

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

Brüggühlstrasse 32a  
Postfach  
CH-3172 Niederwangen



## **Tarife und Eckwerte einer künftigen Finanzierung der Krankenversicherung im Rahmen einer Nationalen Gesundheitsstrategie**

**22. März 2012**

Telefon 031 982 14 50  
Telefax 031 982 14 51

Mobile 079 678 17 93  
[markus.moser@mail.ch](mailto:markus.moser@mail.ch)

## Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	4
1 Ausgangslage und Auftrag	8
1.1 Ausgangslage	8
1.2 Auftrag	9
1.2.1 Monistische Finanzierung	9
1.2.2 Duale Finanzierung der ambulant und stationär im Spital erbrachten Leistungen	9
1.2.3 Änderung der Tarife im spitalambulantem Bereich	9
2 Bisherige Vorschläge	10
2.1 Monistische Finanzierung der Leistungen	10
2.1.1 Gründe für das Postulat der monistischen Finanzierung	10
2.1.2 Die Auswirkungen auf die Finanzierung der OKP	10
2.1.3 Kompensation der Beiträge der Kantone an die stationäre Behandlung	12
2.1.4 Einwände der Kantone	12
2.2 Mitfinanzierung spitalambulanter Leistungen durch die Kantone	13
2.2.1 Definition der spitalambulantem Leistungen	13
2.2.2 Steuerung des Angebotes	13
2.3 Revision der Tarifstruktur und der Tarife im ambulanten Bereich	14
2.3.1 Angleichung der Tarifstrukturen für spitalambulante und stationäre Behandlungen	14
2.3.2 Revision der Tarifstruktur des Tarmed	14
3 Zur Umsetzung der Vorschläge	15
3.1 Mitfinanzierung spitalambulanter Leistungen durch die Kantone	15
3.1.1 Zugelassene Leistungserbringer; Auswirkung der Zulassung	15
3.1.2 Definition der spitalambulantem Leistungen	15
3.1.3 Zur Definition des Vergütungsanteils der Kantone	16
3.2 Revision der Tarifstruktur und der Tarife im ambulanten Bereich	18
3.2.1 Angleichung der Tarifstrukturen für spitalambulante und stationäre Behandlungen	18
3.2.2 Revision der Tarifstruktur des Tarmed	19
3.3 Monistische Finanzierung sämtlicher Leistungen der OKP	20
3.3.1 Die Ausgangslage nach der Revision der Spitalfinanzierung	20
3.3.2 Modelle zum Umsetzung der monistischen Finanzierung	21
4 Grundsätzliche Überlegungen	23
4.1 Die Sicht der Kantone über ihre Steuerungsfunktion	23
4.2 Gesundheitswesen und Krankenversicherung	24
4.2.1 Krankenversicherung ≠ Gesundheitswesen	24
4.2.2 Einfluss der Krankenversicherung auf das Gesundheitswesen	25
4.2.3 Unterschiedliche Finanzierung	25
4.3 Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen	26
4.4 Durchführung und Regulierung der Krankenversicherung	27
4.4.1 Durchführung durch Versicherer	27
4.4.2 Aufsicht und Regulierung	28
4.4.3 Vermischung von Regulierung und Durchführung	28
4.5 Zur Finanzierung der Krankenversicherung	29
4.5.1 Kopfprämien und Beiträge der öffentlichen Hand	29
4.5.2 Kostenentwicklung und Finanzierung seit 1996	29
4.5.3 Weiterentwicklung der Finanzierung der Krankenversicherung	30
5 Vorschläge	31
5.1 Monistische Finanzierung	31
5.1.1 Ziel der Revision	31

5.1.2	Beurteilung der Modelle .....	31
5.1.3	Kriterien für die Ausrichtung der öffentlichen Beiträge.....	32
5.2	Mitfinanzierung spitalambulanter Leistungen durch die Kantone .....	33
5.2.1	Ziel der Revision .....	33
5.2.2	Konkrete Ausgestaltung des Vorschlags.....	33
5.2.3	Beurteilung des Vorschlags .....	34
5.3	Kurzfristige Revisionen des KVG.....	35
5.3.1	Organisation zur Revision des Tarmed .....	35
5.3.2	Festlegung und Genehmigung von Tarifen .....	35
5.3.3	Aufsicht und Governance der Versicherer.....	36
5.4	Geltenden Spitalfinanzierung plus .....	37
5.4.1	Ziel der Revision .....	37
5.4.2	Mögliche Beitragsleistungen der Kantone .....	37
5.5	Neue Aufgabenteilung von Bund und Kantonen im Gesundheitswesen.....	37
6	Schlussfolgerungen zum weiteren Vorgehen .....	38
6.1	Monistische Finanzierung.....	38
6.2	Spitalambulante Behandlungen.....	39
6.3	Beibehaltung der heutigen Leistungsfinanzierung .....	40
6.4	Neue Aufgabenteilung von Bund und Kantonen im Gesundheitswesen.....	40
	Abkürzungsverzeichnis .....	41
	Verzeichnis der verwendeten Literatur und Materialien .....	42

## Zusammenfassung

### ***Ausgangslage, bisherige Vorschläge (Ziff. 1 und 2)***

Verschiedene parlamentarische Vorstösse verlangen die Ablösung der heutigen Spitalfinanzierung durch eine alleinige (monistische) Finanzierung sämtlicher Leistungen der OKP über die Versicherer. Der Bundesrat unterstützt in seinem Bericht vom 13.12.2010 eine solche Revision des KVG. Die Mitfinanzierung der stationären Behandlungen durch die Kantone führt zu Kostenverzerrungen, welche die Wahl der Therapieform (ambulant/stationär) beeinflussen. Dies kann zu Einbussen in der Effizienz der Leistungsbringung führen. Gleichzeitig soll mit der monistischen Finanzierung auch die Mehrfachrolle der Kantone als Eigentümer von Spitälern, Regulator bei der Zulassung und Festlegung von Tarifen und Mitfinanzierer von Leistungen möglichst vollständig eliminiert werden.

Ein Wegfall der bisherigen Beiträge der Kantone an die Spitäler (rund 8 Mia. Franken, Stand 2009) soll durch andere Beiträge der öffentlichen Hand zur Mitfinanzierung der OKP kompensiert werden. Der Bericht des Bundesrates stellt dazu verschiedene Modelle vor: Beiträge der Kantone oder des Bundes an die Versicherer, Verstärkung der individuellen Prämienverbilligung, Vollständige Finanzierung der Pflegeleistungen durch die Kantone.

Die GDK lehnt Beitragsleistungen der Kantone an die Versicherer ab. Die Kantone verstehen ihre Mehrfachrolle als integrale Aufgabe zur Gewährleistung der Versorgungssicherheit und der Wirtschaftlichkeit. Diese Steuerungsfunktion ginge mit einer Aufhebung der heutigen Spitalfinanzierung verloren. Nach Auffassung der Kantone wirkt die heutige Spitalfinanzierung nicht wettbewerbsverzerrend und sie setzt keine falschen Anreize. Verzerrend wirken vielmehr die Tarifunterschiede bei Behandlungen, die sowohl stationär wie ambulant erbracht werden können. Diese Tarifunterschiede müssen rasch behoben werden und längerfristig sollen die Kantone nicht nur stationäre, sondern auch spitalambulante Behandlungen mitfinanzieren. Bei einer Mitfinanzierung von spitalambulanten Leistungen, welche eine grosse Kostendynamik aufweisen, wird zudem gewährleistet, dass der Anteil der Kantone an der Mitfinanzierung der Leistungen der OKP nicht abnimmt

### ***Umsetzung der Vorschläge (Ziffer 3)***

*Spitalambulante Behandlungen:* Die Mitfinanzierung der Kantone soll sich nur auf spitalambulante und damit nicht auf alle ambulanten Behandlungen beziehen. Es soll sich um Leistungen handeln, bei welchen eine bestimmte Infrastruktur und eine vernetzte Behandlungsmethode zur Anwendung gelangen. Die Kantone wollen insbesondere vermeiden, dass sie ambulante Behandlungen von freiberuflich tätigen Ärzten mitfinanzieren müssen. Dies dürfte zur Folge haben, dass aus Gründen eines fairen Wettbewerbs nicht sämtliche ambulante Behandlungen in den Spitälern mitfinanziert werden. Die vorgeschlagene Einführung einer Mitfinanzierung und einer gleichzeitigen Steuerung des Angebots von spitalambulanten Behandlungen verlangt nach einer Definition der zuzulassenden Leistungserbringer (nur Spitäler oder auch andere Leistungserbringer?). Zudem stellt sich die Frage, welche Wirkung ein Nichteinbezug in die kantonale Versorgungsplanung hat (keine Zulassung als Leistungserbringer oder lediglich kein Anspruch auf kantonale Mitfinanzierung der Leistungen?).

*Elimination von Tarifunterschieden:* Nach geltendem Tarifrecht können ambulante Behandlungen auch in Form von Pauschalen vergütet werden. Eine gewisse Angleichung der Tarifstrukturen und der Tarife von ambulanten und stationären Behandlungen ist deshalb bereits nach geltendem Recht möglich. Für eine einheitliche Tarifstruktur und eine vollständige Aufhebung von Tarifunterschieden müsste aber zunächst die gesetzliche Grundlage geschaffen werden. Hingegen könnte eine Ausdehnung des Geltungsbereichs der Fallpauschalen für stationären Behandlungen auf vor- und nachgelagerte ambulante Behandlungen bereits durch eine entsprechende Änderung der heutigen Definition der stationären Behandlung er-

reicht werden. Die Revision der Tarifstruktur des Tarmed sollte durch die Errichtung einer Organisation analog zu Swiss DRG erleichtert werden. Dazu braucht es eine Revision des KVG.

*Monistische Finanzierung:* Alle der im Bericht des Bundesrates vorgestellten Modelle eignen sich für eine Kompensation der kantonalen Mitfinanzierung von stationären Behandlungen. Die Modelle lassen sich miteinander kombinieren. Der Bericht des Bundesrates bezeichnet eine Verpflichtung der Kantone zu Beitragsleistungen an die Versicherer als verfassungsrechtlich „nicht unbedenklich“. Diese Frage muss näher geprüft werden. Wieweit bei Einführung der monistischen Finanzierung die Prämienverbilligung zu verstärken ist, ist nach sozialpolitischen Kriterien zu beurteilen. Eine vollständige Übertragung der Pflegefinanzierung auf die Kantone wird durch die kürzlich erfolgte Revision der Pflegefinanzierung erleichtert, weil nun die Kantone zur Hauptsache das Risiko der Pflegefinanzierung tragen. Eine Alternative zu Beiträgen der Kantone an die Versicherer sind entsprechende Bundesbeiträge. Dies ist an sich eine konsequente Lösung, weil die Gesetzgebung über die Krankenversicherung zum Kompetenzbereich des Bundes gehört. Dies würde allerdings eine Überprüfung des Finanz- und Lastenausgleichs zwischen Bund und Kantonen nach sich ziehen. Ob dies im Rahmen der Vorgaben von Art. 135 BV machbar ist, müsste näher geprüft werden.

#### **Grundsätzliche Überlegungen (Ziffer 4)**

Im Vorschlag für eine monistische Finanzierung und in jenem für eine Ausdehnung der heutigen Spitalfinanzierung auf spitalambulante Leistungen kommen völlig unterschiedliche Sichtweisen über die Probleme der geltenden Leistungsfinanzierung und über die mit einer entsprechenden Revision verfolgten Ziele zum Ausdruck. Mit der monistischen Finanzierung sollen Fehlanreize aus der unterschiedlichen Finanzierung der Leistungen vermieden und die Mehrfachrolle der Kantone möglichst vollständig eliminiert werden. Für die Kantone ermöglicht dagegen das geltende Recht, ihre Aufgaben bei der Umsetzung des KVG und ihre Aufgaben im Bereich des Gesundheitswesens, insbesondere die Gewährleistung der Versorgungssicherheit, integral im Sinne einer Gesamtoptimierung von Gesundheitswesen und Krankenversicherung wahrzunehmen. Die Mitfinanzierung von Leistungen und die entsprechende Steuerungskompetenz soll daher auf spitalambulante Behandlungen ausgedehnt werden. Vor einer Stellungnahme zu den in Frage stehenden Vorschlägen sind deshalb einige grundsätzliche Überlegungen zum Unterschied zwischen Krankenversicherung und Gesundheitswesen, zur Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen in diesen Bereichen sowie zur Durchführung, Regulierung und Finanzierung der Krankenversicherung anzustellen.

*Krankenversicherung und Gesundheitswesen:* Zwischen Krankenversicherung und Gesundheitswesen ist schon deshalb klar zu unterscheiden, weil für die Krankenversicherung die Gesetzgebungskompetenz beim Bund liegt, während die Zuständigkeit zur Gesetzgebung im Gesundheitswesen zur Hauptsache bei den Kantonen und nur in einigen speziell erwähnten Bereichen beim Bund liegt. Die Krankenversicherung ist nicht ein Teil des Gesundheitswesens, sondern sie vergütet einen Teil der Kosten des Gesundheitswesens. Es gibt zahlreiche Beispiele von Staaten mit einem Gesundheitswesen ohne Krankenversicherung. Dort kann das sozialpolitische Ziel der Risikoabsicherung bei Krankheit, bzw. des Zugangs zu den Leistungen des Gesundheitswesens erreicht werden, indem der Staat die Leistungen von öffentlichen oder privaten Gesundheitsdiensten selber direkt finanziert und der Bevölkerung den Zugang zu diesen Leistungen gewährleistet. Die Krankenversicherung kann ihre Vergütung von Leistungen des Gesundheitswesens von bestimmten Auflagen abhängig machen. Damit hat sie einen Einfluss auf die konkrete Ausgestaltung des Gesundheitswesens. In der Schweiz ist dieser Einfluss besonders hoch, weil sämtliche Einwohner und Einwohnerinnen im System der OKP versichert sind. Die Gesetzgebung über die Krankenversicherung kann damit auch als Instrument der Gesundheitspolitik benützt werden. Das KVG ist zum wichtigsten Gesetz zur Steuerung des Gesundheitssystems geworden. Faktisch ist es das Gesund-

heitsgesetz des Bundes. Der Bund betreibt damit über das KVG Gesundheitspolitik, obwohl er nach der Bundesverfassung gerade keine umfassende Kompetenz zur Gesetzgebung im Gesundheitswesen hat. Dies ist einerseits ein Problem des Verfassungsrechts. Damit wird aber auch die Unterscheidung zwischen Gesundheitswesen und Krankenversicherung verwischt, was zu ordnungspolitisch problematischen Ergebnissen führt. Ein weiteres Problem ergibt sich aus der unterschiedlichen Art der Finanzierung von Krankenversicherung und Gesundheitswesen. Die Krankenversicherung wird zur Hauptsache durch individuelle Kopfprämien finanziert, das öffentliche Gesundheitswesen hingegen grundsätzlich aus allgemeinen Staatsmitteln, soweit seine Leistungen nicht durch die OKP oder andere Sozialversicherungen vergütet werden. Es ist daher relevant, ob eine Aufgabe dem öffentlichen Gesundheitswesen oder der Krankenversicherung zugeordnet wird.

*Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen:* Die Bundesverfassung lässt in der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen pragmatische Lösungen zu, weil Bundesgesetze für das Bundesgericht und die andere Behörden trotz verfassungsrechtlicher Bedenken massgebend sind (Art. 190 BV) und weil die Kantone zur Umsetzung von Bundesrecht herangezogen werden (Art. 46 Abs. 1 BV). Es ist möglich, die Gesetzgebungskompetenzen des Bundes eher weit auszulegen und im Gegenzug den Kantonen bei der Umsetzung von Bundesrecht wichtige Aufgaben zu übertragen. Die kann eine Lösung politisch akzeptabel machen, sodass die Frage nach der Verfassungsmässigkeit im politischen Prozess nicht gestellt wird. Darin liegt die Gefahr eines schleichenden Prozesses, welcher ohne ordnungspolitisches Konzept zu einer immer stärkeren Überlappung von Aufgaben und Zuständigkeiten von Bund und Kantonen führt. Dies zeigt sich exemplarisch bei der Spitalplanung. Ihr Zweck liegt darin, eine Überversorgung und damit eine zu teure stationäre Behandlung der Versicherten zu verhindern. Die Spitalplanung ist aber kein Instrument zur Garantie der Versorgungssicherheit. Die Kantone können die ihnen durch das KVG übertragenen Aufgaben gerade nicht zusammen mit ihren originären Aufgaben, beispielsweise der Sicherstellung der Versorgung als „integrale Aufgaben“ oder „übergeordnete Steuerungsfunktion“ wahrnehmen. Sie müssen bei ihren Entscheiden klar unterscheiden, ob sie eine Aufgabe nach den Vorgaben des KVG umsetzen oder ob sie im Rahmen von autonom gesetztem kantonalem Recht handeln. Dies verlangt auch der unterschiedliche Instanzenzug bei Beschwerden gegen kantonale Entscheide. Die Tendenz des Bundesgesetzgebers, Fragen der Gesundheitspolitik im Rahmen des KVG zu lösen, hat ihre politischen Grenzen. Bei Massnahmen im Rahmen des KVG entsteht rasch die Vermutung, diese dienen letztlich einer stärkeren Kostenkontrolle, auch wenn dies gar nicht die Absicht ist. Es kann deshalb kontraproduktiv sein, gesundheitspolitische Themen wie Qualitätssicherung, Prävention, Gesundheitskarte oder Patientendossiers auf der Schiene des KVG lösen zu wollen.

*Durchführung und Regulierung der Krankenversicherung:* Krankenversicherer bedürfen einer Bewilligung des EDI zur Durchführung der Krankenversicherung. Sie müssen sich dabei an gesetzliche Vorgaben halten und stehen unter der Aufsicht des BAG. Dieses kann den Krankenversicherern Weisungen zur einheitlichen Anwendung des Bundesrechts erteilen, von ihnen Massnahmen zur Wiederherstellung des gesetzmässigen Zustandes verlangen und Ordnungsbussen aussprechen. Die Prämientarife der Versicherer müssen durch das BAG genehmigt werden. Zahlreiche Aufgaben eines Regulators für ein gutes Funktionieren der Krankenversicherung sind an die Kantone delegiert, insbesondere die Spitalplanung und Spitallisten sowie die Genehmigung von Tarifverträgen. Daneben sind die Kantone aber auch Eigentümer von Spitälern und nun auch noch Mitfinanzierer von Leistungen der OKP. Dies führt zu Interessenkonflikten. Die Kantone entscheiden bei der Genehmigung von Tarifverträgen und bei der Festlegung von Spitaltarifen im vertragslosen Zustand nun auch in eigener Sache.

*Zur Finanzierung der Krankenversicherung:* Die Finanzierung der sozialen Krankenversicherung erfolgt in erster Linie durch individuelle Kopfprämien wie bei einer privaten Krankenver-

sicherung. Der soziale Ausgleich wurde immer durch Beiträge der öffentlichen Hand gewährleistet. So ist insbesondere die Finanzierung der stationären Behandlungen nie vollständig durch die Krankenversicherung erfolgt. Die Kantone haben dazu immer einen wesentlichen Beitrag geleistet. Mit dem KVG sind Bund und Kantone auch verpflichtet, Beiträge zur individuellen Prämienverbilligung zu leisten. Nur durch diese zweite Finanzierungsquelle ist das System der Kopfprämie unter sozialpolitischen Gesichtspunkten haltbar. Es herrscht daher ein breiter politischer Konsens, dass die bisher für die Mitfinanzierung der Spitäler verwendeten Beiträge der Kantone nicht ersatzlos gestrichen werden können.

### ***Vorschläge (Ziffer 5)***

Welcher oder welche der zur Diskussion stehenden Vorschläge schliesslich weiter verfolgt und umgesetzt werden sollen, hängt davon ab, welches Ziel soll mit einer Revision der heutigen Leistungsfinanzierung erreicht werden soll.

Bei der monistischen Finanzierung sollten alle im Bericht näher untersuchten Modelle weiter verfolgt werden. Sinnvoll ist eine Kombination dieser Modelle. Weil das Volumen der heutigen Beiträge der Kantone an die Spitalfinanzierung sehr hoch ist, wird aber auf jeden Fall ein bedeutender Teil aus Beiträgen an die Versicherer bestehen. Hier wird im Bericht der gezielte Einsatz dieser Beiträge im Rahmen eines Hochrisikopool favorisiert und näher skizziert. Dies könnte auch zusätzliche Kriterien beim Risikoausgleich unnötig machen.

