

04.061

**Botschaft
betreffend die Änderung des Bundesgesetzes über
die Krankenversicherung (Spitalfinanzierung)**

vom 15. September 2004

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:

- | | | | |
|------|---|---------|---|
| 2002 | P | 01.3049 | Spitzenmedizin. Abbau von Überkapazitäten durch Lizenzen (N 30.9.02, Zäch) |
| 2001 | P | 01.3604 | Einführung einer monistischen Spitalfinanzierung. Bericht (N 14.12.01, Zäch) |
| 2002 | M | 02.3170 | Planung der Spitzenmedizin (S 19.9.02; N 1.3.04, Frick) |
| 2002 | P | 02.3674 | Monistische Finanzierung der Krankenversicherung. Bericht. (N 21.3.03, Zisyadis) |
| 2002 | P | 02.3750 | Modelle für die Spitalplanung (N 21.3.03, Rossini) |
| 2003 | P | 03.3042 | Bildung von Versorgungsregionen für die stationäre Behandlung. Prüfung durch den Bundesrat (N 20.6.03, Wirz von Planta) |

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

15. September 2004

Im Namen des Schweizerischen Bundesrates

Der Bundespräsident: Joseph Deiss

Die Bundeskanzlerin: Annemarie Huber-Hotz

Übersicht

In seiner Botschaft vom 18. September 2000 (BBl 2001 741 ff.) hat der Bundesrat seinen Vorschlag zur Revision des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) im Bereich der Spitalfinanzierung unterbreitet. Nach dreijähriger parlamentarischer Beratung ist die Vorlage am 17. Dezember 2003 am Votum des Nationalrats gescheitert. In den Beratungen waren indessen jene Änderungsvorschläge, welche sich auf die Neuregelung der Spitalfinanzierung beziehen, kaum bestritten. Deshalb nimmt der Bundesrat die Vorschläge wieder auf; einzelne Elemente werden an die seither eingetretene Entwicklung angepasst. So wird beispielsweise auf das Konzept der teilstationären Behandlung verzichtet und auf das Ergebnis des Expertenberichts über Modelle der monistischen Finanzierung Bezug genommen. Die Stossrichtung bleibt jedoch: Mit der Gesetzesrevision sollen die systemhemmenden Unklarheiten beseitigt und die im Gesetz verankerten Grundsätze konsequent umgesetzt werden. Damit die Verantwortlichkeit der Finanzierungspartner eindeutig festgehalten ist, soll die Aufteilung der Finanzierung zwischen den Versicherern und den Kantonen festgeschrieben werden. Zur Schaffung zusätzlicher Transparenz und als Anreiz für die Steigerung der Effizienz soll die Finanzierung leistungsbezogen erfolgen. Zudem soll sich die Planung auf alle Leistungen nach diesem Gesetz beziehen und die Sicherstellung der Versorgung aller versicherter Personen umfassen, ohne Rücksicht auf das Vorliegen einer Zusatzversicherung.

Geändert hat sich die Ausgangslage für die Schätzung der finanziellen Auswirkungen der Gesetzesänderungen und dies vor allem für die Kantone. Der Grund liegt in einem Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgericht, in welchem dieses die Beitragspflicht der Kantone an die Behandlung zusätzlicher Patientinnen und Patienten in öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern auch innerkantonale bestätigt. Weil die sofortige und vollständige Umsetzung des Gerichtsentschiedes den Kantonen erhebliche Mehrkosten auferlegt hätte, hat das Parlament das Bundesgesetz über die Anpassung der kantonalen Beiträge für die innerkantonalen stationären Behandlungen nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung erlassen, welches die stufenweise Anhebung der Kantonsbeiträge vorsieht. Die seinerzeit als Folge des Übergangs zur dual-fixen Leistungsfinanzierung geschätzte Mehrbelastung der Kantone ist heute zum Teil vollzogen. Obwohl sich die vom Bundesrat vorgeschlagenen Gesetzesänderungen im Bereich der Spitalfinanzierung und –planung in den beiden Vorlagen nur in wenigen Einzelheiten unterscheiden, können die zu erwartenden finanziellen Auswirkungen dieser Vorlage somit nicht mit jenen verglichen werden, welche im Jahr 2000 vorausgesagt wurden. Damit auch die finanziellen Auswirkungen der an dieser Stelle vorgeschlagenen Gesetzesänderungen für die Kantone sowie die obligatorische Krankenpflegeversicherung tragbar sind, gilt es wiederum, eine geeignete Regelung des stufenweisen Übergangs zum neuen Finanzierungssystem festzulegen. Ein entsprechender Vorschlag findet sich in den Übergangsbestimmungen.

