

**Dr. iur.  
Juristischer Berater im  
Gesundheitswesen**

Brüggbühlstrasse 32a  
Postfach  
CH-3172 Niederwangen



**Zur Einführung der monistischen Spitalfinanzierung  
in der Krankenversicherung**

**22. Dezember 2009**

Telefon 031 982 14 50  
Telefax 031 982 14 51

Mobile 079 678 17 93  
markus.moser@mails.ch

## Inhaltsverzeichnis

1	Das Postulat einer monistischen Spitalfinanzierung .....	3
1.1	Die Mängel einer gemischten Finanzierung der Spitäler .....	3
1.2	Zum Begriff der monistischen Spitalfinanzierung.....	4
1.3	Auswirkungen auf die Finanzierung der Krankenversicherung .....	4
1.4	Einwände gegen die monistische Finanzierung .....	5
2	Mögliche Lösungen einer Mitfinanzierung der OKP durch die Kantone .....	6
2.1	Lösungsvarianten im Bericht Leu .....	6
2.2	Stellungnahme zu den Lösungsvarianten im Bericht Leu.....	7
2.2.1	Festlegung der Kantonsanteile .....	7
2.2.2	Auszahlung an die Versicherer .....	7
2.3	Weitere Lösungsmöglichkeiten .....	8
2.3.1	Ausbau der Prämienverbilligung? .....	8
2.3.2	Ausdehnung der Mitwirkungsrechte der Kantone? .....	8
2.3.3	Pflegefinanzierung durch die Kantone? .....	9
3	Verfassungsrechtliche Fragen.....	10
3.1	Die bisherige Interpretation der Verfassung .....	10
3.2	Neue Aufgabenteilung von Bund und Kantonen im Gesundheitswesen .....	11

# 1 Das Postulat einer monistischen Spitalfinanzierung

## 1.1 Die Mängel einer gemischten Finanzierung der Spitäler

Öffentliche und öffentlich subventionierte Spitäler werden heute für Untersuchungen und Behandlungen im Rahmen der Krankenversicherung<sup>1</sup> sowohl durch Vergütungen der Versicherer wie durch Beiträge von Kantonen und Gemeinden entschädigt. Nur bei Privatspitalern, welche zwar für die Krankenversicherung zugelassen sind, aber von der öffentlichen Hand nicht mitfinanziert werden, sind die Tarife der Krankenversicherung grundsätzlich kostendeckend.

Nach dem zurzeit noch geltenden Recht folgt die Vergütung durch die Krankenversicherung und jene durch die öffentliche Hand unterschiedlichen Regeln. Die Vergütung durch die Krankenversicherung wird in Tarifverträgen mit den Spitalern vereinbart. Sie beschränkt sich auf höchstens 50% der anrechenbaren Betriebskosten (ohne Investitionskosten) und erfolgt in Form von leistungsbezogenen Pauschalen (Tagespauschalen, Abteilungspauschalen, Fallpauschalen nach Kliniken, nach Fachrichtungen oder nach Diagnosen etc.). Für die durch die Krankenversicherung nicht gedeckten Kosten müssen grundsätzlich die Spitalträger aufkommen. Das kantonale Recht bestimmt ohne Vorgaben des KVG, nach welchen Kriterien Beiträge der öffentlichen Hand an die Spitäler ausgerichtet werden. Diese werden im Gegensatz zu jenen der Versicherer in der Regel nicht leistungsbezogen für die Behandlungen von einzelnen Patienten ausgerichtet. Man spricht deshalb häufig von einer Objektfinanzierung durch die öffentliche Hand und einer Subjektfinanzierung durch die Versicherer.

Ab dem Jahr 2012 werden Versicherer und Kantone ihre Vergütungen an die Spitäler nach den gleichen, im KVG definierten Regeln auszurichten haben. Dabei sind in allen Spitalern leistungsbezogene Pauschalen nach einer einheitlichen Tarifstruktur anzuwenden. Mit diesen Pauschalen werden sowohl die Betriebs- wie die Investitionskosten vergütet. In der Regel müssen Fallpauschalen angewendet. Die einheitliche Tarifstruktur wird gegenwärtig auf der Basis von diagnosebezogenen Fallpauschalen vorbereitet. Mit der neuen Spitalfinanzierung wird auch die Unterscheidung zwischen subventionierten und nicht subventionierten Spitalern entfallen. Alle für die Krankenversicherung zugelassenen Spitäler müssen von Versicherern und Kantonen gemeinsam finanziert werden, wobei die Kantone mindestens 55 Prozent der jeweils geltenden Pauschale zu übernehmen haben. Das System von diagnosebezogenen Fallpauschalen nach einer einheitlichen Tarifstruktur bedeutet auch, dass für die Vergütung an ein bestimmtes Spital nicht mehr die in jenem Spital anfallenden Kosten massgebend sein werden. Die Fallpauschalen sind vereinbarte Preise für eine definierte Leistung.

Mit der neuen Spitalfinanzierung werden einige Mängel wegfallen, welche als Argument für die Einführung einer monistischen Spitalfinanzierung vorgebracht worden sind. Die unterschiedlichen Finanzierungsregeln für Versicherer und Kantone führen heute zu einem Interessengegensatz von Versicherern und Kantonen bezüglich der Höhe der Tarife der Krankenversicherung und der Menge der erbrachten Leistungen. Die Versicherer sind an möglichst tiefen Tarifen und an einem möglichst geringen Leistungsvolumen interessiert. Bei den Kantonen verhält es sich genau umgekehrt. Künftig werden beide in dieser Beziehung das gleiche Interesse an möglichst tiefen Tarifen und an der Vermeidung von unnötigen Leistungen haben. Heute laufen die Beiträge der Kantone faktisch auf eine Defizitdeckung hinaus. Gelingt es den Spitalern, ihre Leistungen effizienter zu erbringen, sinkt das Defizit und entsprechend auch der Beitrag des Kantons. Von der Effizienzsteigerung im Spital profitiert also

