

00.079

Botschaft betreffend die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung

vom 18. September 2000

Sehr geehrte Herren Präsidenten,
sehr geehrte Damen und Herren,

wir unterbreiten Ihnen mit dieser Botschaft die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung mit dem Antrag auf Zustimmung.

Gleichzeitig beantragen wir, folgende parlamentarische Vorstösse abzuschreiben:

- | | | |
|--------|---------|--|
| 1997 P | 96.3561 | Förderung teilstationärer und ambulanter Behandlung
(N 21.3.97, Gysin Remo) |
| 1998 P | 98.3344 | Spitex.Rahmenbedingungen (N 9.10.98, Vermot) |
| 1999 P | 99.3007 | Abschaffung der direkten Spitalsubventionierung durch die Kantone (Art. 49 Abs. 1 KVG) (S 15.3.99, Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit SR 98.302) |
| 1999 P | 96.3494 | Spitalplanung auf Bundesebene
(N 8.10.98, Gysin Remo; S 17.6.99) |
| 1999 P | 99.3154 | Abschaffung der direkten Spitalsubventionierung durch die Kantone (Art. 49 Abs. 1 KVG) (N 31.5.99, Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit NR 98.302) |
| 2000 M | 00.3003 | Aufhebung des Kontrahierungszwanges
(N 8.3.00, Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit NR 98.058; S 15.3.00) |

Wir versichern Sie, sehr geehrte Herren Präsidenten, sehr geehrte Damen und Herren, unserer vorzüglichen Hochachtung.

18. September 2000

Im Namen des Schweizerischen Bundesrates

Der Bundespräsident: Adolf Ogi

Die Bundeskanzlerin: Annemarie Huber-Hotz

11222

Übersicht

Das Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) steht im Zeichen der drei Ziele Schliessung von Lücken im Leistungskatalog, Stärkung der Solidarität zwischen den Versicherten und Kosteneindämmung. Das erste Ziel, die Schliessung von Lücken im Leistungskatalog, ist heute weitgehend erreicht. Nicht vollständig erreicht werden konnte das Ziel der Stärkung der Solidarität: In Bezug auf die stationäre Versorgung ging das Gesetz davon aus, dass die Krankenversicherung nur einen Teil der Kosten zu übernehmen hat, die Kantone sollten wegen ihrer Zuständigkeit für die Versorgung ebenfalls einen finanziellen Anteil leisten. Auch nach Inkrafttreten des neuen Gesetzes hielt der Rückgang der Kantonsbeiträge an die Spitalfinanzierung an. Damit wurde ein Aspekt der sozialen Abfederung des Systems geschwächt. Ebenfalls nicht im vom Bundesrat gewünschten Ausmass erreicht werden konnte das Ziel der Kosteneindämmung – im Jahre 1999 betrug die Kostensteigerung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung immer noch 4,1 Prozent.

Seit Inkrafttreten des Gesetzes war zwischen Kantonen und Krankenversicherern umstritten, wie Artikel 41 Absatz 3 KVG bezüglich der Beitragsleistung an medizinisch indizierte ausserkantonale Spitalbehandlungen zu interpretieren sei. In zwei Grundsatzurteilen hat das Eidgenössische Versicherungsgericht (EVG) im Dezember 1997 entschieden, dass die Beitragspflicht der Kantone bei einem ausserkantonalen Spitalaufenthalt unabhängig von der Art der Abteilung eines öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitals besteht. Gleichzeitig entschied das Gericht, dass bei einem nicht subventionierten Spital diese Ausgleichspflicht nicht zur Anwendung kommen könne. Nicht ausgesprochen hat sich das EVG zur Frage, ob die Kantone auch bei innerkantonaler Behandlung einen Beitrag an die Behandlung von Zusatzversicherten Patientinnen und Patienten zu leisten haben. Die Systematik des Gesetzes, welche von einer obligatorischen, von allen Versicherten finanzierten Grundversicherung und von einer von der obligatorischen Grundversicherung klar abgegrenzten freiwilligen Zusatzversicherung ausgeht, lässt auf eine solche Beitragspflicht schliessen. Die im Juni 1997 eingereichte Volksinitiative „für eine freie Arzt- und Spitalwahl“ fordert diese Beitragspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sowie der Kantone, jedoch an sämtliche Spitäler und nicht nur an die öffentlichen und öffentlich subventionierten.

Mit dieser Teilrevision sollen die nach Inkrafttreten des neuen Krankenversicherungsgesetzes aufgetretenen Unklarheiten einer dauerhaften Lösung zugeführt werden. Die im Gesetz verankerten Grundsätze sollen konsequent umgesetzt werden, ohne das System in Frage zu stellen. An dieser Stelle soll insbesondere kein monistisches Finanzierungssystem – das heisst ein System, in dem alle Mittel von den Versicherern zu den Leistungserbringern fliessen – vorgeschlagen werden. Da einerseits die Rahmenbedingungen und andererseits der politische Konsens, welche beim Übergang zu einem monistischen System erfüllt sein müssten, nicht gegeben sind, hält der Bundesrat ein aus einer Quelle finanziertes Vergütungssystem einzig in der langen Frist allenfalls für realisierbar. Indessen tragen die in dieser Teilrevision vorgesehenen Massnahmen dazu bei, dass dereinst die Einführung eines monisti-

schen Systems denkbar ist. Nicht in Frage kommt für den Bundesrat eine Teilrevision mit dem Ziel, eine Regelung im Sinne des vormaligen Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes wieder einzuführen. Jede auch nur teilweise Rückführung des heutigen Systems in die Richtung der Mechanismen der alten Kranken- und Unfallversicherung läuft den Zielsetzungen einer sozialen Krankenversicherung diametral entgegen. Ideen, ausgehend von rein finanziellen Überlegungen, auch in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zwei oder mehrere Kategorien von Versicherten zu bilden, führen unweigerlich zum Bruch des Solidarsystems in der Krankenversicherung und zu unkontrollierbaren, weil ohnehin nicht Marktmechanismen gehorchenden Kostensteigerungen.

Der Anteil der Kantone an der Finanzierung der Spitäler (inkl. Investitionskosten) ist seit Anfang der Neunzigerjahre rückläufig und sank von 35,5 Prozent im Jahre 1991 auf 29,7 Prozent im Jahre 1998. Wenn die öffentlichen Haushalte 1998 denselben Anteil an der Finanzierung der Spitäler übernommen hätten wie 1991, wären ihnen zusätzliche Ausgaben im Umfang von rund 1,4 Milliarden Franken erwachsen. Mit der vorliegenden Teilrevision soll diesem schleichenden Rückzug der öffentlichen Hand aus der Spitalfinanzierung Einhalt geboten werden – um eine weitergehende kontinuierliche Verlagerung der Finanzlast auf die Krankenversicherung und die damit verbundene Überwälzung auf die Kopfprämien zu verhindern. Aus diesem Grund schlägt der Bundesrat den Wechsel zu einem System mit je hälftigen Finanzierungsanteilen vor, in dem nicht die Verschiebung der Kosten auf die anderen beteiligten Partner, sondern die Eindämmung der Gesamtkosten im Zentrum steht.

Mit einem auf Kosteneindämmung ausgerichteten System im Widerspruch steht das implizit aus dem vormaligen Kranken- und Unfallversicherungsgesetz übernommene Prinzip der Deckung der anrechenbaren Betriebskosten. Zumeist werden die gesamten Betriebsdefizite der öffentlichen Spitäler von der öffentlichen Hand getragen. Solche Rahmenbedingungen bilden wenig Anreiz zu betriebswirtschaftlichem Denken. Mit der vorliegenden Teilrevision soll vollständig vom Prinzip der Kostendeckung abgerückt und zur Finanzierung von Leistungen übergegangen werden. Dieser Übergang von der Institutsfinanzierung zur Leistungsfinanzierung ist im Grundsatz schon in der Regelung des neuen KVG angelegt. Tarifierung und Abrechnungsverhalten von Spitälern und Krankenversicherern sollen jedoch künftig konsequent auf die Leistungsfinanzierung ausgerichtet werden. Weil die medizinische Entwicklung dazu geführt hat, dass Leistungen, insbesondere chirurgische Eingriffe, die früher im stationären Rahmen durchgeführt wurden, heute teilstationär oder ambulant erbracht werden, sind Schnittstellen entstanden, die sich laufend verändern. Um in dieser Beziehung Klarheit zu schaffen, sollen mit dieser Teilrevision alle im Spital erbrachten Leistungen, das heisst sowohl stationäre als auch teilstationäre, zu deren Erbringung eine Spitalinfrastruktur erforderlich ist, dem gleichen Finanzierungsregime unterstellt werden. Gleichzeitig soll der teilstationäre Bereich, in Anlehnung an den stationären, der Planungspflicht unterstellt werden.

Im Spitalbereich stehen verschiedene kosteneindämmende Instrumente (kantonale Kompetenz zur Einführung eines Globalbudgets, Spital- und Pflegeheimplanung) zur Verfügung; die Spitalplanung zeigt bereits erste Wirkungen. Hingegen sind die

Krankenversicherer im ambulanten Bereich faktisch gezwungen, mit allen gesetzlich zugelassenen Leistungserbringern einen Tarifvertrag abzuschliessen. Damit haben sie grundsätzlich keine Mittel zur Unterbindung jener Mengenausweitung, welche durch die stetige Zunahme von zugelassenen Leistungserbringern bedingt ist. Aufgrund einer vom Parlament im Rahmen der Beratungen zur ersten Teilrevision des KVG überwiesenen Motion hat der Bundesrat einen Vorschlag zur Aufhebung des Kontrahierungszwanges in Vernehmlassung gegeben. Dieser Vorschlag sah ein Modell vor, das die Aufhebung des Kontrahierungszwanges auf den ambulanten Bereich beschränken will. Gemäss dem vorgeschlagenen Modell sollte den Versicherten nur noch die Wahl unter den Leistungserbringern im ambulanten Bereich offen stehen, die mit ihrem Versicherer einen Tarifvertrag abgeschlossen haben und damit für diesen tätig sein dürfen. Aus den Stellungnahmen wurde deutlich, dass viele Beteiligte grundsätzlich eine Stärkung des Wettbewerbsgedankens im KVG und somit auch die Idee einer Aufhebung des Kontrahierungszwanges befürworten, indessen das vorgeschlagene Modell mit Skepsis betrachten oder dieses gar für untauglich und unpraktikabel halten. Auf ein alternatives Modell, welches mehr Akzeptanz hervorrufen würde, liess sich auf Grund der Stellungnahmen allerdings nicht schliessen. Der Bundesrat sieht deshalb davon ab, im Rahmen dieser Teilrevision das wettbewerbliche Vertragsmodell im ambulanten Bereich generell vorzuschlagen. Eine Aufhebung des Kontrahierungszwangs sieht er lediglich in Bezug auf über 65-jährige Leistungserbringer vor.

Botschaft

1 Allgemeiner Teil

1.1 Ausgangslage

Dem Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Krankenversicherungsgesetz [KVG]; SR 832.10) liegt der Gedanke der Solidarität zwischen Gesunden und Kranken zu Grunde. Ziel der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ist die Gewährleistung des Zugangs zu einer qualitativ hoch stehenden Gesundheitsversorgung für die gesamte Bevölkerung. Dabei sollen Personen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen finanziell entlastet und die Kosteneindämmung im Gesundheitswesen gefördert werden. Bezüglich der Finanzierungsordnung übernimmt das Krankenversicherungsgesetz implizit die Regelungen des vormaligen Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes; für die im stationären Rahmen erbrachten Leistungen sieht das Gesetz eine duale Finanzierung durch die Krankenversicherung und die Kantone vor. Gleichzeitig wird im neuen Krankenversicherungsgesetz eine strikte Trennung zwischen der so genannten Grundversicherung, die eine soziale Krankenversicherung darstellt, und den Zusatzversicherungen, die den Regeln des Privatversicherungsrechts unterstellt sind, vorgenommen. Dies führt dazu, dass die obligatorische Krankenpflegeversicherung ein in sich geschlossenes Versicherungssystem darstellt. Das Aufeinandertreffen des neuen Systems mit der alten Finanzierungsregelung hat indessen zu Unklarheiten und Auseinandersetzungen über die Anwendung des Gesetzes geführt; diese sollen mit der vorliegenden Teilrevision bereinigt werden. Dabei sollen die im Krankenversicherungsgesetz verankerten Grundsätze konsequent umgesetzt, keinesfalls in Frage gestellt werden.

1.1.1 Finanzierung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Die zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbrachten Leistungen werden heute aus mehreren Quellen finanziert. Für die Erhebung und Verteilung der Mittel sind im Wesentlichen folgende Elemente relevant:

Kopfprämien der Versicherten

Alle Versicherten bezahlen eine Prämie. Die Prämienhöhe muss innerhalb eines Versicherers und Versicherungszweiges für alle Erwachsenen in einem Kanton und einer Region gleich hoch sein (Einheitsprämie). Tiefere Prämien gelten für Kinder und junge Erwachsene.

Kostenbeteiligung der Versicherten

Die Versicherten beteiligen sich an den entstehenden Kosten in dreifacher Weise: Sie bezahlen eine Franchise bis zu einem festgelegten Betrag, darüber hinaus besteht ein Selbstbehalt von 10 Prozent des jeweiligen Rechnungsbetrags bis zu einer Höchstgrenze. Je nach Personenstatus muss ein zusätzlicher Kostenbeitrag von 10 Franken pro Spitaltag von der versicherten Person übernommen werden. Die Kostenbeteiligung soll für die Versicherten einen Anreiz darstellen, die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen auf das erforderliche Mass zu beschränken.

Prämienverbilligungsbeiträge von Bund und Kantonen

Bund und Kantone verbilligen die Prämien für Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen. Die Kantone sind im Vollzug weitgehend frei. Durch Bundesbeschluss werden auf vier Jahre hinaus (neu: 2000–2003) die jährlichen Beiträge des Bundes an die Kantone festgelegt. Festgelegt ist im Gesetz, um welchen Beitrag die Kantone die Bundesbeiträge zu ergänzen haben. Den Kantonen wird die Möglichkeit eingeräumt, den von ihnen zu übernehmenden Betrag um maximal 50 Prozent zu kürzen. Der Bundesbeitrag wird dann entsprechend ebenfalls gekürzt.

Kapitalerträge und übrige Erträge

Die Krankenversicherer legen die kurzfristig nicht benötigten Mittel am Kapitalmarkt an. Die entsprechenden Zinsen ergeben für die Versicherer, zusätzlich zu den Prämien, weitere Einnahmen.

Bereitstellung von Infrastrukturen durch die Kantone und Gemeinden

Kantone und Gemeinden finanzieren teilweise den Bau von Spitälern und Pflegeeinrichtungen direkt. Weiter kommen sie auch teilweise für die grösseren laufenden Infrastrukturanschaffungen auf.

Subventionierung von stationären Leistungen durch die Kantone

Die Kantone sind verpflichtet, die in öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitälern entstehenden laufenden Betriebskosten der Patienten und Patientinnen in der allgemeinen Abteilung zu mindestens 50 Prozent aus Steuergeldern zu decken. Infolge von zwei Entscheiden des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG) vom Dezember 1997 haben die Kantone diesen Beitrag auch für die halbprivat und privat versicherten Kantonseinwohner/innen, welche aus medizinischen Gründen (dazu gehören auch die Notfälle) ausserhalb des Kantons in Spitalpflege sind, zu bezahlen. Mit dieser Finanzierungsregelung wird unter anderem bezweckt, dass die Planungspflicht sowie die Koordination bei der Planung, Finanzierung und Belegung der Spitäler von den Kantonen konsequent wahrgenommen wird. Dies soll zu einer Optimierung der Ressourcennutzung und folglich zur Kosteneindämmung beitragen.

Risikoausgleich

Zwischen den Versicherern existiert ein Risikoausgleich, welcher über Prämieinnahmen bei den einzelnen Versicherern finanziert wird. Damit werden Kosten zwischen Versicherern, welche überdurchschnittlich viele Versicherte mit erhöhtem Risiko aufweisen, und solchen, welche in der umgekehrten Situation sind, umverteilt. Für die Umverteilung spielt ausschliesslich die Verteilung der Versicherten nach Altersklassen und Geschlecht eine Rolle. Der Berechnungsmodus des Risikoausgleichs führt dazu, dass die Summe der Abgaben an den Ausgleichsfonds den Beiträgen aus demselben entsprechen.

Die statistischen Daten (Anhang, Tabelle 1) zeigen, dass bezüglich der Finanzierung der von der Krankenversicherung getragenen Kosten mit knapp zwei Dritteln des Volumens die Hauptlast auf den Kopfprämien und den Kostenbeteiligungen der Versicherten liegt. Zudem ist ein Rückgang der Kantonsbeiträge festzustellen. Zwar nahm 1998 der Anteil der öffentlichen Haushalte leicht zu. Zurzeit kann nicht beur-

teilt werden, ob es sich um eine Trendwende handelt. Da die Veränderung primär auf die Zunahme der Prämienverbilligungsbeiträge zurückzuführen ist, kann bei weiter steigenden Prämien erwartet werden, dass der durch die Privathaushalte finanzierte Anteil eher wieder zunehmen wird.

1.1.2 **Geltende Gesetzgebung**

Auf Grund der in Artikel 3 der Bundesverfassung (BV; SR 101) festgehaltenen Kompetenzausscheidung bildet die Gesundheitsversorgung eine öffentliche Aufgabe der Kantone. Der Bund seinerseits trägt letztlich die Verantwortung dafür, dass sich die Bevölkerung zu tragbaren Bedingungen gegen die Risiken von Krankheit und Unfall versichern (Art. 117 BV) kann und damit die Kranken- und Unfallversicherung eine Sozialversicherung bleibt (vgl. zum Ganzen VPB 48 [1984] S. 492 ff.). Bezug nehmend auf die in der Bundesverfassung festgehaltenen Sozialziele hat der Bundesrat in seiner Botschaft zur Volksinitiative „Gesundheit muss bezahlbar bleiben“ vom 31. Mai 2000 (vgl. unten Ziff. 1.2.1) erwähnt, dass für den Regelungsbereich der Kranken- und Unfallversicherung der Einsatz von Bund und Kantonen nicht lediglich in Ergänzung zu persönlicher Verantwortung und privater Initiative erfolgt, wie dies für andere Sozialzielbereiche ausdrücklich in der Verfassung vorbehalten bleibt (Art. 41 Abs. 1 BV). Der Einsatz von Bund und Kantonen für die Sicherung jeder Person gegen die wirtschaftlichen Folgen von Krankheit und Unfall ist durch die gesonderte Regelung in Artikel 41 Absatz 2 BV ausdrücklich von diesem einschränkenden Vorbehalt im Ingress zu Absatz 1 ausgenommen (Prof. Dr. H.P. Tschudi: Die Sozialziele der neuen Bundesverfassung, Schweizerische Zeitschrift für Sozialversicherung und berufliche Vorsorge 43/1999, S. 364 ff.; Prof. Dr. R. Rhinow: Wirtschafts-, Sozial- und Arbeitsverfassung, aus: Die neue Bundesverfassung, Konsequenzen für Praxis und Wissenschaft, Bern 2000).

Im Gesundheitswesen können Bundes- und kantonale Regelungen daher nicht beziehungslos nebeneinander stehen, sondern müssen aufeinander abgestimmt werden. In der Krankenversicherung wird die Zuständigkeit der Kantone im stationären Bereich dadurch betont, dass in öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitälern höchstens 50 Prozent der anrechenbaren Kosten von der Versicherung getragen werden (Art. 49 Abs. 1 KVG) sollen. Daneben ist den Kantonen die Aufgabe übertragen, die stationäre Versorgung zu planen und eine Liste der zur Tätigkeit zu Lasten der Krankenversicherung zugelassenen Spitäler zu erstellen (Art. 39 Abs. 1 KVG).

Der Kompetenzaufteilung zwischen Krankenversicherung und Kantonen entspricht die Finanzierungsordnung. Die Krankenversicherung ist als Versicherung ausgestaltet, welche die wirtschaftlichen Folgen des Risikos „Krankheit“ abdeckt, was die medizinische Behandlung betrifft; die Sozialversicherungslösung liegt insbesondere im Aspekt der Zwangsvorsorge. Die Prämien werden erhoben als einkommensunabhängige Kopfprämien (siehe oben Ziff. 1.1.1). Die Kantone sind zuständig für die Gesundheitsversorgung und beeinflussen, insbesondere mit ihrer Investitionspolitik, die für die Kantonseinwohnerinnen und Kantonseinwohner anfallenden Gesundheitskosten. Mit den Beiträgen der Kantone an die Betriebskosten der öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitäler wird dem Grundsatz Rechnung getragen, dass Steuerungskompetenz und Finanzierungspflicht übereinstimmen sollen. Indem die Kosten des Spitalbereichs zum Teil durch – progressiv zum Einkommen und Vermögen erhobene – Steuern finanziert sind, ergibt sich – im Vergleich mit einem

rein durch einkommensunabhängige Kopfprämien finanzierten System – eine sozialere Verteilung der Finanzierungslast.

1.1.3 Probleme der geltenden Ordnung

Ein vorrangiges Ziel des Krankenversicherungsgesetzes ist – neben der Stärkung der Solidarität und der Gewährleistung des Zugangs zu einer qualitativ hoch stehenden Gesundheitsversorgung für die gesamte Bevölkerung – die Kosteneindämmung. Auf Seiten der Versicherten soll die Kostenbeteiligung einen Anreiz zum bewussten Konsum von Gesundheitsdienstleistungen setzen. Für die Kantone sieht das Gesetz zwecks Kosteneindämmung im stationären Bereich verschiedene Instrumente, wie zum Beispiel die Errichtung von Globalbudgets und insbesondere die Verpflichtung der Kantone zur Erstellung einer Spitalplanung, vor. Den Versicherern lässt das Gesetz hingegen einen beschränkten Spielraum. Neben dem Anbieten der besonderen Versicherungsformen haben sie wegen des explizit im Krankenversicherungsgesetz aufgenommenen Kartellverbots zwar die Möglichkeit, Sonderverträge mit abweichenden Tarifen abzuschliessen und so den Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern spielen zu lassen. Wegen des Exklusivitätsverbots, das heisst der im geltenden Gesetz (Art. 46 Abs. 3 KVG) explizit festgehaltenen Beitrittsmöglichkeit anderer Versicherer oder Leistungserbringer zu Verträgen, ist es den einzelnen Versicherern jedoch praktisch nicht möglich, Wettbewerbsvorteile für sich herauszuholen. Eine Möglichkeit zur Förderung des (Tarif-)Wettbewerbs unter den Leistungserbringern bestünde in der Aufhebung des Kontrahierungszwangs. Dieses Thema wird im Rahmen dieser Teilrevision aufgegriffen (siehe unten Ziff. 2.3).

Bereits in der ersten Umsetzungsphase des auf den 1. Januar 1996 in Kraft getretenen neuen Gesetzes zeichneten sich verschiedene Vollzugsprobleme ab. Nicht zuletzt die unterschiedlichen Interpretationen zur Frage der Kostenübernahme bei ausserkantonaler Hospitalisation und der darin begründete Erlass von Spitallisten führten zu einer Vielzahl von Beschwerden an den Bundesrat (Art. 53 KVG). Die Beschwerden richteten sich grösstenteils gegen die Spital- und Pflegeheimlisten, welche die Kantone gestützt auf ihre Kompetenz nach Artikel 39 KVG zu erlassen haben. Zum kleineren Teil wurden Tarife von Spitälern, Pflegeheimen, Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause und von anderen ambulanten Leistungserbringern (Ärzt/innen, Hebammen) in Frage gestellt.

Im Bereich der Spitaltarife drehten sich die Auseinandersetzungen vor allem um die Höhe des Kostendeckungsgrades in öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern. Feststellbar war, dass der Anteil der durch die Krankenversicherer gedeckten Kosten bei Inkrafttreten des neuen Gesetzes in den meisten öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitälern zwischen 40 und 50 Prozent betrug, in einigen wenigen sogar über 50 Prozent. Der in diversen Beschwerdeverfahren festgestellte Mangel an Kostentransparenz führt zudem dazu, dass die massgebende Grösse, die anrechenbaren Kosten, in vielen Fällen nur schwer bestimmbar sind, weshalb Tarifierhöhungen vom Bundesrat nur sehr zurückhaltend genehmigt wurden.

Zwischen Kantonen und Krankenversicherern war nach dem Inkrafttreten des KVG zudem umstritten, wie Artikel 41 Absatz 3 KVG bezüglich der Beitragsleistung an medizinisch indizierte ausserkantonale Hospitalisationen auszulegen sei. Streitpunkt war die Frage, ob der Kanton seinen Beitrag an ausserkantonale Behandlungen un-

abhängig von der Art der Abteilung, in der die Behandlung durchgeführt wird, ausrichten muss.

In zwei Grundsatzurteilen (BGE 123 V 290 ff., 310 ff.) hat das EVG im Dezember 1997 entschieden, dass die Beitragspflicht des Kantons bei einem ausserkantonalen Spitalaufenthalt unabhängig von der Art der Abteilung eines öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitals besteht. Das EVG ging dabei davon aus, dass beim Aufenthalt in der (halb)privaten Abteilung die Kosten entsprechend den Taxen für die allgemeine Abteilung des betreffenden Spitals vergütet werden, wie wenn sich der Versicherte in der allgemeinen Abteilung aufgehalten hätte. Wenn ein Spital keine allgemeine Abteilung führt, kommen Referenztarife zum Zuge. Weil die Kostenübernahme durch die Krankenversicherung nicht davon abhängt, ob sich eine versicherte Person tatsächlich in der allgemeinen Abteilung aufgehalten habe, gäbe es auch keinen Grund, die gleichartige Leistung des Kantons unter denselben Umständen zu verweigern. Das EVG stützte sich dabei neben den keine andere Aussage enthaltenden Materialien und der Nichterwähnung des Begriffs der allgemeinen Abteilung in Artikel 41 Absatz 3 KVG vor allem auf die Zielsetzung der Einführung dieser Bestimmung: den Lastenausgleich und die verstärkte Koordination zwischen den Kantonen. Stattfinden soll ein Ausgleich zwischen (kleinen) Kantonen, welche aus gesundheitspolitischen Gründen gewisse stationäre Leistungen nicht anbieten, und Kantonen mit ausgebauter, durch Steuern der Kantonseinwohner bzw. Kantoneinwohnerinnen mitfinanzierter Spitalversorgung. Gleichzeitig entschied das EVG aber auch, dass bei nicht subventionierten Spitälern diese Bestimmung nicht zur Anwendung kommen könne, weil die Ausgleichspflicht des Wohnkantons auf Grund des klaren Wortlautes des Gesetzes nur bei öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitälern zum Tragen komme und bei nicht subventionierten Spitälern die Tarife für ausserkantonale Patientinnen bzw. Patienten und für solche aus dem Standortkanton in der Regel gleich hoch sind. Die in Rechnung gestellten Kosten dürften also den Tarifen des betreffenden Spitals entsprechen, womit sich die Frage einer Ausgleichspflicht gar nicht stellen kann. Nicht ausgesprochen hat sich das EVG zur Frage, ob die Kantone auch innerhalb des Kantons einen Beitrag an die Behandlung von Halbprivat- und Privatversicherten entrichten müssen. Zur Regelung der Finanzierung der ausserkantonalen Spitalbehandlung von halbprivat oder privat Versicherten ist ein Abkommen zwischen Kantonen und Krankenversicherern abgeschlossen worden. Das Abkommen gilt bis zum 31. Dezember 2000 und kann um ein Jahr verlängert werden. Eine definitive Klärung der Situation soll mit dieser Vorlage erfolgen.

Ausserhalb der Spitalfinanzierung haben sich in der letzten Zeit bei der Regelung der Krankenversicherung für Asylsuchende Fragen offenbart, deren Lösung auch Anpassungen des KVG erfordern wird. Diese Anpassungen werden im Rahmen der nächsten Revision des Asylgesetzes erfolgen. Die entsprechende Botschaft soll dem Parlament im ersten Halbjahr 2001 vorgelegt werden.

1.1.4 Erste Ergebnisse der Wirkungsanalyse des neuen Krankenversicherungsgesetzes

Im Vorfeld der Einführung des neuen Krankenversicherungsgesetzes war absehbar, dass das Gesetz Veränderungen für alle beteiligten Akteure mit sich bringen würde. Um die vielseitigen und komplexen Wirkungen fundiert beurteilen zu können, wur-

de in der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) die Pflicht zur wissenschaftlichen Überprüfung der Wirkungen festgehalten. Nach Artikel 32 KVV führt das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) in Zusammenarbeit mit den Versicherern, Leistungserbringern und Kantonen sowie Vertretern der Wissenschaft wissenschaftliche Untersuchungen über die Durchführung und Wirkungen des Gesetzes durch. Die Untersuchung der vielfältigen Aspekte der Gesetzesrevision wurde in verschiedene Einzelprojekte aufgeteilt. Ein Teil der Projekte ist bereits abgeschlossen. Insbesondere die Ergebnisse folgender Teilprojekte führten zu Erkenntnissen, welche im Zusammenhang mit den in der vorliegenden Teilrevision behandelten Themen von Interesse sind:

Der Einfluss des neuen KVG auf die Finanzierung des Gesundheitswesens und der Krankenversicherung

Die Ausdehnung des Leistungskatalogs, die unbefristete Übernahme der Pflegeleistungen, die Festschreibung der Kostendeckung bei Spitalaufenthalten, die Gleichstellung von ambulantem und stationärem Bereich in Bezug auf den Selbstbehalt der Versicherten sowie der Systemwechsel bei der Ausrichtung der Subventionen brachte eine Änderung der Finanzierungsströme und -anteile mit sich. Auf der Grundlage der vorliegenden Daten wurden in einer ersten vom Bundesamt für Statistik zuhanden des Bundesamtes für Sozialversicherung erstellten Studie (S. Greppi, R. Rossel, W. Strüwe: Der Einfluss des neuen Krankenversicherungsgesetzes auf die Finanzierung des Gesundheitswesens, Bern 1998) die im ersten Jahr des Inkrafttretens des neuen KVG beobachteten Änderungen aufgezeigt und mit den beiden Vorjahren verglichen. In einer zweiten Studie (N. Siffert, R. Rossel, S. Greppi, H. Ritzmann: Analyse der Wirkungen des neuen Krankenversicherungsgesetzes auf die Finanzierung des Gesundheitswesens und andere Bereiche der sozialen Sicherheit, Bern 2000) wurden die Daten fortgeschrieben und die Analyse vertieft. Dabei zeigte sich, dass die im Vorfeld der Einführung des neuen Gesetzes geschätzten Mehrkosten für das erste Jahr des Inkrafttretens etwas überschätzt wurden, dass sie sich in den Jahren 1997 und 1998 jedoch den Schätzungen annäherten. Stärker als geschätzt entwickelte sich die Kostenbeteiligung der Versicherten. Der kontinuierliche Rückzug der Kantone aus der Spitalfinanzierung setzte sich auch nach Inkrafttreten des neuen Gesetzes fort (Anhang, Tabelle 1).