Inhaltsverzeichnis

Übersicht	5552
1 Allgemeiner Teil	5555
1.1 Entstehungsgeschichte	5555
1.1.1 Grundsätzliches	5555
1.1.2 Allgemeine Umsetzungsprobleme	5556
1.2 Bundesgesetz über die Anpassung der kantonalen Beiträge für die innerkantonalen stationären Behandlungen	5557
1.3 Revisionsbestrebungen	5558
1.3.1 Zweite KVG-Revision	5558
1.3.2 Parlamentarische Vorstösse	5558
1.4 Projekt «Grundlagen 3. KVG-Teilrevision»	5562
1.5 Politische Zielsetzungen	5564
1.6 Sozialpolitische Wirkung	5564
1.7 Vernehmlassungsverfahren zum Vorschlag des Bundesrates über eine Teilrevision des KVG	5565
2 Grundzüge der Vorlage	5566
2.1 Leistungen	5566
2.2 Spitalplanung	5567
2.3 Tarife	5569
2.4 Gesetzliche Grundlage für das Rückgriffsrecht des Wohnkantons	5570
2.5 Datengrundlagen	5570
2.6 Übergang zur neuen Finanzierungsregelung	5571
3 Besonderer Teil: Erläuterungen der einzelnen Bestimmungen	5572
4 Zusammenwirken des Vorschlages mit anderen in Diskussion stehenden Gesetzesänderungen	5583
5 Auswirkungen	5584
5.1 Finanzielle Auswirkungen	5584
5.1.1 Finanzielle Auswirkungen auf den Bund	5584
5.1.2 Finanzielle Auswirkungen auf die Kantone und Gemeinden	5584
5.2 Finanzielle Auswirkungen auf die Krankenversicherung	5586
5.3 Volkswirtschaftliche Auswirkungen	5587
6 Verhältnis zur Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen	5588
7 Legislaturplanung	5588
8 Verhältnis zum europäischen Recht	5588
8.1 Vorschriften der europäischen Gemeinschaft	5588
8.2 Die Instrumente des Europarates	5589
8.3 Vereinbarkeit der Vorlage mit dem europäischen Recht	5590
9 Rechtliche Grundlagen	5590

9.1 Verfassungsmässigkeit	5590
9.2 Delegation von Rechtsetzungsbefugnissen	5590
<i>Anhang</i>	
Aufteilung der Spitalkosten zwischen obligatorischer Krankenpflegeversicherung (KVG) und Kantonen	5591
Finanzierung der Spitäler	5592
Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Spitalfinanzierung) (Entwurf)	5593

Botschaft

1 Allgemeiner Teil

Auf Grund der in Artikel 3 der Bundesverfassung (BV; SR 101) festgehaltenen Kompetenzzuweisung bildet die Gesundheitsversorgung eine öffentliche Aufgabe der Kantone. Der Bund seinerseits trägt die Verantwortung dafür, dass sich die Bevölkerung zu tragbaren Bedingungen gegen die Risiken von Krankheit und Unfall versichern kann (Art. 117 BV; vgl. dazu VPB 48, 1984, S. 492 ff.). Im Gesundheitswesen und in der Krankenversicherung als dessen Teilbereich müssen Bundesregelung und kantonale Regelungen aufeinander abgestimmt werden. So wird in der geltenden Gesetzgebung festgehalten, dass bei stationärer Behandlung in öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern höchstens 50 Prozent der anrechenbaren Betriebskosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung getragen werden. Implizit wird damit festgelegt, dass die restlichen Betriebskosten von der öffentlichen Hand zu tragen sind (Art. 49 Abs. 1 KVG). Den Kantonen ist zudem die Aufgabe übertragen, die stationäre Versorgung zu planen und eine Liste der zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassenen Spitäler zu erstellen (Art. 39 Abs. 1 KVG).

1.1 Entstehungsgeschichte

1.1.1 Grundsätzliches

Zum Grundsätzlichen und den Gründen, welche für eine Teilrevision des Gesetzes im Bereich der Spitalfinanzierung sprechen, äusserte sich der Bundesrat bereits in seiner Botschaft vom 21. September 1998 (BBl 1999 793), welche die Festlegung der Bundesbeiträge in der Krankenversicherung und eine erste Teilrevision des KVG zum Thema hat. Die mit dieser Gesetzesrevision anvisierte Verbesserung der Funktionsweise der bestehenden Mechanismen ist acht Jahre nach der Einführung weitgehend erreicht. Indessen gilt es nun umso mehr, die Anreize konsequent auf das Ziel der Kosteneindämmung auszurichten. Dies, weil die Wirkungsanalyse zum KVG aufgezeigt hat, dass das KVG wohl auf der Leistungsebene (kompletter Leistungskatalog) und auf der Systemebene (obligatorische Versicherung mit Kassenvielfalt und Einheitsprämie) die gesetzgeberischen Ziele erreicht hat, in der Wirkung seiner kostendämpfenden Instrumente die Ziele aber nicht erreicht werden konnten (Bundesamt für Sozialversicherung: Wirkungsanalyse KVG, Synthesebericht; Bern 2001). Vermehrt kosteneindämmende Anreize in der Spitalfinanzierung bedingen indessen eine Abkehr vom im geltenden Gesetz enthaltenen Prinzip der Kostendeckung und führen dazu, dass die Möglichkeit der Verschiebung von Kosten auf den Finanzierungspartner entfällt.