Bei einer Mitfinanzierung von spitalambulanten Behandlungen liegt die grosse Herausforderung bei der Definition dieser Leistungen und der Frage, welche Leistungserbringer für solche Behandlungen zugelassen werden. Wird der Begriff der spitalambulanten Behandlungen weit umschrieben, gleichzeitig aber der Kreis der zugelassenen Leistungserbringer mit der kantonalen Steuerung bei der Zulassung von Leistungserbringern eng gezogen, können Konflikte mit privaten Leistungserbringern entstehen, die heute solche Leistungen erbringen. Die bestehenden Rollen- und Interessenkonflikte, in welchen sich die Kantone heute im Bereich der Genehmigung und Festlegung von Tarifen befinden, sollten bei einer solchen Revision des KVG auf jeden Fall ausgeräumt werden.

Falls keiner der beiden Vorschläge weiterverfolgt wird, besteht die Möglichkeit einer Revision der dual-fixen Finanzierung von stationären Behandlungen mit dem Ziel, den Vergütungsanteil der Kantone auf deutlich unter 50 Prozent zu senken, um so die Auswirkungen der Mehrfachrolle der Kantone etwas zu verringern. Dafür müssten die Beiträge der Kantone in anderen Bereichen erhöht werden. In Betracht kommen: Eine Erhöhung der Beiträge für die Prämienverbilligung oder eine Übernahme der Nettokosten für Kinder verbunden mit einer Prämienbefreiung; Die vollständige Finanzierung der Pflegekosten; Die Finanzierung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen der Spitäler, welche heute noch über die Fallpauschalen finanziert werden.

Sowohl die Konflikte zwischen den verschiedenen Rollen der Kantone bei der Umsetzung des KVG und der Wahrnehmung ihrer Aufgaben im Gesundheitswesen als auch die Verwendung des KVG als Gesundheitsgesetz des Bundes führen zu einer Überlappung von Aufgaben und Zuständigkeiten im Bereich der Krankenversicherung und des Gesundheitswesens, welche die Zuständigkeit und die Verantwortung von Bund und Kantonen vermischen und damit letztlich auch die Steuerung von Gesundheitswesen und Krankenversicherung behindern. Die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung findet nicht mehr innerhalb von Kantonsgrenzen statt. Die Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen im Gesundheitswesen sollte deshalb grundlegend überprüft werden. Dieser zeitaufwändige Prozess sollte frühzeitig eingeleitet werden.

### ***Schlussfolgerungen zum weiteren Vorgehen (Ziffer 5)***

Vergleiche dort.

# 1 Ausgangslage und Auftrag

## 1.1 Ausgangslage

Nach dem mit BG vom 21. Dezember 2007 (Spitalfinanzierung) revidierten Krankenversicherungsgesetz (KVG) sind die stationär erbrachten Leistungen der OKP durch die Krankenversicherer und die Kantone gemeinsam nach den Regeln des KVG zu vergüten (dual-fixe Finanzierung), während ambulant erbrachte Leistungen wie bisher allein durch die Krankenversicherer vergütet werden (monistische Finanzierung). Im Zuge der Beratungen über die Neuordnung der Spitalfinanzierung haben die Eidgenössischen Räte am 24. September 2007 eine von der ständerätlichen Kommission für Gesundheit und soziale Sicherheit (SGK-S) eingereichte Motion (06.3009) überwiesen, mit welcher der Bundesrat beauftragt wird, dem Parlament bis Ende 2010 eine Vorlage für eine einheitliche (monistische) Finanzierung von stationären und ambulanten Leistungen auf der Grundlage des Modells der SGK-S vorzulegen. In der Folge sind weitere Vorstösse mit ähnlicher Zielsetzung eingereicht worden<sup>1</sup>.

Der Bundesrat zeigt in seinem Bericht zum Thema „Einheitliche Finanzierung von Spital- und ambulanten Leistungen durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung“ vom 13. Dezember 2010 zur Motion 06.3009 SGK-S und in Erfüllung des Postulates Grin 10.3137 verschiedene Optionen auf, wie eine monistische Finanzierung sämtlicher Leistungen der OKP durch die Krankenversicherer innerhalb der geltenden Kompetenzordnung der Bundesverfassung umgesetzt werden könnte (Zff. 7.1 des Berichtes). Im Wesentlichen handelt es sich um verschiedene Modelle, wie die Mitfinanzierung der stationären Leistungen durch die Kantone durch andere Beitragsleistungen der Kantone zugunsten der Krankenversicherung ersetzt werden könnte. Zusätzlich werden auch Optionen vorgestellt, welche eine neue Aufgabenteilung von Bund und Kantonen im Gesundheitswesen voraussetzen (Ziff. 7.2 des Berichtes). Der Bericht übernimmt die bereits in der Antwort des Bundesrates zum Postulat Grin (10.3137) geäusserte Haltung, wonach die unterschiedliche Finanzierung der stationär und der ambulant erbrachten Leistungen längerfristig durch eine monistische Finanzierung sämtlicher Leistungen der OKP durch die Krankenversicherer abgelöst werden sollte. Er gibt aber nur die allgemeine Stossrichtung für ein künftiges Finanzierungsmodell der OKP vor. Der Entscheid für ein konkretes Finanzierungsmodell soll nach Auffassung des Bundesrates auch die Neuüberprüfung der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen auf Verfassungsebene einschliessen. Dazu sollen in einem ersten Schritt die beteiligten Behörden von Bund und Kantonen Alternativen zur bestehenden Aufgabenteilung entwickeln. Diese Diskussionen sollen im Rahmen des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik stattfinden.

Die Schweizerische Konferenz kantonaler Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren (GDK) nimmt in ihrem Themenpapier vom 8. Februar 2011 zum Bericht des Bundesrates kritisch Stellung und schlägt weitere Lösungsvarianten vor. Sie schliesst eine Übertragung von finanziellen Mitteln der Kantone an die Krankenversicherer im Rahmen einer monistischen Leistungsfinanzierung aus, weil damit die Steuerungsfunktion der Kantone (Gewährleistung der Versorgungssicherheit und der Wirtschaftlichkeit der Leistungen) geschwächt würde. Nach der GDK ist für den Entscheid, ob eine Leistung ambulant oder stationär erbracht wird, unerheblich, aus welcher Quelle diese Leistung finanziert wird. Hingegen ist für die GDK ein Teil der kostentreibenden Verschiebung zwischen stationären und ambulanten Leistungen durch unterschiedliche Deckungsbeiträge der Tarife und durch unterschiedliche Tarifstrukturen bedingt. Sie schlägt vor, diese Fehlanreize durch entsprechende Anpassungen der Tarife und der Tarifstruktur zu beheben. Mittelfristig ist sodann neben der Mitfinanzierung der stationären Leistungen auch eine Mitfinanzierung der spitalambulant erbrachten Leistungen bei

---

<sup>1</sup> Motion Humbel 09.3275, Motion Brändli 09.3546, Motion Parmelin 09.3853, Postulat Grin 10.3137.

gleichzeitiger Steuerungskompetenz der Kantone für diese Leistungen zu prüfen (dual-fixe Finanzierung der ambulant und stationär im Spital erbrachten Leistungen).

## 1.2 Auftrag

Der vorliegende Bericht soll die im Rahmen des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik bisher dargestellten Lösungsansätze (Bericht des Bundesrates vom 13.12.2010; Themenpapier der GDK vom 8.2.1011) und Argumente beurteilen und vorschlagen, welche Lösungsansätze weiter zu verfolgen sind. Er soll die Auswirkungen auf die Gesetzgebung des Bundes und der Kantone aufzeigen. Dabei ist insbesondere auf die folgenden Fragen einzugehen:

### 1.2.1 Monistische Finanzierung

- Änderungen der Finanzströme?
- Auswirkungen auf die Planungs- und Steuerungskompetenzen (Spitalplanung/-liste, Leistungsaufträge, Tarifgenehmigungen, Tariffestsetzungen) der Kantone im Bereich der Krankenversicherung
- Auswirkungen auf die Stellung der Kantone in der Planung und Steuerung der Gesundheitsversorgung?
- Auswirkungen auf die Stellung der Krankenversicherer in der Planung und Steuerung der Gesundheitsversorgung
- Vollständige oder teilweise Kompensation der Beiträge der Kantone an die stationäre Behandlung im System der Prämienverbilligung? Politische und organisatorische Konsequenzen?
- Weitere Möglichkeiten zur Kompensation der Beiträge der Kantone?
- Notwendigkeit einer Änderung der Aufgabenteilung Bund/Kantone in der Bundesverfassung?

### 1.2.2 Duale Finanzierung der ambulant und stationär im Spital erbrachten Leistungen

- Nach welchen Kriterien lassen sich spitalambulante Leistungen von den übrigen ambulanten Leistungen abgrenzen?
- Welche Instrumente der Kantone zur Steuerung des spitalambulanten Bereichs kommen in Frage?
- Instrumente zur Sicherstellung eines kostenneutralen Übergangs für Kantone und Versicherer?

### 1.2.3 Änderung der Tarife im spitalambulanten Bereich

- Sind leistungsbezogene Pauschalen auch für den spitalambulanten Bereich machbar? Für alle Leistungen oder nur für jene Leistungen, die vorzugsweise in einer Spitalumgebung erbracht werden (ambulante Chirurgie)?
- Welche anderen Ansätze zur Tarifierung der spitalambulanten Leistungen sind denkbar? Ist die Tarifstruktur TARMED anwendbar, ist der TARMED anzupassen, ist eine Kombination zwischen Pauschalen und Einzelleistungen von Vorteil oder ist eine neue Tarifstruktur zweckmässig?
- Welche Voraussetzungen müssen erfüllt sein, damit keine Wettbewerbsverzerrung zwischen dem spitalambulanten Bereich und dem ambulanten ärztlichen Bereich geschaffen wird?
- Welche Ansätze zur Tariffindung kämen in Frage (Tarifpartnerschaft, Festsetzung durch Bund, etc.)?
- Mit welchen Anpassungen auf Gesetzes- beziehungsweise Verordnungsebene ist die Umsetzung der in Frage kommenden Varianten verbunden?

## 2 Bisherige Vorschläge

### 2.1 Monistische Finanzierung der Leistungen

#### 2.1.1 Gründe für das Postulat der monistischen Finanzierung

Unter monistischer Finanzierung wird im vorliegenden Kontext verstanden, dass die Leistungen der OKP den Leistungserbringern durch einen einzigen Kostenträger (Monist) vergütet werden. Dies ist heute bei den stationären Behandlungen im Gegensatz zu den ambulant erbrachten Leistungen nicht der Fall.

Diese unterschiedliche Finanzierung von Leistungen führt zu Fehlanreizen, insbesondere bei Leistungen, welche sowohl ambulant wie stationär erbracht werden können. Wird eine bestimmte Leistung stationär erbracht, ist dies für die Versicherer kostengünstiger, selbst wenn die gleiche Leistung bei einer ambulanten Behandlung insgesamt weniger Aufwand verursacht. Diese subventionsbedingte Kostenverzerrung kann die Wahl der Therapieform beeinflussen, der Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern wird verzerrt und es können Einbußen in der Effizienz der Leistungserbringung entstehen.<sup>2</sup> Diese Verzerrungen sollen mit einer monistischen Finanzierung aller Leistungen der OKP ausgeräumt werden.

Das heutige Finanzierungssystem führt auch zu einer Mehrfachrolle der Kantone. Diese sind zu einem bedeutenden Teil Eigentümer der Spitäler. Sie haben die öffentlichen Spitäler bisher nach kantonalem Recht mitfinanziert. Aufgrund der neuen Spitalfinanzierung müssen sie nun sämtliche von ihnen in die Spitallisten aufgenommenen Spitäler finanzieren. Schliesslich haben sie auch die Funktion eines Regulators, welcher die von den Tarifpartnern abgeschlossenen Tarifverträge genehmigt. Diese Mehrfachrolle kann zu Interessenkonflikten führen. Mit der Einführung einer monistischen Finanzierung wird die Mehrfachrolle der Kantone nicht vollständig aber doch in einem wesentlichen Punkt beseitigt, indem die Vergütung der Leistungen nur noch auf einer Rechtsbeziehung zwischen Versicherern und Leistungserbringern beruht. Bestehen bleibt die Mehrfachrolle der Kantone als Eigentümer zahlreicher Spitäler und als Regulator (Spitalplanung/Spitalliste, Tarifgenehmigung und Tariffestsetzung)

#### 2.1.2 Die Auswirkungen auf die Finanzierung der OKP

In einem Versicherungssystem sind die Versicherer die Kostenträger. Die Einführung einer monistischen Finanzierung bedeutet also, dass nur noch die Versicherer den Leistungserbringern die Leistungen vergüten. Würden hingegen Bund oder Kantone die Leistungen vollumfänglich vergüten, so wären diese nicht mehr Gegenstand der Versicherung. Es läge eine staatliche Finanzierung der betreffenden Leistungen des Gesundheitswesens vor.<sup>3</sup> Finanzieren die Versicherer die Leistungen zu 100% selber, kann von einem „echten“ Monismus gesprochen werden. Erhalten die Versicherer ihrerseits von einem Dritten (z.B. Bund oder Kantone) Beiträge zur Finanzierung dieser Leistungen besteht ein „unechter“ Monismus.

Die Einführung einer monistischen Finanzierung hat zur Folge, dass die Versicherer neben den Leistungen der ambulanten Behandlung auch die Leistungen der stationären Behandlung vollständig vergüten müssen. Die Einführung einer echten monistischen Finanzierung würde deshalb zu einer starken Erhöhung der Prämien in der OKP führen.

---

<sup>2</sup> Vgl. Bericht des Bundesrates, Ziff. 5.2, S. 8

<sup>3</sup> Vgl. Bericht des Bundesrates, Ziff. 2, S. 4f

Gestützt auf Statistiken für das Jahr 2009 ergibt sich folgendes Bild:

- Betriebsaufwand OKP <sup>4</sup>	21'423.9
- Zahlungen der Kantone an Spitäler	(7'334.6)
- Zahlungen der Gemeinden an Spitäler	(464.8)
- Total Kantone und Gemeinden an Spitäler <sup>5</sup>	7'799.4
- Total Betriebsaufwand OKP + Kantone und Gemeinden an Spitäler	29'223.3
- Zahlungen der Kantone an Pflegeheime	587.1
- Zahlungen der Gemeinden an Pflegeheime	297.2

Diese Zahlen geben die Auswirkungen auf die Prämienbelastung nicht exakt wieder, weil die Statistiken für das Jahr 2009 sowohl die Auswirkungen der am 1.1.2012 eingeführten Spitalfinanzierung wie auch jene der am 1.1.2011 in Kraft getretenen Pflegefinanzierung noch nicht abbilden. Wir gehen hier davon aus, dass der in Art. 49a Abs. 2 KVG festgelegte Kostenanteil der Kantone dazu führen wird, dass der Anteil der Zahlungen der Kantone einschliesslich der Gemeinden an die Spitäler künftig in etwa unverändert bleibt. Die Prämien-erhöhung bei Einführung der monistischen Finanzierung, entspricht damit in der Grössen-ordnung den noch für das alte Recht ausgewiesenen Aufwendungen von Kantonen und Ge-meinden für die Spitäler. Ein Teil der den Versicherten zusätzlich in Rechnung gestellten Kosten wird aber zu einer Erhöhung der Kostenbeteiligung der Versicherten und damit zu einer entsprechenden Verminderung der zusätzlichen Prämienbelastung führen.

Mit der neuen Pflegefinanzierung wird der Anteil der Vergütung der OKP für die Pflegeleis-tungen im Sinne von Art. 25a KVG auf einen vom Bundesrat festgelegten Betrag begrenzt. Die dadurch nicht gedeckten Kosten der Pflege regeln die Kantone. Diese Kosten sind also faktisch nicht mehr Gegenstand der OKP. Die Frage, ob bei einer Einführung der monisti-schen Finanzierung in der OKP auch die neue Pflegefinanzierung rückgängig gemacht wer-den soll, wurde bisher nie ausdrücklich diskutiert. Geht man davon aus, dass die geltende Pflegefinanzierung beibehalten wird, werden die Kantone und Gemeinden weiterhin Zahlun-gen an Pflegeheime (und an Institutionen der Spitex) leisten. Diese dürften tendenziell eher höher sein als die in den bisherigen Statistiken ausgewiesenen Aufwendungen von Kantonen und Gemeinden. Die bisher ausgewiesenen Zahlungen der Kantone und Gemeinden an Pflegeheime sind also für den Fall der Einführung der monistischen Finanzierung nicht als zusätzliche Belastung der OKP hinzuzurechnen.

Trotz dieser Vorbehalte lassen sich die Auswirkungen einer monistischen Finanzierung der OKP auf die Prämien gestützt auf die vorhandenen statistischen Angaben abschätzen. Die Prämien der OKP würden wahrscheinlich um mehr als ein Drittel ansteigen. Eine Prämien-erhöhung in diesem Ausmass ist den Versicherten nicht zumutbar. In den bisherigen Diskussi-onen ist man deshalb immer davon ausgegangen, dass bei einer Einführung der monisti-schen Finanzierung die von den Kantonen an die Spitäler bisher geleisteten Zahlungen dem System der Krankenversicherung im bisherigen Umfang auf andere Art und Weise erhalten bleiben müssen. Der Lösungsansatz einer echten monistischen Finanzierung der OKP ohne Kompensation der dabei wegfallenden Zahlungen der Kantone an die Spitäler wird im Be-richt des Bundesrates als nicht weiter zu verfolgendes Modell bezeichnet.<sup>6</sup>

<sup>4</sup> BAG, Statistik der OKP 2009 Tabelle T 1.02; Leistungen OKP abzüglich Kostenbeteiligung (bezahlte Leistun-gen) plus Betriebsaufwand = durch Prämien zu finanzierender Aufwand

<sup>5</sup> BFS, Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens 2009 Tabelle Kosten im Gesundheitswesen nach Lei-stungserbringern und Direktzahlenden

[http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infoteh/lexikon/bienvenue\\_\\_\\_login/blank/zugang\\_lexikon\\_topic.1.html](http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infoteh/lexikon/bienvenue___login/blank/zugang_lexikon_topic.1.html)

<sup>6</sup> Bericht des Bundesrates, Modell 3, Ziff. 7.1, S. 11

### 2.1.3 Kompensation der Beiträge der Kantone an die stationäre Behandlung

Der Bericht des Bundesrates enthält eine Übersicht über die bis dahin gemachten Vorschläge, wie die bei Einführung einer monistischen Finanzierung wegfallende Mitfinanzierung der stationären Behandlungen durch die Kantone kompensiert werden könnte.

- Die bisher für die Mitfinanzierung der stationären Behandlungen verwendeten Mittel der Kantone könnten den Krankenversicherern als Beiträge proportional zur Anzahl der im Kanton wohnhaften Versicherte ausgerichtet werden (Modell 3a)<sup>7</sup>. Die Kantone würden damit also rund ein Viertel des erhöhten Betriebsaufwandes der Versicherer finanzieren.
- Die Kantone verwenden die bei Aufhebung der dual-fixen Finanzierung der stationären Behandlungen frei werdenden Mittel zur Verstärkung der Prämienverbilligung an die Versicherten einsetzen (Modell 3b)<sup>8</sup>.
- Die Beiträge werden nicht wie im Modell 3a von den Kantonen sondern vom Bund an die Krankenversicherer ausgerichtet (Modell 4)<sup>9</sup>.
- Eine weitere Möglichkeit zur Kompensation der bisherigen Beiträge der Kantone besteht schliesslich darin, die Pflegeleistungen, welche nach der neuen Pflegefinanzierung bereits heute zur Hauptsache durch die Kantone vergütet werden, vollständig aus der OKP herauszulösen und vollständig den Kantonen zu übertragen. Dies würde allerdings nicht zu einer vollständigen Kompensation führen.<sup>10</sup>

Dargestellt werden im Bericht des Bundesrates auch Modelle, bei welchen die Beiträge der Kantone nicht direkt an die Krankenversicherer gehen, sondern in Form von Steuergutschriften oder von Gutscheinen an die Versicherten ausgerichtet werden (Modell 3c und 3d). Diese Modelle führen nicht zu einer unmittelbaren Senkung der Prämien der Versicherten, sondern nur zu einer mittelbaren Senkung der Prämienbelastung. Sie führen letztlich zum gleichen Ergebnis wie das Modell 3a, sind allerdings in der Umsetzung komplexer, ohne für das System der Krankenversicherung einen zusätzlichen Nutzen zu bringen. Aus diesen Gründen werden diese Modelle im Folgenden nicht mehr weiter verfolgt.<sup>11</sup>

### 2.1.4 Einwände der Kantone

Die Einführung der monistischen Finanzierung stösst bei den Kantonen auf Ablehnung. Die Argumente lassen sich wie folgt zusammenfassen:<sup>12</sup>

- Die heutige Finanzierung der OKP wirkt nach Einführung der dual-fixen Spitalfinanzierung nicht wettbewerbsverzerrend und sie setzt keine falschen Anreize, jedenfalls nicht für die Kantone. Aus Sicht der Spitäler ist es unerheblich, dass bei der dual-fixen Finanzierung die Einnahmen teils aus Prämien und teils aus Steuermitteln stammen.
- Die Kritik an den Mehrfachrollen der Kantone lässt unerwähnt, dass diese als integrale Aufgaben wahrgenommen werden und sie im Fall der Eigentümerschaft von Spitälern oder der Tarifgenehmigung von untergeordneter Bedeutung ist.
- Die Systemsteuerung im Sinne einer Gesamtoptimierung von Versorgungssicherheit und wirtschaftlichem Angebot wird durch Einführung der monistischen Finanzierung gefährdet.
- Die Versorgungssicherheit kann nur durch die Kantone und nicht durch eine grosse Zahl von Versicherern garantiert werden.
- Der Entscheid, ob eine bestimmte Behandlung ambulant oder stationär erfolgt, hängt nicht von der Mitfinanzierung der stationären Behandlung durch die Kantone ab, sondern von den unterschiedlichen Erträgen der Spitäler aus unterschiedlichen Tarifstrukturen und Tarifen bei ambulanter und stationärer Behandlung.