---

<sup>1</sup> Der Bericht beschränkt sich auf die obligatorische Krankenpflegeversicherung. Auch in anderen Sozialversicherungen entsprechen die Vergütungen nicht den vollen Kosten der Spitäler. Auf die Frage von möglichen Auswirkungen einer Änderung der Vergütungsregeln der Krankenversicherung auf die übrigen Sozialversicherungen wird hier nicht weiter eingegangen.

in erster Linie der Kanton und nicht das Spital. Mit der neuen Spitalfinanzierung werden hingegen die Spitäler stärker daran interessiert sein, die Behandlungsprozesse zu verbessern und so die Kosten zu senken. Die Anreize für die Spitäler zu einer Verbesserung ihrer Effizienz werden also verstärkt.

Bestimmte Nachteile einer gemischten Finanzierung der stationären Behandlungen durch Versicherer und Kantone bleiben aber auch bei der neuen Spitalfinanzierung bestehen. Die Kantone bleiben daran interessiert, dass möglichst viele Untersuchungen und Behandlungen ambulant erbracht werden, weil sie diese Leistungen nicht mitfinanzieren müssen. Für die Spitäler macht es grundsätzlich keinen Unterschied, ob ein medizinischer Eingriff ambulant oder stationär durchgeführt wird, wenn die Vergütungen in beiden Fällen kostendeckend sind. Dies wird aber nicht immer im gleichen Masse der Fall sein. Die Spitäler werden also fallweise je nach der konkret geltenden Höhe der Vergütung eher an ambulanten oder an stationären Behandlungen interessiert sein. Nicht eliminiert wird auch die Mehrfachrolle der Kantone als Eigentümer der Spitäler, als Mitfinanzierer der stationären Behandlungen, als Schiedsrichter bei einem Scheitern von Tarifverhandlungen und als Ersteller der Liste der für die Krankenversicherung zugelassenen Spitäler.

## **1.2 Zum Begriff der monistischen Spitalfinanzierung**

Die Mängel einer gemischten Finanzierung der Spitäler führen zur Forderung nach Einführung einer monistischen Spitalfinanzierung. Was unter monistischer Spitalfinanzierung zu verstehen ist und welche Finanzierungsmodelle hier in Frage kommen, ist im Expertenbericht von Prof. Robert E. Leu vom Februar 2004 ausführlich dargestellt worden<sup>2</sup>. Dieser Bericht ist noch heute für eine Entscheidungsfindung relevant, obwohl inzwischen das KVG im Sinne der oben kurz dargestellten dual-fixen Finanzierung der Spitäler revidiert worden ist.

Nach Leu ist für monistische Finanzierungsmodelle kennzeichnend, dass die formale Finanzierungsverantwortung (Zahllast) ausschliesslich bei einer Zahlstelle liegt<sup>3</sup>. Diese Definition lässt offen, wer die Zahlstelle ist. Ausgehend von der heute gemischten Finanzierung könnten dies entweder die Krankenversicherer oder die Kantone sein. Leu kommt aber zum Schluss, dass unter den denkbaren Finanzierungsmodellen nur Varianten in Frage kommen, bei welchen die Krankenversicherer die Zahlstelle sind, wenn das Gesundheitswesen wettbewerbsorientiert gestaltet sein soll<sup>4</sup>. Beizufügen ist, dass bei einer monistischen Finanzierung durch die Kantone die stationären Behandlungen faktisch nicht mehr zum Leistungsbe- reich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zählen würden. Die stationäre Versorgung würde also im Rahmen von kantonalen Gesundheitsdiensten angeboten und vergütet. Die Mängel der heutigen gemischten Finanzierung würden damit nicht behoben, sondern noch verstärkt. Die Abgrenzung zwischen ambulanter und stationärer Behandlung, welche heute aus medizinischer Sicht nicht mehr so eindeutig ist, würde durch eine Einschränkung der OKP auf ambulant erbrachte Leistungen eine noch grössere Bedeutung als bei der heutigen gemischten Spitalfinanzierung erhalten.

## **1.3 Auswirkungen auf die Finanzierung der Krankenversicherung**

Es ist unbestritten, dass bei Einführung einer monistischen Spitalfinanzierung die heute von den Kantonen im Rahmen der Spitalfinanzierung geleisteten Beiträge nicht ersatzlos aufgehoben werden könnten. Diese Beiträge gehen zwar an die Spitäler, sie vermindern aber auch die Prämienlast der Versicherten.

Leu kommt in seinem Bericht zum Schluss, dass im Jahr 2000 der Finanzierungsanteil der Kantone an die Spitäler in Bezug auf die Spitalkosten 55 Prozent und in Bezug auf die ge-

<sup>2</sup> Robert E. Leu, Monistische Spitalfinanzierung, Grundlagen zur dritten KVG Revision, Experten- und Forschungsberichte des BAG, Februar 2004

<sup>3</sup> „Kennzeichnend für monistische Finanzierungsmodelle ist also, dass die formale Finanzierungsverantwortung (Zahllast) ausschliesslich bei einem Akteur liegt. Es gibt nur noch eine Zahlstelle, an welche eine Rechnung jeweils eingereicht werden kann und welche diese Rechnung nach erfolgter Kontrolle auch begleicht.“ Leu, S. 29

<sup>4</sup> Leu S. 35

samten Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung 34.5 Prozent betragen hat<sup>5</sup>. Gestützt auf die Statistiken für das Jahr 2007 ergibt sich folgendes (in Mio. CHF)<sup>6</sup>:

Zahlungen der Kantone an stationäre Betriebe	6'813.7
Zahlungen der Gemeinden an stationäre Betriebe	562.5
<b>Total Kantone und Gemeinden an stationäre Betriebe</b>	<b>7'376.2</b>
Betriebsaufwand OKP*	19'730.4
<b>Total Betriebsaufwand OKP + Kantone und Gemeinden an stationäre Betriebe</b>	<b>27'106.6</b>

\* Leistungen OKP abzüglich Kostenbeteiligung plus Verwaltungsaufwand = durch Prämien zu finanzierender Aufwand

Müsste bei Einführung der monistischen Spitalfinanzierung der gesamte Aufwand der OKP für stationäre Behandlungen grundsätzlich durch zusätzliche Prämienzahlungen aufgebracht werden, würden die Prämien also grob geschätzt um rund ein Drittel ansteigen. Diese Zahlen decken sich in der Grössenordnung mit dem von Leu für das Jahr 2000 errechneten Finanzierungsanteil der Kantone an die Spitäler bezogen auf die Kosten der OKP von 34.5 Prozent. Auch wenn diese Schätzung mit Ungenauigkeiten verbunden ist<sup>7</sup>, lässt sich doch feststellen, dass mit der Einführung einer monistischen Spitalfinanzierung eine Lösung gefunden werden muss, um zu verhindern, dass die Prämienbelastung der Versicherten allein durch eine Änderung der Finanzierungsregeln massiv ansteigt.

Heute wird die OKP indirekt entlastet, indem die Kosten für stationäre Behandlungen nur teilweise über die Krankenversicherung finanziert werden. Mit der Einführung der monistischen Spitalfinanzierung muss eine Lösung gefunden werden, bei welcher die OKP selber nicht nur durch Prämien (und Kostenbeteiligungen) sondern auch durch Beiträge der öffentlichen Hand mitfinanziert wird. Die bisherige duale Spitalfinanzierung wird damit von einer dualen Finanzierung der OKP abgelöst.

#### 1.4 Einwände gegen die monistische Finanzierung

In der Volksabstimmung 1. Juni 2008 ist ein Verfassungsartikel „für Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Krankenversicherung“,<sup>8</sup> welcher unter anderem auch die Einführung der monistischen Spitalfinanzierung vorsah<sup>9</sup>, deutlich abgelehnt werden. Ein zentrales Argument gegen den Verfassungsartikel war die Befürchtung, die Machtfülle der Krankenkassen würde damit zunehmen.<sup>10</sup> Der Verfassungsartikel wurde von den Kantonen gerade wegen der damit angestrebten Einführung der monistischen Spitalfinanzierung bekämpft. Die Kantone bezeichneten die monistische Spitalfinanzierung als staatspolitisch fragwürdig, weil damit aus Steuereinnahmen stammende Gelder an die Krankenkassen fliessen würden. Die Übertragung öffentlicher Gelder an die Krankenkassen widerspreche dem Grundsatz der fiskalischen Äquivalenz, wonach die Öffentlichkeit die Mittelverwendung demokratisch bestimmen und kontrollieren können müsse. Die Kassen unterständen keiner demokratischen Kontrolle durch Bürgerinnen und Bürger. Der Verfassungsartikel würde den Kassen voraussichtlich die uneingeschränkte Macht geben, über die Gesundheitsversorgung zu bestimmen<sup>11</sup>.

Diese Argumentation ist nicht überzeugend. Es trifft zwar zu, dass die Krankenversicherer

<sup>5</sup> Leu, Tabelle 1 S. 37.

<sup>6</sup> Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens 2007, Bundesamt für Statistik, März 2009 T7; Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2007, BAG Mai 2009, T 1.02

<sup>7</sup> Die Zahlungen der Kantone an stationäre Betriebe schliesst auch die Pflegeheime mit ein. Andererseits sind möglicherweise die Investitionskosten nicht lückenlos erfasst. Bei Einführung der monistischen Spitalfinanzierung würde zudem nicht der gesamte Kantonsanteil auf die OKP überwält. Auch die Tarife anderer Sozialversicherungen sind heute nicht kostendeckend, allerdings liegt dort der Deckungsgrad bei etwa 80% der Betriebskosten.

<sup>8</sup> BB vom 21. Dezember 2007, BBl 2008, S. 3ff.

<sup>9</sup> Vgl. Art. 117a Abs. 6 des neu vorgeschlagenen Verfassungsartikels.

<sup>10</sup> Vox Analyse der eidgenössischen Abstimmungen vom 1. Juni 2008, [www.politrends.ch/abstimmungen/abstimmungsanalysen/vox-analysen/080601d.html](http://www.politrends.ch/abstimmungen/abstimmungsanalysen/vox-analysen/080601d.html)

<sup>11</sup> Medienmitteilung der GDK vom 17.3.2008

keiner direkten demokratischen Kontrolle durch Bürgerinnen und Bürger unterstehen. Die Krankenversicherer üben aber einen gesetzlichen Auftrag aus. Ihre Handlungsfreiheit ist durch gesetzliche Vorgaben eingeschränkt und sie unterstehen der Aufsicht durch das Bundesamt für Gesundheit. Zudem tritt bereits mit der dual-fixen Spitalfinanzierung für die Kantone ein ähnlicher Zustand ein wie bei Einführung einer monistischen Spitalfinanzierung. Die Kantone werden für jede stationäre Behandlung einen gesetzlich fixierten Mindestanteil zu übernehmen haben. Die kantonalen Beiträge an die Spitäler werden damit zu gesetzlich gebundenen Ausgaben, deren Höhe von den Kantonen nicht mehr direkt beeinflusst werden kann. Die Kantone können Höhe dieser Beiträge aber weiterhin indirekt durch ihre Mitwirkungsrechte beim Vollzug des KVG beeinflussen, insbesondere durch die Spitalplanung und ihre Mitwirkung bei der Ausgestaltung der Fallpauschalen.

