. Dabei handelt es sich letztlich um eine politische Entscheidung, welche einerseits die Kompetenzordnung und andererseits die Verteilung der finanziellen Ressourcen im Gesundheitswesen tangiert. Im Expertenbericht standen die folgenden Varianten im Vordergrund:

- ein verbindlicher einheitlicher Mindestanteil;
- kantonsspezifische Mindestanteile an den gesamten Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung;
- ein verbindlicher Mindestanteil an den gesamten Spitalkosten (ev. den gesamten stationären Kosten) und
- ein föderalistischer Ansatz, bei welchem auf eine Vorschrift im KVG überhaupt verzichtet und die Festlegung der Kantonsbeiträge den Kantonen überlassen wird.

Im Rahmen der Neuregelung der Spitalfinanzierung wurde im Jahr 2007 eine Lösung beschlossen, die dem erstgenannten Ansatz der Festlegung eines verbindlichen einheitlichen Mindestanteils sehr nahe kommt. In Bezug auf die im Bericht erörterte Frage, wer die Rolle des Monisten übernehmen soll, wurde mit der von den Eidgenössischen Räten beschlossenen dual-fixen Leistungsfinanzierung und der Festsetzung eines Mindestanteils keine Regelung getroffen. Die im Artikel 49a Absatz 3 KVG verankerte Option, dass die Versicherer und Kantone vereinbaren können, dass die Kantone ihrer Beitrag dem Versicherer leisten und dieser dem Spital beide Anteile überweist, deutet darauf hin, dass das Parlament eher die Versicherer als die Kantone als Monisten in Betracht zieht. Im Expertenbericht ebenfalls aufgezeigt werden Alternativen, wie die Kantonsbeiträge in einem monistischen Finanzierungssystem ins System eingespielt werden können.

7 Optionen für die Weiterentwicklung

Die SGK-S hat sich auf das Modell eines gleichen Finanzierungsanteils der Kantone an alle zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbrachten stationären und ambulanten Leistungen geeinigt. Diese Lösung erwies sich als politisch nicht durchsetzbar. Am 24. September 2007 haben die Eidgenössischen Räte eine von der SGK-S eingereichte Motion überwiesen (06.3009), mit welcher der Bundesrat beauftragt wird, dem Parlament bis Ende 2010 eine Vorlage für eine einheitliche Finanzierung von Spital- und ambulanten Leistungen auf der Grundlage der Vorlage der SGK-S vorzulegen. Dabei soll auch geprüft werden, ob und mit welchen Kompetenzen und Konsequenzen eine Zahl- oder Clearingstelle eingeführt werden soll.

Die von den Eidgenössischen Räten beschlossene Neuregelung der Spitalfinanzierung stellt die im Zeitpunkt der Beschlussfassung mehrheitsfähige Lösung dar. Seit der Ablehnung des Modells der SGK-S durch die Kantone hat sich die Kompetenzaufteilung zwischen Bund und Kantonen nicht verändert. Deshalb wird das Modell der SGK-S auch künftig auf den Widerstand der Kantone stossen. Die in der Motion der SGK-S aufgeworfene Frage nach einer Clearingstelle betrifft die technische Abwicklung der Rechnungsstellung durch die Leistungserbringer an die Versicherer. Es ist davon auszugehen, dass seitens der Leistungserbringer die Übermittlung insbesondere von diagnosebezogenen Daten an die Versicherer weniger Vorbehalte entgegenstehen, wenn diese über eine Clearingstelle erfolgt. Wenn die Datensicherheit gewährleistet ist, steht der Prüfung dieser Option grundsätzlich nichts entgegen. Allerdings ist das Finanzierungs-

modell der SGK-S auch bei Einschaltung einer Clearingstelle nicht ein "echtes" monistisches Modell. Zur Einführung eines Finanzierungsmodells für sämtliche Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung wurde seinerzeit ein fixer Kostenschlüssel von 30% für die Kantone und 70% für die Versicherer vorgeschlagen. Zwar werden die stationären und ambulanten Leistungen nach einheitlichen Kriterien finanziert. Jedem Leistungserbringer stehen indessen zwei Kostenträger gegenüber, einzig die Rechnungsstellung soll über die genannte Clearingstelle und damit an einer Stelle geführt werden. Das Modell entspricht somit nicht einem "echten Monismus" im oben unter Ziffer 2 definierten Sinn. Mit seinem Postulat vom 16. März 2010 beauftragt Nationalrat Grin den Bundesrat des Weiteren, eine Aufteilung der Kosten für die ambulante Chirurgie zu prüfen, wie dies bereits für die stationäre Behandlung der Fall ist, mit dem Ziel der Begrenzung der Kosten. Dieses Modell entspricht weder einem "echten Monismus" noch einer einheitlichen Finanzierung aller Leistungen, da einerseits die Leistungen im Spital nach dem gleichen Kostenschlüssel vom Kanton und der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (dual) finanziert werden, die übrigen ambulanten Leistungen jedoch zu 100 Prozent durch die Versicherung (monistisch). Auf die beiden "unechten" Modelle des Monismus (Modelle 1 und 2 der Tabelle im Anhang) wird im Folgenden nicht weiter eingegangen.