Veränderungen im Bereich der Zusatzversicherung

Ein mit dem neuen KVG eingeleiteter Schritt hin zu mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen besteht in der Trennung zwischen obligatorischer Grund- und freiwilliger Zusatzversicherung. In Bezug auf die von dieser Teilrevision betroffenen Bereiche zeigt die Untersuchung über die Veränderungen im Gebiet der Zusatzversicherung auf (Dr. W. Stürmer et. al., Europäisches Zentrum für Wirtschaftsforschung und Strategieberatung prognos: Veränderungen im Bereich der Zusatzversicherung auf Grund des KVG, Bern 2000), dass zwar die befragten Versicherer der gesetzlichen Vorschrift, getrennte Rechnungen für die Grund- und Zusatzversicherung zu führen, voll und termingerecht entsprochen haben. Auf Seiten der Spitäler sei jedoch alles beim Alten geblieben. Getrennt erfasst werde in den Spitälern lediglich die Finanzierung, nicht aber die Kosten von Grund- und Zusatzversicherten. Dazu fehle es – neben den bundeseinheitlichen Vorschriften – in den meisten Spitälern an einem adäquaten Rechnungswesen mit Kostenstellen- und Kostenträgerrechnung. Entsprechend unterschieden sich die den Versicherten resp. Versicherern in Rechnung gestellten Kosten nicht nach dem effektiv entstandenen Aufwand:

Rechnung gestellt würde in den meisten Fällen auf Grund der angestrebten Deckungsbeiträge. Bei den heutigen Entscheidungs- und Finanzierungsstrukturen in den Spitälern würden die meisten Spitäler fehlende Deckungsbeiträge durch höhere Einnahmen zu kompensieren suchen und eine Bereinigung auf der Angebotsseite meiden – ein Denken, das längerfristig nicht haltbar sei. Empfohlen wird die Abkehr vom jetzigen Kostenüberwälzungsdenken und der Übergang von der Objekt- zur Subjektfinanzierung sowie der volle Wettbewerb zwischen den Spitälern – mit Ausnahme von Vorhaldebereichen, welche weiterhin per Leistungsauftrag gesteuert werden sollen.

Die sozialpolitische Wirksamkeit der Prämienverbilligung

Mit dem neuen Krankenversicherungsgesetz erfolgte eine Systemänderung bei der Subventionierung der Krankenversicherungsprämien: Das System der generellen Senkung der Prämien für alle Versicherten wurde durch die individuellen Prämienverbilligungen an Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen ersetzt. Die Durchführung der Prämienverbilligung erfolgt auf kantonaler Ebene. Ausgehend vom in der Botschaft des Bundesrats zur Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991 genannten Kriterium, dass die Prämienbelastung eines Haushalts nicht mehr als einen bestimmten Prozentsatz des steuerbaren Einkommens betragen sollte (BB1 1992 I 198, insbes. 277), wurde für drei standardisierte Fallbeispiele und alle Kantone abgeklärt, welcher Anteil des verfügbaren Einkommens nach Abzug der Prämienverbilligungen auf die verbleibende Krankenversicherungsprämie entfällt (Dr. A. Balthasar, Interface Institut für Politikstudien: Die sozialpolitische Wirksamkeit der Prämienverbilligung in den Kantonen, Bern 1998). Einerseits ergab die Studie gesamtschweizerisch vergleichbare Ergebnisse zur sozialpolitischen Wirksamkeit der Prämienverbilligung, andererseits zeigte sie Unterschiede zwischen der Wirkung der Prämienverbilligung in den Kantonen und auf die betrachteten Modell-Haushaltstypen auf.

Wirkungsanalyse des Risikoausgleichs

Ein Risikoausgleich zwischen den Krankenversicherern wurde bereits 1991 als befristete Massnahme gegen die Entsolidarisierung in der Krankenversicherung in Artikel 2 des dringlichen Bundesbeschlusses über befristete Massnahmen gegen die Entsolidarisierung in der Krankenversicherung (AS 1991 2607 ff.) eingeführt. Mit dem Inkrafttreten des KVG 1996 erfolgte, mit einer Befristung des Risikoausgleichs auf zehn Jahre, dessen Überführung ins ordentliche Recht. Mit dem Risikoausgleich sollte ein Ausgleich zwischen auf der einen Seite jenen Versicherern sichergestellt werden, die auf Grund ihrer günstigen Versichertenstruktur tiefe Prämien anbieten konnten und auf der anderen Seite den Versicherern mit ungünstigeren Risikostrukturen und damit höheren Prämien. Die Einführung des Risikoausgleichs war mit der Absicht verbunden, dass sich die Prämien der Versicherer mit günstigen Strukturen verteuern und jene mit ungünstigen Risiken verbilligen. In Verbindung mit der im KVG ebenfalls eingeführten Freizügigkeit der Versicherten sollten sich in der Folge die Risikostrukturen der Versicherer ausgleichen; damit sollte der Risikoausgleich einerseits den kostensenkenden Wettbewerb zwischen den Versicherern fördern und andererseits die Risikoselektion durch die Versicherer beseitigen. Ein erster Forschungsbericht zum Thema „Risikoausgleich“ (lic. rer. pol. S. Spycher, Büro für arbeitsmarkt- und sozialpolitische Studien BASS: Wirkungsanalyse des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung, Bern 1999) befasst sich mit der Frage, ob die ersten Erfahrungen mit dem Risikoausgleich den Erwartungen entsprechen,

welche Schwierigkeiten sich ergeben haben und inwiefern Optimierungsmöglichkeiten vorhanden sind. In einer zweiten Forschungsarbeit wurden vom selben Experten verschiedene Verbesserungsvarianten vorgelegt und auf die Risikoselektion und die Korrektur der bestehenden Risikostrukturunterschiede zwischen den Versicherern geprüft (lic. rer. pol. S. Spycher, Büro für arbeitsmarkt- und sozialpolitische Studien BASS: Der Risikoausgleich in der Krankenversicherung: Prüfung von Vorschlägen zur Optimierung der heutigen Ausgestaltung, Bern 2000). Der Experte schlägt insbesondere den prospektiven Ausgleich der Risikostrukturen vor, in deren Ermittlung weitere Bestimmungsfaktoren einfließen sollen.

Die Auswirkungen im Tarifbereich

Das neue Krankenversicherungsgesetz steht im Zeichen einer Mischung von interventionistischen und wettbewerbsfördernden Massnahmen. Im Tarifbereich steht als Ziel der Wettbewerb, welcher mit kartellrechtlichen Massnahmen gefördert werden soll, im Vordergrund. Mit der Möglichkeit der Festsetzung von Globalbudgets durch die Kantone beinhaltet das Gesetz jedoch auch ein staatliches Steuerungsinstrument, welches den Tarifbereich beeinflusst. Die Studie zu den Entwicklungen im Tarifbereich (S. Hammer, INFRAS: Die Auswirkungen des KVG im Tarifbereich, Bern 2000) stellt einerseits den Einfluss des KVG auf die Ausgestaltung und Höhe der Tarife, die Tarifverhandlungen und die Tarifbeschwerden dar. Andererseits bildet sie eine Grundlage für die Beurteilung, inwiefern das Kartellverbot zu einer grösseren Tarifvielfalt und mehr Wettbewerb und dadurch zur Kosteneindämmung beigetragen hat; sie gibt ausserdem Hinweise darauf, in welcher Hinsicht Gesetzesänderungen zu einer besseren Zielerreichung beitragen können. Die Autoren kamen im Wesentlichen zum Schluss, dass sich die Tariflandschaft nach Inkrafttreten des neuen Gesetzes nicht grundsätzlich verändert hat und dass sich insbesondere die im Vorfeld des Inkrafttretens des neuen Gesetzes getätigten Annahmen in Bezug auf den Abschluss von Sonderverträgen mit günstigeren Tarifen sowie die Entwicklung der alternativen Versicherungsformen nicht bewahrheitet haben. Dies wird auf die Vorschriften im Tarifbereich und nicht zuletzt auf den Kontrahierungszwang zurückgeführt, welche den Versicherern die Motivation entziehen, Sonderverträge abzuschliessen. Zwar habe sich das Verhältnis zwischen den Tarifpartnern geändert, indem die Verhandlungen härter geworden seien, was zu einer Dämpfung der Tarifentwicklung geführt habe. Insgesamt sei jedoch ein Einfluss eines verschärften Tarifwettbewerbs auf die Kostenentwicklung nicht feststellbar.

Evaluation der Spitalplanung

Die mit dem KVG eingeführte Spitalplanung soll zur verbesserten Koordination der Leistungserbringer und damit zur optimalen Ressourcennutzung und zur Kosteneindämmung beitragen. Im Auftrag des Zentralsekretariats der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz wurden zwei Studien erstellt. Die erste vermittelt eine Übersicht über den Stand der Planung ein Jahr nach Ablauf der Frist zur Erstellung von Spitalplanungen (M. Rothenbühler: Evaluation der Spitalplanungen und der Spitalisten nach Artikel 39 KVG, Bern 1999). Es wurde festgestellt, dass in allen Kantonen eine Planung vorlag und dass die von den Kantonen seit 1996 eingeleiteten kurzfristigen Massnahmen spürbare Auswirkungen hatten: Es wurden Akutbetten abgebaut, Akutspitäler geschlossen oder umgenutzt, Stellen gestrichen und auf diese Weise netto ungefähr 215 Mio. Franken jährlich eingespart (Informationsstand Februar 1999). Zweifel geäussert wurden an der Tauglichkeit der Spitalplanung und Spitalisten als mittel- und längerfristig wirksame Steuerungsinstrumente der Ge-

sundheitsversorgung; einerseits, weil die Spitalplanung die Versorgung des ambulanten und teilstationären Bereichs nicht einbezieht, und andererseits, weil überregionale oder gar landesweite inhaltliche Abstimmungen der Spitalplanungen nicht vorhanden waren. Ein wichtiger Grund dafür ist aus der Sicht des Autors die fehlende gesamtschweizerische Gesundheitspolitik.

In einer zweiten Studie wurden die Planungsmethoden der Kantone evaluiert (O. Biersack, Wirtschaftswissenschaftliches Zentrum der Universität Basel: Die Planungsmethoden der Kantone, Basel 2000). Dargestellt wurde, welche Kantone bei ihrer Bedarfsplanung allein auf den für die Bevölkerung berechneten Bettenbedarf abstellen und in welchen Kantonen welche weiteren Bestimmungsfaktoren in die Planung einfließen. Auf Grund der je nach Kanton unterschiedlichen Import- resp. Exportverhältnisse sowie der verschiedenen Versorgungsstufen lässt sich nach Aussage der Expertin der in den einzelnen Kantonen ermittelte Sollbettenbedarf nur schwer miteinander vergleichen, was eine gesamthafte Würdigung schwierig, wenn nicht gar unzulässig macht.

1.2 Revisionsbestrebungen

1.2.1 Volksinitiativen

Volksinitiative „für eine freie Arzt- und Spitalwahl“

Am 23. Juni 1997 ist die Volksinitiative „für eine freie Arzt- und Spitalwahl“ mit 134 015 gültigen Unterschriften eingereicht worden (BBl 1997 IV 1656). Sie will Artikel 117 BV einen dritten Absatz anfügen. In diesem soll das Recht der Patientinnen und Patienten auf die freie Wahl des Leistungserbringers innerhalb der ganzen Schweiz und die Kostenübernahme durch die obligatorische Kranken- und Unfallversicherung festgehalten werden.

Im Rahmen der oben erwähnten Entscheide des EVG ist eine Klärung erfolgt in Bezug auf die Frage der Beitragspflicht von obligatorischer Krankenpflegeversicherung und Kantonen an die Kosten der Behandlung in öffentlichen und öffentlich subventionierten ausserkantonalen Spitälern. Indem das Gericht eine solche bejaht hat, ist das Anliegen der Initiative zu einem wesentlichen Teil erfüllt. Eine weitergehende Beitragspflicht der sozialen Krankenversicherung, das heisst ein Beitrag an sämtliche Spitalbehandlungen ungeachtet dessen, ob ein Spital der Planung entspricht, würde indessen zu zusätzlichen Kosten, aber auch zur praktischen Unwirksamkeit des Instruments der Spitalplanung führen. Aus diesen Gründen hat der Bundesrat in seiner Botschaft vom 14. Juni 1999 (BBl 1999 8809) die Volksinitiative „für eine freie Arzt- und Spitalwahl“ zur Ablehnung empfohlen. Während der Nationalrat der Empfehlung des Bundesrats gefolgt ist und ebenfalls die Ablehnung empfohlen hat, hat die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerats beschlossen, die Diskussion der Initiative „für eine freie Arzt- und Spitalwahl“ so lange aufzuschieben, bis sie zusammen mit jener über diese Teilrevision geführt werden kann.

Volksinitiative „für tiefere Spitalkosten“

Am 10. September 1998 ist die Volksinitiative „für tiefere Spitalkosten“ mit 106 776 gültigen Unterschriften eingereicht worden (BBl 1998 4959). Die Volksinitiative „für tiefere Spitalkosten“ zielt auf eine Änderung von Artikel 117 Absatz 2

BV. Wie der Titel der Initiative zeigt, wird die Reduktion der Spitalkosten in der Schweiz angestrebt. Um dieses Ziel zu erreichen, wird im Wesentlichen vorgeschlagen, dass das Obligatorium in der Krankenversicherung auf die Deckung für Spitalaufenthalte beschränkt wird und dass den Versicherten die Möglichkeit eines Versicherungsabschlusses für den Spitalaufenthalt im Rahmen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung oder, unabhängig von letzterem, bei einer dem Privatrecht unterstellten privaten Versicherungseinrichtungen gegeben wird. Die Kantone sollen verpflichtet werden, notwendigenfalls in Zusammenarbeit mit anderen Kantonen, dafür zu sorgen, dass für die Kantonseinwohner die benötigte Bettenzahl in den drei Abteilungen: Allgemein, Halb-Privat und Privat zur Verfügung steht. Die Versicherten sollen von der Kostenbeteiligung befreit werden. Die Kantone sollen von der Krankenversicherung oder vom privaten Versicherer für den Aufenthalt des Versicherten in der Allgemeinen Abteilung des Spitals pro Tag und pro Person einen Betrag von 250 Franken, indexiert nach dem Index der Konsumentenpreise, erhalten. Dieser Betrag umfasst alle Leistungen des Spitals (wie Operationen, Arzneimittel, Röntgenaufnahmen, Transport des Patienten in das Spital).

Die Initiative „für tiefere Spitalkosten“ gefährdet die beiden bestimmenden Ziele des Krankenversicherungsgesetzes, nämlich die Verstärkung der Solidarität und die Kosteneindämmung. Die Annahme der Initiative würde für die gegenwärtige Sozialpolitik, welche auf die Gewährleistung einer angemessenen Gesundheitsversorgung von hoher Qualität und auf die Deckung des Pflegebedarfs der gesamten Bevölkerung ausgerichtet ist, einen schweren Rückschlag bedeuten. In seiner Botschaft vom 8. September 1999 hat der Bundesrat die Volksinitiative „für tiefere Spitalkosten“ deshalb zur Ablehnung empfohlen (BBl 1999 9679). Sowohl der National- als auch der Ständerat sind seiner Empfehlung gefolgt.

Volksinitiative „Gesundheit muss bezahlbar bleiben“

Am 9. Juni 1999 ist die Volksinitiative „Gesundheit muss bezahlbar bleiben (Gesundheitsinitiative)“ der Sozialdemokratischen Partei der Schweiz (SPS) mit 108 081 gültigen Unterschriften eingereicht worden (BBl 1997 IV 1277). Sie fordert eine Neufassung von Artikel 117 BV. In der Verfassung verankert werden soll eine neue Finanzierungsordnung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Die Finanzierung soll aus zweckgebundenen Einnahmen aus den Erträgen der Mehrwertsteuer sowie in mindestens gleich hohem Umfang aus Beiträgen der Versicherten, welche im Verhältnis zu Einkommen und Vermögen stehen und welche die Familienlasten berücksichtigen, erfolgen. Zudem soll in der Verfassung festgehalten werden, dass der Bund und die Kantone für eine wirksame Kostendämpfung im Gesundheitswesen sorgen. Dabei regelt der Bund die Spitzenmedizin und koordiniert die Gesundheitsplanungen der Kantone: Der Bund bestimmt die Maximalpreise der zu Lasten der Versicherung erbrachten Leistungen und erlässt Zulassungsbestimmungen für die Leistungserbringer, zudem sorgt er für eine wirksame Qualitätskontrolle. Der Bundesrat hat die Initiative „Gesundheit muss bezahlbar bleiben“ in seiner Botschaft vom 31. Mai 2000 (BBl 2000 4267) ohne Gegenvorschlag abgelehnt. Er will am System der Kopfprämien mit dem Ausgleich durch die Prämienverbilligung festhalten. Nach Meinung des Bundesrats konnten und können verschiedene Anliegen der Gesundheitsinitiative im Rahmen hängiger Gesetzgebungsprojekte – unter anderem auch mit dieser Teilrevision – in ihrer Stossrichtung verwirklicht werden.

1.2.2

Parlamentarische Vorstösse

Motion (Hochreutener) – Raggenbass „Spitalfinanzierung. Revision“

In seiner am 21. Januar 1998 eingereichten Motion zur Spitalfinanzierung (98.3012), welche von Nationalrat Raggenbass übernommen wurde, schlägt der Motionär eine grundlegende Revision der Spitalfinanzierung vor. Verlangt wird eine Änderung des Krankenversicherungsgesetzes in dem Sinne, dass erstens der Wettbewerb zwischen öffentlichen und privaten Spitälern auf fairen Grundlagen verstärkt wird, dass zweitens die ambulante, teilstationäre und stationäre Behandlungen gleich behandelt werden und dass drittens der Systemwechsel sozial abgedeckt wird, so dass insbesondere kein Prämienschub erfolgt. Zu diesem Zweck soll der Bundesrat die notwendigen Änderungen des KVG vornehmen. Dabei soll den Kantonen, falls sie gewisse an rechtliche und finanzielle Verpflichtungen geknüpfte Voraussetzungen erfüllen, die Möglichkeit gegeben werden, sich aus der Subventionierung der öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler zurückzuziehen und die Vollkosten-Finanzierungsregel anzuwenden. Der Vorstoss wurde zwar am 24. März 2000 abgeschlossen. Weil das Anliegen des Vorstosses, die Neuordnung der Spitalfinanzierung, Gegenstand dieser Teilrevision ist, können die Vorschläge des Motionärs trotzdem in die Betrachtungen einbezogen werden.

Postulate der Kommissionen für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates und des Nationalrates zur Abschaffung der direkten Spitalsubventionierung durch die Kantone

Mit einer am 9. September 1998 eingereichten Standesinitiative (98.302) verlangte der Kanton Solothurn, dass das Krankenversicherungsgesetz so zu ändern sei, dass der Betrieb von Spitälern nicht mehr mit Mitteln der Kantone subventioniert werden darf. Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates beantragte, der Initiative keine Folge zu geben, die Frage aber als Postulat zu überweisen. Die Kommission hielt fest, dass die Initiative des Kantons Solothurn im Zusammenhang mit der Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes im Bereich der Spitalfinanzierung grundsätzlich auf Interesse stösst; die Kommission erachtete eine Verstärkung des Wettbewerbs, wie sie sich mit der aus der Aufhebung der Direktsubventionierung folgenden Pflicht zur Vollkostenrechnung ergeben würde, als positiv. Ebenso stellte sie fest, dass sie die mit der Initiative bezweckte Gleichstellung von öffentlichen und privaten Spitälern sowie die Gleichbehandlung der kantonalen mit den ausserkantonalen Patientinnen und Patienten begrüssen würde. Sie reichte am 1. Februar 1999 ein Postulat ein, mit dem der Bundesrat ersucht wird, im Hinblick auf die zweite Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes zu prüfen, welche Folgen eine Abschaffung der Direktsubventionierung der Spitäler durch die Kantone für das Gesundheitswesen mit sich brächte und ob allenfalls eine Änderung von Artikel 49 Absatz 1 KVG in diesem Sinne vorzuschlagen sei. Der Bundesrat erklärte sich am 8. März 1999 bereit, das Postulat (99.3007) entgegenzunehmen; am 15. März 1999 wurde es vom Ständerat überwiesen (AB 1999 S 176). Zur selben Frage überwies die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates am 26. März 1999 ein Postulat mit derselben Zielsetzung (99.3154). Der Bundesrat erklärte sich am 19. April 1999 bereit, das Postulat entgegenzunehmen; am 31. Mai 1999 wurde es vom Nationalrat überwiesen (AB 1999 N 808).

Motion Gysin Remo „Förderung teilstationärer und ambulanter Behandlung“

Die am 25. November 1996 eingereichte Motion zur Förderung teilstationärer und ambulanter Behandlung (96.3561) will die Einführung einer mindestens hälftigen Subventionierung von in öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern vorgenommenen teilstationären und ambulanten Eingriffen erreichen; auf dem Verordnungsweg soll zudem geregelt werden, dass stationäre Eingriffe, welche ambulant oder teilstationär durchgeführt werden könnten, als „Betriebskostenanteile aus Überkapazitäten“ definiert werden. Der Bundesrat erklärte sich in seiner Stellungnahme vom 19. Februar 1997 bereit, das Anliegen des Motionärs – welches primär als Anstoss zur besseren Koordination zwischen ambulantem und stationärem Bereich subventionierter Spitäler betrachtet werden könne – zu prüfen und mögliche Massnahmen in Betracht zu ziehen. Er empfahl, die Motion in ein Postulat umzuwandeln. Der Vorstoss wurde am 21. März 1997 vom Nationalrat als Postulat überwiesen (AB 1997 N 514).

Motion Vermot „Spitex. Rahmenbedingungen“

Mit einer am 26. Juni 1998 eingereichten Motion (98.3344) lädt die Motionärin den Bundesrat ein, im Rahmen der ersten Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes für den Spitex-Bereich die Änderung verschiedener Rahmenbedingungen vorzunehmen. So fordert die Motionärin, dass Kriterien für die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungen sowie der Ausbildung des Personals vorgegeben werden, dass eine kantonale Planung auch für die Spitex-Organisationen erstellt wird und dass die Finanzierung analog zu jener der allgemeinen Abteilungen der öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler erfolgen soll. Weil mit der von der Motionärin vorgeschlagenen Lösung das Finanzierungsregime eine wesentliche Änderung erfahren würde und der Bundesrat eine solche nicht bereits kurze Zeit nach dem Inkrafttreten des Gesetzes vorschlagen wollte, sprach er sich in seiner Stellungnahme vom 2. September 1998 gegen die Berücksichtigung der Motion im Rahmen der ersten Teilrevision aus. Nach Erachten des Bundesrates kann der Vorschlag dennoch im Rahmen der Vorschläge zur Spitalfinanzierung geprüft werden, weshalb er die Umwandlung der Motion in ein Postulat beantragte. Die Motion wurde am 9. Oktober 1998 vom Nationalrat denn auch als Postulat überwiesen (AB 1998 N 2174).

Motion Gysin Remo „Spitalplanung auf Bundesebene“

Die am 3. Oktober 1996 eingereichte Motion (96.3494) verlangt, dass die kantonalen und regionalen Spitalplanungen in einen schweizerischen Gesamtzusammenhang gestellt werden und dass für die Spitzen- und Zentrumsmedizin eine eidgenössische Spitalplanung erstellt wird.

Weil der Bundesrat der Ansicht ist, dass im heutigen System der Verantwortlichkeits- und Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen letztere über die geeigneten Möglichkeiten verfügen, um die Planungen zu realisieren, fürchtet er, dass eine eidgenössische Spitalplanung im Gegensatz stünde zur effektiven Verantwortlichkeit und der konkreten Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern, Kantonen und Versicherern. Er beantragte deshalb die Umwandlung der Motion in ein Postulat. Insbesondere weil wegen der vielen seinerzeit beim Bundesrat hängigen Spitalplanungsbeschwerden eine Evaluation der kantonalen Spitalplanungen nicht möglich war, hielt der Motionär an der Motion fest. Diese wurde mit Beschluss des Nationalrats vom 8. Oktober 1998 überwiesen (AB 1998 N 2127). Auf Grund einer

Anhörung der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz, aus welcher hervorging, dass es wegen des bestehenden grossen finanziellen Drucks zum Abbau von Überkapazitäten und zur interkantonalen Zusammenarbeit keine zusätzlichen Massnahmen seitens des Bundes bedürfe sowie unter Hinweis auf die im Rahmen des Neuen Finanzausgleichs zwischen Bund und Kantonen (vgl. unten Ziff. 6) vorgeschlagenen gesamtschweizerischen Planungselemente im Bereich der Spitzenmedizin kam die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerats in ihrer Sitzung vom 30. März 1999 zum Schluss, dass auf allen Ebenen Schritte in Richtung einer regionalen und kantonalen Zusammenarbeit gemacht werden. Der Vorstoss wurde am 17. Juni 1999 in der Form eines Postulats überwiesen (AB 1999 S 568).

Empfehlung Plattner „Aushöhlung des KVG-Instrumentes Spitalplanung“

Im Zusammenhang mit verschiedenen, die Spitalplanungen der Kantone Basel-Stadt und Basel-Land betreffenden Beschwerdeentscheiden des Bundesrats hat Ständerat Plattner am 7. Oktober 1999 eine Empfehlung eingereicht (99.3530). Darin wird dem Bundesrat empfohlen, seine Entscheide betreffend Rechtsanspruch für halbprivate oder private Spitalangebote in Bezug auf die Aufnahme in die kantonalen Spitallisten zu überdenken, den Kantonen und der Öffentlichkeit zu erläutern, welche Politik er in Zukunft zu verfolgen gedenke sowie künftige Verfahren jeweils innert weniger Monate abzuschliessen. In seiner Stellungnahme zur Empfehlung hielt der Bundesrat fest, dass er seine Beschwerdepraxis laufend überprüfe und wenn nötig korrigiere und wies auf die unterschiedliche Planungspraxis in den Kantonen hin, welche in Zukunft allenfalls weitere bundesrätliche Vorgaben erforderlich machen könnte. Mit Bezugnahme auf die bereits stattfindende Veröffentlichung seiner Entscheide sowie auf Sachzwänge, welche die Verfahrensdauer oft verlängern, erklärte sich der Bundesrat am 23. Februar 2000 bereit, die Empfehlung entgegenzunehmen; sie wurde am 8. März 2000 vom Ständerat überwiesen (AB 2000 S 48).

1.2.3 Erste Teilrevision des KVG

Am 21. September 1998 hat der Bundesrat seine Botschaft zur ersten Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes verabschiedet. Die Kernpunkte der Vorlage betreffen die Kosteneindämmung und die Solidarität. Das Solidaritätsprinzip sollte durch die Vereinfachung des Versichererwechsels für die Versicherten verstärkt werden. Gemäss Vorschlag des Bundesrats sollte die Kosteneindämmung dadurch gefördert werden, dass die Kompetenzen der Kantone zur Einführung von Globalbudgets erweitert werden: Neu sollte es den Kantonen möglich sein, bei Bedarf Globalbudgets für alle Kategorien von Leistungserbringern zu erlassen, sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich. Diese Kompetenzerweiterung wurde im Parlament nicht abschliessend diskutiert; der Revisionspunkt wurde aufgeschoben und soll in dieser Teilrevision behandelt werden (unten Ziff. 2.1.2).

Vom Nationalrat angenommen wurde ein Einzelantrag von Nationalrat Raggenbass, der eine bessere Kostensteuerung und eine Begrenzung der Mengenausweitung anstrebte. Der Bundesrat sollte neu bezüglich Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungen Kriterien festlegen, denen Leistungserbringer genügen müssen, um einem Tarifvertrag beitreten zu können. In der Differenzbereinigung scheiterte der vom Nationalrat überwiesene Antrag am Ständerat. Der Antrag der Kommissionsmehrheit, mit dem sie den Bundesrat ermächtigen wollte, die Zulassung von Ärzten zur

sozialen Krankenversicherung für eine befristete Zeit einem Bedürfnisnachweis zu unterstellen, wurde schliesslich angenommen (Art. 55a KVG). Somit kann der Bundesrat für eine befristete Zeit von bis zu drei Jahren die Zulassung von Leistungserbringern nach den Artikeln 36–38 KVG zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung begrenzen; er legt die entsprechenden Kriterien fest.

In der Folge überwiesen beide Kammern eine Motion (00.3003) der Kommission des Nationalrates für soziale Sicherheit und Gesundheit, worin der Bundesrat aufgefordert wird, die Aufhebung des Vertragszwanges im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich zu prüfen und die entsprechenden Änderungen des KVG in der Vorlage zur Spitalfinanzierung vorzulegen. Damit wird die Frage der Aufhebung des Kontrahierungszwangs im Rahmen dieser Teilrevision aufgegriffen (unten Ziff. 1.4 sowie 2.3).

1.2.4 Nationale Gesundheitspolitik der Schweiz

Der Bundesrat hat am 5. Juli 2000 vom Aussprachepapier des Eidgenössischen Departements des Innern zur nationalen Gesundheitspolitik Kenntnis genommen. Darin ist als eines von drei zu behandelnden Themen die Ausarbeitung von Kriterien zur Angebotsplanung in Verbindung mit der Planung und Koordination der Spitzenmedizin festgehalten. Ebenfalls festgehalten wird das Thema Empowerment der Bevölkerung, das im Zusammenhang mit der Aufhebung des Kontrahierungszwangs von entscheidender Bedeutung ist. Das dritte Thema beinhaltet die mentale Gesundheit im weiteren Sinn. Obwohl zwei von drei im Rahmen der Nationalen Gesundheitspolitik behandelten Themen im Zusammenhang mit dieser Teilrevision stehen, werden die Ergebnisse aus dem Projekt zur Nationalen Gesundheitspolitik für die Verabschiedung dieser Botschaft explizit nicht abgewartet. Der Bundesrat ist indessen für eine Koordination der beiden Geschäfte besorgt.