<sup>7</sup> Bericht des Bundesrates Ziff. 7.1.1

<sup>8</sup> Bericht des Bundesrates Ziff. 7.1.2

<sup>9</sup> Bericht des Bundesrates Ziff. 7.2

<sup>10</sup> Bericht des Bundesrates Ziff. 7.2.2

<sup>11</sup> Vgl auch Themenpapier der GDK, Ziff. 8, S. 4

<sup>12</sup> Vgl. Themenpapier der GDK, Ziff. 2

- Bei einer Mitfinanzierung der stationären Behandlungen können die Kantone durch die Spitalisten und die damit verbundenen Leistungsaufträge darauf Einfluss nehmen, wie ihre aus Steuern stammenden Mittel verwendet werden. Wenn die Kantone zur Mitfinanzierung der übrigen Behandlungen verpflichtet werden, müssen sie auch die Kosten in jenen Bereichen steuern können.

Gestützt auf diese Einwände sind nach Auffassung der GDK die Tarifunterschiede zwischen ambulanten und stationären Behandlungen zu beheben und zwar sowohl durch Anpassungen in der Tarifstruktur der Einzelleistungsvergütung (Tarmed) wie durch pauschale Vergütungen von ambulanten Behandlungen, soweit sinnvolle Pakete oder Leistungsketten mit medizinischer und kostenbezogener Homogenität gebildet werden können. Im Weiteren soll nach dem Vorschlag der GDK mittelfristig eine Mitfinanzierung der Kantone im spitalambulantem Bereich bei gleichzeitiger Steuerungskompetenz der Kantone geprüft werden.<sup>13</sup> Die Vorschläge werden im Folgenden näher beschrieben.

## **2.2 Mitfinanzierung spitalambulanter Leistungen durch die Kantone**

Die konkreten Vorstellungen der GDK über die Mitfinanzierung spitalambulanter Leistungen durch die Kantone werden in einer Notiz der GDK vom 2.8.2011 näher präzisiert. Sie lassen sich wie folgt zusammenfassen:

### **2.2.1 Definition der spitalambulantem Leistungen**

Die Kantone wollen nicht sämtliche, sondern nur bestimmte Leistungen der ambulanten Behandlung mitfinanzieren. Die Mitfinanzierung des freiberuflich ambulanten Bereichs wird ausgeschlossen. Es muss somit neben den stationären und den „normalen“ ambulanten Behandlungen ein dritter Leistungsbereich eingeführt und definiert werden. Für die Abgrenzung der „spitalambulantem Leistungen“ von „nicht spitalambulantem Leistungen“ soll nach Meinung der GDK nicht der Ort, wo die Leistung erbracht wird, massgebend sein, weil es problematisch wäre, wenn bei gleichen Leistungen der Ort der Leistungserbringung verschiedene Finanzierungs- und Abgeltungssysteme auslösen würde. Die Gleichbehandlung der Marktteilnehmer im Bereich der ambulanten Leistungen wäre damit gefährdet. Die Abgrenzung muss sich daher auf leistungsbezogene Kriterien stützen. Spitalambulante Leistungen haben eine eigene Qualität, indem eine bestimmte Infrastruktur oder eine vernetzte Behandlungsmethode zur Anwendung gelangt. Ambulante Leistungen eines Spitals, welche der Definition „spitalambulant“ nicht entsprechen würden demnach von den Kantonen nicht mitfinanziert. Die spitalambulantem Leistungen müssten in einem „Leistungskatalog“ aufgelistet werden.

### **2.2.2 Steuerung des Angebotes**

Nach dem Prinzip der „fiskalischen Äquivalenz“ ist nach Auffassung der Kantone eine Mitfinanzierung spitalambulanter Leistungen zwingend mit einer Mitsteuerung des Angebotes verbunden. Die Kantone müssen den zweckgerichteten Einsatz von öffentlichen Mitteln aktiv beeinflussen können. Damit kann einer unverhältnismässigen Angebotserweiterung entgegengewirkt werden. Diese Steuerungsaufgaben dienen der Gewährleistung eines bedarfsgerechten und ausreichenden Angebotes (Versorgungssicherung), der Wirtschaftlichkeit und der Qualitätssicherung.<sup>14</sup>

Spitalambulante Behandlungen hängen eng mit stationären Behandlungen zusammen. Die Versorgungsplanung muss deshalb nach Auffassung der GDK beide Bereiche umfassen. Dabei sind auch integrale Leistungsaufträge denkbar. Der Entscheid, ob eine Leistung ambu-

<sup>13</sup> Themenpapier der GDK Fazit 2 und 3

<sup>14</sup> Vgl. Themenpapier der GDK, S. 6

lant oder stationär erbracht wird, wäre dann dem Spital überlassen. Aus diesem Grund müsste für diese Leistungen auch ein einheitliches Vergütungssystem geprüft werden.

Im Gesetz muss deshalb den Kantonen die Kompetenz eingeräumt werden, den spitalambulantanten Bereich analog oder zusammen mit den stationären Leistungen durch die Spitalplanung, Spitalisten und Leistungsaufträge zu steuern. Für die Mitfinanzierung soll der gleiche Verteilschlüssel zwischen Versicherern und Kantonen gelten wie für die stationären Behandlungen. Um einen finanzierungsneutralen Übergang zu sichern, müssten die Kosten des gesamten stationären und spitalambulantanten Bereichs ermittelt und gestützt darauf der Verteilschlüssel festgelegt werden.

Als Alternative oder in Ergänzung zur Mitfinanzierung des spitalambulantanten Bereichs durch die öffentliche Hand ist es für die Kantone analog zum Bericht des Bundesrates<sup>15</sup> denkbar, in anderen kostendynamischen Bereichen (z.B. Langzeitpflege in Pflegeheimen und Spitex) eine volle Finanzierung durch die öffentliche Hand zu realisieren.

### **2.3 Revision der Tarifstruktur und der Tarife im ambulanten Bereich**

Im Zusammenhang mit dem Vorschlag zur Mitfinanzierung spitalambulanter Leistungen müssen aus Sicht der GDK auch die Tarifstruktur und die Tarife im ambulanten Bereich revidiert werden. Eine Überprüfung der Tarifstruktur des Tarmed ist nach Auffassung der GDK aber auch unabhängig von dieser Änderung der Vergütungsregeln nötig.

#### **2.3.1 Angleichung der Tarifstrukturen für spitalambulante und stationäre Behandlungen**

Für Behandlungen, welche sowohl spitalambulant wie stationär durchgeführt werden können oder welche im Behandlungsprozess teils ambulant und teils stationär durchgeführt werden, sollen Anreize aufgehoben werden, welche verzerrend und kostensteigernd wirken. Die GDK schlägt deshalb vor, dass Tarifunterschiede zwischen spitalambulantanten und stationären Behandlungen in der Tarifstruktur gezielt durch die entsprechenden Anpassungen behoben werden. Ferner sollen für ausgewählte Behandlungen Fallpauschalen definiert werden, welche sowohl bei ambulanter wie bei stationärer Behandlung anwendbar sind. Dort wo heute die Behandlungsprozesse so organisiert sind, dass zur Vorbereitung von stationären Behandlungen und zur Nachsorge ambulante Behandlungen stattfinden, soll offensichtlichen Umgehungsmöglichkeiten begegnet werden, indem Regeln für die Falldefinition auf den ambulanten Bereich ausgedehnt und/oder die Tarifstrukturen angepasst werden.<sup>16</sup>

#### **2.3.2 Revision der Tarifstruktur des Tarmed**

Überbewertete Positionen im Tarmed, welche einer nicht bedarfsorientierten Ausdehnung des Angebots Vorschub leisten, sind nach Auffassung der GDK umgehend nach unten zu korrigieren sind.<sup>17</sup> Damit weist die GDK auf das generelle Problem hin, dass die Tarifstruktur des Tarmed als Ganzes überprüft werden sollte, weil sie die heutigen Leistungen der Medizin nicht mehr adäquat abbildet. Alternativ zu einer Herabsetzung überbewerteter Leistungen könnte nach der GDK im KVG eine kantonale Kompetenz zur Genehmigung von Investitionen für zur OKP zugelassene Leistungserbringer eingeführt werden.<sup>18</sup>

---

<sup>15</sup> Vgl. Bericht des Bundesrates, Ziff. 7.2.2

<sup>16</sup> Themenpapier der GDK, Ziff. 4.1 Fazit 2 und Ziff. 4.2 Fazit 3.

<sup>17</sup> Im Themenpapier der GDK (S. 8) wird eine Arbeitsgruppe der FMH erwähnt, welche jene Therapien zu evaluieren soll, bei welchen es tarifbedingt zu Verzerrungen und ungerechtfertigt hohen Abschöpfungen kommt.

<sup>18</sup> Themenpapier der GDK, Ziff. 4.4

### 3 Zur Umsetzung der Vorschläge

#### 3.1 Mitfinanzierung spitalambulanter Leistungen durch die Kantone

##### 3.1.1 Zugelassene Leistungserbringer; Auswirkung der Zulassung

Die GDK lässt die Frage offen, ob nur Spitäler als Leistungserbringer spitalambulanter Leistungen zugelassen sein sollen<sup>19</sup>. Die Verwendung des Begriffs „spitalambulant“ lässt vermuten, dass nur Spitäler zugelassen werden sollen. Eine solche Lösung könnte aber gerade aus der Sicht der Kantone zu starr sein, weil sie ihre Versorgungspolitik durchkreuzen könnte, beispielsweise wenn sie bei der Aufgabe eines Spitalstandortes dort wenigstens noch ein Angebot an spitalambulanten Leistungen aufrechterhalten möchten.

Die Frage wird vom Gesetzgeber ausdrücklich zu entscheiden sein. Wenn nach den Vorstellungen der Kantone für spitalambulante Leistungen analog zur stationären Behandlung eine Versorgungsplanung und eine Auflistung der zugelassenen Leistungserbringer mit Leistungsaufträgen vorzusehen ist, muss klar sein, auf welche Kategorien von Leistungserbringern die bisherige Planungspflicht gemäss Art. 39 KVG allenfalls ausgedehnt werden soll und welche Voraussetzungen Leistungserbringer erfüllen müssen, wenn sie sich um einen Leistungsauftrag für spitalambulante Leistungen bewerben möchten.

Im Weiteren wird auch die Bedeutung der Liste der zugelassenen Leistungserbringer zu regeln sein. Die Kantone sind grundsätzlich nur bereit, solche Leistungen mitzufinanzieren, bei welchen sie auch das Angebot steuern können. Nicht der kantonalen Planung entsprechende Leistungserbringer sollen also keinen Anspruch auf eine Mitfinanzierung durch die Kantone haben. Nahe liegend ist, dass auch die Versicherer spitalambulante Behandlungen nur bei den von den Kantonen zugelassenen Leistungserbringern vergüten. Denkbar ist aber auch, dass die Versicherer entweder von Gesetzes wegen verpflichtet werden oder sie sich analog zu Art. 49a Abs. 4 KVG (Vertragsspitäler) vertraglich verpflichten dürfen, spitalambulante Behandlungen von Leistungserbringern zu vergüten, welche nicht den kantonalen Planungen entsprechen, wenn die Leistungserbringer die übrigen gesetzlichen Voraussetzungen erfüllen. Dabei stehen wieder zwei Möglichkeiten offen: Die Versicherer vergüten nur den auf sie nachdem Gesetz entfallenden Anteil oder auch den wegfallenden Kantonsanteil.

Es liegt auf der Hand, dass eine Regelung über die Zulassung von Leistungserbringern für spitalambulante Leistungen nicht nur Auswirkungen auf den Geltungsbereich des KVG hätte. Sind bestimmte Leistungen nur bei ausdrücklich dafür zugelassenen Leistungserbringern vollständig durch die OKP abgedeckt, können andere Leistungserbringer solche Leistungen kaum noch anbieten, selbst wenn sie aufgrund ihrer Infrastruktur und ihres Personal dazu in der Lage wären. Zumindest sind sie im Wettbewerb erheblich benachteiligt.

Die Bedeutung des Entscheids über die Zulassung von Leistungserbringern hängt sehr stark von jenem über die Definition von spitalambulanten Leistungen ab. Je breiter der Leistungsbereich umschrieben wird und je weniger solche Leistungen die Infrastruktur eines Spitals benötigen, desto eher werden neben Spitälern auch andere Leistungserbringer, insbesondere niedergelassene Fachärzte, daran interessiert sein. In einem solchen Fall sollte aber der Begriff „spitalambulant“ vermieden werden.

##### 3.1.2 Definition der spitalambulant Leistungen

Die Begriffe stationäre und ambulante Behandlung werden heute in der VKL definiert. Damit läge es an sich auf der Hand, auch den Begriff der spitalambulant Behandlung in der VKL zu umschreiben. Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass die VKL die Kostenermittlung und Leistungserfassung in stationären Einrichtungen regelt. Die VKL wäre also nur dann der rich-

---

<sup>19</sup> Vgl. Input GDK, S. 2

tige Ort der Regelung, wenn spitalambulante Leistungen auf Spitäler im Sinne des KVG beschränkt sind oder wenn alle Leistungserbringer spitalambulanter Leistungen analog zu Art. 49 Abs. 7 KVG verpflichtet werden, ihre Kosten und Leistungen nach einheitlichen Methoden zu erfassen, um analog zu Art. 49 Abs. 8 KVG Betriebsvergleiche zwischen diesen Leistungserbringern zu ermöglichen.

Die Abgrenzung spitalambulanter Behandlungen von den übrigen ambulanten Behandlungen soll sich nach den Vorstellungen der GDK auf leistungsbezogenen Kriterien stützen und auf jeden Fall dazu führen, dass nicht alle ambulanten Behandlungen in Spitälern unter den Begriff spitalambulant fallen. Die Tatsache, dass die Definition der spitalambulantesten Leistungen für die Kantone finanzielle Auswirkungen hat, spricht dafür, zumindest die grundlegenden Kriterien bereits im Gesetz festzulegen.

Nach der GDK soll die Anwendung bestimmter (vernetzter) Behandlungsmethoden ein Merkmal spitalambulanter Leistungen bilden. Damit kommt zum Ausdruck, dass es sich nicht um Untersuchungen und Behandlungen handeln soll, welche auch ein einzelner Arzt in seiner Praxis durchführen kann. Es soll sich mit anderen Worten um Leistungen handeln, welche nur von einem Team von Ärzten und anderen medizinischen Fachpersonen unter Benützung einer bestimmten Infrastruktur und unter Beizug des entsprechenden Fachpersonals durchgeführt werden können. Ein Kriterium könnte also sein, dass für bestimmte spitalambulante Leistungen von den beteiligten Ärzten und anderen Fachpersonen eine spezielle Ausbildung verlangt werden kann. So verstanden kann „spitalambulant“ nicht einfach mit „teilstationär“ im Sinne des mit der neuen Spitalfinanzierung aufgehobenen Art. 4 VKL<sup>20</sup> gleichgesetzt werden. Trotzdem können unter Umständen einzelne Elemente jener Definition übernommen werden, beispielsweise die Mitwirkung von Pflegepersonal und die an die Behandlung anschliessende Überwachung oder Pflege.

Ein weiteres Merkmal ergibt sich nach den Überlegungen der GDK aus dem Umstand, dass spitalambulante Leistungen eine besondere Nähe zu stationären Behandlungen haben, indem die betreffenden Untersuchungen und Behandlungen faktisch sowohl stationär wie ambulant durchgeführt werden können oder indem es sich um Leistungen handelt, welche einer stationären Behandlung vor- oder nachgelagert sind. Schliesslich dürfte es auch den Intentionen der Kantone entsprechen, wenn Aufenthalte in Tages- und Nachtkliniken zu den spitalambulantesten Behandlungen zählen<sup>21</sup>.

Aus Gründen der Rechtsicherheit für die Kantone wie für die Leistungserbringer sind die einzelnen spitalambulantesten Leistungen schliesslich in einem Leistungskatalog aufzulisten. Dies könnte unter Beizug der Leistungskommission gemäss Art. 37d KLV oder einer speziell zu errichtenden Fachkommission erfolgen. Die Liste müsste wahrscheinlich laufend der medizinischen Entwicklung angepasst werden, weil sich der Trend fortsetzen dürfte, dass bisher stationär durchgefuhrtete Untersuchungen und Behandlungen vermehrt ambulant durchführbar werden. Die entsprechende Liste müsste einen vom bisherigen Anhang 1 getrennten Anhang zur KLV bilden.

### 3.1.3 Zur Definition des Vergütungsanteils der Kantone

#### *Finanzneutrale Einführung*

Die Kantone verlangen, dass ihre Mitfinanzierung von spitalambulantesten Leistungen finanzneutral erfolgt. Mit anderen Worten bedeutet dies, dass sich die heute von den Kantonen im

<sup>20</sup> Der aufgehobenen Art. 4 VKL definierte die teilstationäre Behandlung wie folgt: „Als teilstationäre Behandlung nach Artikel 49 Absatz 5 des Gesetzes gelten geplante Aufenthalte zur Untersuchung, Behandlung und Pflege, die eine an die Behandlung anschliessende Überwachung oder Pflege sowie die Benutzung eines Bettes erfordern. Wiederholte Aufenthalte in Tages- und Nachtkliniken gelten ebenfalls als teilstationäre Behandlung.“

<sup>21</sup> Dieses Bedürfnis dürfte sich vor allem bei psychiatrischen Behandlungen stellen. Vgl. GDK. Leitfaden zur Psychiatrieplanung, Bern Juli 2008

Rahmen der Spitalfinanzierung geleisteten Beiträge durch eine Ausdehnung ihrer Beitragspflicht auf spitalambulante Leistungen nicht erhöhen sollen. Es muss damit für die stationären und die spitalambulanten Behandlungen ein neuer einheitlicher Verteilschlüssel zwischen Versicherern und Kantonen festgelegt werden und zwar so, dass die Belastung der Kantone im Zeitpunkt des Inkrafttretens der neuen Regelung gleich hoch bleibt, wie nach bisherigem Recht für die Mitfinanzierung der stationären Leistungen. Bereits bei der Festlegung des Verteilschlüssels muss also einigermaßen zuverlässig abgeschätzt werden können, wie hoch die Kosten für die unter den Begriff der spitalambulanten Behandlungen fallenden Leistungen sein werden.

Im Gegensatz zum Modell einer Einführung der monistischen Finanzierung lassen sich deshalb aus den heute vorhandenen statistischen Angaben keine Aussagen zu den voraussichtlichen Kosten der spitalambulanten Leistungen ableiten. Gewisse Aussagen lassen sich allenfalls zur Kostendynamik dieses Leistungsbereichs machen.