Die Neuordnung der Spitalfinanzierung wird ab dem Jahr 2012 umgesetzt. Der Bundesrat hat in seiner Antwort zu den oben erwähnten Vorstössen dargelegt, dass er es nicht als opportun erachtet, eine neue Finanzierungsregelung vorzuschlagen, bevor die eben erst vom Parlament beschlossene Änderung umgesetzt worden ist. Um dennoch eine Aktualisierung der vorhandenen Diskussion in Form eines Berichtes verfügbar zu haben, hat das Bundesamt für Gesundheit den Experten Markus Moser beauftragt, einen Bericht über mögliche Varianten zu verfassen. Der nicht veröffentlichte Expertenbericht vom 22. Dezember 2009 kommt zum selben Schluss wie der Bundesrat in seinen Antworten auf die genannten Vorstösse. Im Expertengutachten werden Lösungsansätze für künftige monistische Finanzierungsmöglichkeiten skizziert.

7.1 Neuordnung innerhalb der geltenden Kompetenzordnung

Im Rahmen der Vorbereitung einer dritten KVG-Revision wurden jene Modelle diskutiert, die innerhalb der geltenden Kompetenzordnung umgesetzt werden können. Diese Modelle könnten nach 2012 mittelfristig, das heisst wenn die Auswirkungen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung eingeschätzt werden können, realisiert werden. Die Prototypen der denkbaren Modelle sind unter den Ziffern 3a, 3b, 3c und 3d in der Tabelle im Anhang aufgelistet. Bei vielen Modellen sind unterschiedliche Ausgestaltungen möglich. Das in der Tabelle ebenfalls aufgeführte Modell 3 wurde an keiner Stelle diskutiert, da in allen bisherigen Diskussionen davon ausgegangen wurde, dass die Gelder der Kantone im System bleiben müssen, was im Modell 3 nicht der Fall ist. In diesem und allen in der Tabelle nachfolgend genannten Modellen werden sowohl die Leistungen der ambulanten und stationären Leistungserbringer zu 100 Prozent von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vergütet. Die Kantonsbeiträge an die Spitäler und Pflegeheime fallen weg. In der Folge ist für die obligatorische Krankenpflegeversicherung mit einer Kostensteigerung beziehungsweise mit einer Prämienerrhöhung von rund 30 - 35 Prozent zu rechnen. Wegen der mit der Neuordnung der Spitalfinanzierung und der Neuordnung der Pflegefinanzierung verbundenen Unsicherheiten ist eine genauere Schätzung nicht möglich.

Mit den Kantonsbeiträgen an die stationären Leistungen der Spitäler werden die Kosten für Spitalbehandlungen verbilligt, der Versicherer muss nicht für die vollen Kosten dieser

in aller Regel kostspieligen Behandlungen aufkommen. Versicherer mit vielen hospitalisierten das heisst "teuren" Versicherten werden durch den Kantonsbeitrag besonders stark entlastet. Muss die obligatorische Krankenpflegeversicherung in einem monistischen System in vollem Umfang für die Spitalkosten aufkommen, wirken sich Unterschiede in der Risikostruktur der Versicherten auf die Versicherer stärker aus. Deshalb dürfte sich die weitere Verfeinerung des Risikoausgleichs zwischen den Versicherern bei der Einführung eines solchen Modells aufdrängen. Es ist davon auszugehen, dass in einem monistischen Finanzierungssystem zusätzlich zu den Faktoren Alter, Geschlecht und Spital- bzw. Pflegeheimaufenthalt im Vorjahr weitere Elemente in die Ausgleichsformel aufgenommen werden müssen, damit jenen Versicherern, in deren Versichertenkollektiv viele schlechte Risiken enthalten sind, kein Wettbewerbsnachteil erwächst.