Ausgangspunkt für die Ermittlung des von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gedeckten maximalen Anteils bilden nach geltendem Recht die anrechenbaren Betriebskosten. Weil die von den Spitälern im Rahmen der Tarifverhandlungen unterbreiteten Unterlagen zumeist die Kosten der Leistungen nach KVG nicht mit genügender Transparenz ausweisen, lassen sich die anrechenbaren Betriebskosten häufig nicht genau ermitteln. Weil der von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu deckende Teil an den anrechenbaren Betriebskosten nicht fixiert ist und

weil in Bezug auf die Ermittlung letzterer häufig eine Grauzone besteht, lässt es das heutige System zu, dass die Finanzierungspartner auf den eigenen Vorteil fokussiert sind. Kosteneindämmend wirken würde indessen die Fokussierung auf die Optimierung des Verhältnisses zwischen Kosten und Leistungen.

Die vermehrte Ausrichtung der wirtschaftlichen Anreize auf das Ziel der Kosteneindämmung bedingt zudem, dass unternehmerische Kriterien im Spitalbereich vermehrt zum Tragen kommen. Einerseits bedeutet dies für die Entscheidungsträger mehr Eigenverantwortung, andererseits ein erhöhtes Risiko. Im Sinne unternehmerischer Gesichtspunkte sind unzweckmässige Strukturen abzubauen. So ist die unterschiedliche Finanzierung von Investitionskosten (finanziert durch die Kantone) und Betriebskosten (duale Finanzierung) nicht optimal: 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 zu fordern.

1.1.2 Allgemeine Umsetzungsprobleme

Nach Inkrafttreten des KVG bestritten verschiedene Kantone ihre Beitragspflicht an die Behandlung von halbprivat- und privatversicherten Personen. In zwei Grundsatzurteilen hat das Eidgenössische Versicherungsgericht (EVG) im Dezember 1997 entschieden, dass die Beitragspflicht des Kantons bei einem ausserkantonalen Spitalaufenthalt unabhängig von der Art der Abteilung eines öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitals gegeben ist. Gleichzeitig entschied das EVG, dass bei nicht subventionierten Spitälern keine Beitragspflicht des Kantons besteht. Nicht ausgesprochen hat sich das EVG zur Beitragspflicht des Kantons bei innerkantonomer stationärer Behandlung einer halbprivat- oder privatversicherten Person (BGE 123 V 290 ff., 310 ff.).

Zur Regelung der Finanzierung der ausserkantonalen stationären Behandlung von halbprivat- und privatversicherten Personen haben die Kantone und *santésuisse*, der Dachverband der Versicherer, ein Abkommen ratifiziert, welchem die überwiegende Mehrheit der Versicherer beigetreten ist. Nicht zuletzt, weil dieses Abkommen zum einen zeitlich befristet war und weil zum anderen die Frage der Beitragspflicht der Kantone bei innerkantonomer stationärer Behandlung halbprivat- oder privatversicherten Personen nicht explizit geregelt war, unterbreitete der Bundesrat seinen eingangs erwähnten Vorschlag zur Revision des KVG im Bereich der Spitalfinanzierung.

1.2

Bundesgesetz über die Anpassung der kantonalen Beiträge für die innerkantonalen stationären Behandlungen

Beinahe ein Jahr nachdem das Parlament die Beratung der Gesetzesvorlage aufgenommen hat, entschied das EVG, dass die Kantone auch an den Aufenthalt von Personen mit einer Spitalzusatzversicherung einen Beitrag leisten müssen, wenn sie sich in einem öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spital des Wohnkantons behandeln lassen (BGE 127 V 422 ff.). Diese Beitragspflicht bedeutete die Umsetzung des Grundsatzes, dass alle obligatorisch versicherten Personen Anspruch auf die Kostenübernahme der nach KVG versicherten Leistungen haben. Die Zusatzversicherung deckt in öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern jene Leistungen, welche nicht durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung zu übernehmen sind. Dies sind insbesondere der zusätzliche Komfort beim Aufenthalt im Ein- oder Zweibettzimmer und die Möglichkeit der freien Arztwahl.