#### *Kostendynamik nach der Einführung*

Tabelle 1 zeigt die Unterschiede in der Kostendynamik zwischen den einzelnen Leistungskategorien und den Finanzierungsarten (OKP/öffentliche Hand)

**Tabelle 1**<sup>22</sup>

Entwicklung der Kosten im stationären und ambulanten Bereich 2000-2009  
Finanzierungsanteil der Kantone für Spitäler 2008/2009

Nr		2000	2009	ø Steigerung pro Jahr
1	Betriebsaufwand OKP (vgl. vorne Ziff. 2.1.2)	14'203.7	21'235.0	4.6%
2	Leistungen OKP total (inkl. Kostenbeteiligung)	15'478.8	23'656.3	4.8%
3	Leistungen OKP stationär Spital (ohne Pflegeheime)	3'696.0	5'481.0	4.5%
4	Leistungen OKP ambulant total	10'543.0	16'254.0	4.9%
5	davon Leistungen OKP ambulant Spital	1'666.0	3'474.0	8.5%
6	davon Leistungen OKP ambulant Ärzte (ohne Arznm.)	3'846.0	5'227.0	3.5%
7	Kantone + Gemeinden an Spitäler (vgl. vorne Ziff.2.1.2)	4'852.2	7'799.5	5.4%
8	Total Leistungen Spitäler stationär (3+7)	8'548.2	13'280.5	5.0%
9	Total Leistungen Spitäler ambulant+stationär (5+8)	10'214.2	16'754.5	5.7%
10	Total Leistungen OKP + Kantone/Gemeinden (3+4+7)	19'091.2	29'534.5	5.0%

Eindeutig am stärksten ist die Kostendynamik bei den ambulanten Behandlungen in den Spitälern. Speziell hervorzuheben ist auch die Tatsache, dass die durchschnittliche Zunahme der Zahlungen von Kantonen und Gemeinden an die Spitäler mit 5.4% signifikant höher war als jene der Leistungen der OKP an stationäre Behandlungen (4.5%) und auch höher als die durchschnittliche Kostensteigerung sämtlicher Leistungen der OKP (4.8%). Die Kantone haben also die Kostendynamik im Leistungsbereich der OKP durchaus mitgetragen, ihr Anteil an der Mitfinanzierung der Leistungen der OKP hat sogar etwas zugenommen.

Es muss davon ausgegangen werden, dass sich dieser Trend einer unterschiedlichen Kostendynamik in den verschiedenen Leistungsbereichen in der Zukunft fortsetzen wird. Dies zeigen die Schätzungen des Kostenzuwachs nach dem Kostenmodell von BAG, GDK und santésuisse für das Jahr 2012: 1.1% spitalstationär; 2.7% ambulant Ärzte; 7.2% spitalambulant<sup>23</sup>.

<sup>22</sup> Quellen: BAG, Statistik OKP T 1.02 für Nr. 1 und 2; T 2.16 für Nr. 3, 4 und 5; BFS Finanzierung Gesundheitswesen 2009, Tabelle Kosten im Gesundheitswesen nach Leistungserbringern und Direktzahlern.

<sup>23</sup> Vgl. Input GDK, S. 1

Die GDK geht davon aus, dass sich dieser Trend auch bei den neu definierten spitalambulant Leistungen zeigen wird.<sup>24</sup> Damit muss sicher gerechnet werden. Allerdings dürfte heute die deutlich höhere Kostensteigerung bei ambulanten Behandlungen in Spitälern nicht nur auf den Leistungsbereich „spitalambulant“ im Sinne einer Definition nach Ziffer 3.1.2 zurückzuführen sein. Ein bedeutender Teil der Kostensteigerungen bei den heutigen ambulanten Behandlungen in Spitälern entfällt auf die Zunahme des Leistungsvolumens in Notfallstationen, welche wahrscheinlich nur zum Teil unter den neuen Begriff der spitalambulant Leistungen fallen werden. Zudem schlägt die GDK bei einer Mitfinanzierung von spitalambulant Leistungen richtigerweise einen einheitlichen Verteilschlüssel für stationäre und spitalambulant Leistungen vor. Die Kostensteigerungen bei spitalambulant Leistungen wird damit zum Teil durch einen Rückgang von stationären Behandlungen kompensiert werden. Trotzdem muss gestützt auf die Zahlen in Tabelle 1 damit gerechnet werden, dass auch der neue Leistungsbereich „stationär plus spitalambulant“ eine höhere Kostendynamik aufweisen wird als die ambulant erbrachten Leistungen. Die GDK ist im Grundsatz bereit, sich an der Kostendynamik im spitalambulant Bereich zu beteiligen, um so der heutigen Entwicklung entgegen zu wirken, bei welcher der ausschliesslich über Prämien finanzierte Anteil der Leistungen stärker ansteigt als die durch die Kantone mitfinanzierten stationären Behandlungen.<sup>25</sup>

### **3.2 Revision der Tarifstruktur und der Tarife im ambulanten Bereich**

#### **3.2.1 Angleichung der Tarifstrukturen für spitalambulant und stationäre Behandlungen**

Die Ausdehnung der Mitfinanzierung durch die Kantone auf zusätzliche Leistungsbereiche verlangt für sich allein noch keine Angleichung der Tarifstrukturen zwischen den von den Kantonen mitfinanzierten Leistungsbereichen. Nach der GDK sind die Anpassung der Tarifstruktur und die Aufhebung von Tarifunterschieden aber nötig, weil diese beiden Leistungsbereiche eng miteinander verknüpft sind (vgl. vorne Ziff. 2.3.1). Im Ergebnis läuft dieses Postulat darauf hinaus, das Vergütungssystem für spitalambulant Leistungen dem System der leistungsbezogenen Fallpauschalen anzugleichen.

Für ambulante Behandlungen ist nach geltendem Recht die einheitliche Tarifstruktur des Tarmed nur dann zu beachten, wenn die Tarifpartner das System der Einzelleistungsvergütung anwenden wollen. Zulässig sind insbesondere auch leistungsbezogene pauschale Vergütungen (vgl. Art. 43 Abs. 2 und 3 KVG). Denkbar ist auch eine Kombination verschiedener Tarifarten, also beispielsweise die Einzelleistungsvergütung kombiniert mit einer pauschalen Vergütung pro Behandlungsfall. Dabei müsste aber die Einzelleistungsvergütung weiterhin der Struktur des Tarmed entsprechen. Es stellt sich allerdings die grundsätzliche Frage, ob die Vergütung nach dem Tarmed für spitalambulant Behandlungen überhaupt eine angemessene Tarifart ist. Art. 43 Abs. 4 KVG verlangt eine sachgerechte Struktur der Tarife. Die Tarifstruktur des Tarmed ist für die Vergütung der Leistungen in Arztpraxen konzipiert worden. Sie beruht auf (inzwischen veralteten) Erhebungen. Die ambulanten Behandlungen in Spitälern sind zudem anders organisiert als in Arztpraxen. Sie erfolgen unter Einsatz von zahlreichen Fachpersonen der Krankenpflege mit einer grossen Erfahrung und Fachwissen für die typischen Fälle ambulanter Behandlungen in Spitälern, insbesondere in Notfällen oder bei Kontrolluntersuchungen und Folgebehandlungen nach stationären Behandlungen. Gerade für einen neu zu definierenden Bereich der spitalambulant Behandlungen ist deshalb die Einzelleistungsvergütung nach Tarmed keine sachgerechte Tarifstruktur, auch nicht in Kombination mit anderen Tarifarten.

Für eine pauschale Vergütung spitalambulant Behandlungen können die Tarifpartner die Tarifstruktur selber bestimmen. Sie könnten also auch eine Struktur wählen, die eine Anglei-

---

<sup>24</sup> Vgl. Input GDK, S. 3

<sup>25</sup> Themenpapier der GDK, Ziff. 5, S. 11; Input GDK, S. 1

chung an die Vergütung der stationären Behandlungen erlaubt. Für eine durchgehende und konsequente Aufhebung von Unterschieden in Tarifstruktur und Tarifen müssten aber beide Leistungsbereiche in eine gemeinsame Tarifstruktur integriert werden. Dafür müsste zunächst die gesetzliche Grundlage geschaffen werden.

Ob eine völlige Gleichheit der Tarife und der Tarifstruktur auch sachlich möglich ist, müsste näher geprüft werden. Dafür müssten aber vorerst auch die Vorstellungen über den Leistungsbereich der spitalambulanten Leistungen konkretisiert werden. In einem ersten Schritt sollte geprüft werden, ob sich wenigstens, wie dies die GDK vorschlägt, für ausgewählte Fälle Fallpauschalen definieren lassen, welche auf beide Behandlungsformen anwendbar sind. Zu beachten ist im Weiteren, dass eine pauschale Vergütung spitalambulanter Behandlungen sich nur auf die im KVG umschriebenen Leistungen der OKP beziehen könnte. Sollten solche Pauschalen neben den Leistungen der OKP zusätzliche Leistungen einschliessen, müsste der Verteilschlüssel im konkreten Fall entsprechend angepasst werden.<sup>26</sup>

Eine Ausdehnung der Falldefinition von DRG's auf die ambulante Vor- und Nachsorge lässt sich bereits durch eine entsprechende Ausweitung der Definition der stationären Behandlung erreichen. Damit wäre in diesen Fällen bereits nach geltendem Recht eine Mitfinanzierung der ambulanten Vor- und Nachsorge durch die Kantone gegeben. In der Praxis wäre eine solche Lösung allerdings nur dann ohne Probleme umsetzbar, wenn die gesamte Behandlung im Spital erfolgt. Die Niederlande kennen ein solches Vergütungssystem, bei welchem Behandlungen von Spitälern und Spezialärzten in ein gemeinsames Vergütungssystem (Diagnose Behandeling Combinatie, DBC) zusammengefasst werden.<sup>27</sup> Allerdings sind in den Niederlanden Spezialärzte entweder in einem Spital tätig oder mit einem Spital eng verbunden.

### 3.2.2 Revision der Tarifstruktur des Tarmed

Die von der GDK angeregte Überprüfung der Tarifstruktur des Tarmed und die Senkung der Vergütung überbewerteter Leistungen muss nach geltendem Recht von den Tarifpartnern vereinbart werden. Mit Inkrafttreten von Art. 43 Abs. 5bis KVG<sup>28</sup> kann der Bundesrat Anpassungen der Tarifstruktur vornehmen, wenn sie sich als nicht mehrsachgerecht erweist und sich die Parteien nicht auf eine Revision einigen können. Auch nach dieser neuen Interventionsmöglichkeit des Bundesrates bleibt es fraglich, ob sich Anpassungen der Tarifstruktur auf einzelne überbewertete Positionen beschränken lassen. Die Struktur des Tarmed ist wahrscheinlich in grossen Bereichen nicht mehr sachgerecht, weil sich seit der Konzeption dieser Struktur die Medizin weiter entwickelt hat und weil auch in der ambulanten Behandlung die ärztliche Einzelpraxis nicht mehr gleiche Bedeutung hat wie im Zeitpunkt der Konzeption des Tarmed. Es ist deshalb damit zu rechnen, dass punktuelle Änderungen in der Struktur des Tarmed Anschlussbegehren zur Folge haben werden. Eine Gesamtrevision des Tarmed ist deshalb unvermeidlich.

In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, ob das in Art. 43 Abs. 5 KVG vorgesehene Vorgehen heute noch richtig und zielführend ist. Die einheitliche Tarifstruktur muss gesamtschweizerisch zwischen den Tarifpartnern vereinbart werden. Für die Festlegung der einheitlichen Tarifstruktur bei stationären Behandlungen sieht Art. 49 Abs. 2 KVG eine andere Art des Vorgehens, nämlich die Errichtung einer Organisation für die Erarbeitung und Weiterentwicklung der Tarifstruktur. Dies hat einerseits den Vorteil, dass eine ständige Organisation besteht, welche sich mit den anstehenden Fragen befasst. Für die Entscheidungsfindung in-

---

<sup>26</sup> Für psychiatrische Tageskliniken werden heute Tagespauschalen diskutiert, welche über die OKP hinausgehen und deshalb von der öffentlichen Hand mitfinanziert werden. Vgl. GDK. Leitfaden zur Psychiatrieplanung, Bern Juli 2008, Anhang II Ziff. 9.

<sup>27</sup> Leu et al. The Swiss and the Dutch health care systems compared, Nomos Baden-Baden 2008, S. 38

<sup>28</sup> BG vom 23. Dezember 2011, Ablauf der Referendumsfrist am 13.4.2012

nerhalb einer Organisation gilt nicht der Grundsatz, dass Entscheide nur im Konsens aller Beteiligten zustande kommen. In dem für die Festlegung der Tarifstruktur zuständigen Organ kann eine (allenfalls qualifizierte) Mehrheit Entscheide treffen. Die Bestimmung von Art. 49 Abs. 2 KVG, wonach „die in der Organisation erarbeiteten Strukturen ... von den Tarifpartnern dem Bundesrat zur Genehmigung unterbreitet“ werden, wird zwar so angewendet, dass der Antrag an den Bundesrat die Form eines Vertrages haben muss. Aber der Umstand, dass die eigentliche Erarbeitung der Tarifstruktur innerhalb der Organisation erfolgt, erleichtert die Arbeiten bei der Anpassung von Tarifstrukturen. Insbesondere ist so ausgeschlossen, dass bereits der Beginn von Arbeiten zur Anpassung von Tarifstrukturen durch einen einzelnen Tarifpartner verhindert werden kann. Die Errichtung einer solchen Organisation empfiehlt sich auch für die Erarbeitung der einheitlichen Tarifstruktur im Sinne von Art. 43 Abs. 5 KVG.

### **3.3 Monistische Finanzierung sämtlicher Leistungen der OKP**

#### **3.3.1 Die Ausgangslage nach der Revision der Spitalfinanzierung**

Die bisherigen Diskussionen über die Einführung der monistischen Finanzierung der Krankenversicherung fanden vor dem Hintergrund der Spitalfinanzierung in der Fassung des KVG von 1994 statt. Jene Regelung kann als „echter Dualismus“ bezeichnet werden. Das KVG hat nur den Vergütungsanteil der OKP geregelt und diesen in öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern auf höchstens 50 Prozent der anrechenbaren Betriebskosten der Spitäler beschränkt. Zur Finanzierung der restlichen Betriebskosten hat das Gesetz auf eine Regelung verzichtet. Es war den Kantonen überlassen, die Finanzierung der durch die OKP nicht gedeckten Kosten zu regeln. Diese duale Finanzierung, welche sich zudem bloss auf einen Teil der für die OKP zugelassenen Spitäler bezog, hat zu Verzerrungen und Fehlanreizen geführt, welche zu den Forderungen nach Einführung einer „monistischen Spitalfinanzierung“<sup>29</sup> geführt haben.

Mit Einführung der neuen, dual-fixen Spitalfinanzierung sind einige Mängel der früheren Regelung weggefallen. Die stationäre Behandlung wird unter Einschluss des Finanzierungsanteils der Kantone nach einheitlichen, im KVG festgehaltenen Regeln vergütet und diese gelten für alle zugelassenen Spitäler in gleicher Weise. Der Unterschied zwischen öffentlichen und privaten Spitälern besteht nicht mehr. Der Interessengegensatz bei der Vergütung der Leistungen liegt nun klar zwischen den Spitälern auf der einen sowie den Kantonen und Versicherern auf der anderen Seite. Die Kantone sind nicht mehr wie im früheren Recht an möglichst hohen Tarifen der OKP interessiert, um so ihren Finanzierungsanteil an die Spitäler zu senken. Für die Spitäler ist es, wie die GDK richtig feststellt, im Grundsatz unerheblich, dass ihre Leistungen aus zwei unterschiedlichen Quellen finanziert werden.<sup>30</sup>

Aus Sicht der Versicherer bleiben aber stationäre Behandlungen teurer als ambulante, obwohl es in der Realität oft gerade umgekehrt ist. Die Versicherer haben zwar im konkreten Behandlungsfall einen geringen Einfluss darauf, ob eine bestimmte Behandlung ambulant oder stationär durchgeführt wird. Sie haben aber einen Einfluss auf die Ausgestaltung von Tarifverträgen. Ihr Interesse die Tarifverträge so auszugestalten, dass ambulante Behandlungen gegenüber stationären Behandlungen für die Spitäler attraktiver werden, wird durch die heutige Finanzierung der stationären Behandlung nicht gefördert.

Die Mehrfachrolle der Kantone als Verantwortliche für Spitalplanung und Spitalliste, Eigentümer und Finanzierer von Spitälern und als Genehmigungsinstanz von Tarifverträgen besteht weiterhin. Im Bereich der Tarifgenehmigung hat sich dieser Rollenkonflikte mit der neuen Spitalfinanzierung noch verstärkt. Die Kantone prüfen, ob die Tarife für stationäre Be-

<sup>29</sup> So und nicht etwa „Monistische Finanzierung der Krankenversicherung“ lautet der Titel des Berichts Leu.

<sup>30</sup> So das Themenpapier der GDK. S. 2

handlungen mit dem Gesetz, dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und der Billigkeit übereinstimmen. Sie haben hier also eine Aufsichtsfunktion als Regulator. Gleichzeitig sind sie aber selber verpflichtet, mehr als 50 Prozent der von ihnen genehmigten Tarife zu übernehmen. Sie entscheiden damit nicht nur als Regulator, sondern auch in eigener Sache. Damit kompensieren sie allerdings eine andere im Gesetz enthaltene Verzerrung, nämlich den Umstand, dass sie nicht als Partei an den Tarifverhandlungen beteiligt sind<sup>31</sup>.

### 3.3.2 Modelle zur Umsetzung der monistischen Finanzierung

Der Bundesrat gibt mit seinem Bericht zur einheitlichen Finanzierung der OKP lediglich die Stossrichtung für ein künftiges Modell der Finanzierung vor, ohne bereits ein Modell vorzuschlagen.<sup>32</sup> Die Grundzüge einer künftigen Lösung treten aber bereits deutlich in Erscheinung. Ausgeschlossen wird ein Modell, in welchem die Versicherer sämtliche Leistungen der OKP aus eigenen Mitteln, sprich Kopfprämien finanzieren. Die Beiträge, welche die Kantone heute für die Mitfinanzierung der stationären Behandlungen aufwenden, sollen also durch andere Beiträge der öffentlichen Hand ersetzt werden.<sup>33</sup> Zudem sollen nach allen im Bericht des Bundesrates betrachteten Modellen die Beiträge der öffentlichen Hand an die Versicherer gehen, also nicht direkt den Leistungserbringern ausgerichtet werden. Die Modelle unterscheiden sich in der Art der Kompensation für den Wegfall der kantonalen Mitfinanzierung der stationären Behandlungen (vgl. vorne Ziff. 2.1.2).

#### *Kantonsbeiträge an die Krankenversicherer (Modell 3a)*

In den bisherigen Diskussionen stand das Modell einer Beitragsleistung der Kantone an die Versicherer pro Kopf der im Kantonsgebiet wohnhaften Versicherten im Vordergrund. Im Bericht des Bundesrates wird dieses Modell aus der Sicht der Kompetenzordnung von Art. 117 BV als „nicht unbedenklich“ bezeichnet, weil damit der Bund in der von ihm eingerichteten Krankenversicherung die Kantone zu Beitragsleistungen an die Versicherer verpflichten würde.<sup>34</sup> Nun ist aber darauf hinzuweisen, dass den Kantonen bereits mit Art 49a Abs. 1 bis 3 KVG eine im Ergebnis praktisch gleiche Verpflichtung auferlegt worden ist, welche verfassungsrechtlich nicht in Frage gestellt worden ist.<sup>35</sup> Die Kantone haben ihre Verpflichtung in Art. 49a KVG wohl deshalb ohne Rückfragen bezüglich deren Verfassungsmässigkeit akzeptiert, weil sie gegenüber den Spitälern sowohl als Eigentümer als auch gestützt auf das KVG Steuerungsmöglichkeiten besitzen. Sie würden denn auch eine Mitfinanzierung sämtlicher Leistungen der OKP, wenn überhaupt, nur dann akzeptieren, wenn ihnen ähnlich wie heute bei den Spitälern auch im Bereich der ambulanten Behandlungen Steuerungsmöglichkeiten eingeräumt würden. Im Gegensatz zu den ambulanten Behandlungen war aber das Spitalwesen schon immer sehr stark von den Kantonen geprägt. Die meisten Spitäler sind auch heute noch öffentliche oder schon seit langer Zeit durch öffentliche Beiträge mitfinanzierte Einrichtungen des Gesundheitswesens. Hier waren die den Kantonen im KVG von 1964 eingeräumten Steuerungskompetenzen die Fortentwicklung eines bereits früher existierenden Zustandes. Eine Ausdehnung von Steuerungskompetenzen auf den ambulanten Bereich würde im Gegensatz dazu für die Leistungserbringer den status quo deutlich verändern. Ob eine solche Änderung eingeführt werden soll und kann, muss deshalb auch unter Beachtung der für die Krankenversicherung und das Gesundheitswesen geltenden ordnungspolitischen Grundsätze näher geprüft werden (vgl. dazu Ziff. 4).