7.1.1 Monistische Finanzierung; Überweisung des Kantonsbeitrags an die Versicherer

In diesem Modell (Modell 3a) überweisen die Kantone ihre Beiträge an die Versicherer, im Vordergrund steht die Zuweisung eines Beitrages pro Kopf der im Kantonsgebiet wohnhaften Versicherten. Denkbar wären auch andere Varianten, wie zum Beispiel die Zuweisung der Kantonsbeiträge an die Versicherer über den Risikoausgleich oder einen Hochrisikopool. Infolge der direkten oder indirekten Subventionierung der Versicherer durch die Kantone werden die aus der monistischen Finanzierung resultierenden Prämienhöhungen kompensiert. Mit der Subventionierung der Versicherer wird neben den Prämienverbilligungen an die Versicherten ein zweites Subventionssystem errichtet. Die Subventionierung der Versicherer, die mit dem Beschluss der Eidgenössischen Räte vom 18. März 1994 zur Revision der Krankenversicherung abgeschafft wurde, wird damit rückgängig gemacht mit dem Unterschied, dass die Subventionierung der Versicherer neu durch die Kantone erfolgt. Aus der Sicht der Kompetenzordnung ist dies nicht unbedenklich. Artikel 117 BV verpflichtet den Bund, eine Krankenversicherung einzurichten. Diese würde jedoch durch die Kantone subventioniert. Den Kantonen müssten gewisse Steuerungsmöglichkeiten zugestanden werden damit sie bereit sind, die Versicherer zu subventionieren. Vorteilhaft an dieser Variante ist die Tatsache, dass ein Wechsel zum monistischen Finanzierungssystem ermöglicht werden kann, ohne dass für die bisherigen Kantonsbeiträge im Spitalwesen eine Kompensation gefunden werden muss. Die Umsetzung dieser Variante, welche bezüglich der Finanzierungsströme nahe beim Status Quo liegt, ist aus diesem Grunde mit weniger Problemen behaftet. Es stellt sich jedoch die Frage, wie weit die Versicherung föderalistisch ausgestaltet sein soll.

7.1.2 Monistische Finanzierung; Aufstockung der Prämienverbilligungen

In diesem Modell (Modell 3b) bilden die Prämienverbilligungen den einzigen Transferkanal für die öffentlichen Gelder. Mit dieser Lösung würde das Transfervolumen der Prämienverbilligungen auf mehr als das Dreifache vergrössert. Wenn der Bundesbeitrag an die Kantone weiterhin nach den geltenden Prinzipien ausgerichtet wird müsste, weil die Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung steigen, der Beitragssatz des Bundes zur Sicherstellung der Kostenneutralität gesenkt werden. Werden die Kantongelder, die im alten System an die Spitäler und Pflegeheime gehen neu als Prämienverbilligung an die Versicherten ausgerichtet, steigt der Betrag, den die Kantone für die Prämienverbilligungen aufwenden, auf das Sechsfache (von 1'619.2 Mio. Franken (Kantonsbeitrag an den ausbezahlten Subventionen 2008 (Tabelle T 4.08 der Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2008), auf 9'706.5 Mio. Franken (Erhöhung um 8'087.3 Mio. Franken, Zahlungen der Kantone und Gemeinden an Spitäler und Pflege-

heime)). Es ist davon auszugehen, dass damit nicht nur Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen Prämienverbilligungen erhalten, sondern dass der Kreis der Anspruchsberechtigten auf Teile des Mittelstands ausgeweitet würde. Schon heute erhalten 30 Prozent der Versicherten Prämienverbilligungen. Ob ein System, das auf einem Kanal einkommensunabhängige Prämien erhebt, diese auf einem anderen Kanal mit öffentlichen Geldern an mindestens die Hälfte der Beitragspflichtigen abfedert, als effizient bezeichnet werden kann, muss in Frage gestellt werden.

7.1.3 Monistische Finanzierung; Zweckgebundene Gutscheine an die Versicherten

In diesem Modell (Modell 3c) erhalten alle in einem Kantonsgebiet wohnhaften Versicherten vom Kanton einen Check überwiesen, der bei allen im jeweiligen Gebiet tätigen Versicherern eingelöst werden kann. Die Verteilung der Kantonsbeiträge an die Versicherer erfolgt somit nicht wie in Modell 3a nach festgelegten Kriterien, sondern durch den subjektiven Entscheid der Versicherten. Dieses Modell ist am ehesten ein Wettbewerbsmodell, das die Versicherer veranlasst, einen guten Service anzubieten. Indessen besteht auch die Gefahr, dass die Versicherer lediglich Imagepflege betreiben, ohne besondere Servicequalität und ohne innovative Angebote zur integrierten Versorgung. Die Zuweisung der Finanzmittel der Kantone an die Versicherer ist in einem gewissen Mass unberechenbar.

7.1.4 Monistische Finanzierung; Steuergutschriften durch die Kantone

In diesem Modell (Modell 3d) wird die Kopfprämie des Versicherten an die Versicherung ebenso wie die individuelle Prämienverbilligung des Kantons an den Versicherten mit der Steuerschuld verrechnet. Die Prämien würden zwar steigen. Es wäre indessen möglich, das System so auszugestalten, dass die Finanzierungslasten im Vergleich zu heute konstant bleiben oder, abhängig von politischen Entscheiden, verändert werden. Mit den Vorkehrungen, welche die Kantone für die Prüfung der Anspruchsberechtigung auf Prämienverbilligung geschaffen haben, sind die Strukturen zur Umsetzung dieses Modells im Grundsatz vorhanden. Der Aufwand für die Austarierung der kantonalen Steuersysteme darf indessen nicht unterschätzt werden.