## **2 Mögliche Lösungen einer Mitfinanzierung der OKP durch die Kantone**

### **2.1 Lösungsvarianten im Bericht Leu**

Für die Festlegung der Kantonsanteile an der Mitfinanzierung der OKP werden im Expertenbericht Leu vier Varianten diskutiert<sup>12</sup>:

- Variante 1: Festlegung eines verbindlichen Mindestanteils der Kantone an den Kosten der OKP. Der ab 2012 geltenden Mindestanteil der Kantone an den Kosten der stationären Behandlungen würde also durch einen Mindestanteil an den Kosten für sämtliche Leistungen der OKP abgelöst.
- Variante 2: Der Kantonsanteil entspricht mindestens dem durchschnittlichen Anteil an der Finanzierung der Spitäler durch den Kanton in den vergangenen drei Jahren. Kantone, welche sich heute stärker an Spitalfinanzierung beteiligen, müssten also auch an die OKP einen höheren Anteil leisten.
- Variante 3: Der Kantonsanteil entspricht dem bisherigen Finanzierungsanteil des Kantons an den gesamten Kosten der OKP seiner Wohnbevölkerung.
- Variante 4: Die Kantone legen ihren Beitrag an die Gesamtkosten der OKP ohne verbindliche Vorgaben im KVG selber fest.

Sowohl der Experte (Leu) wie die Arbeitsgruppe, welche an Ausarbeitung des Expertenberichts beteiligt war, haben sich für die Variante 1 ausgesprochen, falls es verfassungsrechtlich möglich sei, den Kantonen einen Mindestanteil an der Finanzierung der OKP vorzuschreiben. Falls dies nicht zulässig sein sollte, bliebe nur Variante 4.

Für die Ausrichtung der Kantonsbeiträge an die Versicherer werden im Expertenbericht Leu sechs Varianten diskutiert<sup>13</sup>:

- Variante A: Aufteilung unter die Versicherer pro Anzahl Versicherte.
- Variante B: Ausrichtung eines Teils der Kantonsbeiträge an die Versicherer über einen Hochrisikopool und einen Teil nach Variante A.
- Variante C: Aufteilung unter die Versicherer nach den Kosten der einzelnen Versicherer im Vorjahr.
- Variante D: Abgabe eines Gutscheins (Voucher) an die Versicherten auf der Basis der Durchschnittsprämie in der betreffenden Prämienregion.
- Variante E: Auszahlung an die Versicherten über das System der Prämienverbilligung, wobei zwischen einem pro Kopf-Beitrag an alle Versicherten und einem weiterhin nach Einkommen und Vermögen abgestuften Beitrag zu unterscheiden wäre.
- Variante F: Auszahlung an die Versicherten in Form von Steuergutschriften, mit der gleichen Unterscheidung nach zwei Beitragsarten wie in Variante E.

Sowohl der Experte (Leu) wie die Arbeitsgruppe haben sich für die Variante A ausgesprochen.<sup>14</sup>

---

<sup>12</sup> Leu Ziff. 4.3 S. 39 ff.

<sup>13</sup> Leu Ziff. 4.4 S. 43 ff.

<sup>14</sup> Leu Ziff. 4.5 S. 49 und Ziff. 4.6 S. 50.

Die Vorschläge des Expertenberichts Leu führen also zu folgendem Ergebnis: Die Kantone haben einem im Gesetz festgelegten Mindestanteil an den Kosten der OKP ihrer Kantonsbewohner zu übernehmen. Sie entrichten ihren Anteil den einzelnen Versicherern pro Anzahl Versicherte. Anzuführen ist, dass diese Beiträge nach Prämiengruppen (Kinder, Jugendliche, Erwachsene) abzustufen wären.

## **2.2 Stellungnahme zu den Lösungsvarianten im Bericht Leu**

### **2.2.1 Festlegung der Kantonsanteile**

Variante 1 kommt der Regelung bei der neuen Spitalfinanzierung sehr nahe, indem die Kantone in beiden Fällen verpflichtet sind, einen bestimmten Mindestanteil an Kosten der OKP zu übernehmen. Bei der neuen Spitalfinanzierung sind es die Kosten von stationären Behandlungen. Im Fall der monistischen Spitalfinanzierung bilden die gesamten Kosten der OKP die Basis für die Festlegung des Kantonsanteils. Der Mindestanteil der Kantone lässt sich für den Zeitpunkt des Inkrafttretens der neuen Regelung im Vergleich zur dual-fixen Spitalfinanzierung kostenneutral festlegen. Später ergeben sich allerdings Unterschiede in der Belastung, wenn die Kosten der stationären und der ambulanten Behandlung in unterschiedlichem Ausmass ansteigen. Diese Variante sollte auf jeden Fall weiter verfolgt werden.

Die Varianten 2 und 3 hatten im Bericht Leu die Funktion, die Beiträge der Kantone nach dem früheren Recht als Massstab für die Belastung nach neuem Recht zu nehmen. Nachdem inzwischen für alle Kantone ein gleicher Mindestanteil für die Finanzierung der stationären Behandlung festgelegt ist, kann das ursprüngliche Anliegen dieser Varianten auch bei Variante 1 berücksichtigt werden. Denkbar wäre allerdings, diese Varianten nicht nur als Übergangsregelung zu konzipieren, sondern die Höhe Kantonsbeiträge an die Krankenversicherung dauerhaft nach der Höhe der Kosten für die stationäre Versorgung zu bemessen. Die Belastung der Kantone würde sich damit gegenüber der Spitalfinanzierung, welche von den Kantonen akzeptiert ist, nicht ändern. Beibehalten würde damit aber auch die unterschiedliche Interessenlage von Kantonen und Versicherern bezüglich der Finanzierung der Krankenversicherung. Wenn sich auch nach Einführung der monistischen Spitalfinanzierung die Kantonsanteile ausschliesslich nach den Kosten der stationären Versorgung richten, wären die Krankenversicherer weiterhin daran interessiert, dass möglichst viele Behandlungen stationär durchgeführt werden, während die Kantone genau die gegenteiligen Interessen hätten. Faktisch bliebe man damit bei der heutigen dual-fixen Finanzierung der stationären Behandlungen mit dem einzigen Unterschied, dass die Beiträge der Kantone an die Krankenversicherer fliessen würden. Eine solche Variante sollte deshalb nicht weiter verfolgt werden.