1.3 Vernehmlassungsverfahren zum Vorschlag des Bundesrats zu einer Teilrevision des KVG im Bereich der Spitalfinanzierung

Im Frühjahr 1999 wurde der Vorschlag des Bundesrats zur Teilrevision des KVG im Bereich der Spitalfinanzierung einer Vernehmlassung unterzogen. Der Vorschlag sah im Wesentlichen folgende Elemente vor: Im Gegensatz zum geltenden System sollen Leistungen abgegolten und nicht mehr Kosten gedeckt werden; in einem ersten Schritt kann dies zum Beispiel mittels Fall- oder Abteilungspauschalen erfolgen. Diese leistungsbezogenen Pauschalen werden von Krankenversicherern und Kantonen nach einem im Voraus vereinbarten „Kosten“teiler übernommen. Damit soll erreicht werden, dass sich das Interesse der Tarifpartner nicht auf das Verschieben von Finanzierungsanteilen, sondern auf die Eindämmung der Gesamtkosten bezieht. Diese Art der Vergütung soll – sofern eine medizinisch indizierte Spitalbehandlung in einem Spital vorgenommen wird, welches auf einer Liste aufgeführt ist und der Planung entspricht – unabhängig von der Liegeklasse und Versicherungskategorie des Patienten resp. der Patientin erfolgen. Mit der Entschädigung abgegolten werden sollen auch die Investitionskosten. Die teilstationär erbrachten Leistungen, das heisst Behandlungen von in der Regel weniger als 24 Stunden, welche eine Spitalinfrastruktur erfordern, sollen den stationären Leistungen gleichgestellt sein. Der teil-

Das Modell sollte den Versicherten nur noch die Wahl unter den Leistungserbringern im ambulanten Bereich lassen, die mit ihrem Versicherer einen Tarifvertrag abgeschlossen haben und damit für diesen tätig sein dürfen. Versicherern und Leistungserbringern wurde je für ihren Bereich eine Informationspflicht gegenüber den Versicherten auferlegt. Neben der Einführung einer weitgehenden Vertragsfreiheit zwischen Versicherern und Leistungserbringern, die in der Wahl ihrer Vertragspartner mit Ausnahme der Sicherstellung der Versorgung und der Beachtung der vom Bundesrat zu definierenden Kriterien Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung frei sind, sollten die Kantone zum Schutz der Versicherten genügend Möglichkeiten haben, im Falle einer ungenügenden Versorgung zur Sicherstellung der Versorgung entsprechende Massnahmen zu ergreifen.

Angesichts der Ergebnisse des Vernehmlassungsverfahrens wird deutlich, dass viele Beteiligte grundsätzlich eine Stärkung des Wettbewerbsgedankens im KVG und somit auch die Idee einer Aufhebung des Kontrahierungszwanges befürworten, indessen das vorgeschlagene Modell mit Skepsis betrachten oder dieses gar für untauglich und unpraktikabel halten. Insbesondere wurde kritisiert, dass sich eine zu grosse Machtverschiebung zu den Versicherern abzeichne und die Selektionskriterien für die Wahl der Leistungserbringer zu unklar seien. Die Kantone wehrten sich vehement gegen eine Definition der Versorgungssicherheit durch den Bund. Befürchtet wurde zudem die Erhöhung des administrativen Aufwandes bezüglich der Information der Versicherten sowie eine Beschwerdeflut infolge der Möglichkeit, bei der Kantonsregierung den Beitritt zu einem Tarifvertrag zu beantragen. Einige der Befürworter der Einführung eines Wettbewerbsmodells wollten dieses auch auf den stationären und teilstationären Bereich ausdehnen. Vor allem von Seiten der Leistungserbringer sowie einiger Versicherten- und Konsumentenorganisationen wurde das Modell aus den letztgenannten Gründen abgelehnt. Kritisiert wurde von dieser Seite insbesondere der Wegfall der freien Arztwahl und die Intransparenz bezüglich der Auswahl an Leistungserbringern. Einige Vernehmlasser forderten zudem eine Vereinheitlichung und eine Kontrolle der Normen auf Bundesebene. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass mit Ausnahme der Informationspflicht der Versicherer – sofern die Idee und das Modell überhaupt Akzeptanz fand – gegenüber den Versicherten keiner der vorgeschlagenen Punkte uneingeschränkte Zustimmung fand. Vielmehr wurden viele Vorbehalte bezüglich der Umsetzung des Modells und dessen Kostenwirksamkeit geäussert.

1.5 Weitere Revisionspunkte

Der Bundesrat nimmt die Gelegenheit wahr, im Rahmen dieser Vorlage Punkte aufzunehmen, deren Regelung sich aufdrängt. Der Grund kann darin liegen, dass sich nach Inkrafttreten des Krankenversicherungsgesetzes Anwendungsprobleme bzw. Unklarheiten gezeigt haben, welche dringend nach einer Lösung rufen, oder aber dass ein höchstrichterliches Urteil vorliegt, wonach es einer Verordnungsbestimmung der gesetzlichen Grundlage fehlt und deren Schaffung erforderlich ist.

Zwei dieser Punkte, nämlich die finanziellen Verpflichtungen der Versicherten und das Rückgriffsrecht der Wohnkantone auf haftpflichtige Dritte hat er im unter Ziffer 1.4 erwähnten Vernehmlassungsverfahren ebenfalls zur Diskussion gestellt. Dabei erhielten die Vorschläge grundsätzlich Zustimmung einer Mehrheit der Vernehmlasser. Bezüglich des Rückgriffsrechts der Wohnkantone wurde einzig von

Seiten der Privatversicherer moniert, dass ein Rückgriff auf Subventionen nicht zulässig sei und daher die Bestimmung abgelehnt. Von Seiten einzelner Kantone wurde angemerkt, dass dies nicht dazu führen dürfe, den Kanton als Mitversicherer anzusehen. Wie wir unten noch ausführen werden, ist zukünftig nicht mehr von an das Objekt „Spital“ ausgerichteten Subventionen die Rede, sondern vielmehr wird der Kanton ein Kostenträger wie der Versicherer (vgl. Ziff. 3). Was die Frage der finanziellen Verpflichtungen der Versicherten angeht, so wurde die Problematik von allen erkannt. Dennoch sprachen sich mehrere Kantone und Organisationen gegen die Leistungssistierung bei Nichtbezahlen der Prämien aus, da diese kontraproduktiv sei. Zudem wurde das Meldeverfahren an die Sozialhilfebehörden kritisiert.

1.6 Reformvorschläge in Expertengutachten

Der Bundesrat hat am 17. November 1999 im Zusammenhang mit seinem Beschluss zur Ablehnung der Gesundheitsinitiative der SPS (oben Ziff. 1.2.1) das Eidg. Departement des Innern (EDI) beauftragt, Modelle für eine Verbesserung des Finanzierungssystems der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu prüfen, unter der Prämisse des grundsätzlichen Festhaltens am heutigen System der Kopfprämien und der Prämienverbilligung. In der Folge wurde zwei Experten (lic. rer. pol. S. Spycher, Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS, Bern; Prof. Dr. R. E. Leu, Volkswirtschaftliches Institut der Universität Bern) der Auftrag erteilt, in Zusammenarbeit ein Kurzgutachten zu erstellen. Der Auftrag der Mandanten bestand darin, Finanzierungsalternativen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sowie für die Spitalfinanzierung aufzuzeigen, welche grundsätzlich am System der Kopfprämien und der Prämienverbilligung festhalten, die aber die bessere Erreichung der Ziele des KVG (Solidarität, Kosteneindämmung, hochstehende Qualität) ermöglichen. Dieses Gutachten bildete eine Grundlage für die Entscheidungsfindung des Bundesrats in Bezug auf die zu verfolgenden Finanzierungsgrundsätze.

Zusammengefasst stehen für die Experten – unter Berücksichtigung der im Mandat formulierten Prämissen – folgende Reformschritte im Vordergrund:

Bereich „Verstärkung der Solidarität Reich–Arm“

Soll die Solidarität Reich-Arm auf der Finanzierungsseite verstärkt werden, besteht nach Auffassung der Experten die naheliegendste Lösung darin, das bestehende Prämienverbilligungssystem zu verbessern und allenfalls auszubauen. Beispielsweise könnte vom Bund verbindlich vorgeschrieben werden, dass die Prämienbelastung nicht mehr als 8 Prozent des steuerbaren Einkommens ausmachen darf. Weiter könnte dieser Grenzwert in den nächsten Jahren allenfalls schrittweise gesenkt werden. Ausserdem könnten bestehende (Vollzugs-)Mängel behoben werden.

Soll die Solidarität zwischen Reich und Arm in substanziellerem Mass gestärkt werden, käme ein monistisches Finanzierungssystem in Frage. Eine zentrale Rolle käme dabei einem Fonds zu, welcher zum einen durch die bisherigen Kantonssubventionen an die stationären Aufenthalte zu speisen wäre. Zum andern könnten zusätzliche Steuermittel eingeschossen werden, um den steuerfinanzierten Anteil der von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommenen Leistungen zu erhöhen. Die Leistungen des Fonds an die Krankenversicherer hätten prospektiv und wettbewerbsneutral zu erfolgen.

Ebenfalls denkbar wäre die Bildung eines steuerfinanzierten Hochrisikopools. In einem Hochrisikopool werden Versicherte aufgenommen, deren Therapie besonders hohe Kosten verursacht.

Bereich „Verstärkung der Solidarität Gesund–Krank“

Aus wettbewerbpolitischen Gründen drängt sich nach Ansicht der Experten eine Reform des Risikoausgleichs auf, der ihres Erachtens heute unzureichend funktioniert. Eine solche Reform würde die Spiesse zwischen den Versicherern gleich lang machen, den Wettbewerb intensivieren und somit die Kosten senken. Gleichzeitig gäbe es eine Verstärkung der Solidarität zwischen Gesunden und Kranken, weil ein besserer Risikoausgleich dazu führt, dass diejenigen Versicherer, welche überdurchschnittlich viele teure Versicherte haben, mehr Geld bekommen. Da gleichzeitig schlechte Risiken seltener den Versicherer wechseln, kommt ein besserer Ausgleich indirekt auch ihnen zu Gute.

Bereich „Verstärkung der Kosteneindämmung, des Wettbewerbs und Erhöhung der Effizienz“

Neben der Verbesserung des Risikoausgleichs sehen die Experten in einer Veränderung der Spitalfinanzierung den zentralen Veränderungsbedarf, um den ökonomischen Wirkungsgrad der Finanzierung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu erhöhen. Leitlinie der Reform muss dabei das Anliegen sein, (a) stationäre und teilstationäre/ambulante Leistungen gleich zu behandeln und (b) Wettbewerbsverzerrungen zwischen öffentlichen/öffentlich subventionierten Spitälern und Privatspitälern zu beseitigen.

Neben der Veränderung der Finanzierungsregeln scheinen den Experten weitere Reformen kurz- und mittelfristig wichtig, um den ökonomischen Zielerreichungsgrad des KVG zu erhöhen. Dazu gehört die Aufhebung des Kontrahierungszwanges.

Reform in zwei Phasen

Die von den Experten vorgeschlagenen Reformschritte bedingen einen substantiellen Konsens zwischen den gesundheitspolitischen Akteuren. Da ihres Erachtens ein solcher Konsens zurzeit noch nicht vorhanden ist, haben sie die Reform in zwei Phasen unterteilt. Zum einen in Massnahmen, die sich eher für eine kurz- und mittelfristige Umsetzung anbieten, und zum anderen in solche, die eher längerfristig ein Thema bilden können.

Zur ersten Gruppe gehören folgende Massnahmen:

- Die Festsetzung eines sozialpolitisch verbindlichen Eckwertes bei der Prämienverbilligung.
- Die Festlegung eines Zeitplans zur allfälligen Senkung dieses Eckwertes.
- Die Veränderung des Risikoausgleichs.
- Die Veränderung der Spitalfinanzierung gemäss dem bundesrätlichen Vernehmlassungsvorschlag vom Frühjahr 1999.
- Die Aufhebung des Kontrahierungszwangs.

Eher in einem längerfristigen Zeithorizont realisierbar scheinen den Experten folgende Massnahmen:

- Die Bildung eines monistischen Finanzierungssystems mit einer Fondslösung.
- Die Überführung der kantonalen Subventionen für stationäre und teilstationäre Aufenthalte in den Fonds.
- Eine allfällige Steuerfinanzierung des Fonds.
- Die Bildung eines Hochrisikopools.

Der Bundesrat hat an seiner Sitzung vom 6. März 2000 von den Vorschlägen der Experten Kenntnis genommen.

2 Grundzüge der Vorlage

2.1 Stossrichtung

Grundsätzliches

Zum Grundsätzlichen und den Gründen, welche für eine Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes sprechen, kann auf die Botschaft des Bundesrates vom 21. September 1998 (BBl 1999 791) verwiesen werden, welche die Festsetzung der Bundesbeiträge in der Krankenversicherung und eine Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes zum Thema hat.

Erneut hervorzuheben ist jedoch der Zweck der vorgeschlagenen Teilrevision im Bereich der Spitalfinanzierung: Er besteht nicht in einer Änderung der grundlegenden Mechanismen des Gesetzes im Sinne einer Systemänderung. Für eine solche wäre der Zeitpunkt zu früh gewählt, denn die neuen Mechanismen konnten ihre volle Wirkung – wegen der zu kurzen Zeitspanne seit ihrem Inkrafttreten und der insbesondere bei der Spitalplanung gewährten Übergangsfrist – noch nicht vollständig entfalten. In diesem Sinne zielt diese Teilrevision im Übrigen auf Änderungen ab, welche bewirken sollen, dass die verschiedenen Elemente des Systems ohne grössere Schwierigkeiten funktionieren können. Neben der Bereinigung von Unklarheiten sind insbesondere die Anreize konsequenter auf das Ziel der Kosteneindämmung auszurichten. Dies bedingt eine Abkehr vom im Gesetz implizit enthaltenen Prinzip der Kostendeckung. Ersetzt werden soll es durch die Finanzierung von Leistungen. Zum Thema Spitalfinanzierung und Kosteneindämmung sind im Übrigen verschiedene parlamentarische Vorstösse eingegangen. In seinen Antworten hat der Bundesrat immer daran festgehalten, dass, bevor eine grundsätzliche Systemänderung – wie zum Beispiel die völlige Abschaffung der Spitalsubventionen – in Betracht gezogen wird, das System des KVG seine Wirkung entfalten soll.

Dauerhafte Beseitigung von Unklarheiten

Das vorrangige Ziel dieser Teilrevision besteht darin, die oben unter Ziffer 1.1.3 erwähnten, nach Inkrafttreten des neuen Krankenversicherungsgesetzes aufgetretenen Unklarheiten einer dauerhaften Lösung zuzuführen. Als Alternative zu einer weiteren punktuellen Regelung im Sinne einer Weiterführung des heute bestehenden Abkommens zwischen Kantonen und Versicherern innert einer längeren als heute vereinbarten Frist soll im Rahmen dieser Teilrevision eine definitive Regelung vorgeschlagen werden, welche auch die noch offene Frage in Bezug auf die innerkantonal behandelten Halbprivat- und Privatversicherten einbezieht.

Beibehaltung des dualen Systems der Spitalfinanzierung

Mit dieser Teilrevision sollen die im Gesetz verankerten Grundsätze konsequent umgesetzt, das System soll jedoch nicht grundsätzlich in Frage gestellt werden. Alternativen wie zum Beispiel die unternehmerische Verselbstständigung oder gar Privatisierung der öffentlichen Spitäler fallen deshalb in diesem Rahmen ausser Betracht. Zudem ist dies in erster Linie eine Frage der auf kantonaler und kommunaler Ebene vorgesehenen Organisationsform. Ebenso soll an dieser Stelle kein monistisches Finanzierungssystem – das heisst ein System, in dem alle Mittel – evtl. via einen Fonds – von den Versicherern zu den Leistungserbringern fliessen, vorgeschlagen werden. Da die Schaffung einerseits der Rahmenbedingungen und andererseits des politischen Konsenses, welche beim Übergang zu einem monistischen System erfüllt sein müssten, in der kurzen und mittleren Frist nicht möglich ist, hält der Bundesrat ein aus einer Quelle finanziertes Vergütungssystem in Übereinstimmung mit den Experten einzig in der langen Frist allenfalls für realisierbar. Indessen tragen die in dieser Teilrevision vorgesehenen Massnahmen dazu bei, dass dereinst die Einführung eines monistischen Systems denkbar ist.

Keine Rückkehr zum Kranken- und Unfallversicherungsgesetz von 1911

Aus dem im Frühjahr 1999 durchgeführten Vernehmlassungsverfahren zum Vorschlag des Bundesrates zur Teilrevision der Krankenversicherung im Bereich der Spitalfinanzierung ging hervor, dass verschiedene Kantone in erster Linie eine durch die Neuordnung der Spitalfinanzierung bewirkte finanzielle Mehrbelastung abwenden wollen. Aus Kantonskreisen wird vorgeschlagen, die Spitalfinanzierung wieder in Anlehnung an jene des vormaligen Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes auszugestalten. Die Spitäler würden damit weiterhin über Zusatzversicherungen zusätzliche Erträge erzielen, was wiederum den Kantonen bezüglich der Defizitdeckung zugute kommt. Am mit dem neuen Krankenversicherungsgesetz eingeführten Element der Spitalplanung möchten sie indessen festhalten. Damit hätten sie die Möglichkeit, die Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung zu steuern und zu begrenzen. In einem solchen System käme jedoch den Zusatzversicherungen ein noch grösserer Stellenwert zu, als dies heute der Fall ist. Das Modell erscheint dem Bundesrat problematisch, weil heute bestehende Unklarheiten in Bezug auf die Finanzierung der Leistungen weitergeführt würden. Die Intransparenz würde (noch) grösser. Jede auch nur teilweise Rückführung des heutigen Systems in die Richtung der Mechanismen der alten Kranken- und Unfallversicherung läuft den oben unter Ziffer 1.1.3 eingangs erwähnten Zielsetzungen einer sozialen Krankenversicherung diametral entgegen. Ideen, ausgehend von rein finanziellen Überlegungen, auch in der obligatorischen Krankenversicherung zwei oder mehrere Kategorien von Versicherten zu bilden, führen unweigerlich zum Bruch des Solidarsystems in der Krankenversicherung und zu unkontrollierbaren, weil ohnehin nicht Marktmechanismen gehorchenden Kostensteigerungen.

Festschreibung eines fixen Finanzierungsanteils von Kantonen und Versicherern im Spitalbereich

Das Krankenversicherungsgesetz garantiert mit dem Obligatorium (Art. 3 KVG) und einem entsprechenden Pflichtleistungskatalog (Art. 24 KVG) allen Personen mit Wohnsitz in der Schweiz den Zugang zu einer breiten Palette von medizinischen Leistungen. Ausserdem ist keine Befristung der Leistungen bei stationärer Behandlung mehr möglich. Damit wird allen versicherten Personen – ohne Vorbehalte – der

gleiche Zugang zu den gleichen Leistungen garantiert. Zusätzliche Leistungen sollten freiwillig und mit entsprechenden Prämienfolgen zusätzlich zu versichern sein, dies nach den Regeln des Privatversicherungsrechts. Dieses Prinzip gilt sowohl für die ambulante und teilstationäre als auch für die stationäre medizinische Behandlung.

Diese neuen Regelungen wirken sich auch auf die Finanzierung des Spitalbereichs aus. Im Jahr 1998 entschädigte die obligatorische Krankenpflegeversicherung die im stationären Rahmen erbrachten Pflegeleistungen der Spitäler mit 3,6 Milliarden Franken, was 25,5 Prozent der Ausgaben der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für die gesetzlichen Leistungen gleichkommt (Bundesamt für Sozialversicherung: Statistik über die Krankenversicherung 1998, Bern 1999, S. 47). Vom insgesamt in den Spitalbereich fliessenden Betrag von rund 10,8 Milliarden Franken gehen dazu rund 2,8 Milliarden zu Lasten der Zusatzversicherungen und 4,3 Milliarden (inkl. Investitionskosten) zu Lasten der öffentlichen Hand. Aus der Tabelle 1 im Anhang geht hervor, dass der Anteil der öffentlichen Hand an der Finanzierung der Spitäler seit Anfang der Neunzigerjahre rückläufig ist, indem der von den Kantonen finanzierte Anteil (inkl. Investitionskosten) von 35,5 Prozent im Jahre 1991 auf 29,7 Prozent im Jahre 1998 sank (N. Siffert, R. Rossel et al.: Analyse der Wirkungen des neuen Krankenversicherungsgesetzes, Bern 2000, Tabelle 5.4.1; weil die Ausgangsgrösse dieser Angaben auf einer Schätzung beruht, ergeben sich im Vergleich zur erstgenannten Statistik minime Differenzen). Wenn die öffentlichen Haushalte 1998 denselben Anteil an der Finanzierung der Spitäler übernommen hätten wie 1991, wären ihnen zusätzlich Ausgaben im Umfang von rund 1,4 Milliarden Franken erwachsen. Mit der vorliegenden Teilrevision soll diesem schleichenden Rückzug der öffentlichen Hand aus der Spitalfinanzierung Einhalt geboten werden – um zu verhindern, dass eine kontinuierliche Verlagerung der Finanzlast auf die Krankenversicherung und die damit verbundene Überwälzung auf die Kopfprämien allmählich gravierende Umverteilungswirkungen auslösen kann. Aus diesem Grund schlägt der Bundesrat den Wechsel zu einem System mit je hälftigen Finanzierungsanteilen vor, in dem nicht die Verschiebung der Kosten auf die anderen beteiligten Partner, sondern die Eindämmung der Gesamtkosten im Zentrum steht. Eine solche Regelung entschärft zudem den Interessenkonflikt der Kantone, welche wegen deren Funktion als Spitalbetreiber einerseits und als Tarifgenehmigungsbehörde andererseits besteht. Indem der Kostendeckungsgrad als Bestimmungsfaktor eines Tarifs wegfällt, wird die Beurteilung der Tarifverträge auf die Billigkeit und wirtschaftliche Tragbarkeit durch die Genehmigungsbehörde reduziert. Zudem wird die Tarifgenehmigung von einem politisch motivierten Element entlastet.

2.1.1 Nicht aufgenommene Revisionsthemen

Globalbudgets im ambulanten Bereich

In der Botschaft vom 21. September 1998 über die Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (BB1 1999 791) schlug der Bundesrat vor, die Globalbudgetierung im ambulanten Bereich sowohl als ordentliche Massnahme (durch die Kantone) wie auch als ausserordentliche Massnahme (auf Antrag der Versicherer) zur Kosteneindämmung einzuführen. In der parlamentarischen Beratung waren sich sowohl der Ständerat wie auch der Nationalrat darüber einig, dass die Ermöglichung von Globalbudgets im ambulanten oder teilstationären Bereich auf kantonaler

Ebene noch nicht spruchreif sei. Dies u.a. wegen der zu unklaren Funktionsweise und den noch ungenügenden statistischen Grundlagen. Aus diesen Gründen sei diese ausserordentliche Massnahme erst in einer späteren Revisionsetappe weiter zu verfolgen.

Das Parlament wie auch der Bundesrat sind sich jedoch darüber einig, dass noch weitere Anstrengungen im Bereich der Kosteneindämmung unternommen werden müssen und dass es dazu auch neuer Instrumente und Massnahmen bedarf. Das Parlament hat sich im Rahmen der Beratungen der ersten Teilrevision gegen die Einführung des Globalbudgets im ambulanten Bereich ausgesprochen und sich stattdessen für die Diskussion der Aufhebung des Kontrahierungszwanges im Rahmen dieser Vorlage entschieden. Der Bundesrat hat diesen Entscheid wie auch den Hinweis auf die ungenügenden statistischen Grundlagen zur Kenntnis genommen. Aus diesem Grunde unterbreitet er, gemäss dem Auftrag des Parlamentes, in dieser Vorlage einen Entwurf zur Aufhebung des Kontrahierungszwanges; wie bis anhin wird er sich im Rahmen seiner Möglichkeiten dafür einsetzen, die Entwicklung der notwendigen Statistiken – insbesondere im ambulanten Bereich – zu fördern, damit aussagekräftige Zahlen vorliegen, welche in einem späteren Zeitpunkt als Grundlage für die Einführung von Globalbudgets im ambulanten oder teilstationären Bereich dienen können.

Risikoausgleich

Unter dem alten Bundesgesetz vom 13. Juni 1911 (BS 8 281) über die Kranken- und Unfallversicherung (KUVG) konnte eine zunehmende Entsolidarisierung in der sozialen Krankenversicherung beobachtet werden, indem jüngere Versicherte in kostengünstige Krankenkassen abwanderten. In der Folge begannen sich die Risikokollektive der Krankenkassen in jüngere und ältere Versicherte aufzuteilen. Deshalb wurde mit den dringlichen Massnahmen gegen die Entsolidarisierung in der Krankenversicherung (BB vom 13.12.1991) auf den 1. Januar 1993 ein Risikoausgleich unter den Krankenkassen eingeführt. In seiner Botschaft vom 6. November 1991 (BBl 1992 I 125) über die Revision der Krankenversicherung schlug der Bundesrat dann auch für das neue Krankenversicherungsgesetz einen auf zehn Jahre befristeten Risikoausgleich vor, mit welchem einerseits die Solidarität unter den Versicherern verbessert und andererseits der Risikoselektion entgegengewirkt werden sollte. Die entsprechende gesetzliche Grundlage für den Risikoausgleich wurde in Artikel 105 KVG geschaffen.

Der Risikoausgleich in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung dient dazu, die nach Alter und Geschlecht unterschiedlichen Kosten der Versicherten auszugleichen. Versicherer mit überdurchschnittlich vielen jungen und männlichen Versicherten (sprich „guten Risiken“) sollten Versicherer mit eher älteren und weiblichen Versicherten (sprich „schlechten Risiken“) unterstützen. Dadurch wird die unterschiedliche Risikostruktur ausgeglichen und einer gezielten Risikoselektion entgegengetreten.

In der Botschaft vom 21. September 1998 über die Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (BBl 1999 791) schlug der Bundesrat Änderungen vor, die dem KVG zu mehr Transparenz verhelfen und Anzelelemente einbringen sollen, welche die Funktionsweise des KVG verbessern. In diesem Sinne schlug der Bundesrat deshalb im Bereich des Risikoausgleiches die gesetzliche Grundlage für eine Verzugszinspflicht und eine Verwirkungsfrist im Zusammenhang mit der Neu-

berechnung des Risikoausgleichs auf Grund einer nachträglichen Meldung fehlerhafter Daten vor.

In der parlamentarischen Beratung waren die oben erwähnten verfahrensmässigen Verbesserungen des Risikoausgleichs unbestritten. Im Nationalrat wurde allerdings das Hinzufügen neuer Kriterien (bspw. Hospitalisierungsrisiko) für die Berechnung des Risikoausgleiches gefordert, damit eine weitere Entsolidarisierung in der sozialen Krankenversicherung verhindert werden könne. In der Differenzbereinigung setzte sich aber die Meinung durch, dass es noch verfrüht sei, den Risikoausgleich zu ändern oder zu ergänzen, da zu wenig klar sei, wie sich solche Ergänzungen auswirken würden.

In der ersten Wirkungsanalyse über den Risikoausgleich (s. oben Ziff. 1.1.4) wurde festgestellt, dass sich der Risikoausgleich, nicht zuletzt auch wegen seiner relativ einfachen Durchführbarkeit, gut bewährt hat. In dieser Wirkungsanalyse wurde jedoch auch empfohlen, den Risikoausgleich unbefristet im Gesetz zu verankern und eine Anpassung der Ausgleichsformel zu prüfen. Dieser Empfehlung ist das BSV nachgekommen und hat eine zweite Wirkungsanalyse in Auftrag gegeben, mit welcher abgeklärt werden sollte, ob und allenfalls in welcher Weise die Wirkung des Risikoausgleichs noch verbessert werden könnte.

Die zweite Wirkungsanalyse zum Risikoausgleich (s. oben Ziff. 1.1.4) hat nun gezeigt, dass es mehrere Möglichkeiten gibt, den Risikoausgleich unter den Krankenversicherern allenfalls zu verbessern. Es wurde beispielsweise eine prospektive Ausgestaltung, die Hinzufügung weiterer Berechnungskriterien, aber auch die Schaffung eines Hochrisikopools vorgeschlagen.

Der Bundesrat ist zum heutigen Zeitpunkt der Meinung, dass der Risikoausgleich in der bestehenden Form und mit den in der ersten Teilrevision des KVG vorgenommenen verfahrensmässigen Verbesserungen an sich gut funktioniert. Er ist auch der Meinung, dass eine allfällige Änderung des Risikoausgleiches nicht überstürzt vorgenommen werden sollte. Der Bundesrat verzichtet deshalb im heutigen Zeitpunkt darauf, eine Ergänzung des Risikoausgleichs im Sinne eines Hinzufügens von neuen Kriterien vorzuschlagen. Hingegen schlägt er vor, die Befristung des Risikoausgleichs aufzuheben (Näheres unten unter Ziff. 3).

Finanzierung der Leistungen im Pflegebereich

Am 6. März 1997 hat Nationalrat Rychen eine Parlamentarische Initiative (97.402) eingereicht, mit welcher befristete Massnahmen gegen die Kostensteigerung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung verlangt wurden. Ein dringlicher Bundesbeschluss soll Einschränkungen gegenüber den im Krankenversicherungsgesetz vorgesehenen Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bei der Krankenpflege zu Hause und im Pflegeheim sowie ein Moratorium bei der Zulassung neuer Leistungserbringer vorsehen. Mit Beschluss des Nationalrats vom 20. Juni 1997 wurde der Initiative Folge gegeben (AB 1997 N 1441). Der Vorschlag einschränkender Kostenübernahme bei der Pflege zu Hause wurde vom Initianten im Februar 1999 zurückgezogen, da seines Erachtens das angestrebte Ziel durch die seit dem 1. Januar 1998 in Kraft stehende Anpassung der Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung [KLV; SR 832.112.31]) erfüllt ist. Mit Bezug auf die Krankenpflege im Pflegeheim beharrte der Initiant indes auf der geforderten Aufhebung der Kostenübernahmepflicht der Krankenversicherung: Nach dem vom Initianten modifizierten Antrag vom 4./5. Februar 1999 hat die obligatorische Krankenpflege-

versicherung nur noch einen Beitrag an die Krankenpflegekosten in der Höhe der Hälfte der tarifvertraglich festgelegten Kosten zu erbringen.

Der Vorschlag zur hälftigen Finanzierung der vertraglich festgelegten Krankenpflegekosten im Pflegeheim ist nicht vergleichbar mit jener Lösung, welche der Bundesrat im Rahmen seines Vorschlags zur Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes im Frühjahr 1999 einer Vernehmlassung unterzogen hat. Letztere sieht zwar einen fixen, in der Regel hälftigen „Kosten“teiler bei der Finanzierung der leistungsbezogenen Pauschalen beim Spitalaufenthalt vor. Da Pflegeleistungen im Pflegeheim resp. im Spital nicht im selben Kontext stehen, sie einen verschiedenartigen Zweck erfüllen und die Institutionen folglich auch unterschiedlich finanziert sind, ist die Ausrichtung eines hälftigen Beitrags an die tarifvertraglich festgelegten Kosten der Pflegeheime nach Auffassung des Bundesrates abzulehnen. Der Bundesrat hält eine analoge Finanzierungsregelung für die Leistungen der Spitäler und Pflegeheime im gegenwärtigen Kontext nicht für angebracht. Auf Antrag der nationalrätlichen Kommission wurde die Parlamentarische Initiative am 24. März 2000 denn auch abgeschrieben (AB 2000 N 439), jedoch mit dem Auftrag an den Bundesrat verbunden, innerhalb eines Jahres ein Konzept zur Finanzierung des Pflegebereichs zu erarbeiten. Ein solches Konzept hat als Ausgangspunkt die Aufgaben von Krankenversicherung, Kantonen und Gemeinden voneinander abzugrenzen und darauf abgestützt die Finanzierungsfrage zu prüfen. Der Bundesrat hält es für angebracht, dass im Hinblick auf ein derartiges Pflegekonzept die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV und die im Rahmen der 4. IV-Revision vorgesehene Assistenzentschädigung in die Betrachtungen einzubeziehen sind. Gleiches gilt für die in der Motion Vermot (98.3344) aufgegriffene Entschädigung der spitalexternen Krankenpflege. Ein Pflegekonzept hätte sowohl die Pflege in einem Pflegeheim als auch die Pflege zu Hause zu umfassen.