Die technische Umsetzung dieser Modelle dürfte innert mittlerer Frist machbar sein. Vorgängig zu beantworten ist jedoch die Grundsatzfrage, ob der Effizienzgewinn, der in einem beschränkten Bereich erzielt werden kann, den Aufwand rechtfertigt, der mit der Umstellung verbunden ist.

7.2 Neue Aufgabenteilung von Bund und Kantonen im Gesundheitswesen

Im Expertenbericht "Moser" werden die im Expertenbericht "Leu" aufgezeigten Alternativen im Lichte der zwischenzeitlich erfolgten Entwicklung beurteilt. Auf dieser Basis werden die seinerzeit erarbeiteten Alternativen differenziert. In Anbetracht der wichtigen Stellung der Kantone im politischen Prozess äussert sich der Experte zur möglichen Ausdehnung der Mitwirkungsrechte der Kantone bei der Durchführung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, insbesondere in Bezug auf die Prämienverbilligungen, einen allfälligen Hochrisikopool oder bezüglich der Zulassung der Leistungserbringer im ambulanten Bereich. Der Experte weist darauf hin, dass die Kantone im Zusammenhang mit der Volksabstimmung 1. Juni 2008 über einen Verfassungsartikel „für Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Krankenversicherung“, welcher unter anderem die Ein-

führung der monistischen Spitalfinanzierung vorsah, die angestrebte Einführung der monistischen Spitalfinanzierung abgelehnt haben. Die Kantone bezeichneten das vorgeschlagene monistische Finanzierungsmodell als staatspolitisch fragwürdig, weil damit aus Steuereinnahmen stammende Gelder an die Krankenversicherer fliessen würden. Die Übertragung öffentlicher Gelder an die Krankenversicherer widerspreche dem Grundsatz, dass die Öffentlichkeit die Mittelverwendung demokratisch bestimmen und kontrollieren können müsse.

Laut dem Experten ist es fraglich, ob es für das gute Funktionieren der Krankenversicherung sinnvoll wäre, die Kompetenzen von der Ebene des Bundes auf jene der Kantone zu verschieben und dem Föderalismus mehr Gewicht zu geben. Bereits heute werden die Kompetenzen der Kantone im Gesundheitswesen zuweilen als hinderlich für eine transparente und effiziente Ausgestaltung der durch Bundesrecht zu regelnden Krankenversicherung wahrgenommen. In diesem Sinne äussert sich auch OECD und WHO in ihrem Bericht über das schweizerische Gesundheitssystem (OECD-Berichte über Gesundheitssysteme, OECD/WHO 2006). Zur Verbesserung der Gesamtsteuerung des Gesundheitssystems (Governance) schlagen OECD und WHO sogar die Erarbeitung eines übergreifenden Rahmengesetzes auf Bundesebene vor.

Die konsequente Lösung für das mit der monistischen Spitalfinanzierung verbundene Finanzierungsproblem der Krankenversicherung müsste im Grunde genommen darin bestehen, dass nicht die Kantone sondern der Bund den Ausfall der bisher von den Kantonen an die Spitäler geleisteten Beiträge kompensiert (Modell 4). Unter dem Gesichtspunkt der Kompetenzordnung im Bund dürfte dies grundsätzlich möglich sein. Bei einem solchen Vorgehen muss allerdings die Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen neu überprüft werden.

Es ist für den Bundesrat zentral, dass Verschiebungen von Aufgaben- und Finanzierungszuständigkeiten von dieser Tragweite weder im Übergangsjahr noch längerfristig zu Lastenverschiebungen von den Kantonen zum Bund oder umgekehrt führen dürfen. Anzustreben ist eine haushaltsneutrale Aufgabenneuverteilung zwischen Bund und Kantonen. Die Umsetzung einer solchen Option muss angesichts der zur Diskussion stehenden Finanzströme sowie der Erfahrungen aus der auf anfangs 2008 in Kraft getretenen NFA als äusserst herausfordernd und schwierig bezeichnet werden. Es gilt nämlich zu berücksichtigen, dass der notwendige Finanzierungsausgleich im Übergangsjahr für den Bund in der Grössenordnung von mindestens 5,1 Milliarden Franken ausfallen müsste. Dies dürfte nach der kürzlich erfolgten NFA-Aufgabenneuverteilung alles andere als einfach zu bewerkstelligen sein und wäre nur im Rahmen einer neuen Aufgabenverteilungs-Runde zwischen Bund und Kantonen zu realisieren. Als einzige Alternative zur Aufgabenneuverteilung stünde für den Finanzierungsausgleich eine Erhöhung der Bundessteuern (z.B. Mehrwertsteuer) zur Diskussion bei gleichzeitiger Senkung der direkten Steuern der Kantone. Die politische Tragweite eines solchen Projekts wäre als enorm einzuschätzen. Der Finanzierungsausgleich ist selbstverständlich nicht nur im Übergangsjahr sondern auch auf lange Sicht zu garantieren. In diesem Zusammenhang ist zu berücksichtigen, dass der Spitalbereich auch in Zukunft einer grossen Ausgabendynamik unterliegen dürfte, die voraussichtlich über dem Wirtschaftswachstum in der Schweiz zu liegen kommen wird. Der Finanzierungsausgleich für den Bund müsste also dieser längerfristigen Ausgabenentwicklung Rechnung tragen.