---

<sup>31</sup> Diese Verzerrungen durch die Mehrfachrolle der Kantone sollten bei einer Beibehaltung von dual-fixen Leistungsfinanzierungen durch Änderungen bei der Festlegung und Genehmigung von Tarifverträgen angegangen werden, vgl. hinten Ziff. 5.3.2

<sup>32</sup> Bericht des Bundesrates Ziff. 9, S. 17

<sup>33</sup> Bericht des Bundesrates Ziff. 7.1, S. 11

<sup>34</sup> Bericht des Bundesrates Ziff. 7.1.1, S. 12

<sup>35</sup> In der Botschaft zur Spitalfinanzierung wird zur Verfassungsmässigkeit die Gesetzesvorlage folgendes ausgeführt: „Die Vorlage stützt sich auf Art. 117 Bundesverfassung“ BBl 2004 5590; ebenso in der Botschaft vom 18.9.2000 zur Teilrevision des KVG, BBl 2001 808.

### *Verstärkung der Prämienverbilligung durch die Kantone (Modell 3b)*

Eine Verwendung der bei Einführung der monistischen Finanzierung frei werdenden öffentlichen Mittel für eine Verstärkung der Prämienverbilligung wird im Bericht des Bundesrates kritisch beurteilt, weil dadurch das Transfervolumen der Prämienverbilligung auf mehr als das Dreifache, der Anteil der Kantone sogar um das sechsfache vergrössert würde. Der Kreis der Anspruchsberechtigten würde auf Teile des Mittelstandes ausgerichtet. Im Bericht wird deshalb die Frage gestellt, ob ein solches System von einkommensunabhängigen Prämien auf der einen Seite und Prämienverbilligungen an mindestens die Hälfte der Prämienzahler noch effizient ist.<sup>36</sup> Die Frage ist berechtigt, sie muss aber unter Beachtung der Einkommens- und Vermögensverteilung innerhalb der Bevölkerung und der unterschiedlichen Steigerungsraten von Lohn- und Prämienentwicklung in den vergangenen Jahren beantwortet werden.<sup>37</sup> Eine ausschliessliche Übertragung der bisher für die Finanzierung von Leistungen der Krankenversicherung verwendeten öffentlichen Mittel auf das System der Prämienverbilligung wäre tatsächlich nicht der richtige Weg. Eine Teilübertragung sollte aber auf jeden Fall näher geprüft werden. Um sicher zu gehen, dass die Kantone die Prämienverbilligung tatsächlich durch zusätzliche Mittel verstärken, müssten ihnen im Gesetz aber verbindliche Leistungsziele vorgeben werden. Nachdem die Prämienverbilligung bereits vor der NFA eine Verbundaufgabe von Bund und Kantonen darstellte und die Revision des KVG im Zusammenhang mit der NFA keine Verfassungsänderung benötigte,<sup>38</sup> könnten gestützt auf die geltenden Verfassungsbestimmungen auch wieder zusätzliche Vorgaben an die Kantone eingeführt werden. Auch das geltende Recht enthält in Art. 65 Abs. 1bis eine Vorgabe an die Kantone zur Ausgestaltung der Prämienverbilligung.

### *Vollständige Übertragung der Pflegefinanzierung auf die Kantone*

Eine Herauslösung der Pflegefinanzierung (Spitex und Pflegeheime) aus dem Leistungsbereich der OKP und die Übertragung dieser Aufgabe an die Kantone wird durch die neu eingeführte Pflegefinanzierung erleichtert. Bereits danach tragen nämlich die Kantone zur Hauptsache das Risiko der Pflegefinanzierung. Die Leistungen der OKP sind auf fixe Beiträge begrenzt, welche vom Bundesrat festgelegt werden. Es ist deshalb damit zu rechnen, dass bereits nach geltendem Recht die Kostendynamik in der Pflegefinanzierung künftig zur Hauptsache von den Kantonen getragen werden muss. Es sind denn auch bereits heute die Kantone, welche das Leistungsangebot im Bereich der Langzeitpflege massgebend steuern.

Im Jahr 2009 haben die Aufwendungen der OKP für die Pflege zu Hause 531 Mio. Franken und im Pflegeheim 1'858 Mio. Franken, total also 2'389 Mio. Franken betragen<sup>39</sup>. Diese Zahlen stammen noch aus der Zeit vor Inkrafttreten der neuen Pflegefinanzierung. Es sind deshalb dazu analoge Vorbehalte anzubringen wie zu den Angaben für die stationären Behandlungen.<sup>40</sup> Auch hier ist aber davon auszugehen, dass sich der Aufwand der OKP durch die neue Pflegefinanzierung nicht wesentlich verändert hat. Die Zahlen zeigen, dass mit einer Übertragung der Pflegefinanzierung auf die Kantone ein Wegfall der Mitfinanzierung bei der stationären Behandlung um etwa 30 Prozent kompensiert werden könnte. In Kombination mit anderen Massnahmen ist eine solche Regelung deshalb ernsthaft zu prüfen.

Wenn die Pflegefinanzierung vollständig den Kantonen übertragen wird, zählt sie nicht mehr zum Leistungsbereich der OKP. Es fragt sich, ob in seinem solchen Fall der Anspruch auf Pflegeleistungen und die Vergütung dieser Leistungen noch im KVG geregelt werden kann. Die juristische Ausgangslage ist vergleichbar mit der Übertragung der Zuständigkeit im Bereich der Bau- und Betriebsbeiträge an Wohnheime von der Invalidenversicherung an die

<sup>36</sup> Bericht des Bundesrates Ziff. 7.1.2, S. 11f

<sup>37</sup> Vgl. dazu Ziff. 4.5.2

<sup>38</sup> Botschaft zur Ausführungsgesetzgebung zur Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) vom 7. September 2005, BBl 2005 6235 und 6236

<sup>39</sup> BAG Statistik KV 2009, T 2.16

<sup>40</sup> Vgl. vorne Ziff. 2.1.2

Kantone. Um den bisherigen Leistungsumfang der Invalidenversicherung grundsätzlich zu erhalten, hat der Bund gestützt auf eine entsprechende Änderung der Bundesverfassung (Art. 112b Abs. 3 BV) ein Rahmengesetz erlassen.<sup>41</sup> Es ist deshalb nicht auszuschliessen, dass auch bei einer Übertragung der Pflegefinanzierung in die volle Zuständigkeit der Kantone, ein Rahmengesetz des Bundes zu erlassen wäre, um den Pflegebedürftigen den bisherigen Leistungsumfang zu garantieren und dass für ein solches Gesetz zunächst die entsprechende Verfassungsgrundlage zu schaffen ist.

#### *Bundesbeiträge an die Krankenversicherer (Modell 4)*

Wie im Bericht des Bundesrates festgestellt wird, lässt sich zwar eine Kompensation der bisher von den Kantonen aufgebracht Beiträge durch den Bund auf Art. 117 BV abstützen. Eine Verschiebung von bisherigen Beitragsleistungen der Kantone in der Grössenordnung etwa 8 Mia. Franken auf den Bund würde indessen eine Überprüfung des Finanz- und Lastenausgleichs zwischen Bund und Kantonen nach sich ziehen.<sup>42</sup> Ob eine solche Lösung ohne Verfassungsänderung umsetzbar ist, wenn die Verschiebung der Lastenverteilung von den Kantonen zum Bund unter Beachtung der Limiten von Art. 135 Abs. 3 BV<sup>43</sup> für die Leistungen der ressourcenstarken Kantone kompensiert werden kann, müsste näher geprüft werden.

Sowohl beim Modell 3a wie beim Modell 4 ist auch denkbar, dass die Beiträge an die einzelnen Krankenversicherer nicht proportional zur Zahl der Versicherten, sondern nach dem Krankheitsrisiko der Versicherten ausgerichtet werden, entweder nach gleichen oder ähnlichen Kriterien wie beim Risikoausgleich (Alter, Geschlecht, Morbiditätsfaktoren) oder wie bei einem Rückversicherer ab einer bestimmten Höhe der Jahreskosten der Versicherten (risikoabhängige Finanzierung).

## **4 Grundsätzliche Überlegungen**

### **4.1 Die Sicht der Kantone über ihre Steuerungsfunktion**

Die Einwände der GDK gegen die Ausrichtung von Beiträgen der Kantone an die Krankenversicherer im Rahmen einer monistischen Finanzierung (vgl. vorne Ziff. 2.1.4) münden in das Fazit, dass die Steuerungsaufgaben der Kantone eine solche Lösung ausschliessen. Den Kantonen komme im Rahmen des regulierten Wettbewerbs eine wesentliche Steuerungsaufgabe zu. Sie würden dazu gezielt finanzielle Mittel für patientenbezogene und nicht patientenbezogene Leistungen aufwenden. Müssten sie diese Gelder den Kassen überweisen, fehlten ihnen die diskretionär einsetzbaren Mittel, welche der Versorgungssicherheit dienen und dafür unerlässlich seien. Die damit einhergehende Schwächung der Gewährleistungs- und Steuerungsfunktion der Kantone könne mit keinen anderen Massnahmen und schon gar nicht mittels Kompetenzübertragung an 80 Krankenversicherer aufgefangen werden.<sup>44</sup>

Nach Auffassung der GDK nehmen die Kantone ihre „Mehrfachrollen“ als integrale Aufgaben wahr. Diese Systemsteuerung führe zu einer Gesamtoptimierung von Versorgungssicherheit und wirtschaftlichem Angebot.<sup>45</sup> So machen die Kantone geltend, sie strebten mit der Spitalplanung und den Spitalisten, mit der Einwirkung auf Tarife und Kosten und mit Auflagen für

<sup>41</sup> BG vom 6.10.2006 über die Institutionen zur Förderung der Eingliederung von invaliden Personen (IFEG, SR 831.26)

<sup>42</sup> Bericht des Bundesrates Ziff. 7.2, S. 14

<sup>43</sup> Art. 35 Abs. 3 BV lautet: Die Mittel für den Ausgleich der Ressourcen werden durch die ressourcenstarken Kantone und den Bund zur Verfügung gestellt. Die Leistungen der ressourcenstarken Kantone betragen mindestens zwei Drittel und höchstens 80 Prozent der Leistungen des Bundes.

<sup>44</sup> Themenpapier der GDK, Fazit 1, S 7f.

<sup>45</sup> Themenpapier der GDK, Ziff. 2 S. 3f.

gemeinwirtschaftliche Leistungen eine Steuerung des stationären Gesamtangebots mit einem dreifachen Ziel an, nämlich Versorgungssicherheit (ausreichendes Angebot für alle Bevölkerungsgruppen), Wirtschaftlichkeit (Kosteneindämmung durch Massnahmen gegen Mengenausweitung) und Qualitätssicherung (Mindestmengen, Qualitätsmonitoring, Qualitätsentwicklung).<sup>46</sup>

Diese Mehrfachrolle der Kantone wird indessen auch als problematisch angesehen.<sup>47</sup> Die verschiedenen Rollen der Kantone als Eigentümer von Spitälern, Leistungserbringern, Finanzierer und Regulatoren von Leistungen des Gesundheitswesens können nämlich zu Interessenkonflikten führen und Anreize zur Kostenkontrolle schwächen.<sup>48</sup>

Aus diesen Gründen sollen hier einige grundsätzliche Betrachtungen zur Unterscheidung zwischen Krankenversicherung und Gesundheitswesen sowie zu den Aufgaben und Rollen von Bund, Kantonen und Versicherern bei der Durchführung der Krankenversicherung und der Ausgestaltung des Gesundheitswesens angestellt werden, bevor Vorschläge formuliert werden, wie eine künftige Finanzierung der Krankenversicherung im Rahmen einer nationalen Gesundheitsstrategie ausgestaltet werden könnte.

## 4.2 Gesundheitswesen und Krankenversicherung

### 4.2.1 Krankenversicherung ≠ Gesundheitswesen

Nach Art. 117 BV erlässt der Bund Vorschriften über die Kranken- und Unfallversicherung. Er kann diese allgemein oder für einzelne Bevölkerungsgruppen obligatorisch erklären. Damit hat der Bund eine umfassende Kompetenz zur Gesetzgebung in der Kranken- und Unfallversicherung.

Nach Art. 118 Abs. 1 BV trifft der Bund „im Rahmen seiner Zuständigkeiten Massnahmen zum Schutz der Gesundheit“. Die daran anschliessende Aufzählung von Zuständigkeiten des Bundes (Art. 118 Abs. 2, Art. 118a, 119, 199a und 120 BV) ist zwar sehr ausführlich, bleibt aber gerade deswegen auf spezifische Zuständigkeitsbereiche beschränkt. Zur Hauptsache liegt die Zuständigkeit zur Gesetzgebung im Gesundheitswesen bei den Kantonen.

Unter dem Gesundheitswesen kann die Gesamtheit der Leistungen von Institutionen verstanden werden, welche der Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit dienen. Der Begriff der Gesundheit und damit auch jener des Gesundheitswesens kann sehr weit gefasst werden. Eine pragmatische Lösung liegt darin, unter dem Gesundheitswesen alle jene Leistungen und Institutionen zu verstehen, welche in den Statistiken des BFS über die Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens erfasst sind.<sup>49</sup>

Die gestützt auf Art. 117 errichtete obligatorische Krankenpflegeversicherung ist eine Sozialversicherung, welche für die Versicherten das Krankheitsrisiko abdeckt, indem sie bestimmte im KVG definierte Leistungen von gesetzlich zugelassenen Leistungserbringern vergütet. Die Krankenversicherung garantiert damit ihren Versicherten den Zugang zu den entsprechenden Leistungen des Gesundheitswesens. Über die Krankenversicherung werden in der Schweiz rund 35 Prozent der Kosten des Gesundheitswesens finanziert. Aufgrund der neuen Spitalfinanzierung sind dazu noch die von Kantonen und Gemeinden den Spitälern bisher direkt vergüteten Kosten von rund 14 Prozent<sup>50</sup> hinzuzurechnen, welche nun ebenfalls zur

<sup>46</sup> Vgl. Themenpapier der GDK, S. 6

<sup>47</sup> So im Bericht des Bundesrates, Ziff. 5.1 S. 8

<sup>48</sup> OECD Bericht, Ziff. 5.1, S. 139

<sup>49</sup> Vgl. BFS 14 Gesundheit, Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens, TA 2 Kosten des Gesundheitswesens nach Leistungserbringern und TA 5 Kosten des Gesundheitswesens nach Leistungen.

<sup>50</sup> Vgl. BFS 14 Gesundheit, Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens, detaillierte Ergebnisse 2008, März 2011 TA 9, stationäre Betriebe von Kantonen und Gemeinden.

Hauptsache gestützt auf das KVG ausgerichtet werden. Von der Gesetzgebung über die Krankenversicherung sind also nicht ganz 50 Prozent der Kosten des Gesundheitswesens erfasst.

Die Krankenversicherung ist nicht ein Teil des Gesundheitswesens, sondern sie vergütet einen Teil der Kosten des Gesundheitswesens. Das Gesundheitswesen kann ohne Krankenversicherung existieren. Eine Krankenversicherung ohne Gesundheitswesen macht hingegen keinen Sinn. Es gibt zahlreiche Beispiele von Staaten mit einem Gesundheitswesen ohne Krankenversicherung. Dort kann das sozialpolitische Ziel der Risikoabsicherung bei Krankheit, bzw. des Zugangs zu den Leistungen des Gesundheitswesens erreicht werden, indem der Staat die Leistungen von öffentlichen oder privaten Gesundheitsdiensten selber direkt finanziert und so der Bevölkerung den Zugang zu diesen Leistungen gewährleistet. In kleinem Umfang gibt es auch in der Schweiz öffentliche Gesundheitsdienste (z.B. schulärztliche Dienste, staatliche Präventionsprogramme, öffentliche Beratungsstellen für bestimmte Gesundheitsprobleme etc.). Vergütet hingegen eine Versicherung Leistungen des Gesundheitswesens, sind Versicherung und Gesundheitswesen zwei institutionell von einander getrennte Bereiche.

#### 4.2.2 Einfluss der Krankenversicherung auf das Gesundheitswesen

In einem Versicherungssystem ist es für Institutionen des Gesundheitswesens in der Regel sehr wichtig, einen Anspruch auf Vergütung ihrer Leistungen durch die Krankenversicherung zu besitzen. Oft hängt davon sogar deren Existenz ab. Die Krankenversicherung kann ihre Vergütung von bestimmten Auflagen abhängig machen. Damit hat sie einen Einfluss auf die konkrete Ausgestaltung des Gesundheitswesens. In der Schweiz ist dieser Einfluss besonders hoch, weil praktisch sämtliche Einwohner und Einwohnerinnen im System der OKP versichert sind. Entscheide über den Umfang der versicherten Leistungen und die Anerkennung von Leistungserbringern haben deshalb auch eine gesundheitspolitische Bedeutung. Die Gesetzgebung über die Krankenversicherung kann damit auch als Instrument der Gesundheitspolitik benützt werden. Das KVG ist das wichtigste Gesetz zur Steuerung des Gesundheitssystems. Sein Einfluss geht weit über die OKP hinaus. Das KVG ist faktisch das Gesundheitsgesetz des Bundes.<sup>51</sup> Der Bund betreibt damit über das KVG Gesundheitspolitik, obwohl er nach der Bundesverfassung gerade keine umfassende Kompetenz zur Gesetzgebung im Gesundheitswesen hat. Er tut dies, weil das Bedürfnis nach einer Koordination und einer Rahmenordnung im Gesundheitswesen auf Bundesebene immer stärker spürbar wird<sup>52</sup> und die Einflussnahme über die Krankenversicherung für ihn oft der einfachste Weg ist. Damit wird aber die in der Bundesverfassung angelegte Aufgabenteilung unterlaufen. Dies ist einerseits ein Problem des Verfassungsrechts, verwischt aber auch die Unterscheidung zwischen Gesundheitswesen und Krankenversicherung und führt zu ordnungspolitisch problematischen Ergebnissen (vgl. unten Ziff. 4.3)

#### 4.2.3 Unterschiedliche Finanzierung

Auch in einem Versicherungssystem kann der Staat bestimmte Leistungen zur Förderung der allgemeinen Gesundheit (public health) selber anbieten oder direkt finanzieren, weil er diese der Bevölkerung allgemein zugänglich machen will. Zudem kann er Leistungserbringer direkt unterstützen, weil diese gemeinwirtschaftliche Leistungen erbringen, die nicht unbedingt einer individuellen Krankheitsbehandlung zugerechnet werden können. Wird der Staat in diesen Bereichen tätig, erfolgt die Finanzierung grundsätzlich aus den allgemeinen Staatsmitteln, also im Wesentlichen aus Steuereinnahmen. Die Krankenversicherung wird dagegen in erster Linie durch individuelle Kopfprämien finanziert (vgl. Ziff. 4.5). Auch aus diesem Grund ist es relevant, ob eine Aufgabe dem öffentlichen Gesundheitswesen oder der Krankenversicherung zugeordnet wird.

<sup>51</sup> OECD Bericht Ziff. 5.2, S. 140

<sup>52</sup> Vgl. auch OECD Bericht, Reformempfehlungen, S. 19

### 4.3 Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen

Die Verwendung oder der „Missbrauch“ des KVG als Bundesgesetz über das Gesundheitswesen ist zunächst ein Problem des Verfassungsrechts. In dieser Hinsicht ist das Problem allerdings in der Verfassung selber gelöst. Bundesgesetze sind für das Bundesgericht und die andere Behörden massgebend (Art. 190 BV). Das KVG ist also auch dann zu beachten, wenn Zweifel darüber bestehen würden, ob eine bestimmte Regelung die Kompetenzordnung der Bundesverfassung verletzt. Zudem sieht die Bundesverfassung ausdrücklich vor und es ist auch gängige Praxis, dass die Kantone zur Umsetzung von Bundesrecht herangezogen werden (Art. 46 Abs. 1 BV). Die Verfassung gibt dem Bundesgesetzgeber also die Möglichkeit zu pragmatischen Lösungen und politischen Kompromissen. Es ist möglich, die Gesetzgebungskompetenzen des Bundes eher weit auszulegen und im Gegenzug den Kantonen bei der Umsetzung von Bundesrecht wichtige Aufgaben zu übertragen. Solange die Kantone eine solche „Gesamtlösung“ akzeptieren, obwohl der Bund damit womöglich seine verfassungsmässigen Kompetenzen überschreitet, besteht oft kein politischer Anlass zu einer verfassungsrechtlichen Diskussion. Gerade bei der Gesetzgebung über die neue Spitalfinanzierung hat eine solche Diskussion nicht stattgefunden.

Dieses Vorgehen birgt aber auch Gefahren in sich. Ein schleichender Prozess, welcher ohne ordnungspolitisches Konzept zu einer immer stärkeren Überlappung von Aufgaben und Zuständigkeiten von Bund und Kantonen führt, kann letztlich auch die Steuerung des „Gesamtsystems“ von Krankenversicherung und Gesundheitswesens behindern, weil auch die Verantwortung für die Erreichung eines Ziels nicht mehr klar zugeordnet ist.<sup>53</sup> Zudem können sich auch die Aufgaben der Kantone bei der Umsetzung des KVG und die Anwendung von autonomem kantonalem Recht überlappen und zu Interessenkonflikten führen.