2.2 **Korrektur von Elementen, welche der Kosteneindämmung entgegenstehen**

Die Kostensteigerung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung hält auch nach Inkrafttreten des Gesetzes an. Dennoch ist nach dem Übergangsjahr 1996, in dem sich die Systemänderungen und insbesondere die Schliessung von Lücken im Leistungskatalog auswirken, eine Beruhigung festzustellen, welche nach Einschätzung der Versicherer anhalten dürfte:

Jahr	Veränderung der Kosten in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Brutto)
1995	+ 4,6%
1996	+ 10,2%
1997	+ 5,5%
1998	+ 6,7%
1999	+ 4,1%
2000	+ 3,1%

Quelle:

1996–1999: Bundesamt für Sozialversicherung, Statistik über die Krankenversicherung, S. 47; 2000: laut den durchschnittlichen Erwartungen der Krankenversicherer bei der Kalkulation der Prämien 2000.

Der Kostenanstieg im Bereich der stationären Spitalleistungen ist bedeutend geringer als der in der Tabelle oben gezeigte, auf die Gesamtkosten der obligatorischen Krankenversicherung bezogene. Im stationären Spitalbereich stiegen die Kosten zwischen 1997 und 1998 um 1,2 Prozent an (Bundesamt für Sozialversicherung: Statistik über die Krankenversicherung 1998, Bern 1999, S. 48); für die vorhergehende Periode ist auf Grund der Daten der Krankenversicherer sogar ein leichter Rückgang der Ausgaben für Spitalbehandlungen anzunehmen. Allerdings darf nicht davon ausgegangen werden, dass sämtliche nicht mehr unter den Spitalkosten erscheinenden Ausgaben eingespart worden sind: Teilweise sind sie in den ambulanten und spitalambulanten Bereich und den Pflegeheimsektor verschoben worden. Weil letztere Bereiche weniger kostenintensiv als der Spitalsektor sind, hat sich die Entwicklung vorteilhaft auf die Entwicklung der gesamten Gesundheitskosten ausgewirkt, wegen der Subventionierung der Spitalleistungen durch die Kantone nicht jedoch auf die Ausgaben der Krankenversicherung.

Weil in der Medizin allgemein die Tendenz besteht, dass wegen der Entwicklung schonenderer Behandlungsmethoden vermehrt Behandlungen ambulant statt im stationären Rahmen durchgeführt werden, wurden immer mehr Spitalbetten überflüssig. Zudem hatten die Kantone auf Grund des neuen Krankenversicherungsgesetzes bis zum 1. Januar 1998 eine Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung sowie daraus resultierend Spitallisten zu erstellen; die Spitalplanungen beinhalteten auch den Abbau von Überkapazitäten. Insbesondere diese beiden Faktoren führten zur oben genannten Kostenentwicklung im Spitalbereich. Da die verschiedenen Spitalplanungen sich, je nach Kanton, auf einen Zeithorizont bis ins Jahr 2000, 2005 oder 2010 beziehen, haben die mit den Planungen eingeleiteten Massnahmen zum Abbau bestehender Überkapazitäten ihre volle Wirkung somit noch nicht entfalten können.

In dieser Teilrevision soll – unter Beibehaltung des an sich etatistischen Elements der Spitalplanung – unter anderem der vermehrten Ausrichtung der betriebswirtschaftlichen Anreize auf das Ziel der Kosteneindämmung Gewicht zukommen. Dies bedingt, dass einerseits Entscheidungskompetenz und Finanzierungslast von der gleichen Stelle wahrgenommen bzw. getragen wird und andererseits, dass im Spitalbereich unternehmerische Kriterien stärker zum Tragen kommen. Dies bedeutet für die Entscheidsträger mehr Eigenverantwortung, aber auch ein erhöhtes Risiko. Die heute unterschiedliche Finanzierung von Investitions- (zum grossen Teil finanziert durch die Kantone) und Betriebskosten (duale Finanzierung) steht mit diesem Ziel im Widerspruch und ist aus betriebswirtschaftlicher Sicht nicht zu rechtfertigen: Investitionen sind nie unabhängig vom Betrieb, Investitionen haben immer auch einen Einfluss auf die Betriebskosten (Leistungsangebot, Abschreibungen). Mit der Entstehung neuer Finanzierungsformen, insbesondere des Leasings, ist der Übergang zwischen Investitions- und Betriebskosten zudem fliessend geworden. Dies rechtfertigt eine ganzheitliche Sicht und bedeutet, dass für Betriebs- und Investitionskosten die gleiche Finanzierungsregelung gelten soll. Im übrigen sind zur vermehrten Ausrichtung der Spitalführung auf unternehmerische Kriterien auch die entsprechenden Führungsinstrumente und insbesondere eine ausgebauten Kostenrechnung zu fordern.

Mit einem auf Kosteneindämmung ausgerichteten System im Widerspruch steht das implizit aus dem vormaligen Kranken- und Unfallversicherungsgesetz übernommene Prinzip der generellen Deckung der anrechenbaren Betriebskosten: Zumeist werden die gesamten Betriebsdefizite der öffentlichen Spitäler von der öffentlichen Hand

getragen. Solche Rahmenbedingungen bilden wenig Anreiz zu betriebswirtschaftlichem Denken. Mit der vorliegenden Teilrevision soll vollständig vom Prinzip der Kostendeckung abgerückt und zur Finanzierung von Leistungen übergegangen werden. Dieser Übergang von der Institutsfinanzierung zur Leistungsfinanzierung ist im Grundsatz schon in der Regelung des neuen KVG angelegt. Tarifierung und Abrechnungsverhalten von Spitälern und Krankenversicherern sollen jedoch künftig konsequent auf die Leistungsfinanzierung ausgerichtet werden.

2.3 Aufhebung des Kontrahierungszwangs im ambulanten Bereich

Der Bundesrat hat in Erfüllung des Parlamentsauftrages die Aufhebung des Kontrahierungszwangs geprüft und, wie unter Ziffer 1.2 dargestellt, einen Gesetzesentwurf zum vom Parlament geforderten wettbewerblichen Vertragsmodell in ein Vernehmlassungsverfahren gegeben. Der Bundesrat sieht auf Grund des Ergebnisses des Vernehmlassungsverfahrens seine Skepsis bezüglich der Praktikabilität und Verhältnismässigkeit der vorgeschlagenen Massnahmen bestätigt. Der Bundesrat hat während des Vernehmlassungsverfahrens die Praktikabilität des vorgeschlagenen Modelles prüfen lassen und abklären lassen, ob verlässliche und akzeptierte Kriterien für die Auswahl der Leistungserbringer zur Verfügung stehen. In die Betrachtung wurden auch, wie nachfolgend dargestellt, andere Länder einbezogen.

Exkurs: Zulassung und Vergütung der Ärztinnen und Ärzte im Krankenversicherungssystem Deutschlands und Frankreichs

Praktisch alle westeuropäischen Länder sehen sich in Bezug auf die Zunahme der Zahl der Ärztinnen und Ärzte weitgehend in der gleichen Situation. Nachfolgend sollen die Zulassungsmodalitäten in zwei Ländern, in welchen kein staatlicher Gesundheitsdienst, sondern ein Versicherungssystem besteht, kurz dargestellt werden.

Der Zugang der Ärzte und Ärztinnen zum französischen System der „Sécurité sociale“ ist liberal ausgestaltet. Ein Arzt oder eine Ärztin haben sich vorab bei der Ärztesgesellschaft anzumelden, die die Bewilligung zur Berufsausübung erteilt, nachdem sie die berufliche Qualifikation geprüft hat. Anschliessend haben sich die Betroffenen bei der „Sécurité sociale“ anzumelden, damit ihre Leistungen von der Versicherung übernommen werden. Weitere Bedingungen werden keine gestellt. Ein Arzt kann von der „Sécurité sociale“ nicht abgewiesen werden, muss sich aber selbstverständlich den vertraglichen Regelungen bezüglich Rechnungsstellung und Auskunftserteilung unterziehen. Die Vergütung der Leistungen durch die „Sécurité sociale“ richtet sich nach dem nationalen Vertragstarif. Es ist erlaubt, zu Lasten der Zusatzversicherung der Patienten und Patientinnen einen höheren Tarif in Rechnung zu stellen. Fast alle praktizierenden Ärzte und Ärztinnen in Frankreich gelten als Vertragsärzte der „Sécurité sociale“.

Das System der kassenärztlichen Vergütung in Deutschland wurde in mehreren Etappen reformiert. Der Grundsatz besteht zwar nach wie vor in der Einzelleistungsvergütung; die Einzelleistungen sind im „einheitlichen Bewertungsstab“, der Tarifstruktur, festgelegt. Das Honorar der Kassenärzte wird in einem zweistufigen Verfahren ermittelt. In einem ersten Schritt vereinbaren die Spitzenverbände der Krankenversicherer und der Kassenärzte jährlich die Höhe der Gesamtvergü-

tung. Die weitere Verteilung liegt in der Kompetenz der kassenärztlichen Vereinigung, welche in einem zweiten Schritt die Gesamtsumme auf die einzelnen Kassenärzte verteilt. Die Verteilung auf die Kassenärzte ist gesetzlich geregelt; die einzelnen Volumina hängen davon ab, welcher Fachgruppe der jeweilige Arzt resp. die Ärztin angehört und welche Zusatzqualifikationen er oder sie aufweist. Durch die Budgetdeckung und die Kosten der ambulanten ärztlichen Versorgung festgeschrieben, eine nachträgliche Anpassung ist nicht vorgesehen. Mit der Einführung des Gesundheitsstrukturgesetzes von 1993 wurden die Versuche zur Kosteneindämmung verstärkt. Die Gesamtvergütung der Kassen im ambulanten ärztlichen Bereich darf nur noch im gleichen Verhältnis wie die Gesamtlohnsumme steigen. Die bisherigen Zulassungsbeschränkungen wurden verschärft und die Bedarfsplanung enger gefasst, sodass sich weniger Ärzte niederlassen konnten. Eine Praxisbewilligung wird durch die kassenärztliche Vereinigung des jeweiligen Bundeslandes nur erteilt, sofern ein Praxiskontingent zur Verfügung steht. Mit dem „Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000“ (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000) vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626), das am 1. Januar 2000 in Kraft getreten ist, hat der Deutsche Bundestag eine Änderung des § 102 des Sozialgesetzbuchs V (SGB V; Bedarfszulassung) beschlossen. Danach erfolgt ab dem 1. Januar 2003 die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung auf Grund von Verhältniszahlen, die gesetzlich festgelegt werden. Die Festlegung der Verhältniszahlen erfolgt arztgruppenbezogen und regelt das Verhältnis von Haus- und Fachärzten (§ 102 Abs. 1 Satz 2 SGB).

Rahmenbedingungen für eine Aufhebung des Kontrahierungszwanges

Trotz intensiven Abklärungen sieht sich der Bundesrat veranlasst, die in der Vernehmlassung geäußerte Meinung, dass die Einführung eines wettbewerblichen Vertragsmodelles mit grossen Unsicherheiten behaftet ist und weitere Abklärungen benötigt, zu teilen. Als Alternative schlägt der Bundesrat vor – wie auch von verschiedener Seite im Rahmen des Vernehmlassungsverfahrens gefordert –, die bestehenden Instrumente des KVG im Bereich der Mengenregulierung zu verstärken, nämlich das Instrument der besonderen Versicherungsformen verstärkt einzusetzen und die Möglichkeit des Ausschlusses eines Leistungserbringers aus dem Krankenversicherungssystem zu erhöhen (vgl. Ziff. 3). Daher verzichtet der Bundesrat darauf, im Rahmen dieser Vorlage einen konkreten Vorschlag zur generellen Aufhebung des Kontrahierungszwanges zur Diskussion zu stellen. Indessen schlägt er vor, dass im ambulanten Bereich tätige Leistungserbringer, die mehr als 65 Jahre alt sind, einen Vertrag mit einem oder mehreren Versicherern abgeschlossen haben müssen, um zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen zu sein.

Notwendige Voraussetzung für ein wettbewerbliches Vertragsmodell ist die Transparenz des Marktes in dem Sinn, dass die Versicherten informiert sind

- über die Prämien der Versicherer,
- über die Qualität der Leistungen (Outcomequalität) der für eine Behandlung in Frage kommenden Leistungserbringer,

sodass sie sich bei dem Versicherer versichern können, der mit seinem Preis/Leistungs-Angebot ihre Erwartungen an eine ärztliche Behandlung optimal resp. am ehesten erfüllen kann.

Die Informationen über Höhe und Abstufung der Prämien in den Kantonen liegen vor. Jedoch sind Informationen über die Qualität der Leistungen der Ärzteschaft nur bruchstückhaft vorhanden; eine systematische Beurteilung der Outcomequalität der verschiedenen Ärztinnen und Ärzte ist heute schon wegen des Fehlens einer allgemein anerkannten Evaluationsmethodik nicht möglich. Ein erster Ansatz zur Beurteilung der Leistungen wird zwar mit der Einführung der gesamtschweizerisch gültigen Tarifstruktur für Arztleistungen TarMed geschaffen: Der TarMed wird Transparenz darüber schaffen, welcher Arzt resp. welche Ärztin welche Leistung wie häufig verrechnet. Damit lässt sich jedoch nicht auf die Qualität der Behandlung und schon gar nicht auf das Outcome schliessen.

Damit ein wettbewerbliches Vertragsmodell beim heutigen Informationsstand eingeführt werden könnte, müssten daher zum Schutz der Versicherten Rahmenbedingungen geschaffen werden, um einerseits die medizinische Versorgung für die gesamte Bevölkerung zu gewährleisten und um andererseits die Wirtschaftlichkeit und Qualität des Systems sicherzustellen:

- Versorgungssicherheit: Richtlinien von Bund und/oder Kantonen über die adäquate Versorgung müssen definiert sein und durchgesetzt werden können.
- Sicherstellung von Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen: Die Vertragspartner müssen sich über den Inhalt dieser Begriffe und über die Kriterien zu deren Beurteilung vertraglich einigen (Einzelvertrag oder Verbandsvertrag) und die Einhaltung der Vertragsbestimmungen sicherstellen. Für den Fall der Nichteinhaltung muss das Verfahren vorgezeichnet sein, welches im Extremfall den Ausschluss des Leistungserbringers vom Vertrag (Verbandsvertrag) resp. die Auflösung des Vertrags (Einzelvertrag) zur Folge hat.

Sollte das Parlament dennoch an der Aufhebung des Kontrahierungszwanges festhalten, so ist der Bundesrat auch weiterhin der Meinung, dass im stationären Bereich bereits das geltende Recht verschiedene Instrumente (kantonale Kompetenz zur Einführung eines Globalbudgets, Spital- und Pflegeheimplanung) zur Mengenregulierung und Kosteneindämmung zur Verfügung stellt. Daher sollte die Aufhebung des Kontrahierungszwangs auf den ambulanten Bereich beschränkt werden. Im Übrigen setzt der Bundesrat im stationären Bereich weiterhin auf die Spitalplanung der Kantone. Die Einführung dieses regulierenden Elementes, das zudem die Verantwortung der Kantone für die medizinische Versorgung ihrer Bevölkerung aufnimmt (vgl. dazu VPB 48.79), hatte bereits spürbare Auswirkungen auf die Kostenentwicklung im stationären Bereich. Zudem beurteilt der Bundesrat eine Überschneidung von kantonalen Spitalplanung und der Notwendigkeit von Tarifverträgen mit den Krankenversicherern als problematisch, da deren Konsequenzen nicht absehbar sind, weshalb er von einer Ausdehnung auf den stationären Bereich abrät. Der Bundesrat skizziert im Folgenden ein Modell, wie eine Aufhebung des Kontrahierungszwangs im ambulanten Bereich technisch in Frage käme:

Grundsätzliches

Die Aufhebung des Kontrahierungszwangs darf keine Einschränkung der Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zur Folge haben. Alle anerkannten Versicherer sind nach wie vor zur Vergütung aller gesetzlichen Leistungen verpflichtet. Für die Versicherten hätte ein wettbewerbliches Vertragsmodell jedoch zur Folge, dass an Stelle der heutigen ordentlichen Grundversicherung

eine Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer als Grundmodell eingeführt wird. Die freie Wahl des Leistungserbringers wird in dem Sinn aufgehoben, dass die Versicherten im ambulanten Bereich nur noch die Wahl unter denjenigen Leistungserbringern haben, mit welchen ihr Versicherer einen Vertrag über die Zulassung abgeschlossen hat. Die Versicherer können damit einseitig bestimmen, welche Leistungserbringer für die obligatorische Krankenpflegeversicherung für ihre Versicherten zugelassen sind. Die Versicherer sind weiterhin verpflichtet, im Rahmen des Obligatoriums die Beitrittswilligen ohne Vorbehalt aufzunehmen. Damit die Folgen einer allfälligen Konzentration von Bevölkerungsgruppen bei bestimmten Versicherern korrigiert werden können, ist die Weiterführung des Risikoausgleichs auf unbefristete Zeit erforderlich. Nur so kann auch weiterhin der soziale Ausgleich unter den Versicherern garantiert werden.

Information und Wahlmöglichkeiten der Versicherten

Für die Versicherten bedeutet dies, dass die obligatorische Krankenpflegeversicherung an Transparenz verliert. Damit die Versicherten auch im wettbewerblichen Vertragsmodell ihre Wahl des Leistungserbringers wahrnehmen können, sollen die Versicherer verpflichtet werden, die Versicherten genaustens über die für sie zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassenen Leistungserbringer zu informieren und ihnen entsprechende Einsichtsrechte zu gewähren. Damit für die versicherte Person dennoch eine gewisse Stabilität bezüglich des Versicherers besteht, sind die Versicherer verpflichtet, die Liste der zugelassenen Leistungserbringer während eines Kalenderjahres nicht einzuschränken. Damit die Versicherten im wettbewerblichen Vertragsmodell jederzeit davon ausgehen können, dass ihr Versicherer die von einem Leistungserbringer erbrachten Leistungen auch tatsächlich vergütet, sollten auch die Leistungserbringer verpflichtet werden, die Versicherten darüber aufzuklären, für welchen Versicherer sie zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung Leistungen erbringen dürfen. Unterlässt der Leistungserbringer die Information, so hat er einerseits keinen Anspruch auf Vergütung der Leistung nach KVG und andererseits infolge Nichterfüllung der aufsichtsrechtlichen Nebenpflichten der wirtschaftlichen Aufklärung grundsätzlich keinen zivilrechtlichen Honoraranspruch.

Eingeschränkt wäre hingegen die Wahlmöglichkeit der Versicherten: Sie können ihren Versicherer nicht mehr allein auf Grund der Prämienhöhe und evtl. der angebotenen Serviceleistungen auswählen, sondern ein entscheidender Faktor würden die Leistungserbringer darstellen, mit welchen der jeweils in Frage stehende Versicherer in einem Vertragsverhältnis steht. Damit der Versicherte seinen Versicherer auf Grund der für ihn optimalen Kombination zwischen Prämie und gewünschtem Angebot wählen kann, würde er ausreichende Informationen benötigen. Einerseits kann dies als Erschweris für die Versicherten betrachtet werden, die allenfalls genötigt sein können, den Versicherer zu wechseln, wenn sie den bisherigen Hausarzt oder die Hausärztin weiterhin aufsuchen möchten. Andererseits sind die Versicherten gehalten, Qualität und Kosten der verschiedenen Angebote zu vergleichen. Eine weiter gehende Wahlmöglichkeit des ambulanten Leistungserbringers wäre durch eine den Regeln des Privatversicherungsrechts unterworfenen Zusatzversicherung abzudecken.

Zulassung der Leistungserbringer

Im Unterschied zum heutigen System soll die Erfüllung der Zulassungsvoraussetzungen (u.a. personelle und infrastrukturelle Voraussetzungen) für sich allein keinen Anspruch auf den Zugang zum Krankenversicherungssystem einräumen. Vielmehr können nur diejenigen Leistungserbringer, die einen Vertrag mit einem Versicherer abgeschlossen haben, ihre Leistungen zu Lasten der sozialen Krankenversicherung abrechnen. Dabei sind auch hier Einzel- wie Verbandsverträge denkbar. Zentral ist dabei, dass für die Zulassung der Leistungserbringer Kriterien wie Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung in den Verträgen konkretisiert werden müssen. Die Vertragsautonomie wird mit dem wettbewerblichen Vertragsmodell somit stärker in den Vordergrund gerückt. Daher werden einerseits die grundsätzlichen Voraussetzungen für die Zulassung von Leistungserbringern zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung festgelegt. Wie unter dem bisherigen Recht haben die Leistungserbringer die Voraussetzungen nach den Artikeln 36–40 zu erfüllen. Ein Ziel der Aufhebung des Kontrahierungszwanges ist es, dass die Versicherer – abgesehen von Notfallbehandlungen – nur noch die Leistungen derjenigen Leistungserbringer zu vergüten haben, mit denen sie einen Vertrag abgeschlossen haben. Deshalb wird unter Buchstabe b dieses Absatzes festgehalten, dass das Vorliegen eines gültigen Zulassungsvertrages eine unabdingbare Voraussetzung ist, damit ein Leistungserbringer Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für Versicherte eines oder mehrerer anerkannter Krankenversicherer erbringen kann. Verfügt ein Leistungserbringer nicht über einen Vertrag mit einem Versicherer, so muss dieser die vom Leistungserbringer erbrachten Leistungen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht vergüten. Die Leistungserbringer nach Artikel 39 KVG sollen jedoch nur für die Erbringung von stationären und teilstationären Leistungen davon befreit werden, über einen Zulassungsvertrag mit einem oder mehreren anerkannten Krankenversicherern zu verfügen. Dies, weil der Wettbewerb zwischen im Spital und in freier Praxis erbrachten ambulanten Leistungen nicht verzerrt werden soll.

In einem wettbewerblichen Vertragsmodell sollen die Leistungserbringer und die Versicherer grundsätzlich frei in der Wahl ihrer Vertragspartner sein. Die einzige Einschränkung in der freien Wahl der Vertragspartner ist aber sowohl für die Versicherer wie auch für die Leistungserbringer die Garantie der medizinischen Versorgung der Versicherten. Muss diese auf Grund gekündigter oder fehlender Verträge für die Versicherten als gefährdet betrachtet werden, so kann entweder der Versicherer oder der Leistungserbringer an den Kanton gelangen oder dieser kann von sich aus entsprechende Massnahmen ergreifen (Art. 45 KVG).

Artikel 43 Absatz 6 KVG sieht ferner vor, dass die Vertragspartner und die zuständigen Behörden darauf achten, dass eine qualitativ hoch stehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten erreicht wird. Mit der Umsetzung eines wettbewerblichen Vertragsmodells sind jedoch die Kriterien der Wirtschaftlichkeit und Qualität, wie sie auch in den Artikeln 56 und 58 KVG konkretisiert werden, verstärkt zur Anwendung zu bringen. Nur die Konkretisierung und Anwendung derartiger Kriterien in den Zulassungsverträgen garantiert eine Auswahl der Leistungserbringer nach objektiven Kriterien. Nur ein den Qualitätsanforderungen entsprechender und Massnahmen der Qualitätssicherung erfolgreich umsetzender Leistungserbringer darf zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung Leistungen erbringen. Wer diese Anforderungen nicht erfüllt, soll auch nicht zu einem reduzierten Tarif tätig werden dürfen.

Kostenübernahme in Notfällen

Die Kostenübernahme in Notfällen soll sich weiterhin nach Artikel 41 Absatz 2 KVG richten. Damit ist auch im wettbewerblichen Vertragsmodell sichergestellt, dass die Versicherten die Kosten im Zusammenhang mit einer Notfallbehandlung von ihrem Versicherer rückerstattet erhalten, auch wenn der behandelnde Leistungserbringer über keinen Zulassungsvertrag mit dem Versicherer verfügt. Als anderer Leistungserbringer kommt nur ein die Zulassungsvoraussetzungen nach Artikel 35 KVG erfüllender Leistungserbringer in Frage, der mit einem oder mehreren anderen anerkannten Versicherern einen Vertrag abgeschlossen hat. Als Tarif wird daher ebenfalls der zwischen den Tarifpartnern vereinbarte oder gestützt auf Artikel 47 KVG durch die Kantonsregierung festgelegte Tarif zur Anwendung gelangen. Sollten mehrere Tarife für diesen einen Leistungserbringer zur Verfügung stehen, so kann der Leistungserbringer den Tarif seiner Wahl in Rechnung stellen, da es sich ja in jedem Fall um genehmigte Tarife handelt. Die Versicherer können diese umgehen, indem sie möglichst flächendeckende Tarifverträge abschliessen.

Sicherstellung der Versorgung

Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass die Leistungserbringer daran interessiert sind, mit der sozialen Krankenversicherung zusammenzuarbeiten, bietet sie ihnen doch erfahrungsgemäss einen breiten Patientenstamm. Somit werden die Versicherer, insbesondere in Anbetracht der in der Schweiz relativ hohen Dichte an Leistungserbringern, mit genügend vielen Leistungserbringern einen Zulassungsvertrag abschliessen können und wollen, damit sie auch ihren Versicherten die medizinische Grundversorgung und damit die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung garantieren können. Sollte es nun aber auf Grund ausserordentlicher Umstände dazu kommen, dass zwischen den Vertragspartnern (Leistungserbringern und Versicherern) keine Zulassungsverträge zu Stande kommen und damit die Behandlung der Versicherten nach diesem Gesetz in einem oder mehreren Leistungssektoren oder in bestimmten Fachspezialitäten nicht mehr gewährleistet ist, so müsste die Kantonsregierung, nach Anhören der Leistungserbringer und Versicherer, befristete Massnahmen ergreifen, um die Behandlung der Versicherten nach diesem Gesetz unter Einhaltung des Tarifschutzes trotzdem sicherzustellen. Es ist dies eine Art ultima ratio, in der Annahme und mit dem Ziel, den Normalzustand so schnell wie möglich wiederherzustellen. Diese Aufgabe der Notstandsbewältigung gehört in den angestammten Kompetenzbereich der Kantone im Gesundheitswesen.

Diese Möglichkeit zur Sicherung der medizinischen Versorgung für die Kantone ist im KVG bereits für die Folgen eines allfällig massiven Ausstandes von Leistungserbringern vorgesehen (vgl. dazu BBl 1992 I 177). Da im Falle fehlender Zulassungsverträge die gleichen Probleme für die Versicherten auftreten können, soll deshalb den Kantonsregierungen im Zusammenhang mit der Aufhebung des Kontrahierungszwanges dieselbe Möglichkeit zur Verfügung stehen, in Extremfällen dafür zu sorgen, dass die medizinische Versorgung der Bevölkerung trotzdem sichergestellt ist. Dies entspricht nicht zuletzt der verfassungsmässig vorgegebenen Kompetenzaufteilung zwischen Bund und Kantonen (Art. 3 BV). Der Wettbewerb darf indessen nicht dazu führen, dass mit der Rechtfertigung der Unterversorgung von der Kantonsregierung verlangt wird, eine zu hohe Zahl Leistungserbringer zu bezeichnen. Sie hat bei der Beurteilung auf die Vorgaben des Bundesrats sowie auf die zeitgemässen medizinischen Versorgungsstandards abzustellen. Damit wird parallel zur Planung des stationären Bereiches auch aufgezeigt, dass die medizinische Versor-

gung eine starke Entwicklung gerade bezüglich des medizinisch-technischen Fortschrittes aufweist, dem fortwährend Rechnung zu tragen ist. Die Beurteilung der Versorgungslage durch die Kantonsregierung soll sich ferner nicht auf das Kantonsgebiet beschränken. So kann man sich einen Fall vorstellen, in dem zwar im Kanton selbst nur eine ungenügende Zahl von Leistungserbringern einen Vertrag abgeschlossen haben, im Nachbarkanton jedoch eine genügend hohe Zahl von Leistungserbringern bereits vertraglich mit denselben Versicherern verbunden sind. Es darf daher auch Aufgabe der Versicherer sein, überregionale Verträge abzuschliessen, um die Versorgung ihrer Versicherten sicherzustellen.

Vertragsloser Zustand

Im Fall der Aufhebung des Kontrahierungszwangs im ambulanten Bereich können sich die Regelungen des KVG über den vertragslosen Zustand nur noch auf den stationären und teilstationären Bereich beziehen. Weil im ambulanten Bereich das Bestehen eines Zulassungsvertrags zwischen Versicherer und Leistungserbringer eine Voraussetzung bildet, damit der Letztere zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätig sein kann, ist die Kantonsregierung nur dann zum Eingreifen verpflichtet, wenn im ambulanten Bereich die Versorgung nicht sichergestellt ist (Art. 45 KVG) oder wenn ein Leistungserbringer oder ein Versicherer aus Versorgungsgründen die Bezeichnung eines zugelassenen Leistungserbringers und die Festsetzung eines Tarifes beanträgt (Art. 47 Abs. 1 KVG). Die bisherige Kompetenz der Kantonsregierung, im vertragslosen Zustand einen Tarif festzusetzen, soll weiterhin gelten. Zu ergänzen ist für die ambulante Behandlung eine Verpflichtung, bei Bestehen eines Zulassungsvertrages, aber Fehlen eines Tarifvertrages, einen Tarif festzusetzen.

Entsprechend wären folgende Bestimmungen vorzuschlagen:

Art. 7a (neu) Information der Versicherten

¹ Die Versicherten haben jederzeit das Recht, beim Versicherer in die Liste der Leistungserbringer Einsicht zu nehmen oder über diese Auskünfte zu verlangen. Der Versicherer muss seine Versicherten zudem rechtzeitig und umfassend darüber informieren, welche Leistungserbringer für die obligatorische Krankenversicherung mit ihm einen Vertrag über die Zulassung abgeschlossen haben, und sie über jede Änderung der Liste informieren.

² Diese Liste darf während eines Kalenderjahres nicht eingeschränkt werden.

Art. 35 Abs. 1 und 1^{bis} (neu)

¹ Zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sind diejenigen Leistungserbringer zugelassen, welche:

- a. die Voraussetzungen nach den Artikeln 36–40 erfüllen, und
- b. soweit sie im ambulanten Bereich tätig sind, einen Vertrag über die Zulassung mit einem oder mehreren anerkannten Krankenversicherern abgeschlossen haben.