Aus diesem Grund ist die dargelegte Option, welche eine Verfassungsänderung bedingt, von langer Hand vorzubereiten. Die Umsetzung ist unter diesen Bedingungen erst längerfristig möglich.

7.2.1 Option der Spitalfinanzierung durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung

Obwohl im Grundsatz auch die Kantone als einzige Zahlstelle für die Finanzierung der Spitäler in Frage kommen, erscheint eine solche Kompetenz- und Lastenzuordnung nicht sinnvoll, weil damit die Herauslösung der stationären Behandlungen aus dem Leistungsbereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung verbunden wäre.

Es ist davon auszugehen, dass bei Einführung einer einheitlichen Finanzierung der Spital- und ambulanten Leistungen die heute von den Kantonen im Rahmen der Spitalfinanzierung geleisteten Beiträge nicht ersatzlos aufgehoben werden können. Diese Beiträge gehen zwar an die Spitäler, sie vermindern aber auch die Prämienlast der Versicherten. Gestützt auf die Statistiken für das Jahr 2008 ergibt sich folgendes Bild (in Mio. CHF) :

- Zahlungen der Kantone an Spitäler	6'941.4
- Zahlungen der Gemeinden an Spitäler	458.0
- Zahlungen der Kantone an Pflegeheime	408.7
- Zahlungen der Gemeinden an Pflegeheime	279.2
- Total Kantone und Gemeinden an Spitäler und Pflegeheime*	8'087.3
- Betriebsaufwand OKP**	20'538.7
- Total Betriebsaufwand OKP + Kantone und Gemeinden an Spitäler und Pflegeheime	28'626.0

* Bundesamt für Statistik: Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens 2008 Tabelle Kosten im Gesundheitswesen nach Leistungserbringern und Direktzahlenden,
http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/lexikon/bienvenue___login/blank/zugang_lexikon.topic.1.html

** Bundesamt für Gesundheit: Statistik der obligatorischen Krankenpflegeversicherung 2008 Tabelle T 1.02; Leistungen OKP abzüglich Kostenbeteiligung plus Verwaltungsaufwand = durch Prämien zu finanzierender Aufwand

Müsste bei Einführung der monistischen Spitalfinanzierung der gesamte Aufwand der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für stationäre Behandlungen durch zusätzliche Prämienzahlungen aufgebracht werden, würden die Prämien grob geschätzt um rund ein Drittel ansteigen. In dieser Schätzung nicht berücksichtigt sind Änderungen des Finanzierungsanteils von obligatorischer Krankenpflegeversicherung und Kantonen, die sich wegen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung und wegen der Neuordnung der Pflegefinanzierung ergeben. Diese Zahlen decken sich in der Grössenordnung mit dem im Expertenbericht Leu für das Jahr 2000 errechneten Finanzierungsanteil der Kantone an die Spitäler bezogen auf die Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung von 34.5 Prozent. Zwar ist diese Schätzung mit Ungenauigkeiten verbunden. Trotzdem besteht Grund zur Annahme, dass eine Lösung nur dann auf politische Akzeptanz stösst, wenn sie den geschätzten Anstieg der Prämienbelastung der Versicherten verhindert.

Heute wird die obligatorische Krankenpflegeversicherung indirekt entlastet, indem die Kosten für stationäre Behandlungen nur teilweise über die Krankenversicherung finanziert werden. Mit der Einführung der monistischen Spitalfinanzierung müsste nach Auffassung des Experten eine Lösung gefunden werden, bei welcher die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung selber nicht nur durch Prämien (und Kostenbeteiligungen) finanziert werden, sondern in der auch die Beiträge der öffentlichen

Hand einen Finanzierungsbeitrag leisten. Die bisherige duale Finanzierung der Spitäler wird mit der Umsetzung des vom Experten vorgeschlagenen Modells von einer dualen Finanzierung der Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abgelöst.