Bei Variante 4 können die Kantone autonom entscheiden, in welcher Höhe sie die OKP mitfinanzieren wollen. Der Kantonsbeitrag an die OKP wäre keine durch Bundesrecht verbindlich definierte Grösse. Diese Variante sollte deshalb mit Rücksicht auf die Interessen der Kantone nicht zum Vorneherein ausgeschlossen werden, weil sie den Kantone einen höheren Grad an Autonomie einräumt.

### **2.2.2 Auszahlung an die Versicherer**

Im Vordergrund steht Variante A, sie ist einfach und nahe liegend. Sie ist auf jeden Fall weiter zu verfolgen. Die Variante C bis F haben bereits im Bericht Leu schlecht abgeschnitten. Sie sollten nicht mehr weiter verfolgt werden.

Die Einrichtung eines Hochrisikopools (Variante B) sollte ebenfalls näher geprüft werden. Neben der im Bericht Leu vorgeschlagenen Variante (Zusammenlegung des Hochrisikopools mit dem heutigen Risikoausgleich) sollte aber auch eine Lösung geprüft werden, wonach der Hochrisikopool allein aus Beiträgen der Kantone finanziert und von den Kantonen verwaltet wird. Daneben würde der bisherige Risikoausgleich zwischen den Versicherern weiter bestehen. Hohe Kosten fallen zwar nicht ausschliesslich aber doch schwergewichtig in Spitälern an. Zudem dürften vor allem auch Behandlungen der Spitzenmedizin unter die Hochrisi-

kofällen fallen. Gerade in diesen Bereichen haben die Kantone Aufgaben der Kostensteuerung (Spitalplanung, Planung der Spitzenmedizin). Die Beiträge der Kantone würden damit zur Hauptsache für Untersuchungen und Behandlungen verwendet, bei welchen die Kantone einen Einfluss auf die Kosten haben. Wenn sich der Hochrisikopool tatsächlich auf Fälle mit hohen Kosten beschränkt, kann nicht die gesamte Summe der kantonalen Beiträge (voraussichtlich deutlich mehr als 7 Mia. Franken) über den Hochrisikopool an die Versicherer fließen. Ein Teil der kantonalen Beiträge würde als genereller Beitrag an die Versicherer ausgerichtet. Dies sieht auch der Bericht Leu für den Fall der Einrichtung eines Hochrisikopools vor. Im Gegensatz zum Bericht Leu steigen aber bei der hier vorgeschlagenen Lösung die generellen Beiträge der Kantone an die Versicherer nicht automatisch an, wenn dank Kosteneinsparungen bei Hochrisikofällen weniger Mittel für den Hochrisikopool benötigt werden. Damit werden die Kantone für Kosteneinsparungen bei Hochrisikofällen belohnt.

## **2.3 Weitere Lösungsmöglichkeiten**

### **2.3.1 Ausbau der Prämienverbilligung?**

Leu Beschreibt in seinem Expertenbericht eine Variante, wonach die Mitfinanzierung der Krankenversicherung durch die Kantone über das System der Prämienverbilligung erfolgen könnte (vgl. Ziff. Variante E). Nach dieser Variante soll aber lediglich die Organisation der Prämienverbilligung dafür benützt werden, um daneben noch einen bestimmten pro Kopf-Beitrag auszurichten. Die Ansprüche auf eine individuelle Prämienverbilligung nach Einkommen und Vermögen der Versicherten bleiben dabei grundsätzlich unverändert. Wäre es aber nicht auch möglich, das System der Prämienverbilligung auszubauen und diese zusätzlichen Mittel ebenfalls nach Einkommen und Vermögen der Versicherten auszurichten?

Bund und Kantone haben im Jahr 2007 zusammen total 3'420.5 Mio. CHF an Beiträgen zur Prämienverbilligung geleistet. Rund 30 Prozent der Wohnbevölkerung gelangen heute in den Genuss von Prämienverbilligungen.<sup>15</sup> Mit Einführung der monistischen Spitalfinanzierung stünden rund 7'000 Mio. CHF zusätzlich für individuelle Prämienverbilligungen zur Verfügung. Diese zusätzlichen Mittel hätten wahrscheinlich zur Folge, dass nur noch eine kleine Minderheit keine Beiträge zur Prämienverbilligung erhalten würde. Das System der Prämienverbilligung würde damit praktisch auf den Kopf gestellt. Eine solche Lösung ist machbar. Allerdings könnte dann nicht mehr von einer Prämienverbilligung für Versicherte „in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen“ gesprochen werden.

### **2.3.2 Ausdehnung der Mitwirkungsrechte der Kantone?**

Auch wenn die Argumente der Kantone gegen eine Einführung der monistischen Spitalfinanzierung nicht überzeugen, sind sie im politischen Prozess ernst zu nehmen. Es kommt darin ein nicht nur bei den Kantonen verbreitetes Misstrauen gegenüber den Krankenkassen zum Ausdruck. Auch im Bericht Leu wird auf diesen Umstand hingewiesen<sup>16</sup>. Die Kantone befürchten, dass sie bei einer blossen Mitfinanzierung der Krankenversicherung ihren bisherigen Einfluss auf die Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung verlieren würden.