¹bis Die Leistungserbringer und Versicherer sind in der Wahl der Vertragspartner frei, soweit:

- a. die medizinische Versorgung gewahrt ist;
- b. die Wirtschaftlichkeit und die Qualitätssicherung gewährleistet sind (Art. 56 und 58);
- c. beim Abschluss des Vertrages die Regeln des Kartellgesetzes vom 6. Oktober 1995 nicht verletzt werden.

Art. 41 Sachüberschrift Abs. 1 und 2 Bst. a

Grundsatz

¹ Die Versicherten können unter den für sie zugelassenen Leistungserbringern, die für die Behandlung ihrer Krankheit geeignet sind, frei wählen. Bei ambulanter Behandlung übernimmt der Versicherer die vertraglich vereinbarten Tarife. Bei stationärer oder teilstationärer Behandlung muss der Versicherer die Kosten höchstens nach dem Tarif übernehmen, der in Spitälern oder Einrichtungen der teilstationären Krankenpflege gilt, die auf der Liste des Wohnkantons der versicherten Person aufgeführt sind.

² Beanspruchen Versicherte aus medizinischen Gründen einen anderen Leistungserbringer, so richtet sich die Kostenübernahme nach dem Tarif, der für diesen Leistungserbringer gilt. Medizinische Gründe liegen bei einem Notfall vor oder wenn die erforderlichen Leistungen nicht angeboten werden:

- a. bei ambulanter Behandlung durch einen Leistungserbringer, mit dem der Versicherer einen Vertrag abgeschlossen hat;

Art. 41a (neu) Informationspflicht der Leistungserbringer

Die Leistungserbringer müssen die versicherte Person vor der Behandlung darüber informieren, für welche Versicherer sie zu Lasten der sozialen Krankenversicherung Leistungen erbringen dürfen.

Art. 45 Abs. 2 und 3 (neu)

² Macht ein Versicherer oder ein Leistungserbringer geltend, dass für ambulante Behandlungen die medizinische Versorgung ohne eine Zulassung unzureichend wäre, so kann der betroffene Versicherer oder der betroffene Leistungserbringer bei der Kantonsregierung die Zulassung nach Artikel 35 Absatz 1 verlangen.

³ Die Kantonsregierung berücksichtigt bei der Beurteilung der medizinischen Versorgung die zeitgemässen medizinischen Versorgungsstandards. Das Angebot ausserhalb des Kantons ist ebenfalls einzubeziehen.

Art. 47 Abs. 2

² Besteht für die ambulante Behandlung der versicherten Person trotz Vertrag über die Zulassung kein Tarifvertrag zwischen dem Versicherer und dem Leistungserbringer oder für die stationäre oder teilstationäre Behandlung der versicherten Person ausserhalb ihres Wohnkantons kein Tarifvertrag, so setzt die Regierung des Kantons, in dem die ständige Einrichtung des Leistungserbringers liegt, den Tarif fest.

2.4

Spitalwahl

Nach geltendem Gesetz lässt die Krankenversicherung den versicherten Personen die freie Wahl unter den für die Behandlung geeigneten und zugelassenen Leistungserbringern (Art. 41 Abs. 1 KVG). Für stationäre Behandlungen heisst dies, dass die Leistungserbringer auch der Planung entsprechen müssen. Dabei sind private Spitäler resp. Abteilungen von den Kantonen angemessen in die Planung einzubeziehen (Art. 39 Abs. 1 KVG). Dies hat zur Folge, dass grundsätzlich unter den Listenspitalern gewählt werden kann. Die Einführung der Spitalplanung hatte somit Auswirkungen auf die Wahl des Leistungserbringers. Die Frage, welche Spitäler die Versicherten aufsuchen können, wurde von Kantonen und Versicherern nach Inkrafttreten des neuen Gesetzes unterschiedlich interpretiert. Mit seinem Entscheid vom 30. August 1999 (vgl. Bundesamt für Sozialversicherung: Rechtsprechung und Verwaltungspraxis der Kranken- und Unfallversicherung, RKUV 5/1999, S. 462) hat das EVG festgehalten, dass Artikel 41 KVG die freie Spitalwahl der versicherten Personen gewährleistet, dass aber dessen Absatz 1 die Kostenübernahme durch den Versicherer einschränkt. Mit dieser Teilrevision soll deutlich gemacht werden, dass sämtliche Spitäler, die in der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt sind, im Wahlrecht der Versicherten stehen.

2.5

Kostenübernahme

Heute ist die Aufteilung der Kostenübernahme abhängig vom Ort der Behandlung und dem Rechtsstatus der Spitalträgerschaft. Bei stationärer Behandlung muss der Krankenversicherer die Kosten höchstens nach dem Tarif übernehmen, der im Wohnkanton der versicherten Person gilt. Vorbehalten ist die Beanspruchung eines ausserkantonalen Leistungserbringers im medizinischen Notfall oder im Fall, in dem die erforderliche medizinische Leistung in einem auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführten Spital nicht angeboten wird. Grund dafür ist die föderalistische Gestaltung des Gesundheitswesens. Tariffdifferenzen bei ausserkantonaler Spitalbehandlung übernimmt der Wohnkanton. Weil sich eine optimale medizinische Versorgung nach dem Spektrum der angebotenen und im Wahlrecht der versicherten Person stehenden Leistungen richten soll, nicht aber nach den Kantonsgrenzen, wird im Rahmen dieser Teilrevision der verminderten Bedeutung der Kantonsgrenzen Rechnung getragen. Die Kostenübernahme soll bei der Behandlung in einem innerkantonalen und einem ausserkantonalen Spital nach den gleichen Regeln erfolgen, sofern die Institution resp. deren Abteilung der Planung und somit einem Bedarf entspricht. Mit dem Übergang zur Leistungsfinanzierung und dem Abrücken vom Prinzip der Kostendeckung (siehe oben Ziff. 2.1 „Grundsätzliches“) rechtfertigt sich auch die Anwendung der analogen Finanzierungsregel auf Behandlungen in einem privaten nicht subventionierten Spital – unter der Bedingung, dass dieses der jeweils massgebenden Planung entspricht. Eine weiter gehende Kostenübernahmepflicht der Krankenversicherung, wie sie in der Volksinitiative „für eine freie Arzt- und Spitalwahl“ gefordert wird, lehnt der Bundesrat ab. Eine vollständig freie Spitalwahl und Kostenübernahmepflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bei der Behandlung auch in Spitälern, welche nicht in einer von einem oder mehreren Kantonen erstellten Planung aufgeführt sind, würde eine unabschätzbare finanzielle Mehrbelastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bewirken. Im Weiteren würde das in Bezug auf die Kosteneindämmung im Spitalsektor im Vordergrund

stehende Instrument, die Spitalplanung, seine Wirkung verlieren. Dass der mit den Spitalplanungen eingeleitete Abbau von Überkapazitäten im Spitalbereich nicht abgeschlossen ist, bildet einen weiteren Grund für die Ablehnung der genannten Volk-sinitiative (vgl. Botschaft des Bundesrates in BB1 1999 8809).

2.6 Gleichbehandlung von stationären und teilstationären Leistungen

Die medizinische Entwicklung hat dazu geführt, dass Leistungen, insbesondere chirurgische Eingriffe, die früher im stationären Rahmen durchgeführt wurden, heute teilstationär oder ambulant erbracht werden. Damit sind Schnittstellen entstanden, die sich laufend verändern. Um in dieser Beziehung Klarheit zu schaffen, sollen mit dieser Teilrevision alle im Spital erbrachten Leistungen, zu deren Erbringung eine Spitalinfrastruktur erforderlich ist, dem gleichen Finanzierungsregime unterstellt werden. In der Vernehmlassung wurde diese Grenzziehung angegriffen und gefordert, auch die ambulanten Leistungen gleichzustellen. Da die Erbringung von ambulanten Leistungen jedoch gerade keine Spitalinfrastruktur erfordert und damit die Gleichbehandlung analoger Tätigkeiten ausserhalb und innerhalb des Spitals erfolgt, erachten wir die vorgeschlagene Abgrenzung als sinnvoll.

2.7 Spitalplanung

Das Gesetz hat die Spitalplanung als kantonale Aufgabe eingeführt. Damit wird der unter Ziffer 1.2 umschriebenen Aufgabenteilung nachgelebt. Für die Zulassung als Leistungserbringer und die Leistungspflicht der sozialen Krankenversicherung ist die Aufnahme in die Spitalplanung/-liste Voraussetzung, und für die Kostenübernahme soll es nach der auch vom Eidgenössischen Versicherungsgericht gestützten Auffassung keine Rolle spielen, ob die stationäre Behandlung in der allgemeinen oder in der Halbprivat- oder Privatabteilung erfolgt. Dies hat zur Folge, dass alle stationären Kapazitäten in die Bedarfsplanung einbezogen werden müssen und dass eine Differenzierung nach Abteilungen nicht sachgerecht ist. Damit wird ein im Gesetz vorgesehene kosteneindämmendes Instrument verstärkt. In seiner bisherigen Rechtsprechung hat der Bundesrat bei der Beurteilung der Spitallisten unterschiedliche Anforderungen bezüglich der Kapazitäten für die Grund- und die Zusatzversicherung festgesetzt. So hat er einzig für die Behandlung von ausschliesslich grundversicherten Patientinnen und Patienten („die allgemeine Abteilung“) eine quantitativ beschränkte und auf einen Leistungsauftrag abgestützte Spitalliste gefordert. Demgegenüber hat er sich bezüglich der zusatzversicherten Patienten und Patientinnen auf den Standpunkt gestellt, dass in diesem Bereich die Kosteneindämmung durch das Mittel des Wettbewerbs erreicht werden soll. Daher wurde die Tätigkeit der Halbprivat- und Privatabteilungen von Privatspitälern und öffentlichen Spitälern zu Lasten der Krankenversicherung dann akzeptiert, wenn diese die personellen und infrastrukturellen Voraussetzungen von Artikel 39 Absatz 1 Buchstaben a–c KVG nachweisen können, was regelmässig im Zusammenhang mit der kantonalen Betriebsbewilligung erfolgt (vgl. Zusammenfassung der Rechtsprechung in; Bundesamt für Sozialversicherung, Rechtsprechung und Verwaltungspraxis der Kranken- und Unfallversicherung, RKUV 3/1999, KV 72, S. 211 ff. und 4/1999, KV 84, S. 356 ff.). Mit dieser Teilrevision soll nun eine Änderung dieser Praxis erfolgen und

zu einer quantitativen Steuerung durch eine Planung übergegangen werden, für welche die Versicherungsdeckung unerheblich ist. Aus diesen Gründen soll explizit festgehalten werden, dass sich die kantonale resp. überkantonale Spitalplanung und damit auch die Spitalliste auf alle nach KVG zu erbringenden Leistungen beziehen soll. Zusätzlich soll auf Grund der Zuordnung der teilstationären Behandlung zum stationären Bereich die Planungspflicht auf die Einrichtungen, die teilstationäre Krankenpflege anbieten, ausgedehnt werden. Die Planung im Bereich der Spitzenmedizin hingegen kann auf gesamtschweizerischer Ebene erfolgen (vgl. Ausführungen unter Ziff. 6 zum Neuen Finanzausgleich).

2.8 Leistungen

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung deckt im stationären Bereich die medizinische Behandlung sowie den Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung der Spitäler ab. Der Begriff der allgemeinen Abteilung hat im Gesetz Aufnahme gefunden, um den Leistungsumfang der Krankenpflegeversicherung zu umschreiben. Die oben in Ziffer 1.1.3 erwähnten Urteile des Eidgenössischen Versicherungsgerichts haben diese Sicht auch für das neue Recht bestätigt. Damit wurde jedoch ein unter dem alten Recht verwendeter Begriff eines Versicherungsproduktes auf das neue Recht übertragen. Weil aus den Ausführungen des EVG hervorgeht, dass nicht der physische Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung für eine Kostenübernahme durch die Krankenversicherer notwendig ist, kann der Begriff „allgemeine Abteilung“ nicht geeignet sein, die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu umschreiben. Indem sich der Leistungsumfang zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung an den Grundsatz einer sachgerechten und wirtschaftlichen Betrachtung, wie dies bis anhin durch den Begriff „allgemeine Abteilung“ umschrieben wurde, hält, kann der Begriff „allgemeine Abteilung“ gestrichen und stattdessen festgehalten werden, dass der Aufenthalt im Spital zum Leistungskatalog des Gesetzes gehört. Die Kosten zusätzlicher Leistungen, wie des medizinisch nicht indizierten Aufenthalts in einem Ein- und Zweibettzimmer oder aber die freie Arztwahl im Spital, sind durch Zusatzversicherungen zu decken.

Durch die vorgesehene Streichung des Begriffes „allgemeine Abteilung“ entfällt ferner eine Differenzierung nach dem Aufenthaltsort der Versicherten. Im Nachgang der erwähnten Urteile des EVG soll die Tarifierung nicht nur für die ausserkantonalen, sondern auch für die innerkantonalen Hospitalisationen gelten. Zukünftig soll daher sowohl die Kostenübernahme durch die Krankenversicherer wie diejenige der öffentlichen Hand allein davon abhängen, ob der Leistungserbringer für die Behandlung geeignet und zugelassen ist.

2.9 Tarife

Zentraler Punkt der Vorlage ist der Tarifbereich. Durch die leistungsbezogenen Tarife und die Festschreibung des – auf die Leistungen bezogenen – „Kosten“teilers sollen die Anreize im Sinne der Kosteneindämmung neu gesetzt werden. Im stationären und teilstationären Spitalbereich soll zwar grundsätzlich am System der Pauschaltarifierung festgehalten resp. ein solches eingeführt werden. Mit der Durchsetzung einer leistungsbezogenen Finanzierung werden die Produkte der Spitäler im Bezug auf definierte Leistungen indessen besser vergleichbar. Das Ergebnis einer

verbesserten Transparenz besteht ebenfalls in einer Stärkung des Wettbewerbs – jenen unter den Leistungserbringern.

2.10 Verstärkung der kosteneindämmenden Instrumente im ambulanten Bereich

Der Bundesrat hat bereits in seiner Botschaft zur ersten Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes festgehalten, dass er die Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer, aber auch die Bonusversicherung und die Versicherung mit wählbarer Jahresfranchise als wirksame Instrumente betrachtet, die zu einer Verringerung der Krankenversicherungskosten beitragen (BB1 1999 797). Wie unter Ziffer 2.3 erwähnt, sieht der Bundesrat in der Förderung von besonderen Versicherungsformen wie Hausarztmodellen oder HMO (Gatekeepermodelle) ein Instrument der Kosteneindämmung: Weil die Versicherten immer zuerst den – relativ kostengünstig arbeitenden – Hausarzt bzw. die Hausärztin aufsuchen, wird der Zugang zu den – teurer arbeitenden – Spezialisten in Grenzen gehalten und der „Ärztetourismus“ unterbunden. Ebenso sind in einem Hausarztmodell Mehrfachbehandlungen, das heisst die Behandlung des gleichen Leidens einer Person durch mehrere Ärztinnen oder Ärzte, nicht möglich.

Zurzeit gehören in der Schweiz ca. 400 000 Versicherte einem Hausarztmodell an. Die meisten dieser Modelle bestehen erst seit wenigen Jahren (seit 1997 und 1998). Erste Erfahrungen mit den Hausarztmodellen weisen auf ein Kosteneinsparungspotenzial von ca. 10–20 Prozent hin (G. Mathis, F. Herren: Hausarzt-Netzwerke in der Schweiz: erste breitflächige Auswirkungen, Managed Care 1998, 1, S. 8ff.). Im Fall einer flächendeckenden Einführung des Gatekeepermodells kann nicht erwartet werden, dass in Zukunft 20 Prozent der Kosten eingespart werden können. Erstens handelt es sich bei der Schätzung des Kosteneinsparpotenzials um das Ergebnis einer kurzen Versuchsperiode; die Aussagekraft dieses Ergebnisses ist nicht repräsentativ. Zweitens sind die besonderen Umstände zu berücksichtigen, welche dieses Ergebnis möglich machen: Einerseits handelt es sich bei den an Hausarztmodellen beteiligten Ärztinnen und Ärzten um eine Selektion motivierter Grundversorger, welche auch an der ökonomischen Verantwortung beteiligt sind, und andererseits ist auf Seiten der Versicherten davon auszugehen, dass es sich eher um eine negative Risikoselektion handelt.

Die Übertragung des Hausarztmodells auf das gesamte Versicherungssystem würde Verhaltensänderungen sowohl seitens der Ärzteschaft als auch seitens der Patientinnen und Patienten erforderlich machen, damit die erwarteten Kosteneinsparungen realisiert werden könnten. Es kann nicht unbedingt davon ausgegangen werden, dass die guten Ergebnisse der Hausarztmodelle in Bezug auf die Kosteneffizienz und Behandlungsqualität in einem auf das gesamte System bezogenen Gatekeepersystem aufrecht erhalten könnten: Einerseits ist davon auszugehen, dass sich für die Ärztinnen und Ärzte ein qualitativ anderes Spektrum von Patientinnen und Patienten ergibt, welche zum Teil aufwendige Behandlungen benötigen. Andererseits stiege die Zahl der durch die Grundversorger zu betreuenden Versicherten an, was sich auf die Zeitspanne auswirkt, in welcher sich der Arzt oder die Ärztin einer versicherten Person widmen kann. In der Folge wären auch Umschichtungen innerhalb der Ärzteschaft zu erwarten, da diese sich auf die erhöhte Nachfrage nach Grundversorgern einstellen würde. Angesichts der bei einer vollständigen Umkehr des Systems nicht

abschätzbaren Konsequenzen auf die Versorgung und die Behandlungsqualität wird von einer flächendeckenden Einführung des Gatekeepermodells abgesehen. Um die Wahlmöglichkeiten der Versicherten aber zu erhöhen, sollen indessen die Versicherer verpflichtet werden, in der ganzen Schweiz besondere Versicherungsformen mit einer eingeschränkten Wahl der Leistungserbringer anzubieten. So wird sichergestellt, dass jeder und jede Versicherte die Möglichkeit hat, ein solches Versicherungsmodell zu wählen.

Trotz verschiedener Vorbehalte hat der Bundesrat im Weiteren beschlossen, den Kontrahierungszwang der Versicherer mit Leistungserbringern, welche über 65 Jahre alt sind, aufzuheben. Für sie wird, im Gegensatz zur heutigen Regelung, die Erfüllung der in den Artikeln 36 bis 38 genannten Voraussetzungen für den Zugang zum System der Krankenversicherung nicht mehr genügen. Vielmehr werden nur noch jene, die einen Vertrag mit einem oder mehreren Versicherern abgeschlossen haben, ihre Leistungen zu Lasten der sozialen Krankenversicherung abrechnen können. Diese Änderung rechtfertigt sich durch die Tatsache, dass sich mit der Zeit die intellektuellen und geistigen Fähigkeiten, wie auch die Entwicklung der Kenntnisse und der Technik, verschlechtern können. Ab einem gewissen Alter besteht das Risiko, dass diese Fähigkeiten sich vermindern in dem Sinne, dass sie mit der Sicherheit, die ein Arzt oder eine Ärztin bieten müssen, oder, allgemeiner, mit dem diesen entgegengebrachten Vertrauen nicht mehr übereinstimmen, so dass diese nicht mehr in der Lage sind, ihren Beruf einwandfrei auszuüben. Um dieses Risiko zu verkleinern, stehen mehrere Systeme zur Verfügung. Man könnte sich für eine subjektive Methode, die darin besteht, dass in jedem Einzelfall ab einem gewissen Alter regelmässig geprüft wird, ob die Betroffenen weiterhin in der Lage sind, ihre Aufgabe wahrzunehmen, oder für eine objektive Methode, eine einheitliche Grenze für alle anzuwenden, aussprechen. Im vorliegenden Fall soll den Versicherern die Aufgabe übertragen werden, festzustellen, ob nach dem 65. Altersjahr, in dem die meisten Personen in Pension gehen und Anspruch auf eine AHV-Rente haben, diejenigen Leistungserbringer, die ihre Tätigkeit im ambulanten Bereich weiterhin ausüben möchten, Zulassungsbedingungen wie die Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung noch erfüllen. Zu bemerken ist hiezu, dass von den gemäss Statistik der FMH im Jahre 1999 13 622 Ärzten und Ärztinnen mit privater Praxistätigkeit in der Schweiz nur rund 7 Prozent älter als 65 Jahre sind. Zudem ist der Tatsache Rechnung zu tragen, dass nicht alle der Ärzte und Ärztinnen mit privater Praxistätigkeit ihren Beruf zu Lasten der sozialen Krankenversicherung ausüben. Was die übrigen Leistungserbringer betrifft, stehen keine Daten zur Altersstruktur zur Verfügung.

2.11 Weitere Revisionspunkte

Gesetzliche Grundlage für das Rückgriffsrecht des Wohnkantons

Der Wohnkanton leistet heute Beiträge sowohl bei einem innerkantonalen Spitalaufenthalt (Art. 49 KVG) wie bei einer stationären Behandlung ausserhalb des Wohnkantons (Art. 41 Abs. 3 KVG). Während die Beiträge nach Artikel 49 KVG indirekt durch die Subventionierung der öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler geleistet werden, wird die Differenzzahlungspflicht nach Artikel 41 Absatz 3 KVG des Wohnkantons auch nach der Rechtsprechung des EVG als der Kostenübernahmepflicht der Versicherer gleichartige, sozialversicherungsrechtliche Verpflichtung behandelt (BGE 123 V 290 ff. 310 ff.). Neu erfolgt mit der neuen Form

der Abgeltung der Spitalleistungen in jedem Fall eine direkte leistungsbezogene Vergütung durch den Wohnkanton. Daher sollen beide Leistungen dem Rückgriffsrecht auf haftpflichtige Dritte unterstellt werden, was im Vernehmlassungsverfahren auch mehrheitlich Unterstützung fand (Ziff. 1.5). Die Schaffung einer gesetzlichen Grundlage ist deshalb angebracht, weil nach einem am 18. Oktober 1999 ergangenen Grundsatzurteil des Schweizerischen Bundesgerichtes Artikel 126 KVV keine genügende formellgesetzliche Grundlage aufweist und somit ein auf diesen Artikel gestütztes Rückgriffsrecht für unzulässig erachtet wird (vgl. BGE 126 III 36 ff.).

Wichtige Arzneimittel zur Behandlung seltener Krankheiten (Orphan Drugs)

Wichtige Arzneimittel zur Behandlung seltener Krankheiten werden in vielen Fällen in der Schweiz nicht registriert, weil eine Registrierung für die Pharma-Firmen wegen des zu kleinen schweizerischen Absatzmarkts finanziell nicht interessant ist. Die Registrierung eines Arzneimittels bildet die Voraussetzung dafür, dass es in der gemäss Artikel 52 Absatz 1 Buchstabe b KVG vom BSV herausgegebenen Spezialitätenliste aufgeführt werden kann, was wiederum die Voraussetzung dafür ist, dass ein Arzneimittel von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vergütet wird. Dadurch ergibt sich die paradoxe Situation, dass Patientinnen und Patienten mit seltenen Krankheiten, also eine Personengruppe, die besonders benachteiligt und deshalb entsprechend zu schützen ist, ihre Medikamente nicht durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung vergütet erhalten. Der Bundesrat hat erkannt, dass die primäre Hemmschwelle für die Vergütung der sog. Orphan Drugs die Zulassung für den Schweizer Markt ist und hat in seinem Entwurf für ein neues Heilmittelgesetz bestimmte Erleichterungen für die Zulassung von Orphan Drugs vorgesehen (vgl. dazu die bundesrätliche Botschaft vom 1. März 1999, BBl 1999 3453). Die im Entwurf zum Heilmittelgesetz vorgesehenen erleichterten Zulassungsbedingungen für Orphan Drugs sollen möglichst rasch Auswirkungen in der sozialen Krankenversicherung haben. Denn die erleichterte Zulassung durch das Heilmittelinstitut ist die Voraussetzung für eine Aufnahme in die Spezialitätenliste, die die Kostenübernahme von Orphan Drugs durch die Krankenversicherer ermöglicht. Deshalb schlägt der Bundesrat eine Ergänzung von Artikel 52 Absatz 1 Buchstabe b des Krankenversicherungsgesetzes in dem Sinne vor, dass die Spezialitätenliste auch wichtige Arzneimittel für seltene Krankheiten enthält.

Gesetzliche Grundlage für die Vollstreckung der finanziellen Verpflichtungen der Versicherten gegenüber den Versicherern

Die Vollstreckung der finanziellen Verpflichtungen der Versicherten gegenüber dem Versicherer (Prämien gemäss Art. 61 ff. KVG und Kostenbeteiligung nach Art. 64 KVG) sowie die Folgen der Nichterfüllung sind im geltenden Recht weder formellgesetzlich geregelt noch beauftragt das Gesetz den Bundesrat, hierzu und zum Wechsel des Versicherers nähere Bestimmungen zu erlassen. Nach Artikel 96 KVG ist der Bundesrat aber mit dem Gesetzesvollzug beauftragt; er erlässt die Ausführungsbestimmungen.

Im Rahmen dieser Teilrevision soll eine formell-gesetzliche Grundlage für die Prämienzahlungspflicht und die Verzugsfolgen geschaffen werden, denn die Erfüllung der Prämienzahlungs- und der Kostenbeteiligungspflicht durch die Versicherten ist für die Finanzierung der Krankenpflegeversicherung sowie den Gesetzesvollzug unentbehrlich. Die Schaffung einer gesetzlichen Grundlage ist auch deshalb angebracht, weil auf Grund der Rechtsprechung des EVG zu Artikel 9 Absatz 3 der Ver-

ordnung über die Krankenversicherung vom 27. Juni 1995 (KVV; SR 832.102) ein Wechsel des Versicherers mangels einer formell-gesetzlichen Grundlage ungeachtet von ausstehenden Prämien und Kostenbeteiligungen zulässig ist (vgl. BGE 125 V 266 ff.).

3 **Besonderer Teil**

Artikel 13 Absatz 2 Buchstabe f (neu)

Um das Angebot an besonderen Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers zu erhöhen, wird den Versicherern neu die Verpflichtung auferlegt, diese in ihrem ganzen Tätigkeitsgebiet anzubieten. Erfüllen sie diese Verpflichtung nicht, so besteht die Möglichkeit, bei Gesuchen neuer Versicherer keine Bewilligung zur Durchführung der Versicherung zu erteilen. Bei zugelassenen Versicherern könnte die Bewilligung dann entzogen werden, wenn sie innert einem bestimmten Zeitraum gegenüber der Aufsichtsbehörde den Nachweis, dass sie die eingangs genannten Modelle anbieten, nicht erbringen. Um kleineren Versicherern diese Aufgabe nicht unnötig zu erschweren, ist die Zusammenarbeit mit anderen Versicherern zulässig.

Den Versicherten soll so die Möglichkeit geboten werden, sich kostenbewusst zu verhalten und sich für eine Einschränkung in der Wahl des Leistungserbringers zu entscheiden. Diese Einschränkung wird jedoch in Tat und Wahrheit vor allem davon abhängig sein, ob die Leistungserbringer vermehrt zu entsprechenden Vereinbarungen mit den Krankenversicherern bereit sind. Indessen besteht schon heute für die Versicherer die Möglichkeit, im Rahmen der Umsetzung von Artikel 41 Absatz 4 KVG kostengünstige Leistungserbringer einseitig auszuwählen und ihren Versicherten entsprechende Modelle anzubieten.

Artikel 21 Absatz 4

Die Planungsaufgabe der Kantone wie die Beurteilung der Entwicklung der Tarife benötigt Datengrundlagen. Gemäss Artikel 30 KVV erhebt das Bundesamt für Statistik zuhanden des Bundesamts für Sozialversicherung die Angaben der Spitäler. Die Artikel 21 und 23 KVG sind infolge der Anpassung der Sozialversicherungsgesetze an die Datenschutzgesetzgebung (Botschaft des Bundesrates vom 24. November 1999; BBl 2000 255; geänderter Rechtstext in BBl 2000 3577) geändert worden, wobei auch die Möglichkeit für die Kantone, die vom Bund gesammelten Daten über Spitäler und Pflegeheime einzusehen, vorgesehen wurde (Art. 84a Abs. 2 Bst. f KVG). Die vorgeschlagene Ausweitung der Planungspflicht auf den teilstationären Bereich macht eine Ergänzung des Artikels bezüglich des Einbezuges der Einrichtungen der teilstationären Krankenpflege bei der Datenerhebung notwendig. Zudem soll der Begriff Kostendeckungsgrad infolge der Neufassung von Artikel 49 KVG wegefallen.

Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe e

In Ziffer 2.8 ist bereits erwähnt, dass der Begriff „allgemeine Abteilung“ gestrichen werden soll. Dies hat keineswegs zur Folge, dass der Aufenthalt im Spital unabhängig von den Kosten zu übernehmen ist. Mit Blick auf die allgemeinen Voraussetzungen für die Kostenübernahme nach Artikel 32 KVG (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungen) sowie das Gebot der Wirtschaftlich-

keit nach Artikel 56 KVG kann sich die Kostenübernahme eines notwendigen Spitalaufenthalts klarerweise nur auf das für den Behandlungszweck geeignete Mass beschränken, und zwar bezogen auf die Unterbringung, die Behandlung und die Pflegeleistungen. Zusätzliche Leistungen wie der Aufenthalt in einem Einzel- oder Doppelzimmer unabhängig vom Gesundheitszustand sind weiterhin nicht dem KVG unterworfen und mittels dem Privatversicherungsrecht unterworfenen Zusatzversicherungsprodukten zu versichern. Ein solches Konzept stimmt mit dem vorgesehenen leistungsbezogenen Finanzierungssystem überein, welches die Finanzierungsverantwortung und somit den Vergütungsanteil von obligatorischer Krankenversicherung, öffentlicher Hand und allenfalls Zusatzversicherung klar definiert und voneinander abgrenzt.

Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe f

Teilstationäre Behandlungen werden nicht nur in Einrichtungen der teilstationären Krankenpflege erbracht, sondern können auch von Spitälern angeboten werden. Wir schlagen im Sinne einer Präzisierung vor, den deutschen Text in diesem Sinne umzuformulieren.

Artikel 35 Absatz 1

Das wettbewerbliche Vertragsmodell soll die Vertragsautonomie stärken. Aus diesem Grund werden die massgeblichen Bedingungen für die Zulassung der Leistungserbringer, um zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätig zu sein, festgesetzt. Der Grundsatz des geltenden Rechts, wonach die Leistungserbringer die in den Artikeln 36–40 genannten Bedingungen erfüllen müssen, bleibt daher unverändert. Eine der Zielsetzungen der Aufhebung des Kontrahierungszwanges für die über 65-jährigen Leistungserbringer ist, dass die Versicherer – abgesehen von Notfallbehandlungen – deren Leistungen nur dann vergüten, wenn sie einen Vertrag mit ihnen abgeschlossen haben. Dies ist der Grund, weshalb in Buchstabe b dieses Absatzes festgesetzt wird, dass ein über 65-jähriger Leistungserbringer einen Vertrag über die Zulassung mit einem oder mehreren anerkannten Versicherern abschliessen muss, um zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen zu sein. Wenn ein über 65-jähriger Leistungserbringer über keinen Zulassungsvertrag mit einem Versicherer verfügt, so darf dieser die Leistungen nicht aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung entschädigen.