Diese Problematik der Mehrfachrolle der Kantone als Schiedsrichter (Regulator) bei der Umsetzung des KVG, sowie als Mitfinanzierer von Leistungen der OKP und als Verantwortliche für die Versorgungssicherheit gestützt auf die kantonale Rechtsordnung zeigt sich deutlich bei der Spitalplanung und Spitalfinanzierung.

Die Gewährleistung der Versorgungssicherheit ist eine originäre Aufgabe der Kantone. Sie können dieses Ziel aber mit der kantonalen Spitalplanung und den Spitallisten im Sinne des KVG gerade nicht erreichen. Der Zweck der Spitallisten liegt darin, eine Überversorgung und damit eine zu teure stationäre Behandlung der Versicherten zu verhindern. Es sollen nicht ohne weiteres alle existierenden Spitäler als Leistungserbringer der OKP zugelassen und nicht sämtliche Angebote dieser Spitäler durch die OKP vergütet werden. Die Existenz der Krankenversicherung kann zwar ein Anreiz sein, ein Spital zu errichten oder bestimmte Leistungen anzubieten. Wenn aber irgendwo eine Unterversorgung besteht, kann gestützt auf die Leistungsaufträge im Sinne von Art. 39 Abs. 1 lit. e KVG kein Spital verpflichtet werden, im Gesundheitswesen tätig zu sein oder eine bestimmte Leistung anzubieten. Ist ein Spital nicht mehr in der Lage, seinen Leistungsauftrag zu erfüllen, verliert es den Anspruch auf Zulassung zur Krankenversicherung. Es hat aber keinen Anspruch auf zusätzliche Vergütungen durch die OKP, um seinen Leistungsauftrag erfüllen zu können. Wenn die Kantone die Versorgungssicherheit gewährleisten wollen, tun sie dies also gestützt auf kantonales Recht, nicht aber gestützt auf die Spitalplanung nach KVG. Dies hält Art. 49 Abs. 3 KVG ausdrücklich fest.

Mit der Spitalplanung wie auch mit der Genehmigung von Tarifverträgen überträgt der Bund den Kantonen Vollzugsaufgaben im Rahmen eines regulierten Wettbewerbs, wie ihn das KVG vorsieht. Die Kantone haben dabei die Vorgaben in der Gesetzgebung des Bundes zu beachten. Sie haben die Funktion eines Regulators, dessen Entscheide an das Bundesverwaltungsgericht weiter gezogen werden können.

<sup>53</sup> Vgl. OECD Bericht, Ziff. 5.3, S. 141

Die Kantone können die ihnen durch das KVG übertragenen Aufgaben deshalb gerade nicht zusammen mit ihren originären Aufgaben, insbesondere der Sicherstellung der Versorgung als „integrale Aufgaben“ oder „übergeordnete Steuerungsfunktion“ wahrnehmen. Sie müssen bei ihren Entscheiden klar unterscheiden, ob sie eine Aufgabe gestützt auf und nach den Vorgaben des KVG umsetzen oder ob sie im Rahmen von autonom gesetztem kantonalem Recht handeln. Dies verlangt auch der unterschiedliche Instanzenzug bei Beschwerden gegen kantonale Entscheide. Nur gegen Entscheide als Regulator nach dem KVG steht die Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht offen, andere Entscheide letzter kantonalen Instanzen, können an das Bundesgericht weiter gezogen werden.

Die Tendenz des Bundesgesetzgebers, Fragen der Gesundheitspolitik im Rahmen des KVG zu lösen, hat auch ihre politischen Grenzen. Sie führt nämlich dazu, dass die entsprechenden Vorschläge sofort unter der Perspektive des Kostenproblems in der Krankenversicherung wahrgenommen und beurteilt werden. Lässt sich damit das Kostenproblem in der Krankenversicherung lösen oder führt der Vorschlag zu zusätzlichen Kosten, ohne dass ein entsprechender Nutzen für die Versicherten resultiert? Die Leistungserbringer haben sofort den Verdacht, der Vorschlag diene letztlich dazu, sie einer stärkeren Kostenkontrolle zu unterwerfen, auch wenn dies gar nicht die Absicht ist. Es kann deshalb kontraproduktiv sein, wenn versucht wird, gesundheitspolitische Themen wie Qualitätssicherung, Prävention, Gesundheitskarte oder Patientendossiers auf der Schiene des KVG zu lösen. Entsprechende Vorschläge können damit unnötig in die politischen Interessenskonflikte zwischen Versicherern und Leistungserbringern geraten.

#### **4.4 Durchführung und Regulierung der Krankenversicherung**

##### **4.4.1 Durchführung durch Versicherer**

Der Gesetzgeber überträgt die Durchführung der Krankenversicherung Krankenkassen und privaten, dem Versicherungsaufsichtsgesetz unterstellten Versicherungsunternehmen (Art. 11 KVG). Das KVG legt fest, welche Voraussetzungen Versicherer erfüllen müssen, wenn sie die Krankenversicherung durchführen wollen. Sind diese Voraussetzungen erfüllt, bewilligt ihnen das EDI die Durchführung der sozialen Krankenversicherung. Sind die gesetzlichen Voraussetzungen nicht mehr erfüllt, entzieht das EDI dem Versicherer die Bewilligung (Art. 13 KVG). Im Gegensatz zu den anderen Sozialversicherungen werden im Gesetz selber keine Versicherungsträger des öffentlichen Rechts errichtet. Der Gesetzgeber vertraut also darauf, dass sich genügend Versicherer aus eigener Initiative für die Durchführung der Krankenversicherung interessieren. Dies ist aus der Entstehungsgeschichte der Krankenversicherung zu erklären. Die Krankenkassen sind älter als die Gesetzgebung über die Krankenversicherung. Der im Jahr 1890 erlassene Verfassungsartikel über die Kranken- und Unfallversicherung (Art. 34bis aBV), sah ausdrücklich vor, dass diese Gesetzgebung „unter Berücksichtigung der bestehenden Krankenkassen“ zu erfolgen habe, weil es damals bereits Krankenkassen gegeben hat.<sup>54</sup>

Die Krankenversicherer führen die Krankenversicherung im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben durch. Auf eine eingehende Darstellung dieser gesetzlichen Vorgaben kann hier verzichtet werden. Kurz zusammengefasst handelt es sich um eine Mischung von verbindlichen gesetzlichen Vorschriften (gesetzlich umschriebener Leistungsumfang, Vergütungspflicht gegenüber allen gesetzlich zugelassenen Leistungserbringern) und unternehmerischen Gestaltungsmöglichkeiten (Abschluss von Tarifverträgen, besondere Versicherungsformen, Ü-

---

<sup>54</sup> In Art. 117 BV ist dieser Nachsatz mit folgender Begründung weggelassen worden: „Diese Verpflichtung hatte früher einen Sinn, als mit Art. 34bis BV dem Bund die Einrichtung der Kranken- und Unfallversicherung übertragen wurde. Heute, da die Probleme der Aufbauphase längst der Vergangenheit angehören, erweist sich diese Vorschrift als obsolet.“

berprüfung der Rechnungen der Leistungserbringer). Dieser regulierte Wettbewerb wird durch das Recht der Versicherten auf den Wechsel des Versicherers unterstützt. Die Versicherer legen ihre Prämien selber fest. Sie haben die Krankenversicherung nach dem Grundsatz der Gegenseitigkeit durchzuführen, dürfen daher keine Gewinne ausschütten. Wird ein Versicherer zahlungsunfähig, muss eine von allen Versicherern errichtete und finanzierte Stiftung den Ausfall tragen (Art. 18 Abs. 1 und 2 KVG). Die Versicherer müssen die Zahlungsunfähigkeit eines Versicherers also gemeinsam tragen. Sie geniessen keine Staatsgarantie.

#### 4.4.2 Aufsicht und Regulierung

Der Bundesrat überwacht die Durchführung der Krankenversicherung. Die Aufsicht über die Krankenversicherer wird durch das BAG ausgeübt. Dieses kann den Versicherern Weisungen zur einheitlichen Anwendung des Bundesrechts erteilen und bei den Versicherern Inspektionen durchführen. Die Jahresberichte und Jahresrechnungen sind dem BAG einzureichen. Daneben haben die Versicherer dem BAG weitere Angaben zu liefern, die im Rahmen der Vergütung von Leistungen und der Versicherungstätigkeit anfallen. Das BAG kann gegen fehlbare Versicherer Massnahmen zur Wiederherstellung des gesetzmässigen Zustandes verlangen und Ordnungsbussen aussprechen (vgl. Art. 21 KVG). Die Prämientarife der Versicherer müssen durch das BAG genehmigt werden (Art. 61 Ab. 5 KVG).

Zahlreiche Aufgaben bei Umsetzung des KVG, welche sich nicht auf die Aufsicht über die Versicherer beziehen, sondern die Beziehungen der Leistungserbringer zur Krankenversicherung betreffen, sind an die Kantone delegiert. Die Kantone übernehmen dabei Aufgaben eines Regulators für ein gutes Funktionieren der Krankenversicherung, wobei ihre Entscheidung an das Bundesverwaltungsgericht weiter gezogen werden können (Art. 53 KVG). Zu erwähnen sind insbesondere folgende Aufgaben:

- Spitalplanung und Spitalisten (Art. 39 KVG);
- Genehmigung von Tarifverträgen und Festlegung von Tarifen im vertragslosen Zustand (Art. 46 Abs. 4 und 47 KVG);
- Erlass eines Rahmentarifs beim Wegfall eines Tarifvertrages mit Ärzteverbänden (Art. 48 KVG);
- Ausserordentliche Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung, nämlich die befristete Einführung eines Globalbudgets für Spitäler und Pflegeheime sowie ein Verbot von Tarifierhöhungen (Art. 54 und 55 Abs. 2 lit. c);
- Registrierung von Leistungserbringern, welche nicht für die OKP tätig sein wollen (Ausstand) und Sicherstellung der medizinischen Versorgung, wenn zahlreiche Leistungserbringer in den Ausstand getreten sind (Art. 44 Abs.2 und 45).

Daneben müssen die Kantone Versicherten in wirtschaftlich bescheidenen Verhältnissen Prämienverbilligungen ausrichten. Die Prämienverbilligung ist eine Verbundaufgabe, welche Bund und Kantone gemeinsam finanzieren.

#### 4.4.3 Vermischung von Regulierung und Durchführung

Mit der Revision der Spitalfinanzierung sind die Kantone verpflichtet, einen Anteil an der Vergütung der stationären Behandlungen zu übernehmen. Dies ist für die Kantone zwar keine neue Aufgabe. Sie erfüllen diese Aufgabe seit dem Inkrafttreten der neuen Spitalfinanzierung aber nicht mehr gestützt auf kantonales Recht sondern nach den Regeln des KVG. Die Kantone haben bei der Vergütung der stationären Behandlungen die gleiche Funktion wie die Versicherer, indem sie den Listenspitalern eine Leistung der OKP nach dem gleichen Tarif wie die Versicherer zu vergüten haben. Zwischen dieser Verpflichtung der Kantone und ihren Aufgaben als Regulator entstehen Interessenskonflikte. Die Kantone entscheiden bei der Genehmigung von Tarifverträgen und bei der Festlegung von Spitaltarifen im vertragslosen

Zustand nun auch in eigener Sache. Regulierung und Durchführung der Krankenversicherung sind nicht mehr klar voneinander getrennt.

## 4.5 Zur Finanzierung der Krankenversicherung

### 4.5.1 Kopfprämien und Beiträge der öffentlichen Hand

Die Finanzierung der sozialen Krankenversicherung erfolgt in der Schweiz in erster Linie durch individuelle Kopfprämien wie bei einer privaten Krankenversicherung. Der soziale Charakter der Krankenversicherung wurde allerdings bereits beim Erlass des ersten Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes (KUVG) durch Beiträge des Bundes an die Krankenversicherer gewährleistet. Nach dem KUVG erhielten die Krankenkassen Beiträge pro Versicherten und für bestimmte Leistungen unter der Voraussetzung, dass sie den Versicherten die gesetzlich definierten Mindestleistungen garantiert und bestimmte sozialpolitische Auflagen (Aufnahmepflicht, Prämiengestaltung) beachtet haben. Die Mindestleistungen waren insbesondere bei stationären Behandlungen sehr eng definiert<sup>55</sup> und zudem zeitlich befristet (720 Tage innert 900 Tagen). Die Kantone waren deshalb gezwungen, die Spitäler im Interesse der Versorgungssicherheit zu einem grossen Teil selber zu finanzieren.

Mit dem KVG von 1994 sind die Beiträge des Bundes an die Krankenversicherer aufgehoben worden, weil in einer obligatorischen Versicherung sozialpolitische Auflagen nicht mehr finanziell abgegolten, sondern direkt gesetzlich verordnet werden können. Die Bundesbeiträge an die Krankenkassen sind durch solche an die Kantone zur Mitfinanzierung des neu eingerichteten Systems der Prämienverbilligung ersetzt worden. Mit dem KVG sind die Leistungen der OKP für alle Versicherten einheitlich definiert worden. Sie umfassen nun bei stationären Behandlungen sämtliche Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen einschliesslich des Aufenthalts in der allgemeinen Abteilung. Die Vergütung dieser Leistungen wurde aber in öffentlichen Spitälern auf 50 Prozent der anerkannten Betriebskosten beschränkt, wodurch die Kantone weiterhin gezwungen waren, im Interesse der Versorgungssicherheit bei einem grossen Teil der Spitäler die nicht gedeckten Kosten zu übernehmen. Mit der neuen Spitalfinanzierung sind die bisherigen Beiträge von Kantonen und Gemeinden an die Spitäler nun vollständig in das System der OKP integriert.

### 4.5.2 Kostenentwicklung und Finanzierung seit 1996

#### Tabelle 2<sup>56</sup>

Entwicklung der Kosten- und Prämien in der OKP, der Kosten im Gesundheitswesen, der Löhne sowie der Aufwendungen für die Prämienverbilligung zwischen 1996 und 2009:

	1996	2009
Pflegekostenindex der OKP	100.0	178.1
Prämienindex der OKP	100.0	169.6
Kostenindex des Gesundheitswesens	100.0	149.2
BFS Lohnindex	100.0	118.9
Ausbezahlte Subventionen zur Prämienverbilligung Mio. Fr.	1'467.2	3'542.4
Ausbezahlte Subventionen zur Prämienverbilligung Index	100.0	241.4
Subvention pro BezügerIn in Fr.	902	1'571
Subvention pro BezügerIn Index	100.0	174.4
BezügerInnenquote in % Wohnbevölkerung	23.3%	29.3%

<sup>55</sup> Bis zum Inkrafttreten des KVG mussten die Krankenkassen „neben der ärztlichen Behandlung, den wissenschaftlich anerkannten Heilanzeigen, den Arzneimitteln und Analysen einen täglichen Mindestbeitrag von 9 Franken (!) an die übrigen Kosten der Krankenpflege gewähren“ Art. 24 Abs. 2 Verordnung III über die Krankenversicherung von 15.1.1965.

<sup>56</sup> Quelle: BAG Statistik der OKP 2005 und 2009 T 4.01, T 4.07, T 9.14

Die Zahlen zeigen, dass die Prämien der OKP seit dem Inkrafttreten des KVG etwas weniger angestiegen sind als die Kosten der OKP. Dies ist darauf zurückzuführen, dass das BAG von den Versicherern einen Abbau der Reserven verlangt hat. Die Kosten der OKP haben stärker zugenommen als die Kosten aller Leistungen des Gesundheitswesens. Seit dem Inkrafttreten des KVG hat also eine Kostenverlagerung hin zur OKP stattgefunden. Der im Vergleich zur Lohnentwicklung deutlich stärkere Anstieg der Prämien der OKP bedeutet, dass die einzelnen Haushalte in den vergangenen Jahren einen immer höheren Anteil ihres Einkommens für die Krankenversicherung aufwenden mussten. Dieser Entwicklung soll mit dem System der Prämienverbilligung begegnet werden. Vergleicht man die für die Prämienverbilligung aufgewendeten Mittel von Bund und Kantonen mit dem Prämienindex der OKP, lässt sich feststellen, dass die Subventionen für die Prämienverbilligung deutlich stärker angestiegen sind als die Prämien. Die Subvention pro Bezüger und Bezügerin hat sich aber ungefähr parallel zum Prämienanstieg entwickelt. Dafür ist aber der Anteil der Bezüger und Bezügerinnen an der mittleren Wohnbevölkerung etwas angestiegen.

Das System der Prämienverbilligung wird im Auftrag des BAG regelmässig auf seine sozialpolitische Wirksamkeit hin evaluiert. Die Ergebnisse des letzten Monitoring 2010 sind zurzeit noch nicht publiziert. Nach Auskunft der zuständigen Stellen im BAG kommt das Monitoring zum Ergebnis, dass zwar die Beiträge von Bund und Kantonen für die Prämienverbilligung zugenommen haben, dass aber bei den untersuchten Modellhaushalten in fast allen Kantonen lediglich die Zunahme der Nettoprämienbelastung etwas gemildert wurde.

Die oben angegebenen Zahlen unterstreichen auch die Bedeutung der heutigen Mitfinanzierung der stationären Behandlungen durch die Kantone. Bei jeder Änderung der heutigen Leistungsfinanzierung sollten deshalb diese Beiträge auf die eine oder die andere Weise erhalten bleiben. Dabei ist, wie die GDK betont, auch darauf zu achten, dass der Anteil der Finanzierung der Krankenversicherung durch Beiträge der öffentlichen Hand nicht zulasten der individuellen Kopfprämien abnimmt.

#### 4.5.3 Weiterentwicklung der Finanzierung der Krankenversicherung

Die unter dem KUVG ausgerichteten Beiträge an Krankenkassen sind unter anderem mit dem Argument abgeschafft worden, es handle sich um Giesskannensubventionen, von welchen auch Personen profitierten, welche darauf nicht angewiesen seien. Diesen Einwand könnte man auch gegen eine Mitfinanzierung der stationären Behandlung durch die Kantone vorbringen. Auch damit werden die individuellen Kopfprämien generell gesenkt. Der Einwand der Giesskannensubvention ist bei der Revision der Spitalfinanzierung aber nicht vorgebracht worden. Es herrscht offenbar ein breiter politischer Konsens, dass die schon immer vorhandene Mitfinanzierung der Spitäler durch die Kantone nicht ersatzlos gestrichen werden kann, weil dies zu Prämien erhöhungen von 30-35 Prozent führen würde.<sup>57</sup> Dem Einwand der Giesskannensubvention wird mit einem klaren Zweck der Beiträge der öffentlichen Hand begegnet.

Es ist deshalb davon auszugehen, dass die Finanzierung der Krankenversicherung auch weiterhin aus einer Kombination von individuellen Kopfprämien und Beiträgen der öffentlichen Hand bestehen wird. Nur in dieser Kombination werden unabhängig vom Einkommen festgelegte Prämien auch künftig die nötige politische Akzeptanz haben. Für eine solche Kombination stehen grundsätzlich zwei Wege offen, welche sich aber gegenseitig nicht ausschliessen:

- Eine generelle Entlastung der Kopfprämien durch eine direkte Mitfinanzierung von Leistungen der OKP oder durch Beiträge an die Krankenversicherer;
- Eine individuelle Entlastung der Versicherten durch das System der Prämienverbilligung.

---

<sup>57</sup> Vgl. Bericht des Bundesrates Ziff. 7.1, wo diese Lösung (Modell 3) ausgeschlossen wird.

Die Kopfbeiträge sind seit dem Inkrafttreten des KVG weitaus stärker angestiegen als die Löhne. Die Auswirkungen sind zwar für viele Haushalte durch die Prämienverbilligung gemildert worden. Trotzdem macht heute der Aufwand für die Krankenversicherung für viele Haushalte einen substantiellen Anteil aus. Man wird deshalb nicht darum herum kommen, den Anteil an öffentlichen Beiträgen zur generellen Entlastung der Kopfprämien zu erhalten und dafür zu sorgen, dass sich dieser Anteil gegenüber dem Anteil der Finanzierung durch Kopfprämien nicht verringert. Neben einer direkten Leistungsfinanzierung (z.B. stationäre und spitalambulante Behandlungen) sollten Beiträge an die Versicherer zur generellen Entlastung der Kopfprämien nicht zum vorneherein ausgeschlossen werden. Zudem sollte konsequent darauf geachtet werden, dass über die Krankenversicherung und damit über Kopfprämien nicht Aufgaben finanziert werden, welche den Bereichen von public health und gemeinwirtschaftlichen Leistungen zuzurechnen sind (Aus- und Weiterbildung von Ärzten und anderen medizinischen Fachpersonen, Leistungsevaluation, Qualitätssicherung etc.<sup>58</sup>). Auch wenn es nicht sinnvoll ist, die bisher zur Leistungsfinanzierung verwendeten Beiträge der Kantone ausschliesslich für die individuelle Prämienverbilligung zu verwenden, so ist doch auch eine Verstärkung des Systems der Prämienverbilligung zu prüfen.