Mit dem unter Ziffer 2.2.2 beschriebenen Hochrisikopool, welcher ausschliesslich von den Kantonen finanziert würde, ist bereits eine Lösung skizziert worden, wie die Kantone gestützt auf ihre bestehenden Mitwirkungsrechte bei der Durchführung der Krankenversicherung auch die Höhe ihrer Beiträge zur Finanzierung der Krankenversicherung beeinflussen könnten. Ein Hochrisikopool benötigt aber nicht sämtliche Mittel, welche heute von den Kantonen zur Finanzierung der Spitäler eingesetzt werden.

Denkbar ist deshalb auch, im Zuge der Einführung der monistischen Spitalfinanzierung die Mitwirkungsrechte der Kantone bei der Durchführung der Krankenversicherung zu erweitern. Nachdem die Kantone heute über die Zulassung der Leistungserbringer zur stationären Be-

<sup>15</sup> Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2007, BAG Mai 2009, T 4.11

<sup>16</sup> Leu, Ziff. 4.4.7 S. 46f.

handlung der Versicherten entscheiden, liegt es an sich auf der Hand, ihnen auch die Kompetenz zur Zulassung der Leistungserbringer zu ambulanten Behandlungen definitiv zu übertragen, indem der heutige Zulassungsstopp durch eine kantonale Zulassungsregelung für die ambulanten Behandlungen abgelöst wird. Dabei könnte es den Kantonen frei gestellt werden, ob sie sich für eine kantonale Versorgungsplanung, für den bisherigen Kontrahierungszwang zulasten der Krankenkassen oder für die Einführung der Vertragsfreiheit entscheiden wollen.

Es ist allerdings fraglich, ob es für das gute Funktionieren der Krankenversicherung sinnvoll ist, diese politische Kontroverse von der Ebene des Bundes auf jene der Kantone zu verschieben. Bereits heute werden die Kompetenzen der Kantone im Gesundheitswesen als hinderlich für eine transparente und effiziente Ausgestaltung der durch Bundesrecht zu regelnden Krankenversicherung wahrgenommen. Aus diesem Grund greift der Bund über seine Kompetenzen im Bereich der Krankenversicherung immer stärker in die Kompetenzen der Kantone im Bereich des Gesundheitswesens ein. Dies ist letztlich auch sachlich begründet. Die Bevölkerung nimmt die Leistungen des Gesundheitswesens nicht mehr innerhalb von kantonalen Grenzen in Anspruch. Es besteht die Forderung nach Schaffung von überkantonalen Versorgungsregionen. Die Spezialisierung in der Medizin und die hohen Investitionskosten für zahlreiche Behandlungen (nicht nur für solche der so genannten Spitzenmedizin) führen letztlich dazu, die ganze Schweiz als ein einziges, koordiniert zu organisierendes Versorgungsgebiet zu betrachten.

Die konsequente Lösung für das mit der monistischen Spitalfinanzierung verbundene Finanzierungsproblem der Krankenversicherung müsste deshalb 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. Unter dem Gesichtspunkt der Kompetenzordnung im Bund wäre das kein Problem. Dagegen müsste in diesem Fall der Finanz- und Lastenausgleich zwischen Bund und Kantonen neu überprüft werden.

### 2.3.3 Pflegefinanzierung durch die Kantone?

Unter Ziffer 1.2 ist bereits darauf hingewiesen worden, dass als einzige Zahlstelle für die Finanzierung der Spitäler grundsätzlich auch die Kantone in Frage kommen, dass aber die damit verbundene Herauslösung der stationären Behandlungen aus dem Leistungsbereich der Krankenversicherung nicht sinnvoll wäre. Hingegen könnte sich die Pflegefinanzierung für eine solche Abtrennung von der Krankenversicherung anbieten. Immer wieder taucht die Frage auf, ob das Pflegerisiko nicht durch eine besondere Pflegeversicherung abgedeckt werden soll. Die Frage stellt sich auch mit Blick auf die neue Pflegefinanzierung.

Mit der Revision des KVG vom 13.6.2008 über die Neuordnung der Pflegefinanzierung wird die OKP künftig nur noch einen vom Bundesrat festgesetzten Beitrag an die Kosten der Langzeitpflege (Spitex und Pflegeheime) zu entrichten haben. Die Finanzierung der übrigen Pflegekosten haben die Kantone zu regeln, wobei sie die in der OKP versicherten Personen nur begrenzt zu einer Mitfinanzierung verpflichten können. Die Leistungen von Spitex und Pflegeheimen werden also weiterhin nicht monistisch finanziert. Im Gegensatz zur Spitalfinanzierung sind dabei Kantone und Krankenversicherer nicht einmal in ein einheitliches Finanzierungs-konzept eingebunden. Die Kantone haben gestützt auf das KVG keine Garantie, dass der Bundesrat die Beiträge der OKP regelmässig der Kostenentwicklung anpasst. Die Verantwortung für 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 Spitexorganisationen nicht völlig autonom, weil sie die Regeln des KVG über die Zulassung von Leistungserbringern zu beachten haben.

Im Zuge einer Einführung der monistischen Spitalfinanzierung sollte deshalb geprüft werden, ob eine finanzielle Kompensation der Kantone zugunsten der Krankenversicherung nicht darin bestehen könnte, dass die Finanzierung der Pflegeleistungen bei Krankheit vollständig

aus der OKP herausgelöst und den Kantonen übertragen wird. Im Jahr 2007 haben die Aufwendungen der OKP für Spitex 456 Mio. und für Pflegeheime 1'707 Mio. total also 2'163 Mio. Franken betragen.<sup>17</sup> Die Zahlen zeigen, dass damit die zusätzliche Belastung der OKP bei Einführung der monistischen Spitalfinanzierung nicht vollständig kompensiert werden kann. Die Lösung könnte aber in einer Kombination mit den weiter oben dargestellten Varianten bestehen.