In einem wettbewerblichen Vertragsmodell sollen die Leistungserbringer und die Versicherer grundsätzlich frei in der Wahl ihrer Vertragspartner sein. Die einzige Einschränkung in der freien Wahl der Vertragspartner ist aber sowohl für die Versicherer wie auch für die Leistungserbringer die Garantie der medizinischen Versorgung der Versicherten. Muss diese auf Grund gekündigter oder fehlender Verträge für die Versicherten als gefährdet betrachtet werden, so kann entweder der Versicherer oder der Leistungserbringer an den Kanton gelangen oder dieser kann von sich aus entsprechende Massnahmen ergreifen (Art. 45 KVG).

Artikel 43 Absatz 6 KVG sieht ferner vor, dass die Vertragspartner und die zuständigen Behörden darauf achten, dass eine qualitativ hochstehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten erreicht wird. Mit der Umsetzung eines wettbewerblichen Vertragsmodells für die über 65-jährigen Leistungserbringer sind jedoch die Kriterien der Wirtschaftlichkeit und Qualität, wie sie auch in den Artikeln 56 und 58 KVG konkretisiert werden, verstärkt zur Anwendung zu bringen. Nur die Konkretisierung und Anwendung derartiger Kriterien in

den Zulassungsverträgen garantiert eine Auswahl der über 65-jährigen Leistungserbringer nach objektiven Kriterien. Nur ein den Qualitätsanforderungen entsprechender und Massnahmen der Qualitätssicherung erfolgreich umsetzender über 65-jähriger Leistungserbringer darf zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung Leistungen erbringen. Wer diese Anforderungen nicht erfüllt, soll auch nicht zu einem reduzierten Tarif tätig werden dürfen.

Artikel 35 Absatz 2 Buchstabe i

In Anlehnung an Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe f KVG ist die deutsche Formulierung zu den Einrichtungen der teilstationären Krankenpflege auch an dieser Stelle zu ändern.

Artikel 39 Absatz 1 Buchstaben d und e sowie Absätze 2 und 3

Unsicherheiten bestehen über den Umfang der an dieser Stelle festgehaltenen Planungspflicht der Kantone. Im Hinblick auf die Anwendung der Finanzierungsregel (nachfolgend unter Art. 49 Abs. 3 KVG) auf die Behandlung aller Versicherten schlagen wir im Sinne einer Klarstellung die explizite Aufführung der Planungspflicht für alle dem KVG unterstellten Personen vor. Dies gilt auch für Patientengruppen, deren medizinische Versorgung allenfalls durch eine gesamtschweizerisch tätige ausserkantonale Institution zu erfolgen hat. Damit wird die in der Praxis häufig anzutreffende Unterscheidung zwischen den Versicherten auf Grund ihrer Versicherungsdeckung unzulässig. Zudem sollte nochmals unterstrichen werden, dass ein Kanton nur dann bedarfsgerecht planen kann, wenn er die Patientenströme kennt und seine Kapazitäten mit den Nachbarkantonen koordinieren kann.

Die Unterteilung der Listen in Kategorien dient der Umschreibung der angebotenen medizinischen Spezialitäten. Welche Aufgaben ein Spital im Rahmen der kantonalen Planung zu erfüllen hat, wird unter anderem mit dem Leistungsauftrag umschrieben. Das Wort Leistungsauftrag wurde oft falsch, nämlich dahingehend verstanden, dass mit einem Auftrag verpflichtend eine Abgeltungspflicht verknüpft sei. Nach der bisherigen Rechtsprechung des Bundesrats traf dies nicht zu (vgl. dazu den Entscheid des Bundesrates vom 26. März 1997, in: Bundesamt für Sozialversicherung; Rechtsprechung und Verwaltungspraxis der Kranken- und Unfallversicherung, RKUV 4/1997, KV 8, S. 220 ff.). Vielmehr wurde einem Spital mit dem Leistungsauftrag ein Leistungsspektrum zugewiesen und das Spital dafür in die Spitalliste aufgenommen. Aus einem so verstandenen Leistungsauftrag konnte keine zwingende finanzielle Verpflichtung des Kantons abgeleitet werden. Wenn, in Verbindung von Artikel 39 mit Artikel 49 Absatz 3 des Entwurfes, sowohl die Krankenversicherung als auch die Kantone einen Beitrag an die Vergütung der Leistungen jener Spitäler leisten, welche sich auf einer Spitalliste befinden, kommt dies der Abgeltung eines Auftrags im finanztechnischen Sinn sehr nahe. Eine Ergänzung der Bestimmung drängt sich nicht auf, weil sich die Frage der generellen Abgeltung eines Spitals für die Erfüllung seines Auftrags nicht mehr stellt, wenn Leistungen an Stelle von Objekten finanziert werden. In einem solchen System kann im Übrigen nicht von einer „Subventionierung von Privatspitalern“ gesprochen werden, da lediglich Leistungen subventioniert werden, welche ein Privatspital in Ausübung seines vom Kanton festgelegten Leistungsauftrags erbringt.

Artikel 39 Absatz 4 (neu)

Auf Grund der vorgesehenen Gleichstellung von teilstationärer und stationärer Behandlung (im einzelnen s. Art. 49 Abs. 1 KVG) in Bezug auf die Finanzierungsregelung schlagen wir bezüglich der Planung eine Ausdehnung vor, sodass für die Zulassung von Einrichtungen, die teilstationäre Krankenpflege anbieten (Art. 35 Abs. 1 Bst. i KVG), wie dies bereits für die Spitäler der Fall ist, Planung und Auf-führung auf der Liste Voraussetzung sein soll. Nur so kann der an der Finanzierung der Leistungen beteiligte Kanton seine Verantwortung bezüglich des Aus- resp. Abbaus und des Unterhaltes der Infrastruktur wahrnehmen und eine Steuerungs- und Koordinationsfunktion ausüben.

Artikel 41 Absatz 1

Im Wahlrecht des Versicherten stehen im Spitalsektor sämtliche Spitäler und Einrichtungen der teilstationären Krankenpflege, die auf der Liste des Wohnkantons aufgeführt sind.

Artikel 41 Absatz 2 Buchstabe b

Zusätzlich soll hier die Gelegenheit ergriffen werden, das Verhältnis der Absätze 2 und 3 von Artikel 41 zu klären, indem in Absatz 2 nur noch festzuhalten ist, dass, sofern für eine bestimmte Behandlung bzw. bei einem Notfall kein auf der Liste des Wohnkantons aufgeführter Leistungserbringer aufgesucht werden kann, ein anderer Leistungserbringer im Wahlrecht der versicherten Person steht. Zusammengefasst erfolgt eine Kostenübernahme für stationäre oder teilstationäre Behandlung durch die Krankenversicherung somit, wenn entweder ein auf der Liste des Wohnkantons aufgeführter Leistungserbringer für die Behandlung geeignet ist oder aus medizinischen Gründen ein anderer Leistungserbringer, der nicht auf der Liste des Wohnkantons aufgeführt ist, aufzusuchen ist. Da das Versicherungssystem in sich geschlossen ist, ist auch im letztgenannten Fall nur einem nach den Regeln des Gesetzes zugelassenen Leistungserbringer die Verrechnung von Leistungen zu Lasten der Krankenversicherung gestattet.

Artikel 41 Absatz 3

Diese Bestimmung legte die Beitragspflicht des Wohnkantons für den Fall fest, dass eine Behandlung in einem öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spital des Wohnkantons nicht angeboten oder in Anspruch genommen werden konnte. Die erwähnten EVG-Urteile haben zu einer Klärung geführt in der Frage, inwieweit die Beitragspflicht vom Aufenthaltsort der Versicherten abhängt. In Artikel 49 schlagen wir eine Ausdehnung der Finanzierungsregel auf alle Spitalabteilungen und alle Spitaltypen vor. Der Verweis auf Artikel 49 soll der Harmonisierung der Artikel 49 und 41 dienen. Klarzustellen ist demnach, dass der Wohnkanton nicht nur innerhalb des Kantons, sondern auch ausserhalb des Kantons, unabhängig von der Aufführung eines Spitals auf seiner Liste, den nach Artikel 49 geschuldeten Anteil zu übernehmen hat. Im Übrigen ist die Ausgleichspflicht des Wohnkantons bei ambulanter Behandlung Gegenstand von beim EVG hängigen Beschwerdeverfahren.

Artikel 49 Sachüberschrift

Weil vorgesehen ist, den teilstationären und stationären Bereich dem gleichen Finanzierungsregime zu unterstellen, ist die Überschrift zu Artikel 49 entsprechend anzupassen.

Artikel 49 Absatz 1

Bis anhin bildeten die anrechenbaren Betriebskosten die Grundlage für die Vereinbarung der für die soziale Krankenversicherung massgebenden Tarife: Vorgeschrieben wird, dass die Tarife der Krankenversicherung für die öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitäler einem Kostendeckungsgrad von maximal 50 Prozent der anrechenbaren Betriebskosten in der allgemeinen Abteilung für Kantonseinwohner/innen entsprechen. Wie die restlichen Kosten zu decken sind, bleibt offen. Dennoch geht man auf Grund der Verpflichtung der Kantone für die Versorgung davon aus, dass diese die von ihnen geschaffene bzw. geförderte stationäre Infrastruktur auch während des Betriebes finanziell unterstützen und insbesondere deren Defizite decken. Dies hat dazu geführt, dass die Kantone die Institutionen als Objekte finanzieren. Zwar sind für die Institutionen in den kantonalen Planungen Leistungsaufträge definiert. Die Entschädigung der Institutionen ist jedoch nicht bezogen auf deren Leistung, sondern auf die anrechenbaren Betriebskosten. Das Interesse der Betriebsführung richtet sich primär auf die Erreichung des Budgetziels, nicht jedoch auf die wirtschaftliche Erbringung der einzelnen Leistungen.

Damit die ökonomischen Anreize korrigiert werden, ist von der heutigen Objektfinanzierung abzurücken und durch ein auf der Finanzierung von Leistungen beruhendes System zu ersetzen. Denkbar sind dabei verschiedene Arten von Pauschalen. So wären die klassischen, auf Diagnosen beruhenden Fallpauschalen möglich (DRG: Diagnosis Related Group), bei denen die prospektiv festgelegte Entschädigung abhängig ist von der festgestellten Diagnose (z.B. Blinddarmentzündung). Bei Fällen, die nicht in eine diagnosebezogene Kategorie eingeordnet werden können, wären eher versorgungsbezogene Pauschalen denkbar, bei denen die Vergütung einen ganzen Behandlungsverlauf entschädigt, wie dies bei den so genannten Patient Management Categories (PMC) der Fall ist. Beispielsweise kann bei polymorbiden Patientinnen bzw. Patienten (und bei Langzeitpatientinnen bzw. -patienten) nur schwer mit Fallpauschalen abgerechnet werden, da diese den Krankheitsverlauf und den von Fall zu Fall unterschiedlichen Aufwand, der mit einer bestimmten medizinischen Behandlung verbunden sein kann, zu wenig exakt wiedergeben. In solchen Fällen sowie in der Übergangphase könnte auch mit Abteilungspauschalen eine Differenzierung erreicht werden. Solche Vergütungssysteme haben den Vorteil, dass das Geld dorthin geleitet wird, wo die Leistung erbracht wird. Wichtig bei all diesen Vergütungsformen ist, dass sie nach einheitlichen Klassifizierungssystemen aufgebaut sind, um gesamtschweizerische Vergleiche und eine einfache interkantonale Vergütung zu ermöglichen, was bedingt, dass gesamtschweizerisch einheitliche Regeln angewendet werden. Die Leistungsbereiche sollen in verschiedene Vergütungskategorien unterteilt werden können, um zu ermöglichen, dass für unterschiedliche Leistungen, auch in einem abgegrenzten Bereich (z.B. Gynäkologie), verschiedene Pauschalensysteme (z.B. Fallpauschalen, Abteilungspauschalen) nebeneinander Anwendung finden können. Mit dem Nebeneinander verschiedener, für die jeweilige Leistung geeignete Vergütungsformen soll auch vermieden werden, dass einzelne Behandlungen aufgeteilt und unter mehreren Rubriken abgerechnet werden. Analog zum für die Einzelleistungstarife durch Artikel 43 Absatz 5 KVG bestimmten System ist es in erster Linie Sache der Tarifpartner, die entsprechenden Strukturen zu erarbeiten. Erst wenn dies in einer vom Bundesrat (vgl. Übergangsbestimmung unten) festgelegten Frist nicht erfolgt ist, wird der Bundesrat tätig.

Wie einleitend erwähnt, soll mit dieser Vorlage unter anderem der kosteneindämmende Charakter des Finanzierungsmodus im stationären Bereich verstärkt werden. Dasselbe Ziel wurde mit der Einführung der Kostenbeteiligung im Spital angestrebt, mit welcher das Kostenbewusstsein der Versicherten gestärkt und die Eindämmung eines medizinisch nicht notwendigen Konsums von medizinischen Dienstleistungen erreicht werden sollte. Für die Versicherten sollte kein Anreiz mehr bestehen, Behandlungen, die auch ambulant oder teilstationär erbracht werden können, im Spital durchführen zu lassen. Der oft fließende Übergang zwischen teilstationärer und stationärer Behandlung hat im Zusammenhang mit operativen Tätigkeiten jedoch dazu geführt, dass der Anreiz zur Kosteneindämmung nicht in genügendem Mass Wirkung gezeigt hat. Dadurch wurden in der Praxis insbesondere Patienten resp. Patientinnen ohne zusätzlichen Versicherungsschutz tendenziell eher hospitalisiert. Als Folge wurde der Spielraum, den das Gesetz den Tarifpartnern bezüglich der Ausgestaltung der teilstationären Behandlung liess, nicht oder ungenügend genutzt. Um die Abgrenzung zu vereinfachen und die Anreize richtig zu setzen, soll die teilstationäre Behandlung künftig dem Finanzierungsregime des stationären Bereiches zugeordnet werden. Gleichzeitig wird aber auch die Planungspflicht auf die Einrichtungen der teilstationären Krankenpflege ausgedehnt, sodass sich im Rahmen der Planung die Grenze zwischen dem stationären und dem teilstationären Bereich zugeordneten Behandlungen verwischen dürfte.

Bezüglich der Definition und Abgrenzung der Begriffe „stationär“, „teilstationär“ und „ambulant“ bestehen Interpretationsdifferenzen, insbesondere zwischen den Tarifpartnern. Als „teilstationäre Behandlung“ wird insbesondere die Behandlung und medizinische Versorgung in so genannten Tages- und Nachtkliniken oder auch in Einrichtungen der so genannten „One-day-surgery“ qualifiziert; ein typisches Kennzeichen ist der einmalige oder wiederholte Klinikaufenthalt von prinzipiell kürzerer Dauer als „rund um die Uhr“ (Botschaft des Bundesrates über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991, BBl 1992 I 167 f.) Wie für die stationäre Behandlung ist für die teilstationäre Behandlung eine Spitalinfrastruktur sowie eine an die Behandlung anschliessende Überwachung und Pflege im stationären Rahmen erforderlich. Eine ambulante Behandlung hingegen erfordert keine an die Behandlung anschliessende Überwachung und Pflege in einem stationären Rahmen und könnte daher grundsätzlich auch in einer privaten Praxis ausserhalb des Spitals durchgeführt werden. Die Dauer der teilstationären Behandlung von in der Regel weniger als 24 Stunden kann als Abgrenzungskriterium gegenüber der stationären Behandlung gelten. Für bestimmte Eingriffe kann dies aber auch die Vereinbarung von Fallpauschalen unabhängig vom Charakter des Aufenthaltes in einer Institution zur Folge haben und dadurch den Anreiz für die Verlängerung der Spitalaufenthalte senken. Im Zusammenhang mit der Vereinbarung von Pauschalen resp. Fallpauschalen für die stationäre und teilstationäre Behandlung durch die Tarifpartner werden sich in der Praxis Leitlinien ergeben zur Abgrenzung von stationärem, teilstationärem und ambulatem Bereich. Ein Abgrenzungsproblem besteht bezüglich Untersuchungen, die sowohl ambulant wie auch stationär, aber nur mit Spitalinfrastruktur durchgeführt werden können. Weil sich in diesem ganzen Bereich noch keine gefestigte Praxis herausgebildet hat und noch starke regionale Unterschiede bestehen, soll die Definition auf Verordnungsstufe festgehalten werden. Dies ist deswegen von Vorteil, weil allfällige sich im Laufe der Zeit durch die Entwicklung der Medizin ergebende Änderungen leichter berücksichtigt werden können.

Artikel 49 Absatz 2

In diesem Absatz wird die bisher ebenfalls in Artikel 49 Absatz 2 KVG vorgesehene Möglichkeit der separaten Tarifierung von besonderen diagnostischen und therapeutischen Leistungen erwähnt, die seltener erbracht werden und besonders aufwendig sind (z.B. besonders komplizierte Massnahmen oder der Einsatz kostspieliger Spitzentechnologie). Der Aufwand für solche zusätzlichen Leistungen wird dann nur bei denjenigen Versicherten angerechnet, bei denen er tatsächlich anfällt. Massgebend sind indessen dieselben Finanzierungsregeln (vgl. Art. 49 Abs. 3 nachfolgend).

Artikel 49 Absatz 3

Die unter Artikel 49 Absatz 1 erwähnte Regelung führt dazu, dass heute wenig Spielraum besteht, Tarife für die Spitalbehandlung zu vereinbaren, weil die für die Tarifierung anrechenbaren Kosten umschrieben sind und lediglich in Bezug auf die genaue Abgrenzung der anrechenbaren Kosten und der Überkapazitäten sowie die Höhe des Kostendeckungsgrades ein Verhandlungsspielraum besteht. Weil sich der Anteil der Kantone an der Finanzierung der Spitäler nach Inkrafttreten des KVG weiter verringert hat und heute gesamtschweizerisch ungefähr 50 Prozent beträgt, ist der – bei Inkrafttreten des Gesetzes noch vorhandene – Spielraum heute minimal. Zudem wird eine Garantie der Kostendeckung ungeachtet des Preis-Leistungs-Verhältnisses statuiert. Dies widerspricht dem Wettbewerbsgedanken des Gesetzes.

Die Tarife sollen daher nicht mehr einen Anteil an der Deckung der anrechenbaren Kosten, sondern die Vergütung der Leistungen des Spitals darstellen. Diese Vergütungen soll je zur Hälfte von den Versicherern und vom Wohnkanton der versicherten Person übernommen werden. Aus sozialpolitischen Erwägungen soll es den Kantonen jedoch freigestellt werden, gewisse – prospektiv definierte – Leistungen, wie zum Beispiel gewollte Überkapazitäten oder den Notfalldienst, separat zu finanzieren. Einbezogen in die Finanzierung sollen zukünftig auch die Investitionskosten werden – dies vor allem deshalb, weil die strikte Trennung von Betriebs- und Investitionskosten im Rahmen der Spitalfinanzierung ein Bild vermittelt, welches der betrieblichen Praxis nicht entspricht. Im Rahmen der Vergütung sollen jedoch keine Kostenanteile für Lehre und Forschung abgegolten werden. Gestrichen wurde das explizite Verbot, Kostenanteile aus Überkapazität in die Tariffberechnung einzubeziehen. Dies führt indessen nicht dazu, dass dies zukünftig möglich ist; vielmehr sind Tarife auch zukünftig wirtschaftlich zu bemessen (Art. 43 Abs. 4 KVG).

Mit dieser Regelung wird die Finanzierungspflicht der Kantone im Gesetz festgeschrieben. Gleichzeitig wird die neue Finanzierungsregel auf private Trägerschaften ausgedehnt, weil davon auszugehen ist, dass die privaten Institutionen für die Versorgung der Bevölkerung notwendig sind, wenn sie auf die kantonalen Listen aufgenommen werden. Mit dieser Regelung wird die gesamte Bedarfskapazität demselben Finanzierungsregime unterstellt. Ein Grund besteht einerseits in der Gleichbehandlung aller für die Versorgung der Bevölkerung notwendigen Spitäler und andererseits in der Vermeidung von Wettbewerbsverzerrungen, welche entstehen, wenn nur ein Teil der Institutionen zur Abgeltung ihres Versorgungsauftrags Beiträge der öffentlichen Hand erhält.

Durch die vorgeschlagene Streichung des Begriffes „allgemeine Abteilung“ entfällt ferner eine Differenzierung nach dem Aufenthaltsort der Versicherten. Im Nachgang der erwähnten EVG-Urteile soll das gleiche System auch für die innerkantonale Hospitalisation gelten. Zukünftig soll sowohl die Kostenübernahme durch die Kran-

kenversicherer wie diejenige der öffentlichen Hand allein davon abhängen, ob der Leistungserbringer für die Behandlung geeignet und zugelassen ist.

Artikel 49 Absatz 5

Auch an dieser Stelle soll der Begriff „allgemeine Abteilung“ gestrichen werden. Zudem ist festzuhalten, dass wegen des in sich geschlossenen Versicherungssystems die Leistungen der Spitäler nach diesem Gesetz mit den Vergütungen nach den Absätzen 1 und 2 von Artikel 49 vollständig abgegolten sind. Weiter gehende Rechnungen wie zusätzliche Honorare für die ärztlichen Leistungen bei einem Aufenthalt in der Privatabteilung eines Spitals sind daher ausgeschlossen, soweit es sich um gesetzliche Leistungen handelt. Damit wird dem Prinzip des Tarifschutzes (Art. 44 KVG) im stationären Bereich Nachachtung verschafft. Selbstverständlich bleiben hier, wie auch beim Aufenthalt, zusätzliche, nicht dem KVG unterstellte Leistungen nach den Regeln des Privatversicherungsrechts versicherbar.

Artikel 49 Absatz 6

Angesichts der vorgesehenen Zuordnung der teilstationären Behandlung zum stationären Bereich ist hier der Begriff „teilstationär“ zu streichen.

Artikel 49 Absatz 7

Im Sinne der Förderung des Wettbewerbsgedankens und einer auf betriebswirtschaftliche Grundsätze gestützten Betriebsführung sollen die Spitäler vermehrt marktgerecht arbeiten. Deshalb soll in dieser Bestimmung festgehalten werden, dass die Spitäler wie auch die teilstationären Einrichtungen über die notwendigen Führungsinstrumente verfügen müssen. Im geltenden Artikel 49 KVG sind in Absatz 6 Kostenstellenrechnung und Leistungsstatistik als Instrumente zur Ermittlung der Kosten und Erfassung der Leistungen erwähnt. Die Bedeutung des Absatzes ist jedoch je nach Sprache unterschiedlich. Während in der deutschen Fassung von „Kostenstellenrechnung“ gesprochen wird, wird in der französischen Fassung der Begriff „comptabilité analytique“, in der italienischen „contabilità analitica“ verwendet. Geht man von der Definition des in der französischen und italienischen Fassung verwendeten Begriffes aus, so umfasst dieser die Kostenrechnung (Kostenarten-, Kostenstellen- und Kostenträgerrechnung). Die Ziele des Gesetzes können mit einer Kostenstellenrechnung allein unbestrittenermassen nicht erreicht werden. Vor allem für eine klare Ausscheidung der Kosten für durch das KVG gedeckte Leistungen von zusätzlichen, nicht gedeckten Leistungen werden umfassendere Grundlagen benötigt. Mit Blick auf die französische und italienische Fassung sowie die sinnvolle Umsetzung der Ziele des Gesetzes ist es einerseits angezeigt, in der deutschen Fassung des Gesetzes den Begriff „Kostenstellenrechnung“ durch „Kostenrechnung“ zu ersetzen. Andererseits ist es notwendig, genügend Spielraum zu lassen und nicht nur eine auf die Kostenrechnung und Leistungsstatistik bezogene Sichtweise, sondern eine umfassende Beurteilung der Betriebsführung zu ermöglichen. Mit der Einführung des Begriffes „Führungsinstrumente“ werden die Anforderungen weiter gefasst und der zukünftigen Entwicklung Raum gelassen.

In der heutigen Fassung ist ferner nur von Spitälern die Rede. Da zukünftig die Einrichtungen der teilstationären Krankenpflege demselben Finanzierungsregime unterstellt werden sollen, sind sie auch in Bezug auf die Betriebsführung analog den Spitälern zu behandeln.

Artikel 49 Absatz 8

Was für die Anforderungen an die Betriebsführung der Einrichtungen der teilstationären Krankenpflege nach Artikel 49 Absatz 7 gilt, soll auch für die Betriebsvergleiche gelten. Auch hier sind beide Arten von Institutionen gleichzustellen. Ferner entspricht die französische und die italienische Fassung des Gesetzestextes nicht der deutschen Fassung. Im französischen Text wird von „comparaison des frais d'exploitation“ gesprochen, währenddem im deutschen Text von Betriebsvergleichen gesprochen wird; im italienischen Text sind „studio comparativo delle gestioni ospedaliere“ erwähnt. Da einzig die umfassende Beurteilung der Betriebsführung entsprechende Schlüsse erlaubt und zudem neu die Investitionskosten in die Tarifberechnung aller Institutionen einbezogen werden, sollen sowohl die französische (neu „comparaisons entre institutions“) wie auch die italienische (neu „comparazioni tra istituti“) Fassung angepasst werden.

Artikel 50

Durch die Neunummerierung der Absätze in Artikel 39 ist der Verweis auf Absatz 3 durch denjenigen auf Absatz 4 zu ersetzen.

Artikel 51 Absatz 1

Auch in diesem Artikel gilt es, neu die Einrichtungen der teilstationären Krankenpflege den Spitälern und Pflegeheimen gleichzustellen. Ferner ist auch hier der Verweis auf Artikel 49 auf Grund dessen Neunummerierung anzupassen.

Artikel 52 Absatz 1 Buchstabe b

Im Anschluss an eine von Nationalrat Scheurer am 3. Dezember 1998 eingereichte Motion „Medikamente für seltene Krankheiten (98.3550)“ wurden im Entwurf zum neuen Heilmittelgesetz bestimmte Erleichterungen für die Zulassung von Arzneimitteln für seltene Krankheiten (Orphan Drugs) vorgesehen. Gemäss Botschaft des Bundesrats vom 1. März 1999 zum Heilmittelgesetz zählen dazu eine erleichterte Zulassung (z.B. Übernahme ausländischer Prüfdossiers, Entscheidungen ausländischer Behörden) sowie ein allfälliger Verzicht auf Gebühren. Weil damit dem Anliegen des Motionärs Rechnung getragen wird, wurde die Motion Scheurer vom Nationalrat am 19. März 1999 abgeschrieben. Die entsprechenden Ausführungsbestimmungen zum Heilmittelgesetz sind erst auszuarbeiten. Übrigens kann im Interesse der Patientinnen und Patienten mit lebensbedrohenden Krankheiten der Einsatz neuer, Erfolg versprechender, aber noch nicht zugelassener Arzneimittel zur Behandlung dieser Krankheiten befristet bewilligt werden. Selbst wenn die Zulassung erleichtert wird, bleibt jedoch die Tatsache bestehen, dass die Anmeldung zur Zulassung von den Orphan Drugs nicht erzwungen werden kann. Hinzu kommt, dass die Schaffung von Anreizsystemen, wie sie neu die Europäische Gemeinschaft (EG) auf Grund der Verordnung (EG) Nr. 141/2000 vom 16. Dezember 1999 über Arzneimittel für seltene Leiden vorsieht, von der Schweiz nicht übernommen werden können. Wie die Stellungnahme des Bundesrates zur Motion Scheurer festhält, kann der Bund zur Förderung, Herstellung und Vermarktung von Orphan Drugs lediglich mittels Teilnahme der Schweiz an Forschungsprojekten der EG beitragen und mittels der Neuerungen des Heilmittelgesetzes für eine erleichterte Zulassung sorgen.

Nicht zugelassene Orphan Drugs werden von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht vergütet, weil es sich dabei um in der Spezialitätenliste nicht aufgeführte Arzneimittel und somit auch nicht um Pflichtleistungen handelt. Die Kran-

kenversicherer könnten, selbst wenn sie dies wollten, keine freiwilligen Leistungen an Orphan Drugs erbringen, da sie keine anderen als die im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vorgesehenen Leistungen übernehmen dürfen (Art. 34 Abs. 1 KVG). Eine Ergänzung von Artikel 52 Absatz 1 Buchstabe b KVG, wonach die Spezialitätenliste ebenfalls wichtige Arzneimittel für seltene Krankheiten zu enthalten hat, drängt sich deshalb auf. Die Umsetzung der entsprechenden Bestimmung soll durch die Schaffung eines eigenen Kapitels in der Spezialitätenliste sowie durch den Verzicht auf Gebühren erfolgen.

Artikel 53

Auf Grund der Neu Nummerierung des Artikels 49 sind die entsprechenden Verweise anzupassen.

Der gesamte Artikel 53 KVG bezüglich des Beschwerdeverfahrens ist zurzeit Gegenstand einer Überprüfung primär in Bezug auf seine Vereinbarkeit mit der europäischen Menschenrechtskonvention, aber auch im Hinblick auf die Möglichkeit, im Rahmen der Justizreform sowie des Projekts zur Revision des Bundesgesetzes über die Organisation der Bundesrechtspflege (SR 173.110), den Bundesrat in seiner Rechtsprechungsfunktion zu entlasten. Artikel 53 KVG könnte im Nachgang zur vorliegenden Teilrevision somit angepasst werden.

Artikel 59 Absatz 1

Eine Alternative zur Aufhebung des Kontrahierungszwanges, der in erster Linie den Ausschluss der „schwarzen Schafe“ unter den Leistungserbringern zum Ziel hat, ist die Stärkung der bereits bestehenden Instrumente. Die bisherigen Erfahrungen bezüglich des Ausschlusses von Leistungserbringern nach Artikel 59 KVG zeigen, dass dieses Mittel nur sehr zurückhaltend benutzt wird. Einerseits dürfte dies am Aufwand liegen, den die Krankenversicherer bezüglich des Nachweises von schwer wiegenden Verfehlungen gegen das KVG durch die Leistungserbringer aufwenden müssen. Andererseits ist auch die Gerichtspraxis bezüglich der Frage der Überarztung, d.h. der unwirtschaftlichen Behandlung (Art. 56 KVG), zurückhaltend. Letztere wird heute zumeist durch eine von Seiten der Leistungserbringer kritisierte Pauschalbeanstandungsmethode nachgewiesen, bei der die durchschnittlichen Behandlungskosten zwischen Ärzten und Ärztinnen der gleichen Fachrichtung mit vergleichbarer Patientenpopulation verglichen werden. Um eine Verstärkung des Instrumentes zu erreichen, wird daher vorgeschlagen, dass der Ausschluss eines Leistungserbringers von einem Versicherer oder einem Verband der Versicherer gefordert werden kann, nachdem diese den Leistungserbringer entsprechend gemahnt haben.