## 5 Vorschläge

### 5.1 Monistische Finanzierung

#### 5.1.1 Ziel der Revision

Mit der Einführung einer monistischen Finanzierung sämtlicher Leistungen der OKP sollen die Fehlanreize und Einbussen in der Effizienz der Leistungserbringung behoben werden, welche heute als Folge der unterschiedlichen Abgeltungssysteme bei stationären und ambulanten Behandlungen entstehen. Zudem sollen die aus der Mehrfachrolle der Kantone bei der Umsetzung des KVG entstehenden Interessenkonflikte möglichst vollständig beseitigt werden<sup>59</sup>. Dieses Ziel wird auch mit der monistischen Finanzierung nicht vollständig erreicht. Die unterschiedlichen Rollen der Kantone als Schiedsrichter im regulierten Wettbewerb (Spitalplanung/Spitallisten, Tarifgenehmigung/Tariffestsetzung) einerseits und als Eigentümer eines Teils der Spitäler andererseits bleiben bestehen. Hingegen sind die Kantone bei einer monistischen Finanzierung nicht mehr Genehmigungsinstanz für Tarife, welche für sie selber unmittelbare finanzielle Auswirkungen haben (vgl. dazu auch Ziff. 5.3.2).

#### 5.1.2 Beurteilung der Modelle

Unter den im Bericht des Bundesrates vorgestellten Modellen zur Umsetzung der monistischen Finanzierung stellt das Modell 4 (Beitragsleistungen des Bundes an die Versicherer) die konsequenteste Lösung dar. Die Gesetzgebung zur Krankenversicherung ist eine Bundesaufgabe. Wenn der Bundesgesetzgeber zum Schluss gelangt, dass die Krankenversicherung neben individuellen Kopfprämien auch durch öffentliche Beiträge finanziert werden soll, liegt es nahe, den Bund zu solchen Beitragsleistungen zu verpflichten. Eine solche Finanzierung der Krankenversicherung hat denn auch bis zum Inkrafttreten des KVG gegolten. Weil aber die öffentlichen Beiträge der Kantone durch solche des Bundes ersetzt werden, hat die Umsetzung dieses Modells aber eine Überprüfung des bestehenden Finanz- und Lastenausgleichs zwischen Bund und Kantonen zur Folge<sup>60</sup>. Hingegen wäre die geltende Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen davon nicht berührt. Die Auswirkungen auf den heutigen Finanz- und Lastenausgleich zwischen Bund und Kantonen könnten verringert werden, wenn im Gegenzug die Finanzierung der Prämienverbilligung und die Pflegefinanzierung vollständig auf die Kantone übertragen würden.

---

<sup>58</sup> Eine gute Zusammenstellung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen findet sich im Ratschlag des Regierungsrates des Kt. BS vom 27.9.2011

<sup>59</sup> Vgl. vorne Ziff. 2.1.1

<sup>60</sup> Vg. vorne Ziff. 3.3.2, Bundesbeiträge an die Krankenversicherer (Modell 4)

Mit dem Modell 3a (Beitragsleistungen der Kantone an die Versicherer) lässt sich die monetarische Finanzierung ebenfalls umsetzen. Das Modell kann im Rahmen des geltenden Finanz- und Lastenausgleichs zwischen Bund und Kantonen umgesetzt werden. Der Bundesrat bewertet aber in seinem Bericht eine Verpflichtung der Kantone zu Beitragsleistungen an die Versicherer aus der Sicht der Kompetenzordnung von Art. 117 BV als nicht unbedenklich. Gegenüber der geltenden Spitalfinanzierung, welche gestützt auf Art. 117 BV eingeführt worden ist, besteht der Unterschied darin, dass die Beitragsleistungen der Kantone an die Versicherer und nicht an Spitäler gehen würden und die Kantone mit ihrer Spitalplanung und ihren Spitalisten entscheiden, welche Spitäler Anspruch auf ihre Beiträge haben. Ob diese Unterschiede hinsichtlich der Gesetzgebungskompetenzen des Bundes nach Art. 117 BV relevant sind, müsste also näher geprüft werden.

Das Modell 3b (Ersatz der kantonalen Spitalfinanzierung durch Aufstockung der Prämienverbilligung) ist kein gangbarer Weg, weil der Umfang der Prämienverbilligung zu stark ausgedehnt würde. Hingegen besteht die Möglichkeit, in Kombination mit Modell 4 oder 3a, die Prämienverbilligung zu verstärken, wenn sich dies unter sozialpolitischen Gesichtspunkten als notwendig herausstellen sollte. Dies hätte zur Folge, dass die Beitragsleistungen an die Versicherer entsprechend geringer ausfallen würden. Als Alternative oder Ergänzung zu einer Verstärkung der Prämienverbilligung, wäre es auch denkbar, die Kinder von der Prämienzahlungspflicht in der OKP zu befreien und die Nettokosten der OKP für Kinder (rund 1'300 Mio Franken<sup>61</sup>) durch öffentliche Beiträge abzugelten.

#### 5.1.3 Kriterien für die Ausrichtung der öffentlichen Beiträge

Im Bericht des Bundesrates wird vorgeschlagen, die Beiträge an die Versicherer pro Kopf der im Kantonsgebiet wohnhaften Versicherten auszurichten. Dies ist eine administrativ sehr einfach umzusetzende, gleichzeitig aber auch eine wenig differenzierte Lösung, gegen welche mit dem Einwand der Giesskannensubvention zu rechnen ist<sup>62</sup>. Zudem ist zu berücksichtigen, dass die Kantone nur bereit sind, Leistungen mit zu finanzieren, deren Kosten sie durch ihre Steuerungskompetenzen auch beeinflussen können. Beiden Einwänden könnte durch die Kriterien, nach welchen die Beiträge an die Versicherer ausgerichtet werden, wenigstens teilweise begegnet werden.

Aus Erhebung über die Kostenverteilung zwischen den Versicherten nach der Höhe ihrer Jahreskosten<sup>63</sup> lässt sich beispielsweise folgende Aussage machen. Nur 3 Prozent der Versicherten verursachen Kosten von mehr als 25'000 Franken pro Jahr. Die Kosten dieser Versicherten machen aber rund 34 Prozent der Gesamtkosten der OKP aus. Kosten, die über einem solchen Betrag liegen, dürften zum grössten Teil stationäre Behandlungen und oft auch Leistungen der Spitzenmedizin umfassen, also jene Leistungsbereiche, welche die Kantone bereits heute und auch in Zukunft steuern werden.

Gestützt auf diese Überlegungen könnten die Beiträge der öffentlichen Hand in Form eines Hochrisikopools an die Versicherer ausgerichtet werden, über welchen der Bund oder die Kantone bei Versicherten mit Jahreskosten über einem bestimmten Grenzbetrag wie eine Rückversicherer einen bestimmten Anteil an den darüber liegenden Kosten übernimmt. Technisch ist es ohne weiteres möglich, zunächst den Kostenanteil an den Gesamtkosten der OKP zu definieren, der durch Beiträge der öffentlichen Hand finanziert werden soll, und gestützt darauf jährlich den Grenzbetrag neu festzulegen. Soll nach Einführung einer monetarischen Finanzierung aller Leistungen der OKP der Anteil der öffentlichen Hand an der Mitfinanzierung der Leistungen gleich hoch bleiben wie heute, würde dieser Anteil bei etwa

---

<sup>61</sup> BAG, Statistik KV 2009, T 2.07

<sup>62</sup> vgl. vorne Ziff. 4.5.3

<sup>63</sup> Unpublizierte Analyse des CSS Instituts für Gesundheitsökonomie

26.7% der neuen Gesamtkosten der OKP liegen<sup>64</sup>. Gestützt auf die heute vorliegenden Erhebungen über die Kostenverteilung und unter der Annahme, dass die Versicherer bei allen Versicherten, die unter dem Grenzbetrag liegenden Kosten vollständig und von den darüber liegenden Kosten einen „Selbstbehalt“ von 20% zu übernehmen hätten, würde der Grenzbetrag der Jahreskosten der Versicherten bei etwa 35'000 Franken liegen<sup>65</sup>. Er würde sich erhöhen, wenn der aus der bisherigen Spitalfinanzierung resultierende Gesamtbetrag zum Teil auch noch für andere Zwecke (z.B. eine Verstärkung der Prämienverbilligung) verwendet würde.

Ein Hochrisikopool gleicht wie der Risikoausgleich unterschiedliche Risikostrukturen zwischen den Versicherern aus. Er könnte den Risikoausgleich zwar nicht vollständig ersetzen, hätte aber doch zur Folge, dass weitere Differenzierungen im Risikoausgleich weniger dringend werden.

## 5.2 Mitfinanzierung spitalambulanter Leistungen durch die Kantone

### 5.2.1 Ziel der Revision

Mit dem Vorschlag zur Mitfinanzierung spitalambulanter Leistungen wollen die Kantone ihren Finanzierungsanteil an den Gesamtkosten der OKP möglichst konstant halten, indem ihre Mitfinanzierung von Leistungen der OKP auf einen Bereich erweitert werden soll, welcher eine höhere Kostendynamik als der stationäre Bereich aufweist. Gleichzeitig sollen damit ihre Steuerungsmöglichkeiten auf diesen Bereich ausgedehnt werden. Das mit der monistischen Finanzierung verfolgte Ziel, die Mehrfachrolle der Kantone wesentlich zu reduzieren, wird damit nicht erreicht, sondern noch auf einen zusätzlichen Bereich ausgedehnt, was aus der Sicht der Kantone aber erwünscht ist.

Mit der Gleichstellung von stationären und spitalambulantem Behandlungen in der Mitfinanzierung durch die Kantone, kombiniert mit der von den Kantonen ebenfalls angeregten Koordination der Tarife können zudem Kostenverzerrungen zwischen stationären und spitalambulantem Behandlungen ausgeräumt werden, welche heute die Wahl der Therapieform beeinflussen. Ob auch Verzerrungen im Wettbewerb behoben werden können hängt davon ab, wie die von den Kantonen mitfinanzierten spitalambulantem Behandlungen definiert und ob diese bei allen im Rahmen der OKP tätigen Leistungserbringer mitfinanziert werden.

### 5.2.2 Konkrete Ausgestaltung des Vorschlags

Die Umschreibung des Vorschlags der GDK lässt verschiedene Lösungsvarianten zu. In einem nächsten Schritt müsste also der Vorschlag präzisiert werden. In Frage kommen insbesondere folgende Regelungen:

#### *Zugelassene Leistungserbringer*

- a. Zugelassene Leistungserbringer sind Spitäler, welche gleichzeitig auch für stationäre Behandlungen zugelassen sind. Spitalambulante Behandlungen werden nur in diesen Spitälern durch die OKP vergütet und von den Kantonen mitfinanziert.
- b. Zugelassene Leistungserbringer sind Spitäler, welche gleichzeitig auch für stationäre Behandlungen zugelassen sind. Spitalambulante Behandlungen werden nur in diesen Spitälern von den Kantonen mitfinanziert. Erfolgt die Behandlung durch einen anderen Leistungserbringer, vergüten die Versicherer die Leistungen zum Vollkostentarif, wenn die übrigen gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind. (*Variante...* vergüten die Versicherer die Leistungen bis zur Höhe des auf sie entfallenden Anteils am Vollkostentarifs, wenn die übrigen gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind).

<sup>64</sup> Vgl. vorne bei Ziff. 2.1.2: Betriebsaufwand OKP + Kantone und Gemeinden an Spitäler 29'223.3 Mio., davon Kantone und Gemeinden 7'799.4 Mio. = 26.7%

<sup>65</sup> Erste Schätzung der Sektion Statistik und Mathematik des BAG

- c. Zugelassen Leistungserbringer sind Spitäler und andere Institutionen, welche gestützt auf eine kantonale Planung für spitalambulante Behandlungen zugelassen sind. Spitalambulante Behandlungen werden nur in diesen Spitälern durch die OKP vergütet und von den Kantonen mitfinanziert. (*Variante*: Die Versicherer können mit nicht zugelassenen Leistungserbringern, welche die übrigen gesetzlichen Voraussetzungen erfüllen, Verträge über die Vergütung von Leistungen durch die OKP abschliessen. Die Vergütung darf nicht höher sein als der Anteil der Vergütung des Versicherers bei einer Mitfinanzierung durch die Kantone).

#### *Spitalambulante Behandlungen*

Die Definition der spitalambulanten Behandlungen muss folgende Elemente enthalten: Umschreibung der benötigten Infrastruktur, Beteiligung mehrerer Ärzte und anderer medizinischer Fachpersonen an der Behandlung, Fachliche Anforderungen an die beteiligten Ärzte und an andere Fachpersonen, Bezeichnung der spitalambulanten Behandlungen auf dem Verordnungsweg.

#### *Tarifstruktur*

Bei allen Varianten sollte gleichzeitig die gesetzliche Grundlage für eine Angleichung der Tarifstrukturen bei stationären und spitalambulanten Behandlungen geschaffen werden. Für spitalambulante Behandlungen müssten also ebenfalls leistungsbezogene Pauschalen eingeführt werden. Ideal wäre eine gemeinsame einheitliche Tarifstruktur für beide Leistungsbe-  
reiche, um so die heute bestehenden Verzerrungen zwischen stationären und spitalambulan-  
ten Behandlungen konsequent auszuräumen.

#### *Definition der stationären Behandlung*

Im Weiteren sollte geprüft werden, ob die heutige Umschreibung des Begriffs der stationären Behandlung in Art. 3 KLV auf Leistungen ausgedehnt werden soll, die nicht während des stationären Aufenthaltes im Spital erbracht werden, die aber der eigentlichen stationären Behandlung vor- und nachgelagert sind. Damit könnte der von der GDK erwähnten missbräuchlichen Verlagerung von Leistungen in vor- und nachgelagerte Komponenten begegnet werden<sup>66</sup>.

#### 5.2.3 Beurteilung des Vorschlags

Mit der Zulassung von Leistungserbringern nach Variante a können Verzerrungen im Wettbewerb bei der Wahl der Therapieform vermieden werden, weil nur Listenspitäler als Leistungserbringer in Frage kommen. Die Kantone wären damit in der Lage, mit der Aufnahme eines Spitals in die Spitalliste integrale Leistungsaufträge zu umschreiben, welche für bestimmte Leistungsbereiche sowohl die stationäre wie die spitalambulante Behandlung umfassen. Die von der GDK festgestellten kostentreibenden Verschiebungen zwischen ambulanten und stationären Behandlungen wären damit nicht mehr möglich. Die Beschränkung der spitalambulant  
en Behandlungen auf Listenspitäler dürfte zur Folge haben, dass der Begriff der spitalambulant  
en Behandlung mit Rücksicht auf niedergelassene FachArzte sehr eng auf Leistungen zu beschränkt sein wird, welche bereits heute faktisch nur in Spitälern erbracht werden.

Bei Variante b erfolgt die Mitfinanzierung spitalambulanter Behandlungen durch die Kantone ebenfalls nur in Listenspitälern. Die Versicherer werden aber auch bei anderen Leistungserbringern, welche die übrigen gesetzlichen Voraussetzungen erfüllen, vergütungspflichtig. Die Versicherer müssen entweder auch den wegfallenden Kantonsanteil übernehmen (Hauptvariante) oder dieser ist von den Versicherten beziehungsweise einer Zusatzversicherung zu übernehmen (Nebenvariante). In beiden Fällen würden aber für die gleiche Leistung abhan-

<sup>66</sup> Vgl. Themenpapier der GDK S. 9 Fazit 3

gig vom Ort der Behandlung unterschiedliche Vergütungsregeln gelten und Verzerrungen im Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern wären weiterhin vorhanden.

Bei Variante c sind spitalambulante Behandlungen nicht ausschliesslich auf Spitäler beschränkt. Die Steuerungsfunktion der Kantone und ihre Verpflichtung zur Mitfinanzierung von Leistungen würden also auf weitere, in der Regel private Institutionen ausgedehnt. Je nachdem wie weit der Begriff der spitalambulanten Behandlung gefasst wird, könnte es sich dabei auch um Institutionen handeln, die von niedergelassenen Fachärzten getragen sind. In Analogie zu Art. 49a Abs. 4 KVG (Vertragsspitäler) könnte den Versicherern ermöglicht werden auch mit Institutionen, die von den Kantonen nicht zugelassen sind, Verträge abzuschliessen.

Nachdem gegen die Mitfinanzierung der stationären Behandlungen aus verfassungsrechtlicher Sicht keine Einwände vorgebracht worden sind<sup>67</sup>, lässt sich auch die Mitfinanzierung von spitalambulanten Leistungen durch die Kantone auf Art. 117 BV im KVG abstützen.

### **5.3 Kurzfristige Revisionen des KVG**

Die GDK weist darauf hin, dass eine grundlegende Reform in der Leistungsfinanzierung der Krankenversicherung erst an die Hand genommen werden sollte, wenn die neue Spitalfinanzierung definitiv umgesetzt ist und deren Auswirkungen bekannt sind. Aus diesem Grund könnten in einem ersten Schritt punktuell bereits bekannte Mängel bei der Durchführung und Regulierung der Krankenversicherung angegangen werden, welche nicht eine Änderungen in der Leistungsfinanzierung der Krankenversicherung zum Gegenstand haben.

#### **5.3.1 Organisation zur Revision des Tarmed**

Unter Ziffer 3.2.2 ist bereits darauf hingewiesen worden, dass für Anpassungen der Tarifstruktur des Tarmed eine analoge Organisation errichtet werden sollte, wie sie für die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung der einheitlichen Struktur von Pauschalen für die stationären Behandlungen geschaffen worden ist.

#### **5.3.2 Festlegung und Genehmigung von Tarifen**

Nach Art 49 Abs. 1 KVG werden die Tarifverträge zur Vergütung der stationären Behandlungen von den Tarifpartnern vereinbart. Parteien eines Tarifvertrages sind Leistungserbringer und Versicherer oder deren Verbände (Art. 46 Abs. 1 KVG). Die Tarifverträge bedürfen der Genehmigung der zuständigen Kantonsregierung. Diese prüft, „ob der Tarifvertrag mit dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit in Einklang steht.“ (Art. 46 Abs. 4 KVG). Die Genehmigungsbehörde hat die Funktion eines neutralen Regulators. Sie muss die Interessenlage der betroffenen Leistungserbringer und Versicherer in ihrer Gesamtheit beachten. Sie darf nicht auf Sonderinteressen abstellen. Die Genehmigungsbehörde kann die Genehmigung erteilen oder verweigern. Der Grundsatz der Vertragsfreiheit schliesst aber aus, dass sie selber einen neuen Tarif festlegen kann.<sup>68</sup>

Diese beim Erlass des KVG festgelegte Regelung über den Abschluss und die Genehmigung von Tarifverträgen ist bei der Revision der Spitalfinanzierung unverändert übernommen worden, obwohl die Kantone nun mehr als die Hälfte der von den Tarifpartnern vereinbarten und von den Kantonsregierungen genehmigten Vergütungen schulden. Die Konsequenz daraus ist, dass die Kantone ihre berechtigten Interessen an der Höhe der vereinbarten Vergütungen bei der Genehmigung der Tarifverträge wahrnehmen werden, obwohl sie sich als Genehmigungsbehörde nicht von ihren spezifischen Interessen an der Höhe der Tarife leiten

<sup>67</sup> Vgl. vorne Ziff. 3.3.2, Kantonsbeiträge an die Krankenversicherer (Modell 3a)

<sup>68</sup> Vgl. EUGSTER Rz. 931

lassen dürften. Die geltende Regelung wird also faktisch dazu führen, dass eine nicht von Eigeninteressen beeinflusste Überprüfung von Tarifverträgen erstmals durch das Bundesverwaltungsgericht vorgenommen wird, welches zugleich letztinstanzlich entscheidet. Wie das Bundesverwaltungsgericht dieser neuen Ausgangslage begegnen wird, ist zurzeit noch offen.