### 3 Verfassungsrechtliche Fragen

#### 3.1 Die bisherige Interpretation der Verfassung

Nach Art. 117 BV erlässt der Bund Vorschriften über die Kranken- und die Unfallversicherung. Die Bestimmung ist ein reiner Kompetenzartikel ohne bestimmte Vorgaben über den Inhalt des Gesetzes. Sie steht damit im Gegensatz zu den übrigen Verfassungsartikeln im Bereich der Sozialversicherungen, in welchen bereits die Bundesverfassung auch materielle Vorgaben zur Ausgestaltung der Sozialversicherungen, insbesondere auch zu deren Finanzierung enthält. Art. 117 BV gibt dem Gesetzgeber in der Ausgestaltung und im Entscheid über die Regelungsdichte der Kranken- und der Unfallversicherung einen grossen Handlungsspielraum. Die offene Formulierung des Verfassungsartikels, gibt dem Bund praktisch freie Hand, was die Gesetzgebung zur Kranken- und Unfallversicherung anbelangt<sup>18</sup>.

Lässt Art. 117 BV auch zu, dass die Gesetzgebung des Bundes die Kantone zur Mitfinanzierung der Krankenversicherung verpflichten kann? Die Frage lässt sich zunächst anhand der bisherigen Entwicklung der Gesetzgebung zur Krankenversicherung beantworten. Die gesetzliche Regelung der Krankenversicherung hatte immer zur Folge, dass die Kantone zur Mitfinanzierung der stationären Behandlung verpflichtet waren. Nach dem früheren KUVG waren die gesetzlich vorgeschriebenen Leistungen der Krankenversicherung bei Aufenthalt in einem Spital als solche beschränkt. Neben ärztlichen Behandlungen und anderen Heilwendungen waren die Krankenkassen nur zur Übernahme eines vom Bundesrat festgelegten „täglichen Mindestbeitrags an die übrigen Kosten der Krankenpflege“<sup>19</sup> verpflichtet. Dieser Mindestbeitrag lag bis zum Inkrafttreten des KVG bei 9 (!) Franken. Diese Regelung hat die Krankenversicherung vor kostendeckenden Tarifen geschützt und dazu geführt, dass die Spitalträger, in der Regel also die Kantone, die nicht gedeckten Kosten selber finanzieren mussten. Das Gesetz hat aber auch eine Überwälzung der nicht gedeckten Kosten auf die Versicherten zugelassen, was insbesondere bei so genannten Privatpatienten praktiziert worden ist. Die Fassung des KVG von 1994 ist beim Konzept der nicht kostendeckenden Tarife und einer stillschweigenden Verpflichtung der Spitalträger zur Finanzierung der nicht gedeckten Kosten geblieben. Die Beschränkung der Vergütungspflicht der Krankenversicherung erfolgte aber nicht mehr über Einschränkungen beim Umfang der versicherten Leistungen sondern dadurch, dass die OKP höchstens 50 Prozent von „anerkannten Betriebskosten“ übernehmen muss. Eine Überwälzung der nicht gedeckten Kosten auf die Versicherten wird durch den Grundsatz des Tarifschutzes ausgeschlossen. Die Rechtsprechung lässt aber bei stationären Behandlungen von Privatpatienten Ausnahmen vom Tarifschutz zu.<sup>20</sup> Die Einschränkung auf 50 Prozent der Betriebskosten gilt aber nur für öffentliche andere öffentlich subventionierte Spitäler.

Mit der Revision des KVG vom 21. Dezember 2007 ist nun der Gesetzgeber bezüglich der Verpflichtung der Kantone zur Mitfinanzierung der stationären Behandlung einen deutlichen Schritt weiter gegangen. Erstmals werden die Kantone ausdrücklich verpflichtet, die stationären Behandlungen mitzufinanzieren. Das System ist sogar so gewählt, dass die Kantone nicht mehr selber bestimmen können, auf welche Art und Weise sie die Spitäler finanzieren möchten. Die nach den Regeln des KVG festgelegten Tarife gelten für Versicherer und

<sup>17</sup> Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2007, BAG Mai 2009, T 2.16

<sup>18</sup> St. Galler Kommentar zur Bundesverfassung, Art. 117 BV, Rz. 3.

<sup>19</sup> Art. 12 Abs. 2 Ziff. 2 KUVG

<sup>20</sup> Vgl. insbesondere das Urteil des Bundesgerichts vom 9. November 2009, 9C 725/2008

Krankenkassen gleichermaßen. Die Kantone müssen davon mindestens 55 Prozent übernehmen. Die Mitfinanzierung der stationären Behandlungen wird damit für die Kantone zu einer gesetzlich gebundenen Ausgabe.

Die Entwicklung der Gesetzgebung zeigt, dass die Kantone immer stärker in die Mitfinanzierung der Krankenversicherung eingebunden worden sind. Unter dem KUVG war der Umfang der stationären Leistungen beschränkt, was zur Folge hatte, dass die Kantone wenigstens die eigenen Spitäler faktisch mitfinanzieren mussten. Im KVG von 1994 sind die Kantone implizit zur Mitfinanzierung von öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler verpflichtet worden. Sie konnten die Regeln der Spitalfinanzierung aber immer noch autonom festlegen. An sich hätten sie auch die Möglichkeit gehabt, die Spitäler zu privatisieren und sich so von ihrer Pflicht zur Spitalfinanzierung zu befreien. Mit der Revision des KVG vom 21. Dezember 2007 sind die Kantone schliesslich zur Mitfinanzierung von versicherten Leistungen und damit nicht mehr nur zur Mitfinanzierung „ihrer Spitäler“ verpflichtet worden. Die Verpflichtung gilt grundsätzlich für alle nach den Regeln des KVG versicherten stationären Behandlungen.<sup>21</sup>