7.2.2 ... und der Pflegefinanzierung durch die Kantone

Im Gegenzug zur monistischen Spitalfinanzierung könnte sich die Pflegefinanzierung für eine Abtrennung von der Krankenversicherung anbieten. Immer wieder wird der Vorschlag geäußert, dass das Pflegerisiko durch eine besondere Pflegeversicherung abgedeckt werden soll. Aktualität erhält diese Frage im Zusammenhang mit der Neuordnung der Pflegefinanzierung. Mit dem Beschluss der Eidgenössischen Räte vom 13. Juni 2008 über die Neuordnung der Pflegefinanzierung (BBl 2008 5247) wird die obligatorische Krankenpflegeversicherung künftig einen vom Bundesrat festgesetzten Beitrag an die Kosten der Langzeitpflege (zu Hause und im Pflegeheim) zu entrichten haben. Die Finanzierung der übrigen Pflegekosten haben die Kantone zu regeln, wobei sie die in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung versicherten Personen nur begrenzt zu einer Mitfinanzierung verpflichten können. Die Leistungen der Pflege zu Hause und in Pflegeheimen werden also weiterhin durch zwei Kostenträger finanziert. Im Gegensatz zur Spitalfinanzierung sind dabei die Kantone und Krankenversicherer nicht in ein einheitliches Finanzierungskonzept eingebunden. Die Kantone haben gestützt auf das KVG zudem keine Garantie, dass der Bundesrat die Beiträge der obligatorischen Krankenpflegeversicherung regelmässig der Kostenentwicklung anpasst. Die Verantwortung für die Aufrechterhaltung und Finanzierung der Versorgung durch Institutionen der Langzeitpflege liegt damit letztlich bei den Kantonen. Diese sind aber trotzdem in der Umschreibung der zu unterstützenden Pflegeheime und Organisationen der Pflege und Hilfe zu Hause nicht völlig autonom, weil sie die Regeln des KVG über die Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sowie über die Pflegeheimplanung zu beachten haben.

Im Zuge der Diskussion über die Einführung der monistischen Spitalfinanzierung ist in diesem Sinne zu prüfen, ob eine finanzielle Teilkompensation für die Entlastung der Kantone in der Spitalfinanzierung zugunsten der Krankenversicherung nicht darin bestehen könnte, dass die Finanzierung der Pflegeleistungen bei Krankheit vollständig aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung herausgelöst und den Kantonen übertragen wird. Im Jahr 2008 haben die Aufwendungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für Pflege zu Hause 496.1 Mio. Franken und im Pflegeheim 1'784.4 Mio. Franken, total also 2'280.5 Mio. Franken betragen (Kostenbeteiligung der Versicherten eingeschlossen). Die Zahlen zeigen, dass damit die zusätzliche Belastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bei Einführung der monistischen Spitalfinanzierung bei weitem nicht kompensiert werden kann. Die Lösung könnte aber in einer Kombination mit den weiter oben dargestellten oder anderen Modellen bestehen.

Damit von Seiten der Kantone keine staatspolitischen Bedenken gegen die Einführung des skizzierten Modells geltend gemacht werden können, ist vorab zu klären, ob ein solches Modell mit Artikel 117 BV vereinbar ist. Diese Abklärung drängt sich ebenfalls auf, weil der Bund mittels der Gesetzgebung über die Krankenversicherung stark auf die Ausgestaltung des Gesundheitswesens Einfluss nimmt. Er stellt dabei zwar nur für die Krankenversicherung rechtlich verbindlich Regelungen auf, diese Regelungen strahlen aber faktisch auf das ganze Gesundheitswesen aus. Sowohl aus verfassungsrechtlicher als auch aus sachlicher Sicht könnten daraus Ungereimtheiten entstehen. Von den im KVG verankerten Bestimmungen über die Prämienverbilligung, die Spitalfinanzierung sowie die Pflegefinanzierung ist zudem der Finanzhaushalt des Bundes und der Kanto-

ne massiv betroffen. Deshalb bietet es sich an, dass die Abklärungen in Bezug auf die Einführung der einheitlichen Finanzierung der stationären und ambulanten Leistungen zum Anlass genommen werden, um auch die Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen im Gesundheitswesen zu überprüfen. Die Umstellung auf ein Modell mit geänderter Aufgabenteilung wäre eher langfristig zu realisieren.

8 Fazit

Die unterschiedliche Finanzierung der im Spital stationär erbrachten Leistungen (duale Finanzierung) und der im spitalambulanten und ambulanten Bereich erbrachten Leistungen (monistische Finanzierung) enthält einen falschen Anreiz, indem die stationär erbrachten Leistungen durch Mittel der Kantone "verbilligt" werden. Die subventionsbedingte Kostenverzerrung kann die Wahl der Therapieform beeinflussen. In Fällen, in denen dies zutrifft, wird der Wettbewerb beeinträchtigt und die Allokation der Ressourcen ist weniger effizient als theoretisch möglich. Dieser Schwachstelle kann durch die Einführung einer einheitlichen Finanzierung aller zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbrachten Leistungen behoben werden. Im Hinblick auf einen Übergang zu einem monistischen Finanzierungssystem sind im Rahmen der Expertenarbeit von Robert Leu und mit dem Gutachten von Markus Moser Ansätze entwickelt worden. Alle aufgezeigten Modelle beheben die heute bestehende Ineffizienz in der Zuteilung der Ressourcen zwischen dem stationären und ambulanten Bereich.