Artikel 59 Absatz 2 (neu)

Hier handelt es sich um eine beispielhafte, nicht abschliessende Aufzählung, was mit dem Adverb „insbesondere“ ausgedrückt wird. Sie beinhaltet die hauptsächlichsten und schwer wiegendsten Verstösse gegen die Erfordernisse von Artikel 56 und 58 KVG, so wie sie aus der geltenden Gesetzgebung abgeleitet werden können. Es gilt festzustellen, dass diese Verstösse wegen ihres Einflusses auf Kostenbeteiligung und Franchise nicht nur die Patientinnen und Patienten als individuelle Konsumentinnen bzw. Konsumenten schädigen, sondern auch in deren Funktion als Mitglied einer Risikogemeinschaft, indem sie das System der sozialen Krankenversicherung in sei-

ner Gesamtheit beeinflussen. Wichtige Gründe gemäss Absatz 1 sind nach Absatz 2 die Überarztung (Bst. a), die nicht oder schlecht erfolgte Erfüllung der Informationspflicht nach Artikel 57 Absatz 6 (Bst. b), die Weigerung, sich an Massnahmen der Qualitätssicherung nach Artikel 58 zu beteiligen (Bst. c), die Nichtbeachtung des Tarifschutzes nach Artikel 44 (Bst. d), die unterlassene Weitergabe von Vergünstigungen nach Artikel 56 Absatz 3 (Bst. e) und die betrügerische Manipulation von Abrechnungen oder die Ausstellung von unwahren Bestätigungen (Bst. f).

Artikel 59 Absatz 2 Buchstabe a (neu)

Nach Artikel 56 Absatz 1 KVG muss sich der Leistungserbringer in seinen Leistungen auf das Mass beschränken, das im Interesse des Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist. Wenn der Leistungserbringer diese Verpflichtung übertritt, bedeutet dies, dass Überarztung stattfindet, worunter medizinischer Überkonsum zu verstehen ist, und was die Nichtbeachtung des vom KVG geforderten Prinzips der Wirtschaftlichkeit bedeutet. Auf Grund der ständigen Rechtsprechung des EVG kann auf Überarztung geschlossen werden, wenn eine bedeutende Anzahl Rechnungen desselben Arztes oder derselben Ärztin zu Lasten eines Versicherers im Mittel bedeutend höher sind als jene der im gleichen geografischen Gebiet tätigen Ärzte und Ärztinnen mit ungefähr gleichem Krankengut, ohne das die Besonderheiten, welche das Mittel beeinflussen, festgestellt werden könnten (vgl. RSKV 1982, S. 123). Deshalb wird auf die statistische Methode zurückgegriffen, welche darin besteht, dass die Durchschnittskosten eines der Überarztung verdächtigten Arztes bzw. einer Ärztin verglichen wird mit den Durchschnittskosten seiner Kollegen und Kolleginnen, die unter gleichen Bedingungen behandeln. Diese Methode setzt voraus, dass das vorhandene Material genügend vergleichbar ist, dass sich der Vergleich über eine genügend lange Periode erstreckt, um zufällige Unterschiede auszuschalten, und dass die statistischen Daten auf Grund der gleichen Kriterien erhoben wurden. Die Rechtsprechung des EVG hat nicht nur festgehalten, dass die statistische Methode für sich allein genügend sei, um das Vorhandensein von Überarztung festzustellen, sie hat auch den Schluss gezogen, dass das höhere Ergebnis des Arztes bzw. der Ärztin nicht nur als Hinweis, sondern als Beweismethode für die Überarztung gilt. Das Überschreiten eines statistischen Mittelwerts darf nicht als konstitutives Element der Überarztung, sondern nur als Beweismittel gewertet werden. Das Vorhandensein eines beim der unwirtschaftlichen Behandlung verdächtigten Arztes bzw. einer solchen Ärztin beträchtlich erhöhten Index der durchschnittlichen Behandlungskosten im Vergleich zu seinen vergleichbaren Kolleginnen und Kollegen beweist gemäss EVG die Überarztung.

Artikel 59 Absatz 2 Buchstabe b (neu)

Das KVG weist dem Vertrauensarzt eine wichtige Rolle bei der Kontrolle der Leistungen und Kosten zu. Seine Position wurde im Vergleich zum alten Gesetz (KUVG) verstärkt. Um ernannt werden zu können, müssen die Vertrauensärzte und Vertrauensärztinnen somit nicht nur, wie jeder Arzt und jede Ärztin, den in Artikel 36 KVG vorgesehenen Zulassungsbedingungen entsprechen, sondern ebenfalls während mindestens fünf Jahren in einer privaten Praxis oder in leitender Stellung in einem Spital tätig gewesen sein (Art. 57 Abs. 1). Artikel 57 Absatz 6 schreibt vor, dass die Leistungserbringer den Vertrauensärzten und Vertrauensärztinnen die zur Erfüllung ihrer Aufgabe notwendigen Angaben liefern müssen. Deren Aufgabe besteht in der Abgabe ihrer Meinung zu medizinischen Fragen zuhanden der Versicherer wie auch der Meinung zu Fragen bezüglich der Vergütung und der Tarifenwen-

derung sowie insbesondere die Abklärung, ob die Voraussetzungen zur Leistungspflicht erfüllt sind (Abs. 4). In dem Mass, in dem ein Leistungserbringer seine Informationspflicht gegenüber dem Vertrauensarzt nicht oder nur teilweise erfüllt, kann dieser seinen ihm vom Gesetz zugewiesenen Auftrag nicht erfüllen und die gegenüber dem Versicherten erbrachte Behandlung auf Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung nicht überprüfen. In diesem Sinne bedeuten die unterlassene oder ungenügende Information der Vertrauensärzte und Vertrauensärztinnen eine schwerwiegende Beeinträchtigung des Systems der sozialen Krankenversicherung.

Artikel 59 Absatz 2 Buchstabe c (neu)

Artikel 58 Absatz 1 sieht vor, dass der Bundesrat systematische wissenschaftliche Kontrollen zur Sicherung der Qualität oder des zweckmässigen Einsatzes der von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommenen Leistungen vorsehen kann; er kann die Durchführung der Kontrollen den Berufsverbänden oder anderen Organisationen übertragen (Art. 58 Abs. 2). In Anwendung dieser Vorschriften hat der Bundesrat in Artikel 77 KVV vorgeschrieben, dass die Leistungserbringer oder deren Verbände Konzepte und Programme erarbeiten über die Anforderungen an die Qualität der Leistungen und die Förderung der Qualität. Absatz 3 von Artikel 58 bestimmt überdies, dass der Bundesrat regelt, mit welchen Massnahmen die Qualität oder der zweckmässige Einsatz der Leistungen zu sichern oder wiederherzustellen sei. Er kann insbesondere vorsehen, dass vor der Durchführung bestimmter, namentlich besonders kostspieliger Diagnose- oder Behandlungsverfahren die Zustimmung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin eingeholt wird. Wenn sich ein Leistungserbringer nicht den Konzepten oder anderen Programmen seiner Kollegen und Kolleginnen oder seiner Berufsorganisationen in Bezug auf die Anforderungen an die Qualität der Leistungen und die Förderung der Qualitätssicherung unterzieht oder sich nicht an den Massnahmen zur Sicherstellung oder Wiederherstellung der Qualität oder der Angemessenheit der Leistungen beteiligt, verunmöglicht der Leistungserbringer die Kontrolle der Qualitätssicherung im System der sozialen Krankenversicherung und erlaubt insbesondere nicht die Kontrolle der Qualität der für seine Patienten und Patientinnen erbrachten Leistungen, dies zum Nachteil ihrer Gesundheit.

Artikel 59 Absatz 2 Buchstabe d (neu)

Der Tarifschutz im Sinne von Artikel 44 bedeutet, dass die Leistungserbringer bei der Rechnungstellung erstens die vertraglich vereinbarten oder durch die zuständige Behörde festgesetzten Tarife und Preise respektieren müssen und zweitens, dass sie für die nach KVG erbrachten Leistungen keine zusätzliche Vergütung verlangen dürfen. Dieser Punkt ist wichtig für die Versicherten insbesondere im System des Tiers garant, in dem die Versicherten Schuldner der Vergütung sind, aber auch im System des Tiers payant, in dem der Versicherer Direktschuldner ist, damit die Versicherten nicht Gefahr laufen, für Leistungen nach KVG zusätzliche Rechnungen zu erhalten. Zweck des einheitlichen Systems des Tarifschutzes ist es, die Gleichbehandlung der Versicherten zu gewährleisten. Wenn für die Leistungen nach KVG nicht die vertraglich vereinbarten oder durch die zuständige Behörde festgesetzten Tarife oder Preise zur Anwendung kommen, welche die Kosten der erbrachten Leistungen decken sollen, bereichert sich der Leistungserbringer nicht nur in unzulässiger Weise, sondern er fügt auch dem System der sozialen Krankenversicherung Schaden zu, insbesondere bezüglich dessen Grundsatz der Gleichbehandlung aller Versicherten. In der Tat könnten die Personen mit geringem Einkommen in dem

Mass, in dem sie nicht über die nötigen Mittel verfügen, um einen Zuschlag zu bezahlen, sich keine medizinische Versorgung zukommen lassen und hätten so keinen Zugang zum System der sozialen Krankenversicherung, welches der gesamten Bevölkerung der Schweiz den Zugang zu einer angemessenen medizinischen Versorgung sicherstellen soll, ungeachtet dessen, ob sie jung oder alt, reich oder in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen sind.

Artikel 59 Absatz 2 Buchstabe e (neu)

Artikel 56 Absatz 3 sieht vor, dass der Leistungserbringer dem Schuldner der Vergütung die direkten oder indirekten Vergünstigungen weitergeben muss, die ihm ein anderer in seinem Auftrag tätiger Leistungserbringer gewährt (Bst. a) oder die ihm Personen oder Einrichtungen gewähren, welche Arzneimittel oder der Untersuchung oder Behandlung dienende Mittel oder Gegenstände liefern (Bst. b). Erfolgt dies nicht, bereichert sich der Leistungserbringer in ungerechtfertigter Weise im System des Tiers garant zu Lasten der Versicherten oder im System des Tiers payant zu Lasten des Versicherers und fügt so ebenfalls dem System der sozialen Krankenversicherung Schaden zu.

Artikel 59 Absatz 2 Buchstabe f (neu)

Artikel 42 Absatz 3 sieht vor, dass der Leistungserbringer dem Schuldner eine detaillierte und verständliche Rechnung zustellen muss. Er muss ihm auch alle Angaben machen, die er benötigt, um die Berechnung der Vergütung und die Wirtschaftlichkeit der Leistung überprüfen zu können. Wenn der Leistungserbringer die Abrechnung betrügerisch manipuliert oder wenn er wahrheitswidrige Bestätigungen ausstellt, verunmöglicht er dem Versicherer, die Richtigkeit der Berechnung der Vergütung zu verifizieren und vor allem die Wirtschaftlichkeit der von ihm erbrachten Leistungen zu überprüfen. Diese Handlungen werden ebenfalls strafrechtlich sanktioniert; nach Artikel 251 des Schweizerischen Strafgesetzbuches vom 21. Dezember 1937 (SR 311.0) stellt dies eine Urkundenfälschung dar.

Artikel 61a (neu)

Die Erfahrungen der Krankenversicherer zeigen, dass die Prämien- und andere Zahlungsausstände seit Inkrafttreten des KVG stark zugenommen haben und dass die Regelung von Artikel 9 Absatz 2 KVV, welche eine Sistierungsmöglichkeit erst nach der Einleitung des Vollstreckungsverfahrens und nach dem Vorliegen eines Verlustscheines gegen den säumigen Versicherten ansetzt, in kausalem Zusammenhang zu den zunehmenden Zahlungsausständen steht. Die Zahlen der Versicherer untermauern, dass die Zahlungsausstände in einem problematischen Ausmass von Jahr zu Jahr zunehmen. In Anbetracht dieser Entwicklung und auf Grund der konstanten Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts zu Artikel 9 Absatz 3 KVV, wonach ein Wechsel des Versicherers mangels einer formellgesetzlichen Grundlage ungeachtet von ausstehenden Prämien und Kostenbeteiligungen zulässig ist, ist es sinnvoll, im Gesetz eine formellgesetzliche Grundlage für die Prämienzahlungspflicht und die Verzugsfolgen zu schaffen.

In einem ergänzenden Artikel 61a wird ein schriftliches Mahnverfahren vorgesehen, welches die Versicherer gegen säumige Versicherte einleiten müssen, bevor sie ihre Leistungen an diese Versicherten aufschieben. Hat das Mahnverfahren keine Zahlung zur Folge, genügt es als Voraussetzung für die Leistungssistierung. Das Vollstreckungsverfahren fällt damit nicht dahin; es ist, wie schon nach bisherigem Recht,

für das Inkasso fälliger Prämien oder Kostenbeteiligungen durchzuführen. Mit Absatz 2 zweiter Satz wird sichergestellt, dass die kantonalen Behörden frühzeitig über die Zahlungsausstände von säumigen Versicherten informiert werden. Diese Bestimmung dient zudem dem Schutz der versicherten Person. Absatz 3 entspricht der Regelung in Artikel 9 Absatz 2 zweiter Satz KVV. Damit ist gewährleistet, dass ein Zahlungsverzug keine Lücken im Versicherungsschutz zur Folge hat. Neu wird mit Absatz 4 sichergestellt, dass künftig keine säumigen Versicherten mehr eine Leistungssperre umgehen können, indem sie im gegebenen Zeitpunkt den Versicherer wechseln und damit im Gegensatz zu anderen säumigen Versicherten, die keinen Versichererwechsel vornehmen, Leistungen vergütet erhalten, bevor sie die Zahlungsausstände beglichen haben. Diese Folge des Zahlungsverzugs rechtfertigt sich einerseits, weil seit den EVG-Entscheiden vom 29. Juni 1999 zu Artikel 9 Absatz 3 KVV (ein Urteil veröffentlicht in: Bundesamt für Sozialversicherung: Rechtsprechung und Verwaltungspraxis der Kranken- und Unfallversicherung, RKUV 5/1999, S. 444 ff. und BGE 125 V 266 ff.) ein Wechsel des Versicherers auch bei Zahlungsausständen möglich ist, und weil andererseits die bei der geltenden Rechtslage nicht oder nur sehr verzögert einbringlichen Prämien und Kostenbeteiligungen ein Ausmass erreicht haben, das nicht mehr ohne weiteres verkraftbar ist. Die Bestimmung schützt die Versichertengemeinschaft vor Prämien erhöhungen, die durch nicht einbringliche Zahlungsausstände von Versicherten bedingt sind, welche einen Versichererwechsel vornehmen, ohne zuvor die Zahlungsausstände beglichen zu haben.

Artikel 62 Absatz 3

Infolge der Verschiebung von Artikel 105 ist neu Artikel 66a aufzuführen.

Artikel 66a (neu)

Eingangs haben wir erwähnt, dass der Bundesrat dem Risikoausgleich keine neuen Kriterien hinzufügen will, indessen die im heutigen Artikel 105 Absatz 4 verankerte Befristung des Risikoausgleichs aufheben möchte. Grund für diese Massnahme ist vorab die Stärkung der besonderen Versicherungsformen. Diese beinhaltet die Gefahr einer Risikoselektion, wenn sich bestimmte Gruppen von Versicherten bei einem Versicherer häufen und sich dadurch wiederum die Risikostruktur der Versicherer unausgeglichen darstellt, weshalb auch langfristig die soziale Ausgestaltung des Systems nur mit einem Ausgleich dieses Risikos garantiert werden kann. Da dadurch der Risikoausgleich ins ordentliche Recht überführt wird, ist die entsprechende Regelung nicht mehr unter den Übergangsbestimmungen, sondern neu unter dem 5. Kapitel Finanzierung aufzuführen.

Artikel 79 Absatz 2^{bis} (neu)

Artikel 79 KVG gewährt dem Versicherer ein Rückgriffsrecht auf haftpflichtige Drittpersonen in Übereinstimmung mit den entsprechenden Bestimmungen der anderen Sozialversicherungsgesetze. Im stationären Bereich werden auf Grund der Kostenaufteilung nach Artikel 49 Absatz 3 KVG auch Steuergelder zur Finanzierung von Leistungen der Krankenversicherung verwendet. Würde nun der finanzierende Wohnkanton kein Recht erhalten, den von ihm erbrachten Kostenanteil unabhängig des Behandlungsortes bei haftpflichtigen Dritten einzufordern, so würden letztere zu Nutzniessern des Tarifschutzes nach Artikel 44 Absatz 1 und der Tarifvorteile der sozialen Krankenversicherung. Damit würde der Steuerzahler einen Teil des Schadenersatzes tragen, was sich nicht rechtfertigen lässt (vgl. zum Ganzen: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Krankenversicherung, Eugster, Bern 1999, N 401).

Der Bundesrat erachtet es als stossend, dass haftpflichtige Dritte durch die Kostenaufteilung im stationären Bereich über Steuermittel finanziell entlastet werden. Er schlägt daher vor, in Artikel 79 einen Absatz 2^{bis} einzufügen, wonach dem Wohnkanton analog dem Versicherer ein Rückgriffsrecht auf den haftpflichtigen Dritten für seine Beiträge nach den Artikeln 49 Absatz 1 und 3 sowie 41 Absatz 3 KVG eingeräumt wird. Er sieht aber davon ab, die Gemeinden aufzuzählen, da diese im KVG nicht explizit erwähnt sind.

Dadurch werden gegenüber den Haftpflichtigen keine neuen Ansprüche begründet, da nicht anzunehmen ist, dass auf Grund von Tarifvereinbarungen zwischen Krankenversicherer und Leistungserbringern für Haftpflichtfälle zu Lasten der sozialen Krankenversicherung höhere als die ordentlichen Tarife vereinbart werden.

Artikel 104a Absatz 2

Durch die Neunummerierung von Artikel 49 ist der Verweis auf Absatz 6 durch denjenigen auf Absatz 7 zu ersetzen.

Artikel 105

Dieser Artikel ist auf Grund der Verschiebung in Artikel 66a (neu) zu streichen.

Übergangsbestimmungen

Die den Krankenversicherern neu auferlegte Verpflichtung, besondere Versicherungsformen in ihrem ganzen Tätigkeitsgebiet anzubieten, benötigt eine gewisse Vorbereitungszeit, da diese Modelle heute nur eine geringe Verbreitung haben. Um entsprechende Vertragsschlüsse mit Leistungserbringern zu vollziehen, ist daher eine Übergangsfrist notwendig. Vorstellbar sind dabei bis zu zwei Jahren Anpassungsfrist.

Die in Artikel 49 Absatz 1 vorgeschlagenen Tarifstrukturen im stationären und teilstationären Bereich können von den Tarifpartnern kaum schon mit Inkrafttreten der Gesetzesänderung erstellt werden. Deshalb erscheint die Übertragung der Kompetenz zum Vorsehen einer Einführungsfrist an den Bundesrat angebracht. Weil die Grundlagen zur Kalkulation der Pauschalierungssysteme in verschiedenen Bereichen unterschiedlich entwickelt sind, soll die Einführung zudem gestaffelt erfolgen können. Ferner sind die bis anhin nicht in die Tarife einbezogenen Investitionen nach einheitlichen Methoden in die Tarifberechnung einzubeziehen, damit ein Mindestmass an Transparenz und Einheitlichkeit erreicht werden kann. Die Festsetzung dieser Methode soll dem Bundesrat überlassen werden.

Zur Verhinderung abrupter Wirkungen werden die Finanzierungsanteile in den Kantonen stufenweise angepasst, bis der in Artikel 49 Absatz 3 festgehaltene, je hälftige Anteil an der Vergütung der Leistungen erreicht ist. Ausgehend von den im Anhang Tabelle 6 für das Jahr 1998 berechneten Anteilen ist der Anteil der Krankenversicherung oder allenfalls des Kantons an der Vergütung so lange jährlich um je einen Prozentpunkt anzuheben, bis er die festgelegten 50 Prozent beträgt.

Diese Teilrevision setzt neue Anreize oder verstärkt jene, die mit dem Inkrafttreten des neuen KVG eingeführt worden sind. Die mittelfristigen wirtschaftlichen Auswirkungen, die sich aus den erhofften Verhaltensänderungen ergeben, lassen sich unmöglich exakt beziffern. Daher werden in diesem Abschnitt die erwarteten Verhaltensänderungen eher beschrieben, denn quantifiziert. Lediglich die finanziellen Verschiebungen zwischen den verschiedenen Kostenträgern konnten abgeschätzt werden, indem die neuen Finanzierungsregeln auf die aktuelle Kostensituation im stationären und teilstationären Bereich übertragen wurden.

4.1 Notwendigkeit und Möglichkeit eines staatlichen Eingriffs

Umgestaltung des aktuellen Systems

Mit dieser Revision des Finanzierungssystems für Spitäler wird nicht beabsichtigt, die fundamentalen Prinzipien des geltenden Systems in Frage zu stellen. Hingegen sollen mit der Revision gewisse Unklarheiten, die die Funktionsweise des Gesetzes stören, bereinigt sowie mehrere bereits im System verankerte Anreize zur Kosteneindämmung (siehe Ziff. 2.1) verstärkt werden. Die daraus resultierende Vereinfachung der Finanzierungsregeln und die bessere Transparenz im stationären Bereich werden es erlauben, die tatsächlichen Kosten und Verantwortlichkeiten besser zu erfassen. Diese Revision soll ihre Wirkung kurz- und mittelfristig entfalten. Auf längere Sicht kann wohl ein Systemwechsel bei der Spitalfinanzierung diskutiert werden, aber zuvor müssen die Wirkungen des KVG im stationären Bereich über einen genügend langen Zeitraum beobachtet werden. Ausserdem braucht es genügend Zeit, um einen politischen Konsens über einen Systemwechsel und dessen Verwirklichung zu finden. Indessen hat sich bei der Prämienverbilligung für Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen gezeigt, dass die Durchführung dieses Systems auf kantonaler Ebene sehr schwierig ist, obschon dessen Grundsätze bei der Revision der Krankenversicherung auf allgemeine Zustimmung gestossen sind.

Marktzugang

Der Markt im Gesundheitswesen ist geprägt durch folgende Sachverhalte: Das Angebot bestimmt weitgehend die Nachfrage, und die Preise spielen für die Verbraucher/Versicherten keine direkte Rolle. Aus sozialpolitischen Gründen muss das System zudem der gesamten Bevölkerung den Zugang zu einem qualitativ hoch stehenden Pflegeangebot gewährleisten. Im Hinblick auf eine rationelle Verwendung der Ressourcen sprechen diese Fakten dafür, dass der Staat bei der Infrastrukturplanung (Bereitstellung der nötigen Kapazitäten entsprechend dem effektiven Bedarf, kantonsinterne und interkantonale Koordination) eine führende Rolle übernimmt. Die Ausweitung der kantonalen Spitalplanung auf die (halb-)privaten Abteilungen ist daher völlig gerechtfertigt, denn nur so ermöglicht die Planung eine wirksamere Beschränkung des gesamten Angebots im teilstationären und stationären Sektor, in denen derzeit noch ein Überangebot besteht.

Durch die Vereinheitlichung der Subventions- und Vergütungsregeln für alle Spitäler, die auf der kantonalen Liste aufgeführt sind, ermöglicht die Revision die Gleichstellung von öffentlichen und privaten Spitälern. Im Rahmen des KVG würden in

Zukunft für jedes Spital auf dem stationären und teilstationären Markt gleiche Bedingungen gelten.

Im Idealfall sollten einzig die Markt- und Wettbewerbsregeln bestimmen, wer Zugang zum Markt erhält. Man könnte es daher bedauern, dass mit der Revision der Einflussbereich des Staates durch die Ausweitung der Mitfinanzierung und die verstärkte Gewichtung der Planung vergrössert wird. Immerhin würde mit der vorgeschlagenen Regelung im festgelegten Rahmen der Tarifwettbewerb verstärkt. In einem „Markt“ jedoch, in dem die Nachfrage zu einem grossen Teil angebotsinduziert ist, in dem ein grosser Teil der Preise durch eine Behörde fixiert ist und der Konsument nicht unmittelbar für die Kosten der konsumierten Leistungen aufkommt, gilt es indessen, die Regeln für die Teilnahme am „Markt“ den besonderen Verhältnissen anzupassen.

4.2 Einfluss auf die verschiedenen Akteure

Die Sozialversicherer

Die Berechnungen des Bundesamtes für Statistik lassen erkennen, dass die Betriebskosten der (öffentlichen und privaten) Spitäler nach dem geltenden System im Schnitt zu 50 Prozent durch die soziale Krankenversicherung und zu 50 Prozent durch die Kantone gedeckt werden. Die Situation variiert aber von Kanton zu Kanton. Hielten sich von nun an alle Kantone an ihren Finanzierungsanteil von 50 Prozent, würde diese Revision in den meisten Kantonen eine Verschiebung der Finanzlast mit sich bringen (siehe Anhang, Tabelle 5 und 6). Die soziale Krankenversicherung würde ebenfalls ihren Anteil von 50 Prozent an den Investitionsaufwendungen übernehmen müssen, was eine weitere finanzielle Umverteilung von den Kantonen zur obligatorischen Krankenversicherung von 400 Millionen Franken ergäbe (Anhang, Tabelle 2). Die soziale Krankenversicherung würde dagegen bei den Aufwendungen für die teilstationären Leistungen um mindestens 210 Millionen, wahrscheinlich aber um 250 Millionen Franken entlastet (Anhang, Tabelle 3), da die Kantone sich künftig ebenfalls hälftig an der Finanzierung dieser Leistungen beteiligen würden. Insgesamt hätte die soziale Krankenversicherung Mehrkosten in Höhe von 150 Millionen Franken zu tragen, was gemessen an den gegenwärtigen Ausgaben von 3571 Millionen Franken im stationären Bereich (1998) eine Ausgabenerhöhung von 4,2 Prozent ergäbe. Angesichts der Gesamtausgaben der sozialen Krankenversicherung von 14 Milliarden Franken (1998) würde dies theoretisch einen um 1 Prozent höheren Finanzierungsbedarf bedeuten (der auf die Prämien abgewälzt würde).

Mittelfristig wird die Revision den Versicherern, welche die soziale Krankenversicherung durchführen, erlauben, die neuen Wettbewerbsregeln zwischen öffentlichen und privaten Spitälern vermehrt spielen zu lassen (siehe Ziff. 4.1). Somit könnten sie dank dem neuen Vergütungssystem in Zukunft vorteilhaftere Tarifvereinbarungen abschliessen. Auch den Kantonen käme dies zugute (sie werden sich zu 50% an der Vergütung der Leistungen beteiligen). Dank der Konkurrenz unter den Leistungserbringern sollte die anfängliche Kostenerhöhung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach und nach durch Einsparungen abgelöst werden.

Die Kantone

Auf Grund der neuen Regelung für die Deckung der Investitionskosten würden die Kantone um rund 400 Millionen Franken entlastet. Andererseits würde sich deren Aufwand aber erhöhen, und zwar um die Beiträge an die privaten und halbprivaten Abteilungen und an die teilstationären Behandlungen. Das dürfte eine Kostensteigerung zu Lasten der Kantone von etwas über einer Milliarde Franken ergeben – die Schätzung ist allerdings mit grossen Unsicherheiten behaftet –, was verglichen mit den im Jahr 1998 von den Kantonen bezahlten Spitalkosten (4300 Mio. Fr.) einer Erhöhung in der Grössenordnung von etwa 27 Prozent entspricht. In Anbetracht dieses relativ hohen Kostenanstiegs gilt es zu bedenken (siehe Ziff. 2.1), dass die Kantone im Jahre 1998 ein Mehraufwand von 1400 Millionen Franken gehabt hätten, wenn sie den gleichen Anteil an der Finanzierung der Spitäler übernommen hätten wie im Jahre 1991. Zudem ist zu erwähnen, dass der Anteil der Zusatzversicherten in den letzten Jahren stetig gesunken ist und ein Ende dieses Trends nicht absehbar ist, so dass auch unabhängig von der vorliegenden Revision eine Kostenverlagerung von den privaten Versicherern zu den Kantonen stattfindet.

Gleichzeitig erhalten die Kantone mit der Revision ein wirksames Instrument für die Planung im stationären und teilstationären Bereich in die Hand (siehe Ziff. 2.7). Dank der Planung sollte es möglich sein, das Angebot wirksamer zu verringern und so die Kantone auf längere Sicht finanziell zu entlasten. Das neue Modell der leistungsbezogenen Vergütung (siehe Ziff. 2.9) sollte ebenfalls nach und nach Druck auf die Preise ausüben, was mit der Zeit zu einer Senkung der kantonalen Ausgaben führen wird. Die Kantone als Tarifschiedsrichter und Finanzierungspartner hätten ein Interesse daran, mit genügendem Nachdruck dafür zu sorgen, dass die Tarife der Marktrealität entsprechen und auf diese Weise für einen bestimmten Leistungsauftrag so niedrig wie möglich bleiben. Die Revision schliesst aber nicht den Fall aus, dass ein Kanton das allfällige Defizit eines öffentlichen Spitals mit seinen Steuergeldern decken muss, selbst wenn dieser Fall im Prinzip nicht mehr eintreten dürfte.

Mit dieser Teilrevision soll auch ein Rückgriffsrecht der Kantone gegenüber haftpflichtigen Dritten eingeführt werden. Damit werden die Kantone davon entlastet, für einen Anteil der durch haftpflichtige Dritte verursachten Gesundheitskosten aufzukommen.

Private Versicherer

Ein Teil der heute gemäss Artikel 49 Absatz 1 KVG anrechenbaren Kosten der innerkantonal erbrachten Spitalleistungen wird durch die Zusatzversicherung gedeckt. Die Kosten dieser Leistungen, die nicht mehr über die Prämien der Zusatzversicherung bezahlt werden müssten, sondern durch Subventionen (siehe Ziff. 3), werden auf rund 1200 Millionen Franken geschätzt. Gemessen am Umsatz von rund 3100 Millionen Franken würde dies eine Reduktion um 38 Prozent bedeuten. Eine entsprechende Senkung der Prämien für die Leistungen der Zusatzversicherung könnte die Nachfrage für dieses Produkt ankurbeln (Preiseffekt), doch müssen dabei auch die Wirkungen der Revision auf die soziale Krankenversicherung und die Steuerlast berücksichtigt werden (Einkommenseffekt).