Bei der Revision des KVG vom 21. Dezember 2007 war die Frage der Verfassungsmässigkeit dieser Vorschläge offenbar kein Thema, obwohl damit die gesetzgeberische Autonomie der Kantone im Vergleich zum früheren Recht deutlich eingeschränkt worden ist.<sup>22</sup> Die im Zuge der Einführung der monistischen Spitalfinanzierung diskutierten Varianten für eine Mitfinanzierung der OKP durch die Kantone haben im Wesentlichen die gleichen Auswirkungen wie die Mitfinanzierung der stationären Behandlungen. In beiden Fällen hängt die finanzielle Belastung von der Höhe der Tarife und vom Gesamtvolumen der erbrachten Leistungen ab. Bei stationären Behandlungen haben die Kantone zwar über die Spitalplanung noch einen gewissen Einfluss auf die Menge der erbrachten Leistungen. Aber dieser Einfluss hält sich in Grenzen. Vor allem kann ein einzelner Kanton damit die Menge der stationären Behandlungen für seine Kantoneinwohner nicht einschränken. Ist eine Leistung medizinisch indiziert, kann sie auch in einem Listenspital ausserhalb des Wohnkantons in Anspruch genommen werden. Eine Verpflichtung der Kantone zur Mitfinanzierung sämtlicher Leistungen der OKP anstelle der geltenden Pflicht zur Mitfinanzierung der stationären Behandlungen bewegt sich deshalb durchaus im bisherigen Interpretationsrahmen von Art. 117 BV.

### **3.2 Neue Aufgabenteilung von Bund und Kantonen im Gesundheitswesen**

Obwohl die Einführung der monistischen Spitalfinanzierung mit der bisherigen Interpretation von Art. 117 BV vereinbar ist, muss doch damit gerechnet werden, dass die Kantone dagegen weiterhin auch staatspolitische Bedenken vorbringen. Es stellt sich deshalb die Frage, ob die Einführung der monistischen Spitalfinanzierung nicht zum Anlass genommen werden sollte, um auch die Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen im Gesundheitswesen zu überprüfen.

Zwischen der Zuständigkeit des Bundes zur Gesetzgebung in der Krankenversicherung und der grundsätzlichen Zuständigkeit der Kantone im Bereich des Gesundheitswesens zeigen sich immer deutlicher Konflikte. Wegen der starken Kostensteigerung im Gesundheitswesen wird die Krankenversicherung nicht nur als Institution zur Vergütung von medizinischen Leistungen begriffen, sondern auch als Instrument betrachtet, mit welchem aktiv auf die Art und Weise der medizinischen Versorgung und die Menge der dabei erbrachten Leistungen Einfluss genommen werden soll. Gleichzeitig stösst die Zuständigkeit der Kantone zur Gewährleistung einer qualitativ sichereren und für die Bevölkerung ausreichenden medizinischen Versorgung an Grenzen, weil der einzelne Kanton nicht sämtliche Leistungen des Gesundheitswesens innerhalb seines Gebiets anbieten kann und er auch nicht mehr als natürliche Versorgungseinheit betrachtet werden kann. Der Bund nimmt deshalb über die Gesetzge-

<sup>21</sup> Eine Ausnahme besteht für die so genannten Vertragsspitäler gemäss Art. 49a Abs. 4 KVG.

<sup>22</sup> Vgl. die Botschaft zur Revision der Spitalfinanzierung vom 15.9. 2004, wo der Bundesrat in Ziff. 9.1 zur Frage der Verfassungsmässigkeit der Vorlage lapidar feststellt: „Die Vorlage stützt sich auf Artikel 117 der Bundesverfassung.“

bung zur Krankenversicherung immer stärker auf die Ausgestaltung des Gesundheitswesens Einfluss. Er stellt dabei zwar nur für die Krankenversicherung rechtlich verbindlich Regelungen auf, aber faktisch strahlen diese Regelungen auf das ganze Gesundheitswesen aus. Dieses Vorgehen ist sowohl verfassungsrechtlich wie auch sachlich problematisch. Eine Regelung in der Krankenversicherung, beispielsweise im Bereich der Spitalplanung oder der Tarife für Leistungserbringer, ist für andere Sozialversicherungen nicht unbedingt die angemessene Lösung. Zudem stösst dieses Vorgehen auch an Grenzen. Eine Regelung im KVG oder auch im allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, beispielsweise zum elektronischen Patientendossier, kann ausserhalb des Anwendungsbereichs der Sozialversicherungen letztlich nicht durchgesetzt werden. Zudem hat ein Regelungsbedarf im Gesundheitswesen nicht unbedingt auch einen sozialpolitischen Hintergrund und nicht jedes Problem im Gesundheitswesen steht in einem Zusammenhang mit der Vergütungspflicht von Sozialversicherungen.

Die neue Spitalfinanzierung tritt im Jahr 2012 in Kraft. Einige Mängel der bisher geltenden Spitalfinanzierung werden damit behoben. Vor allem entsteht damit in völlig neues Verhältnis zwischen Kantonen und Krankenversicherern. Ihre Interessen bei der Festlegung der Spitaltarife decken sich weitgehend. Mit dieser grundlegenden Neuordnung der Spitalfinanzierung sollten zunächst Erfahrungen gesammelt werden. Eine erneute Revision der Spitalfinanzierung ist deshalb nicht dringend geboten. Die Zeit könnte deshalb auch für eine grundlegende Neuüberprüfung der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen im Gesundheitswesen auf Verfassungsebene genutzt werden.

22.12.2009/Dr. M. Moser