Jeder Ansatz eines einheitlichen Finanzierungsmodells für den stationären und ambulanten Bereich ist mit grösseren Systemumstellungen verbunden. Sie bedingen den Entscheid über die Einspeisung der Kantonsbeiträge ins System. Damit stellt sich die Frage nach den Aufgaben von Bund und Kantonen und deren Finanzierungszuständigkeiten. Sobald Abklärungen oder Änderungen auf Verfassungsebene notwendig werden, sind aufwändige politische Prozesse absehbar. Der mit der Umstellung verbundene Aufwand ist dem Effizienzgewinn gegenüberzustellen, der von einem neuen Finanzierungsmodell erwartet werden kann.

9 Weiteres Vorgehen

Wegen des Einflusses, den die Gesetzgebung im Bereich der Krankenversicherung auf das Gesundheitswesen und insbesondere auf die Kantonsfinanzen hat, muss die Diskussion um ein künftiges Finanzierungsmodell auch die Option der Neuüberprüfung der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen auf Verfassungsebene einschliessen, unter Berücksichtigung des zwingend nötigen Finanzierungsausgleichs von allfälligen Aufgabenverschiebungen zwischen Bund und Kantonen. Im Hinblick auf den mittel- oder längerfristigen Übergang zu einer einheitlichen Finanzierung der stationären und ambulanten Leistungen ist das Modell der neuen Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen näher zu prüfen. Die Entwicklung von Alternativen zur Aufgabenteilung und Finanzierungszuständigkeit von Bund und Kantonen hat durch die beteiligten Behörden und, falls erforderlich, unter Beizug eines wissenschaftlichen Experten zu erfolgen. Diese Arbeiten bilden den ersten Schritt der Umsetzung der Motion der SGK-S für eine einheitliche Finanzierung der Leistungen. Die Diskussion mit weiteren Akteuren ist in der ersten Phase nicht vorgesehen, in späteren Arbeitsschritten jedoch eine Option. Mit dem vorliegenden Bericht wird die Stossrichtung für ein künftiges Modell vorgegeben, nicht aber ein Modell vorgeschlagen. Die Motion der SGK-S kann daher noch nicht abgeschrieben werden. Die Grundsatzdiskussion über die Neuüberprüfung der Aufgabenteilung zwi-

schen Bund und Kantonen soll im Rahmen des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik stattfinden. Im Zusammenhang mit der Frage einer Gesundheitsverfassung wurden am 21. Oktober 2010 erste Beschlüsse gefasst. Die erforderlichen Arbeiten dazu sind im Rahmen des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik zwischen Bund und Kantonen im Gang. Ausgehend vom Bericht des Bundesrates wird im April 2011 die Frage der Anreize im stationären und ambulanten Bereich thematisiert. Gleichzeitig wird eine Arbeitsgruppe beginnen, das Thema "Steuerung im Gesundheitssystem" zu klären. In diesem Sinne wird die Motion 06.3009 schrittweise umgesetzt. Gestützt auf diese Diskussionen legen Bund und Kantone gemeinsam das weitere Vorgehen fest. Die grundsätzliche Strategie, der Zeitplan sowie die nächsten zu treffenden Schritte sind Bestandteil dieser Diskussionen.

Der Übergang zu einer einheitlichen Finanzierung ist längerfristig anzustreben, insbesondere, wenn eine neue Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen in Betracht gezogen wird. Indessen soll die Diskussion über die möglichen Änderungen bald beginnen. Nur wenn eine Lösung auf einem breiten Konsens beruht, kann erwartet werden, dass sie tragfähig sein wird.

Anhang: Übersichtstabelle möglicher Finanzierungsmodelle

Anhang: Mögliche Finanzierungsmodelle

Ausgangspunkt

- Eine monistische Finanzierung ist die Finanzierung aus einer Hand, einem Leistungserbringer steht ein Kostenträger gegenüber.
- Die Krankenversicherer (Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)) sind der Monist (d.h. die Kantone fallen ausser Betracht).