Geht man davon aus, dass die Tarife der stationären Behandlungen weiterhin durch Tarifverträge festgelegt werden, müssen auch die Kantone, welche mehr als die Hälfte dieser Vergütung schulden, als Tarifpartner anerkannt werden. Sie können dann aber nicht mehr gleichzeitig Genehmigungsbehörde sein. Diese Zuständigkeit müsste auf die Bundesebene verlegt werden. Würde der Bundesrat Genehmigungsinstanz wäre nach geltendem Recht die Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht aber ausgeschlossen<sup>69</sup>.

Gelten auch die Kantone als Tarifpartner, muss damit gerechnet werden, dass häufiger als heute keine Tarifverträge zustande kommen. Es stellt sich damit die Frage, ob die Zuständigkeit zur Festlegung von Tarifen im vertragslosen Zustand für stationäre Behandlungen weiterhin bei den Kantonsregierungen liegen soll oder ob diese Zuständigkeit ebenfalls auf die Bundesebene zu verlegen ist.

### 5.3.3 Aufsicht und Governance der Versicherer

Die GDK führt als Argument für die Steuerungsfunktion der Kantone auch an, dass sich die Bevölkerung bei der Volksabstimmung im Jahr 2008 über den Verfassungsartikel „für Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Krankenversicherung“ für einen öffentlichen Steuermann ausgesprochen habe und die Entwicklung der Gesundheitsversorgung und seiner Strukturen nicht primär in die Hände der Krankenversicherer legen will<sup>70</sup>. Diese tatsächlich bestehenden Vorbehalte gegenüber den Krankenkassen<sup>71</sup> müssen bei der Einführung einer monistischen Finanzierung der Leistungen beachtet werden. Die Krankenkassen weisen nämlich Defizite in ihrer Organisation aus. Sie verstehen sich zwar als Treuhänder der Prämienzahler. Diese haben aber praktisch keinen Einfluss auf die interne Willensbildung der Kassen<sup>72</sup>.

Der Status der Krankenversicherer als Institutionen zur Durchführung der Krankenversicherung ist nicht völlig geklärt<sup>73</sup>. Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts übt das BAG über die Krankenversicherer eine direkte Verbandsaufsicht als Durchführungsorgane einer Sozialversicherung aus, wie sie auch in anderen Zweigen der Sozialversicherung (z.B. Art. 72 AHVG und Art. 64 IVG) gesetzlich verankert ist. Nach der Rechtsprechung bedeutet dies sogar, dass der Aufsichtsbehörde die Befugnis zusteht, der Durchführungsstelle die Erledigung eines Versicherungsfalles verbindlich vorzuschreiben<sup>74</sup>. Das KVG räumt aber den Krankenversicherern auch unternehmerische Freiheiten ein. Der Wettbewerb zwischen den Krankenversicherern soll den Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern antreiben. Dies kommt insbesondere in Art. 46 Abs. 1 bis 3 KVG deutlich zum Ausdruck.

Dieses Dilemma zwischen direkter Verbandsaufsicht und unternehmerischen Freiheiten sollte im nun beantragten BG betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung geklärt werden. Zu prüfen wäre auch, ob gestützt auf den Grundsatz der Gegenseitigkeit nicht

<sup>69</sup> Vgl. BGE 134 V 443 446 f. E 3.2

<sup>70</sup> Themenpapier der GDK, S. 4 Ziff. 10

<sup>71</sup> Die Vox-Analyse der gfs Bern zur Volksabstimmung über den erwähnten Verfassungsartikel kommt unter anderem zu folgendem Schluss: „Bei den GegenerInnen wurde als Hauptargument die Befürchtung geäussert, man könne seinen Arzt oder sein Spital nicht mehr frei wählen und die Machtfülle der Krankenkassen würde zunehmen.“ <http://www.politrends.ch/abstimmungen/abstimmungsanalysen/vox-analysen/080601d.html>

<sup>72</sup> Vgl. MOSER, Wettbewerb unter Krankenkasse, S.65

<sup>73</sup> Vgl. dazu MOSER, Wettbewerb unter Krankenkasse, S. 57 ff.

<sup>74</sup> Vgl. RKUV 1997, 216 ff 218 E. 2.

auch ausdrücklich Mitwirkungsrechte der Versicherten bei der Wahl der Organe der Krankenversicherer vorzusehen sind.

## 5.4 Geltenden Spitalfinanzierung plus

### 5.4.1 Ziel der Revision

Sollte sich herausstellen, dass weder die monistische Finanzierung der Leistungen noch die Mitfinanzierung von spitalambulantem Behandlungen durch die Kantone weiter verfolgt wird, könnte folgende Alternative geprüft werden. Im Austausch zu Beitragsleistungen der Kantone in anderen Bereichen wird bei der dual-fixen Spitalfinanzierung der Vergütungsanteil der Kantone auf deutlich unter 50% gesenkt. Damit bliebe zwar die heutige Mehrfachrolle der Kantone grundsätzlich bestehen, sie würde aber in ihren Auswirkungen abgemildert.

### 5.4.2 Mögliche Beitragsleistungen der Kantone

Es könnten alternativ oder kumulativ folgende zusätzliche Beitragsleistungen der Kantone in Betracht fallen, welche durch eine Senkung des Vergütungsanteils bei stationären Behandlungen zu kompensieren wären:

- a. Erhöhung der Beiträge der Kantone für die Prämienverbilligung, indem das Gesetz den Kantonen verbindliche Grenzen einer maximalen Belastung der Versicherten (bzw. der Haushalte) vorgibt und/oder Prämienbefreiung der Kinder und Übernahme der Nettokosten der Kinder durch die Kantone<sup>75</sup>;
- b. Abtrennung der Pflegefinanzierung von der OKP und Übertragung der Pflicht zur Vergütung dieser Leistungen auf die Kantone<sup>76</sup>;
- c. Vollständige Entlastung der Pauschalen für stationäre Behandlungen von gemeinwirtschaftlichen Leistungen, welche nach Art. 49 Abs. 3 KVG noch als Kostenanteile berücksichtigt werden können (z.B. Ausbildung für nicht universitäre Berufe) und Verpflichtung der Kantone, diese direkt zu finanzieren sowie eine konsequente Vergütung von Aufwendungen für das Gesundheitswesen und die öffentliche Gesundheit (Prävention, Qualitätssicherung, Leistungsevaluation, Gesundheitskarte, Patientendossier etc.) durch Bund und Kantone<sup>77</sup>.

Die Verpflichtung der Kantone zur vollen Pflegefinanzierung ausserhalb des KVG und jene zur Finanzierung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen bedürfen möglicherweise einer Verfassungsänderung.

## 5.5 Neue Aufgabenteilung von Bund und Kantonen im Gesundheitswesen

Bei einigen der oben erwähnten Vorschläge stellt sich die Frage, ob diese ohne vorgängige Änderung der in der Bundesverfassung festgelegten Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen umsetzbar sind. Betrachtet man die bisherige Entwicklung der Gesetzgebung zur Krankenversicherung, insbesondere die geltende Spitalfinanzierung und die Pflegefinanzierung, kann man zum Schluss gelangen, dass sich mit einer ausgewogenen Berücksichtigung der Interessen von Bund und Kantonen durchaus pragmatische Lösungen finden lassen, bei welchen die Frage nach der Vereinbarkeit mit der geltenden Aufgabenteilung nicht gestellt wird. Man muss sich aber bewusst sein, dass gerade dieses pragmatische Vorgehen zu Regelungen geführt hat und weiterhin führen wird, bei welchen oft nicht mehr klar unterschieden werden kann, ob die Kantone nun Bundesrecht umsetzen oder ob sie im autonomen Aufgabenbereich des Gesundheitswesens handeln.

---

<sup>75</sup> Vgl. vorne Ziff. 5.1.2, Modell 3b

<sup>76</sup> Vgl. Bericht des Bundesrates Ziff. 7.2.2 und vorne Ziff. 3.3.2 Vollständige Übertragung der Pflegefinanzierung auf die Kantone

<sup>77</sup> Vgl. vorne Ziff. 4.5.3

Zudem muss man anerkennen, dass das Gesundheitswesen in der Schweiz zwar auch in Zukunft dezentral organisiert sein wird, dass aber in der Gesundheitsversorgung die Bedeutung der Kantons Grenzen abnimmt und in vielen Bereichen ein Bedürfnis nach schweizweit einheitlichen Regelungen besteht<sup>78</sup>. Viele der Themen, welche das BAG zu den gesundheitspolitischen Prioritäten zählt<sup>79</sup>, haben keinen ausschliesslichen Bezug zur Krankenversicherung (z.B. Prävention, Qualitätsstrategie, Health Technology Assessment, Patientendossier). Gleich verhält es sich mit Themen, welche nach der GDK im Rahmen einer nationalen Gesundheitsstrategie von Bund und Kantonen gemeinsam gelöst werden sollten (z.B. Palliative Care Angebote, Psychiatrieversorgung, Vernetzung der Kompetenzen zwischen Gesundheitsberufen)<sup>80</sup>. In solchen Bereichen führt ein pragmatisches Vorgehen, bei welchem das KVG als Gesundheitsgesetz des Bundes benützt wird, zu einer Vermischung von Gesundheitswesen und Krankenversicherung und zu einer Tendenz, Massnahmen, die im Interesse der öffentlichen Gesundheit liegen, von Fall zu Fall und ohne Gesamtkonzept mit Instrumenten der Krankenversicherung umzusetzen und über Prämien aus der Krankenversicherung zu finanzieren. Dieses Vorgehen weckt auch Vorbehalte gegen die angestrebten gesundheitspolitische Massnahmen, weil diese hauptsächlich unter dem Aspekt der Kostenkontrolle in der Krankenversicherung betrachtet und damit in die komplexen Interessenkonflikte der Krankenversicherung geraten<sup>81</sup>.

Längerfristig wird man nicht darum herumkommen, das Gesundheitswesen nach einem auf Bundesebene definierten Gesamtkonzept zu regeln. Die föderalistische Tradition wird aber auch nach dezentralen Strukturen in der Organisation des Gesundheitswesens und einer Umsetzung der einzelnen Massnahmen auf kantonaler Ebene verlangen. Gestützt auf einen Grundsatzentscheid zur Überprüfung der Aufgabenteilung im Gesundheitswesen wird deshalb sorgfältig zu prüfen sein, wieweit der Bund das Gesundheitswesen einheitlich regeln und steuern muss und wo es sinnvoll und nützlich ist, die konkreten Schritte in der Umsetzung möglichst nah bei den Betroffenen und damit eben auch auf der Ebene der Kantone auszugestalten. Eine solche Prüfung ist nicht von heute auf morgen gemacht. Umso dringender ist es, damit rechtzeitig zu beginnen.

## **6 Schlussfolgerungen zum weiteren Vorgehen**

Die Einführung einer ausschliesslich monistischen Finanzierung der Leistungen der OKP einerseits und die Ausdehnung der heutigen Finanzierung der stationären Behandlungen auf spitalambulante Behandlungen andererseits verfolgen unterschiedliche Ziele. Der Entscheid über das weitere Vorgehen hängt also davon ab, welche Ziele mit einer entsprechenden Revision des KVG verfolgt werden sollen.

### **6.1 Monistische Finanzierung**

Mit einer monistischen Finanzierung sämtlicher Leistungen der OKP sollen Fehlanreize bei der Wahl zwischen unterschiedlich finanzierten Behandlungsmöglichkeiten ausgeräumt und die Effizienz der Leistungserbringung verbessert werden. Zudem soll die Mehrfachrolle der Kantone als Eigentümer von Spitälern, Zulassungsinstanz von Spitälern, Genehmigungsbehörde von Tarifen und Mitfinanzierer von Leistungen möglichst vollständig beseitigt werden. Die Konflikte zwischen der Rolle als Eigentümer von Spitälern und als Regulator im Tarifrecht und der Spitalplanung bleiben bestehen. Der Konflikt im Bereich des Tarifrechts könnte durch eine Verlagerung der entsprechenden Kompetenzen auf Bundesebene ausgeräumt werden.

<sup>78</sup> Vgl. OECD Bericht, S. 19, Policy recommendations for reforming the Swiss health system

<sup>79</sup> Vgl. <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00305/11875/index.html?lang=de>

<sup>80</sup> Vgl. Themenpapier GDK S. 6, Ziff. 6.2

<sup>81</sup> Ein Beispiel dafür ist Art. 42a KVG, wo in Abs. 4 versucht wird, die Versichertenkarte zu einer Gesundheitskarte zu machen, was bisher aber nicht gelungen ist.

Die grosse Herausforderung bei der Einführung einer monistischen Finanzierung ist die Frage, wie die bisher ausgerichteteten Beiträge der Kantone an die Finanzierung von stationären Behandlungen der Finanzierung der Krankenversicherung erhalten werden können. Hier kommen verschiedene Lösungen in Betracht, welche auch miteinander kombiniert werden können: Beiträge der öffentlichen Hand an die Versicherer, Verstärkung der Prämienverbilligung, vollständige Abtrennung der Pflegefinanzierung aus der OKP und Übertragung an die Kantone.

Die Kantone lehnen Beiträge an die Versicherer ab. Daher sollte auch die Option von Beiträgen des Bundes geprüft werden. Dies wäre in der durch Bundesrecht geregelten Krankenversicherung die konsequente Lösung, würde aber eine Überprüfung des Finanz- und Lastenausgleichs zwischen Bund und Kantonen nach sich ziehen.

Wenn Beiträge der öffentlichen Hand an die Versicherer geleistet werden, sollten diese möglichst gezielt ausgerichtet werden. Die Einrichtung eines Hochrisikopools ist eine solche Lösung. Damit würde erreicht, dass die Beiträge nur für Versicherte mit schweren oder komplexen Krankheiten ausgerichtet werden, welche praktisch immer auch stationär oder ambulant in Spitäler behandelt worden sind, was den Intentionen der Kantone entgegenkommt.

Sowohl bei Beitragsleistungen der Kantone oder des Bundes an die Versicherer wie bei einer vollständigen Übertragung der Finanzierung der Pflegeleistungen an die Kantone stellt sich die Frage, ob und allenfalls unter welchen Voraussetzungen solche Regelungen mit der in der Bundesverfassung heute festgelegten Aufgabenteilung und dem Finanz- und Lastenausgleich zwischen Bund und Kantonen vereinbar sind. Diese Fragen bedürfen einer vertieften Abklärung.

## **6.2 Spitalambulante Behandlungen**

Mit dem Vorschlag zur Ausdehnung der heutigen Finanzierungsregeln für stationäre Behandlungen auf spitalambulante Behandlungen werden zwei Ziele verfolgt: Eine Beteiligung der Kantone an der Finanzierung von Leistungen mit einer hohen Kosten Kostendynamik, um so den Anteil der Kantone an der Finanzierung der Leistungen der OKP nicht absinken zu lassen. Zudem soll die Steuerungskompetenz der Kantone auf diesen Leistungsbereich mit stark steigenden Kosten ausgedehnt werden. Durch flankierende Massnahmen im Bereich der Tarifstruktur und der Tarifhöhe soll schliesslich erreicht werden, dass Kostenverzerrungen zwischen stationären und spitalambulantem Behandlungen ausgeräumt werden.

Der bisherige Zustand, wonach die Kantone gestützt auf ihre Aufgaben bei der Umsetzung des KVG und gestützt auf ihre eigenständigen Aufgaben im Gesundheitswesen in Rollen- und Interessenkonflikte geraten, wird nicht ausgeräumt sondern noch ausgeweitet. Zudem können weitere Interessenkonflikte mit privaten Anbietern von spitalambulanten Leistungen entstehen, wenn diese Anbieter gestützt auf die gesetzlichen Voraussetzungen und die konkreten Zulassungsentscheide der Kantone nicht als Leistungserbringer für spitalambulante Leistungen zugelassen werden sollten.

Falls das KVG in diesem Sinne revidiert werden soll, müssten auch die bestehenden Widersprüche und Interessenkonflikte beim Abschluss und der Genehmigung von Tarifverträgen sowie bei der Festlegung von Tarifen im vertragslosen Zustand ausgeräumt werden, indem die Kantone als Tarifpartner anerkannt werden und die Kompetenzen zur Genehmigung und Festlegung von Tarifen für Leistungen, welche die Kantone mitfinanzieren auf Bundesebene verlegt werden.

Aus verfassungsrechtlicher Sicht bietet eine Ausdehnung der Grundsätze über die Finanzierung von stationären Behandlungen auf spitalambulante Behandlungen keine Probleme, weil

kein verfassungsrechtlich relevanter Unterschied zur geltenden Spitalfinanzierung besteht, welche ebenfalls gestützt auf Art. 117 BV beschlossen worden ist.

### **6.3 Beibehaltung der heutigen Leistungsfinanzierung**

Wird die heutige Leistungsfinanzierung des KVG weder im Sinne einer monistischen Finanzierung noch einer Ausdehnung der dual-fixen Finanzierung auf spitalambulante Leistungen geändert, besteht die Option, den Anteil der Kantone an der dual-fixen Finanzierung von stationären Behandlungen auf deutlich unter 50 Prozent zu senken, um so die Auswirkungen der Mehrfachrolle der Kantone etwas zu verringern. Dafür müssten die Beiträge der Kantone in anderen Bereichen erhöht werden. In Betracht kommen:

- Eine Erhöhung der Beiträge für die Prämienverbilligung oder eine Übernahme der Nettokosten für Kinder verbunden mit einer Prämienbefreiung;
- Die vollständige Finanzierung der Pflegekosten;
- Die Finanzierung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen der Spitäler, welche heute noch über die Fallpauschalen finanziert werden.

Schliesslich empfiehlt es sich, erkannte Mängel bei der Durchführung und Regulierung der Krankenversicherung auch bei einem Verzicht oder einer Verzögerung einer Revision der geltenden Leistungsfinanzierung zu beheben, nämlich:

- Die Errichtung einer Organisation zur Weiterentwicklung der Tarifstruktur des Tarmed analog zu Swiss DRG;
- Die Überprüfung der heutigen Bestimmungen zur Festlegung und Genehmigung von Tarifen für stationäre Behandlungen;
- Die Klärung des Status der Krankenversicherer, welche einerseits als weisungsgebundene Durchführungsorgane einer Sozialversicherung gelten, andererseits aber auch unternehmerische Freiheiten zur Förderung der Effizienz bei der Umsetzung der Krankenversicherung geniessen.

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

Sowohl die Konflikte zwischen den verschiedenen Rollen der Kantone bei der Umsetzung des KVG und der Wahrnehmung ihrer Aufgaben im Gesundheitswesen als auch die Verwendung des KVG als Gesundheitsgesetz des Bundes führen zu einer Überlappung von Aufgaben und Zuständigkeiten im Bereich der Krankenversicherung und des Gesundheitswesens, welche die Zuständigkeit und die Verantwortung von Bund und Kantonen vermischen und damit letztlich auch die Steuerung von Gesundheitswesen und Krankenversicherung behindern. Die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung findet heute nicht mehr ausschliesslich innerhalb des Wohnkantons statt. Die Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen im Gesundheitswesen sollte deshalb grundlegend überprüft werden. Dieser zeitaufwändige Prozess sollte frühzeitig eingeleitet werden.

22.3.2012/Dr.M.Moser

## **Abkürzungsverzeichnis**

BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFS	Bundesamt für Statistik
BV	Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999 (SR 101)
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (SR 832.10)
NFA	Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung

## Verzeichnis der verwendeten Literatur und Materialien

Bericht des Bundesrates vom 13. Dezember 2010, Einheitliche Finanzierung von Spital- und ambulanten Leistungen durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung

Botschaft betreffend die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Spitalfinanzierung) vom 15. September 2004, BBl 204, 5551ff.

EUGSTER GEBHARD, Krankenversicherung, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], XIV-Meyer, Soziale Sicherheit, 2. Auflage 2007, S. 339ff.

GDK, Mitfinanzierung spitalambulanter Leistungen durch die Kantone, Input GDK im Rahmen Projekt NGS vom 22. August 2011 (Input GDK)

GDK, Nationale Gesundheitsstrategie, Themenpapier: „Anreize stationär – ambulant“ bzw. monetarische Finanzierung Inputpapier aus der Sicht der GDK vom 8. Februar 2011 (Themenpapier GDK)

MARKUS MOSER, Wettbewerb unter Krankenkasse, Forum Gesundheitsrecht 16, Schulthess sZürich 2010.

OECD/WHO (2011) Reviews of Health Systems: Switzerland 2011, OECD Publishing  
<http://dx.doi.org/10.1787/9789264120914-en>

Regierungsrat des Kantons Kantons Basel-Stadt, Ratschlag betreffend Rahmenausgabenbewilligung für die Finanzierung von gemeinwirtschaftlichen und ungedeckten Leistungen in baselstädtischen Spitälern vom 29. September 2011; Beschluss des Grossen Rates BS  
<http://www.grosserrat.bs.ch/suche/geschaefte/details/?idurl=11.1063>