Spitäler

Mit der vorgeschlagenen Änderung werden die auf der kantonalen Liste aufgeführten öffentlichen und privaten Spitäler in Bezug auf den Finanzierungsmodus gleichgestellt; sie könnten sich demnach einen gleichberechtigten Wettbewerb liefern. Mit

der Revision ändern sich folglich die Wettbewerbsbedingungen zwischen den beiden Spitalkategorien. Die auf die in öffentlichen Spitälern konzentrierte Forschung und die allfälligen Unterschiede in den Arbeitsbedingungen der öffentlichen und der privaten Spitäler könnten einen Einfluss auf die Konkurrenzfähigkeit der Einrichtungen haben. Unter dem Druck der Konkurrenz ist jedoch eine Annäherung des Preis-Leistungs-Verhältnisses zwischen den öffentlichen und den privaten Spitälern auf einem höheren Niveau zu erwarten.

Einrichtungen der teilstationären Krankenpflege

Durch die Kantonsbeiträge an die teilstationären Leistungen wird mit der Teilrevision die künstliche Unterscheidung der Leistungstarife nach dem Kriterium, ob sie im stationären oder im teilstationären Bereich erbracht worden sind, beseitigt. Es stellt sich jedoch die Frage, ob angesichts der Tatsache, dass die Kantone gemäss dem Revisionsvorschlag neu auch die im teilstationären Rahmen erbrachten Leistungen zu subventionieren haben, nicht deren Interesse zur Förderung des teilstationären Bereichs öffentlicher Spitäler entgegensteht, Andererseits können die subventionierenden Kantone ein Interesse daran haben, dass Behandlungen im teilstationären statt im stationären Rahmen durchgeführt werden.

Ärzterschaft

Die Tatsache, dass gemäss Revisionsvorschlag die Kantonsbeiträge an die im Spital erbrachten Leistungen auf die (halb-)privaten Abteilungen und privaten Spitäler ausgedehnt werden, sollten keinen Wettbewerbsnachteil für die ambulanten Behandlungen mit sich bringen. Die Abgrenzung zwischen stationärer resp. teilstationärer Behandlung einerseits und ambulanter Behandlung – im Spital oder in privater ärztlicher Praxis durchgeführt – andererseits erfolgt durch die Merkmale der notwendigen Spitalinfrastruktur und die notwendige Überwachung (siehe Ziff. 3). Weil es sich um unterschiedliche Leistungen handelt, sollten sich die ambulanten und die teilstationär erbrachten Behandlungen nicht konkurrenzieren.

Patientinnen und Patienten

Im Ausland gemachte Erfahrungen haben gezeigt, dass die Qualität der Leistungen als Wettbewerbsfaktor anzusehen ist. Da mit den Massnahmen der Revision mehr Konkurrenz und Transparenz angestrebt wird, kann man Qualitätsgewinne erhoffen, die den Patientinnen und Patienten zugute kommen werden. Es besteht jedoch die Gefahr, dass die Vergütung mittels Pauschalen eine Verringerung der Leistungen oder ihrer Qualität nach sich ziehen könnte. Um dieses Risiko einzudämmen, muss die Kontrolle und die Qualitätssicherung bei sämtlichen Leistungserbringern verstärkt werden.

Die Versicherten

Die Änderung der Finanzierungsregelung im stationären Sektor wird die Kosten zu Lasten der sozialen Krankenversicherung um 1 Prozent erhöhen und kurzfristig eine entsprechende Prämienerrhöhung zur Folge haben. Die auf längere Sicht erhofften Einsparungen sollten jedoch eine kostendämmende Wirkung entfalten und damit den Versicherten zugute kommen.

Die Prämien für die Zusatzversicherung werden auf Grund der öffentlichen Subventionen an die Leistungen, zu deren Finanzierung sie dienten, sinken. Damit könnten sich wieder mehr Versicherte eine Zusatzversicherung leisten. Die finanzielle Aus-

wirkung allfälliger neuer Versicherungsprodukte im Zusatzversicherungsbereich ist nicht vorhersehbar.

Steuerzahler (Steuern)

Die Finanzlast der Kantone dürfte um bis zu 1200 Millionen Franken steigen, das sind ungefähr 2,5 Prozent der Nettobelastung der Kantone und Gemeinden (siehe Eidg. Finanzverwaltung: Statistik der öffentlichen Finanzen 1998, Neuenburg 1999). Es lässt sich nicht von vornherein sagen, ob der zusätzliche Finanzbedarf der Kantone im Stationären und Teilstationären in einer Steuererhöhung oder eher in einer Ausgabenkürzung oder eine Erhöhung der Verschuldung resultieren wird.

4.3 Auswirkungen für die Wirtschaft als Ganzes

Lastenausgleich

Die unten stehende Tabelle illustriert den Lastenausgleich, der sich aus der Anwendung der in dieser Revision vorgeschlagenen Massnahmen zur Finanzierung der stationären und teilstationären Behandlungen ergibt. Die Schätzung basiert auf den aktuellen Kosten dieses Sektors (statischer Ansatz) und lässt die mittelfristig ausgelösten Wirkungen dieser Revision im Zusammenhang mit den kosteneindämmenden Anreizen (dynamischer Ansatz) ausser Acht.

Angaben in Mio. Franken	Kantone	KVG oblig. Versicherung	VVG Privatversicherung
Spitalkosten insgesamt	4300	3700	3100
<i>Lastenausgleich</i>			
Beitrag an Investitionen	– 400	+ 400	
Beitrag an teilstationäre Krankenpflege	+ 250	– 250	
Beitrag an privat und halbprivat Versicherte	+ 1200		– 1200
Je hälftige Leistungsfinanzierung	Je nach Kanton		

Mit den leistungsbezogenen Vergütungen im Spitalbereich werden auch die heute von den Kantonen getragenen Investitionskosten der öffentlichen Spitäler abgegolten, was die Krankenversicherung zusätzlich belastet. Andererseits resultiert aus der Ausdehnung der Finanzierungsregelung auf den teilstationären Bereich eine Entlastung der Krankenversicherung. Die Ausweitung der Beitragspflicht der Kantone an die innerkantonale Spital- resp. teilstationäre Behandlung von halbprivat- und privatversicherten Patienten und Patientinnen führt zu einer finanziellen Mehrbelastung der Kantone und allenfalls Gemeinden, nicht aber zu einer entsprechenden Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung: Entlastet werden insbesondere die Zusatzversicherungen, welche bei innerkantonaler Spitalbehandlung heute jenen Finanzierungsanteil leisten, den im neuen System die Kantone zur Ergänzung des Beitrages der Grundversicherung zur Vergütung der gesetzlichen Leistungen übernehmen sollen.

Wettbewerbsverhältnisse im stationären und teilstationären Sektor

Der zunehmende Wettbewerb auf dem Markt der stationären und teilstationären Pflegeleistungen sollte zu einer schrittweisen Verringerung der Produktionskosten dieser Leistungen und zu einer Verbesserung der Qualität führen. Es ist anzunehmen, dass die sinkenden Produktionskosten sich vorteilhaft auf die Prämienentwicklung auswirken werden und dass die Versicherten den entsprechenden Betrag zumindest zum Teil in Form von höheren Ausgaben im privaten Gesundheitssektor (Zusatzversicherungen) verwenden werden. Im Übrigen dürfte die den Kantonen zusätzlich anfallende Finanzlast die Kantone veranlassen, die Planung im stationären und teilstationären Bereich besser zu nutzen, das heisst die Planung als eigentliches Instrument zur Angebotsbeschränkung einzusetzen.

Steuerlast und Einfluss auf die Wirtschaft

Die durch die Teilrevision bedingte Erhöhung der Steuerlast der Kantone muss daher wieder in ihren rechtlichen Zusammenhang gestellt werden: Auf Grund der Urteile des EVG, in denen die Kantone zu einer Beteiligung an den Kosten der ausserhalb des Wohnkantons erbrachten medizinischen Behandlungen in der privaten oder halbprivaten Abteilung verpflichtet werden, ist es nicht ausgeschlossen, dass die Kantone durch weitere gerichtliche Entscheide gezwungen werden, für die auf ihrem Boden erbrachten Leistungen in der privaten oder halbprivaten Abteilung dasselbe Prinzip anzuwenden. Der kurzfristige Anstieg der Steuerlast der Kantone ist somit weniger die direkte Konsequenz der Gesetzesrevision, sondern viel eher die Folge einer strikten Anwendung des KVG, von der man auf lange Frist eine Eindämmung der Gesundheitskosten erwartet.

Der Anstieg der Steuerlast, welche die Kantone zu tragen haben, beläuft sich auf rund 1000 Millionen Franken, was einer Erhöhung ihrer Nettobelastung um rund 2,5 Prozent entspricht. Jeder Kanton wird angesichts seines Ausgabenwachstums vor die Wahl gestellt, die Besteuerung zu erhöhen, die übrigen Ausgaben zu kürzen oder seine Schulden zu vergrössern. Je nach der Konjunkturlage und der Finanzlage jedes einzelnen Kantons wird man sich für die eine oder andere dieser Varianten entscheiden. Die Mehrbelastung ist nicht unerheblich, aber sie erscheint für die Kantone verkraftbar. Da die mittelfristigen wirtschaftlichen Aussichten der Schweizer Wirtschaft eher günstig sind, darf damit gerechnet werden, dass dank des Wachstums des kantonalen Steuersubstrates zumindest ein Teil der Mehrbelastung ohne grössere Steuererhöhung gedeckt werden kann.

Der finanzielle Mehrbedarf der Kantone und der sozialen Krankenversicherung beträgt eine Milliarde Franken (das entspricht einem Drittel eines Mehrwertsteuer-Prozentpunktes). Dieser Betrag wird jedoch die Kaufkraft der Haushalte nicht automatisch verringern, da diese gleichzeitig in den Genuss von vergleichbaren Preissenkungen im Bereich der Zusatzversicherungen kommen werden. Diese Lastenverschiebung dürfte folglich keinen Einfluss auf die Konjunkturentwicklung haben.

Soziale und regionale Ausgewogenheit

Hinter der Revision des Finanzierungssystems der Spitäler stand nicht in erster Linie die Absicht, das dem KVG innewohnende Solidaritätsprinzip zu stärken oder eine gewisse regionale Ausgewogenheit der gesetzlichen Leistungen im stationären und teilstationären Sektor zu fördern.

8.2

Die Instrumente des Europarates

Was die wirtschaftlichen und sozialen Rechte anbelangt, stellt die Europäische Sozialcharta vom 18. Oktober 1961 das Pendant zur europäischen Menschenrechtskonvention dar. In Artikel 12 ist das Recht auf Soziale Sicherheit verankert: Die Vertragsparteien verpflichten sich, ein System der Sozialen Sicherheit einzuführen oder beizubehalten, dieses auf einem befriedigenden Stand zu halten, sich zu bemühen, das System fortschreitend auf einen höheren Stand zu bringen und Massnahmen zu ergreifen, welche die Gleichbehandlung der Staatsangehörigen anderer Vertragsparteien mit ihren eigenen Staatsangehörigen gewährleisten. Die Schweiz hat die Charta am 6. Mai 1976 unterzeichnet; eine Ratifizierung wurde jedoch 1987 vom Parlament abgelehnt, sodass dieses Übereinkommen für unser Land nicht bindend ist. Mit der Europäischen Sozialcharta (revidiert) vom 3. Mai 1996 wurde der materielle Inhalt der Charta von 1961 aktualisiert und angepasst. Damit ist ein neues Abkommen begründet worden, welches das alte nicht ersetzt. Das Recht auf Soziale Sicherheit ist ebenfalls in Artikel 12 enthalten. Die revidierte Sozialcharta ist am 1. Juli 1999 in Kraft getreten. Die Schweiz hat dieses Instrument nicht ratifiziert.

Die Europäische Ordnung der Sozialen Sicherheit vom 16. April 1964 wurde am 16. September 1977 von der Schweiz ratifiziert (AS 1978 1491). Unser Land hat jedoch Teil II über die medizinische Versorgung nicht angenommen. Jeder Staat, der den aus Teil II der Ordnung hervorgehenden Verpflichtungen nachkommen will, ist verpflichtet, den geschützten Personen medizinische Versorgung bei Krankheit ohne Rücksicht auf ihre Ursache sowie bei Mutterschaft zu gewährleisten. Der Leistungsempfänger kann zur Beteiligung an den Kosten der bei Krankheit gewährten medizinischen Versorgung verpflichtet werden, zudem kann eine Wartezeit vorgesehen und die Dauer der erbrachten Leistungen bei Krankheit für die einzelnen Fälle auf 26 Wochen beschränkt werden.

Die Europäische Ordnung der Sozialen Sicherheit (revidiert) vom 6. November 1990 ist ebenfalls ein von der Europäischen Ordnung der Sozialen Sicherheit zu unterscheidendes Abkommen, sie ersetzt jene nicht. Durch die (revidierte) Ordnung werden die Normen der Europäischen Ordnung der Sozialen Sicherheit erweitert, namentlich durch die Ausdehnung des persönlichen Anwendungsgebietes, durch die Gewährung von neuen Leistungen sowie durch die Erhöhung des Betrags für Sachleistungen. Parallel wird eine grössere Flexibilität eingeführt, indem die Ratifizierungsbedingungen erleichtert und die Normen so formuliert wurden, dass den einzelstaatlichen Regelungen bestmöglich Rechnung getragen wird. Da die revidierte Ordnung bisher von keinem Staat ratifiziert wurde, ist sie noch nicht in Kraft getreten. Von den Instrumenten des Europarats sind zudem die folgenden Empfehlungen des Ministerkomitees an die Mitgliedstaaten zu erwähnen:

- Empfehlung Nr. R (80) 15 vom 14. November 1980 über eine bessere Verteilung der medizinischen Versorgung innerhalb und ausserhalb der Spitäler;
- Empfehlung Nr. R (86) 5 vom 17. Februar 1986 über die allgemeine Verfügbarkeit der medizinischen Versorgung.

8.3 Vereinbarkeit der Vorlage mit dem europäischen Recht

Das europäische Recht (Recht der Europäischen Gemeinschaft und Recht des Europarats) setzt für die in der vorliegenden Revision behandelten Bereiche keine Norm fest. Die Staaten können diese Aspekte nach eigenem Ermessen bestimmen.

9 Rechtliche Grundlagen

9.1 Verfassungsmässigkeit

Die Vorlage stützt sich auf Artikel 117 der Bundesverfassung.

9.2 Delegation von Rechtsetzungsbefugnissen

Die zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung notwendigen Regelungskompetenzen (Erlass der Vollzugsbestimmungen) werden dem Bundesrat in Artikel 96 KVG delegiert. Im Rahmen dieser Vorlage ist der Bundesrat überdies befugt, in folgenden Bereichen Bestimmungen zu erlassen:

Bestimmungen über die Führungsinstrumente (Art. 49 Abs. 7); Regelung der Einzelheiten des Prämieninkassos, des Mahnverfahrens und der Folgen des Zahlungsverzuges (Art. 61a); Rückgriffsrecht des Wohnkantons (Art. 79 Abs. 2^{bis}).

Spitalfinanzierung

Jahre	Haushalte			Sozialversicherungen			Staat			Ausland			Total
	Versicherter KVG (inkl. Zusatzver)	Unfallversicherer UVG	IV/AHV	Militärversicherung	Insgesamt	Bund	Kantone	Gemeinden	Insgesamt	Ausland	Total		
(In Millionen Franken)													
1991	1187,9	419,8	155,9	29,6	5876,2	0,6	3887,5	387,4	4275,5	693,4	12 033,0		
1992	947,3	489,9	174,5	28,0	6586,6	0,7	3910,7	445,6	4357,0	715,4	12 606,3		
1993	575,8	6834,7	509,5	29,4	7583,5	0,0	3768,4	357,3	4125,7	565,3	12 850,3		
1994	901,8	482,6	219,8	23,1	7550,6	0,0	3812,4	301,0	4113,4	610,9	13 176,7		
1995	665,7	7319,3	231,5	21,6	8057,7	0,0	3690,3	289,8	3980,1	657,7	13 361,2		
1996	329,8	7981,3	237,0	19,5	8723,2	1,2	3882,3	356,4	4239,9	635,0	13 927,9		
1997	248,3	8010,6	250,9	20,3	8782,4	1,4	3883,1	450,6	4335,1	817,0	14 182,8		
1998	834,7	7755,1	252,0	20,1	8580,1	1,1	3876,1	515,4	4392,6	828,0	14 635,4		
in Prozent													
1991	9,9	43,8	1,3	0,2	48,8	0,0	32,3	3,2	35,5	5,8	100,0		
1992	7,5	46,8	1,4	0,2	52,2	0,0	31,0	3,5	34,6	5,7	100,0		
1993	4,5	53,2	1,6	0,2	59,0	0,0	29,3	2,8	32,1	4,4	100,0		
1994	6,8	51,8	1,7	0,2	57,3	0,0	28,9	2,3	31,2	4,6	100,0		
1995	5,0	54,8	1,7	0,2	60,3	0,0	27,6	2,2	29,8	4,9	100,0		
1996	2,4	57,3	1,7	0,1	62,6	0,0	27,9	2,2	30,4	4,6	100,0		
1997	1,8	56,5	1,8	0,1	61,9	0,0	27,4	3,2	30,6	5,8	100,0		
1998	5,7	53,3	1,7	0,1	58,9	0,0	26,6	3,5	30,0	5,7	100,0		

Quelle: Bundesamt für Statistik: Analyse der Auswirkungen des KVG auf die Finanzierung des Gesundheitswesens und anderer Systeme der sozialen Sicherheit, Bericht des Bundesamts für Statistik zuhanden des Bundesamts für Sozialversicherung, Neuchâtel, März 2000.

Investitionsrechnung – Nettofinanzbedarf der Kantone und Gemeinden für die Spitäler 1998

In Millionen Franken

Kantone	Total	Nettofinanzbedarf des Kantons			Nettofinanzbedarf der Gemeinden		
		Total	Spitäler	Psychiatrische Kliniken	Total	Spitäler	Psychiatrische Kliniken
Zürich	153,8	133,4	113,4	20,0	20,4	20,4	–
Bern	93,6	71,8	69,1	2,7	21,8	21,8	–
Luzern	28,3	28,1	26,7	1,4	0,2	–	0,2
Uri	6,7	6,7	6,4	0,3	0,0	0,0	–
Schwyz	1,2	1,2	–	1,2	–	–	–
Obwalden	0,3	0,3	0,3	–	–	–	–
Nidwalden	1,3	1,3	1,3	–	–	–	–
Glarus	17,4	17,4	17,4	–	–	–	–
Zug	5,1	5,1	2,3	2,8	–	–	–
Freiburg	15,5	12,5	10,1	2,4	3,0	3,0	–
Solothurn	45,6	42,5	36,1	6,4	3,1	3,1	–
Basel-Stadt	63,5	63,4	58,6	4,8	0,1	0,1	–
Basel-Land	50,2	50,2	44,9	5,3	–	–	–
Schaffhausen	2,0	2,0	2,0	–	–	–	–
Appenzell A. Rh.	12,9	12,8	10,6	2,2	0,1	0,1	–
Appenzell I. Rh.	0,3	0,3	0,3	–	–	–	–
St. Gallen	24,3	24,2	23,8	0,4	0,1	0,1	–
Graubünden	34,9	29,3	18,3	11,0	5,6	5,6	–
Aargau	54,7	54,6	47,0	7,6	0,1	0,1	–
Thurgau	15,7	15,7	15,5	0,2	–	–	–
Tessin	27,2	0,4	–	0,4	26,8	26,8	–
Waadt	38,2	68,3	66,2	2,1	–30,1	–30,2	0,2
Wallis	41,4	41,1	38,1	3,0	0,2	0,2	–
Neuenburg	22,4	3,9	–	3,9	18,5	19,0	–0,5
Genf	35,6	35,6	35,6	–	–	–	–
Jura	5,3	5,6	3,6	2,0	–0,3	–0,3	–
Schweiz	797,2	727,5	647,4	80,1	69,7	69,9	–0,2

Quelle: Eidgenössische Finanzverwaltung und Bundesamt für Statistik

Schätzung des Anteils der Kosten der teilstationären Behandlungen

	Betriebsaufwand in 1000 Fr.	Kosten der teilstationären Behandlungen in 1000 Fr.	Kosten der teilstationären Behandlungen in Prozent des Aufwandes
Aargau	671 509	20 593	3
Appenzell I. Rh.	12 545	0	0
Appenzell A. Rh.	95 607	0	0
Bern	1 793 154	34 294	2
Basel-Landschaft	316 469	8 722	3
Basel-Stadt	938 794	18 392	2
Freiburg	293 264	507	0
Genf	1 122 764	62 924	6
Glarus	45 028	536	1
Graubünden	341 538	1 646	0
Jura	110 844	0	0
Luzern	487 537	4 866	1
Neuenburg	294 168	7 540	3
Nidwalden	28 984	0	0
Obwalden	29 901	0	0
St. Gallen	636 013	8 430	1
Schaffhausen	128 384	3 837	3
Solothurn	278 216	8 927	3
Schwyz	103 001	351	0
Thurgau	306 747	0	0
Tessin	501 939	15 206	3
Uri	36 610	0	0
Waadt	1 252 891	83 145	7
Wallis	353 296	16 029	5
Zug	121 112	9	0
Zürich	2 144 545	109 792	5
	12 444 860	405 746	3

Bundesamt für Statistik: Schätzung auf der Grundlage einer ersten Auswertung der Krankenhausstatistik 1998; unvollständige Daten vom März 1998; nicht hochgerechnet

Weil einerseits gewisse Kantone die teilstationären Behandlungen bereits heute subventionieren und weil andererseits davon auszugehen ist, dass gewisse teilstationäre Leistungen der Spitäler nicht als solche erfasst sind, dürfte der Wert von 3 Prozent die Situation eher unterschätzen. Für die Schätzung der Finanzierungsverschiebungen wurde der Anteil der teilstationären Behandlungen deshalb mit 4 Prozent festgelegt.

Tabelle 4

Leistungen der Zusatzversicherungen nach Kanton, in Millionen Franken

Total Zusatzversicherungsleistungen: 3153 Millionen Franken

(Versicherer nach KVG: 2780 Mio. Fr., nicht KVG-Versicherer: 373 Mio. Fr.)

	Anzahl Spitaltage	Anzahl Spitaltage in %	Leistungen
Aargau	943 791	7%	210,32
Appenzell I. Rh.	30 779	0%	6,86
Appenzell A. Rh.	163 081	1%	36,34
Bern	2 026 986	14%	451,71
Basel-Landschaft	408 163	3%	90,96
Basel-Stadt	863 365	6%	192,40
Freiburg	327 808	2%	73,05
Genf	856 568	6%	190,89
Glarus	45 668	0%	10,18
Graubünden	560 045	4%	124,81
Jura	145 400	1%	32,40
Luzern	514 610	4%	114,68
Neuenburg	344 612	2%	76,80
Nidwalden	31 124	0%	6,94
Obwalden	33 771	0%	7,53
St. Gallen	768 944	5%	171,36
Schaffhausen	168 808	1%	37,62
Solothurn	368 843	3%	82,20
Schwyz	102 700	1%	22,89
Thurgau	416 212	3%	92,75
Tessin	738 234	5%	164,51
Uri	46 509	0%	10,36
Waadt	1 103 979	8%	246,02
Wallis	516 677	4%	115,14
Zug	156 577	1%	34,89
Zürich	2 466 695	17%	549,70
	14 149 949	100%	3153,30

Bundesamt für Statistik: Schätzungen auf der Grundlage der Krankenhausstatistik, der Statistik über die Krankenversicherung und der Statistik der privaten Versicherungsgesellschaften

Aufteilung der Kosten für Spitalaufenthalte zwischen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und den Kantonen

Hochrechnung für das Jahr 1998	Millionen Franken	
Total der Spitalkosten gemäss Statistik über die Kosten des Gesundheitswesens	14 635	
Abzüge :		
Leistungen für im Ausland wohnhafte Versicherte durch die Haushalte bezahlte Leistungen (nach Abzug der Kostenvergütungen durch Privatversicherer)	– 828	
durch die Eidgenössischen Sozialversicherer bezahlte Leistungen (UV, IV, MV)	– 825	
durch Privatversicherer bezahlte Leistungen	– 373	
Bund	– 1	
Spitalkosten zu Lasten der Versicherer nach KVG und der Kantone	12 146	
Abzug der durch die Versicherer nach KVG übernommenen ambulanten Leistungen	– 1 303	
Kosten für Spitalaufenthalte zu Lasten der Versicherer nach KVG und der Kantone	10 843	
Abzug der Leistungen der Versicherer nach KVG für Spitalzusatzversicherungen	–2 780	
Kosten für Spitalaufenthalte zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der Kantone	8 063	
Abzug Investitionen der öffentlichen Hand	– 797	
Schätzung der anrechenbaren Kosten gemäss Artikel 49 Absatz 1 KVG	7 266	100,00%
davon zu Lasten der Kantone	3 595	49,48%
davon zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung	3 671	50,52%
Bundesamt für Statistik: Schätzungen auf der Grundlage der Statistik über die Kosten des Gesundheitswesens, der Statistik über die Krankenversicherung und der Statistik über die privaten Versicherungsgesellschaften		

Kostendeckungsgrad der stationären Behandlung

Berechnungen für das Jahr 1998

Tablelle 6

Ohne Investitionen		Mit Investitionen		Kantone		Versicherer		Total	
Mio. Fr.	Prozent	Mio. Fr.	Prozent	Mio. Fr.	Prozent	Mio. Fr.	Prozent	Mio. Fr.	Prozent
Zürich	395,0	38,71	61,29	1020,5	46,73	625,5	53,27	1174,3	53,27
Bern	490,7	50,81	49,19	965,7	55,16	475,0	44,840	1059,3	44,840
Luzern	91,9	40,94	59,06	224,5	132,6	132,6	47,55	252,8	47,55
Uri	13,6	48,68	14,3	27,9	51,32	14,3	41,36	34,6	41,36
Schwyz	59,0	55,17	48,0	107,0	44,83	60,2	55,67	108,2	44,33
Obwalden	10,3	44,10	13,1	55,90	23,4	10,6	44,83	23,7	13,1
Nidwalden	13,9	52,16	12,8	47,84	26,7	15,2	54,31	28,0	12,8
Glarus	18,7	51,08	17,9	48,92	36,6	36,1	66,86	54,0	17,9
Zug	32,0	47,16	35,8	67,8	37,0	37,0	50,83	72,8	35,8
Freiburg	103,0	49,32	105,8	208,8	118,4	118,4	52,81	224,3	105,8
Solothurn	84,0	40,83	121,7	205,7	129,6	129,6	51,57	251,2	121,7
Basel-Stadt	233,8	59,07	162,0	395,7	297,3	297,3	64,73	459,3	162,0
Basel-Landschaft	123,7	47,00	139,5	263,1	173,8	173,8	55,49	313,3	139,5
Schaffhausen	46,9	58,36	33,5	80,3	48,9	48,9	59,38	82,4	33,5
Appenzell A.Rh.	20,9	47,83	22,8	43,6	33,8	33,8	59,75	56,6	22,8
Appenzell I.Rh.	3,9	40,36	5,7	9,6	4,2	4,2	42,16	9,9	5,7
St.Gallen	176,3	48,09	190,3	366,5	200,5	200,5	51,31	390,8	190,3
Graubünden	97,7	53,85	83,8	181,5	132,6	132,6	61,29	216,4	83,8
Aargau	192,6	47,73	210,9	403,5	247,3	247,3	53,97	458,3	210,9
Thurgau	64,9	36,69	112,0	176,9	80,6	80,6	41,84	192,5	112,0
Tessin	116,4	36,83	199,7	316,1	143,6	143,6	41,83	343,3	199,7
Vaud	335,6	45,00	410,1	745,6	373,8	373,8	47,68	783,8	410,1
Wallis	126,2	48,67	133,1	259,3	167,6	167,6	55,73	300,7	133,1
Neuenburg	116,5	46,54	133,8	250,3	138,9	138,9	50,93	272,7	133,8
Genève	578,9	76,05	182,3	761,1	614,45	614,45	77,12	796,7	182,3
Jura	48,5	49,65	49,2	97,7	53,8	53,8	52,24	103,0	49,2
Schweiz	3594,5	49,47	3671,0	7265,5	4391,7	4391,7	54,47	8062,7	3671,0

Bundesamt für Statistik: Berechnungen auf der Grundlage der Statistik über die Kosten des Gesundheitswesens, der Statistik über die Krankenversicherung und der Statistik der öffentlichen Finanzen

Inhaltsverzeichnis

Übersicht	742
1 Allgemeiner Teil	745
1.1 Ausgangslage	745
1.1.1 Finanzierung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung	745
1.1.2 Geltende Gesetzgebung	747
1.1.3 Probleme der geltenden Ordnung	748
1.1.4 Erste Ergebnisse der Wirkungsanalyse des neuen Krankenversicherungsgesetzes	749
1.2 Revisionsbestrebungen	753
1.2.1 Volksinitiativen	753
1.2.2 Parlamentarische Vorstösse	755
1.2.3 Erste Teilrevision des KVG	757
1.2.4 Nationale Gesundheitspolitik der Schweiz	758
1.3 Vernehmlassungsverfahren zum Vorschlag des Bundesrats zu einer Teilrevision des KVG im Bereich der Spitalfinanzierung	758
1.4 Aufhebung des Kontrahierungszwangs	759
1.5 Weitere Revisionspunkte	760
1.6 Reformvorschläge in Expertengutachten	761
2 Grundzüge der Vorlage	763
2.1 Stossrichtung	763
2.1.1 Nicht aufgenommene Revisionsthemen	765
2.2 Korrektur von Elementen, welche der Kosteneindämmung entgegenstehen	768
2.3 Aufhebung des Kontrahierungszwangs im ambulanten Bereich	770
2.4 Spitalwahl	778
2.5 Kostenübernahme	778
2.6 Gleichbehandlung von stationären und teilstationären Leistungen	779
2.7 Spitalplanung	779
2.8 Leistungen	780
2.9 Tarife	780
2.10 Verstärkung der kosteneindämmenden Instrumente im ambulanten Bereich	781
2.11 Weitere Revisionspunkte	782
3 Besonderer Teil	784
4 Wirtschaftliche Auswirkungen	799
4.1 Notwendigkeit und Möglichkeit eines staatlichen Eingriffs	799
4.2 Einfluss auf die verschiedenen Akteure	800
4.3 Auswirkungen für die Wirtschaft als Ganzes	803
5 Finanzielle und personelle Auswirkungen	805
5.1 Finanzielle und personelle Auswirkungen für den Bund	805

5.2 Finanzielle und personelle Auswirkungen für die Kantone	805
5.3 Auswirkungen für die Krankenversicherung	805
6 Verhältnis zum Neuen Finanzausgleich zwischen Bund und Kantonen	805
7 Legislaturplanung	806
8 Verhältnis zum europäischen Recht	806
8.1 Das Recht der europäischen Gemeinschaft	806
8.2 Die Instrumente des Europarates	807
8.3 Vereinbarkeit der Vorlage mit dem europäischen Recht	808
9 Rechtliche Grundlagen	808
9.1 Verfassungsmässigkeit	808
9.2 Delegation von Rechtsetzungsbefugnissen	808
Anhang Tabellen	809
Bundesgesetz (Entwurf)	817