	Modell	Monist	Auswirkungen auf die OKP	Auswirkungen auf die Kantone	Auswirkungen auf den Bund	Bemerkungen
1	Einheitliche Finanzierung aller Leistungen der Spitäler (Mo Parmelin 09.3853) -Spital: dual -freie Praxis: monistisch	Kein echter Monismus (zwei Kostenträger)	Die OKP wird entlastet, wenn die Kantone die ambulanten Leistungen der Spitäler mitfinanzieren.	Die Kantone erfahren eine Mehrbelastung, die abhängig ist vom festgelegten Finanzierungsanteil.	Der Beitrag an die individuellen Prämienverbilligungen sinkt, weil die Gesamtkosten der OKP als Bemessungsgrundlage für den Bundesbeitrag an die Prämienverbilligung leicht tiefer sind.	Der Spitalbereich ist dual, der ambulante Bereich ausserhalb des Spitals ist weiterhin zu 100% durch die OKP finanziert.
2	Einheitliche Finanzierung aller Leistungen der OKP, festgelegter Kostenteiler Vorschlag der SGK-S 2007: 30% Kanton, 70% OKP	Kein echter Monismus (zwei Kostenträger)	+/- 0 (Annahme: kostenneutraler Finanzierungsschlüssel).	+/- 0 (Annahme: kostenneutraler Finanzierungsschlüssel).	keine, unter der Bedingung, dass die Aufteilung zwischen OKP und Kantonen bei der einheitlichen Finanzierung aller stationären und ambulanten Leistungen kostenneutral ist.	Die kostenneutrale Finanzierungsaufteilung zwischen OKP und Kantonen muss neu berechnet werden; die Kantone reklamieren die fehlende Steuerungskompetenz im ambulanten Bereich.

3	Monistische Finanzierung	Krankenversicherer	Bisheriger Beitrag der Kantone und Gemeinden an Spitäler (7'399'400'000 Fr.) und Pflegeheime (687'900'000 Fr.) fällt zusätzlich an* <u>+ 8'087'300'000 Fr.</u>	Beitrag der Kantone und Gemeinden an Spitäler und Pflegeheime fällt weg* <u>- 8'087'300'000 Fr.</u>	Anstieg des Bundesbeitrags an die Prämienverbilligungen, da Gesamtkosten der OKP als Bemessungsgrundlage für den Bundesbeitrag an die Prämienverbilligung steigen	Massive Erhöhung der OKP-Prämien (+rund 30 - 35%) bei Wegfall der Kantons- und Gemeindebeiträge an die Spitäler und Pflegeheime; der Bedarf nach individueller Prämienverbilligung (IPV) steigt.
3a	Monistische Finanzierung Überweisung des bisherigen Kantonsbeitrags an die Versicherer	Krankenversicherer	+/- 0	+/- 0 Lastenverschiebung auf die OKP wird verhindert, wenn der Finanzierungsbeitrag der Kantone langfristig gesichert ist.	keine Auswirkung, wenn der Finanzierungsbeitrag der Kantone langfristig sichergestellt und der Kostenentwicklung angepasst wird.	Subventionierung der Versicherer durch die Kantone (Zweites Subventionssystem neben den Prämienverbilligungen an die Versicherten).
3b	Monistische Finanzierung Aufstockung der Prämienverbilligungen	Krankenversicherer	<u>+ 8'087'300'000 Fr.</u>	+/- 0 Erhöhung der Prämienverbilligung auf ca. das Dreifache.	wie Modell 3	Massive Erhöhung der IPV-Bezugsquote; Umverteilungsmechanismus wird in Gang gesetzt.
3c	Monistische Finanzierung Zweckgebundene Gutscheine an Versicherte	Krankenversicherer	<u>+ 8'087'300'000 Fr.</u>	+/- 0	wie Modell 3	Versicherte entscheiden über Subventionierung der Versicherer, unklare Auswirkungen auf versicherer- und Spitallandschaft.
3d	Monistische Finanzierung Steuerzuschuffen durch Kantone	Krankenversicherer	<u>8'087'300'000 Fr.</u>	+/- 0	wie Modell 3	Praktische Probleme bei der Verteilung des Kantonsbeitrags auf die Steuerpflichtigen.

4	Neuaufteilung der Zuständigkeiten von Bund und Kantonen	Bund: für die Spitalfinanzierung	<u>+ 7'399'400'000 Fr.</u> (bish. Beitrag der Kantone und Gemeinden an Spitäler) <u>- 2'280'500'000 Fr.</u> (bish. Beitrag der OKP an Pflegeheime (1'784'000'000 Fr.) und Pflege zu Hause (496'100'000 Fr.)**)			- Verschiebungen von Aufgaben und Lasten zwischen Bund und Kantonen sind zwingend auszugleichen - Steuerungskompetenz des Bundes für den Spitalbereich erforderlich.
		Kantone: für die Regelung der Pflege im Heim und ambulant.		<u>+ 2'280'500'000 Fr.</u> <u>- 7'399'400'000 Fr.</u>		

*Bundesamt für Statistik: Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens, Angaben für 2008

** Bundesamt für Gesundheit: Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2008, Tabelle 4.07