Die sofortige und vollständige Umsetzung dieses zweiten Gerichtsentscheid hätte den Kantonen Mehrkosten in der Grössenordnung von 700 Mio. Franken auferlegt; diese Ausgaben waren zumeist nicht budgetiert. Um die Situation für die Kantone zu entschärfen, hat das Parlament die stufenweise Anhebung der Kantonsbeiträge mittels dringlichem und daher befristetem Bundesgesetz beschlossen. Das Bundesgesetz vom 21. Juni 2002 über die Anpassung der kantonalen Beiträge für die innerkantonalen stationären Behandlungen nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (SR 832.14) hält demnach fest, dass die Kantone im Jahr 2002 60 Prozent des Tarifs der allgemeinen Abteilung übernehmen müssen, im Jahr 2003 80 Prozent und im Jahr 2004 100 Prozent. Das vom Versicherer assura eingereichte Referendum wurde in der Volksabstimmung vom 9. Februar 2003 vom Souverän verworfen (BBl 2003 3111).

Mit dem Erlass des Bundesgesetzes verband das Parlament die Absicht, den Übergang zur vollständigen Umsetzung der derzeit geltenden gesetzlichen Regelung im KVG zu gewährleisten und Klarheit bis zum Inkrafttreten der zweiten KVG-Revision, welche eine dauerhafte Lösung bringen sollte, zu schaffen. Mit der Ablehnung der Vorlage über die 2. KVG-Revision kann der Übergang weder in der seinerzeit vorgesehenen Art noch gemäss dem ursprünglichen Zeitplan erfolgen. Mittlerweile leisten die Kantone einen Beitrag in der Höhe des von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vergüteten Tarifs, welcher maximal 50 Prozent der anrechenbaren Betriebskosten des Aufenthalts in der allgemeinen Abteilung entspricht. Läuft diese Regelung Anfang 2005 aus und müssen die Kantone beim Aufenthalt einer zusatzversicherten Person in der Halbprivat- oder Privatabteilung eines öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitals die gesamten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht gedeckten anrechenbaren Betriebskosten in der allgemeinen Abteilung übernehmen, wären aufwändige Verhandlungen zum Abschluss entsprechender Vereinbarungen nötig. Der Bundesrat hat deshalb im Rahmen der ersten Vernehmlassungsvorlage zu seinen Revisionsvorschlägen nach dem Scheitern der 2. KVG-Revision eine Verlängerung des Bundesgesetzes bis zum Inkrafttreten der Gesetzesänderung über die Spitalfinanzierung vorgeschlagen.

1.3 Revisionsbestrebungen

1.3.1 Zweite KVG-Revision

In Bezug auf die Neuregelung der Spitalfinanzierung folgte das Parlament in weiten Teilen den in der erwähnten Botschaft enthaltenen Vorschlägen des Bundesrates. Insbesondere waren dies

- der Übergang zur Leistungsfinanzierung, welche je hälftig durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung und die Kantone erfolgen soll;
- der Einschluss der Investitionskosten in die Ermittlung der leistungsbezogenen Pauschalen;
- die Ausdehnung der Pflicht der Kantone zur Planung der stationären Versorgung aller versicherten Personen, unabhängig von deren Versicherungsdeckung.

Abgerückt vom bundesrätlichen Vorschlag ist das Parlament mit der Streichung des Konzepts der teilstationären Behandlung. Dies machte die definitorische Abgrenzung zwischen ambulanter und stationärer Behandlung notwendig.

Intensiv diskutiert wurde der Übergang zu einem monistischen Finanzierungssystem. Schlussendlich hat das Parlament auf den Systemwechsel verzichtet, in den Übergangsbestimmungen zum Revisionsvorschlag jedoch festgehalten, dass der Bundesrat innerhalb von fünf Jahren nach Inkrafttreten der Gesetzesänderung einen Revisionsvorschlag vorzulegen hat, welcher den Übergang zu einem monistischen System vorsieht, so dass die Leistungserbringer nur noch einem Kostenträger gegenüberstehen. Wie erwähnt ist die 2. KVG-Revision in der Wintersession 2003 vom Nationalrat abgelehnt worden.

1.3.2 Parlamentarische Vorstösse

Motion Zäch «Spitzenmedizin. Abbau von Überkapazitäten durch Lizenzen»

Mit der am 7. März 2001 eingereichten Motion (01.3049) wird der Bundesrat aufgefordert, Gesetzesänderungen vorzuschlagen, die nötig sind, damit er unter den Spitälern eine Lizenzvergabe durchführen kann, die im Bereich der Spitzenmedizin zur Bildung von Kompetenzzentren mit optimalen Resultaten und effizientem Kostenmanagement führt. In seiner Stellungnahme vom 30. Mai 2001 wies der Bundesrat darauf hin, dass die Gesundheitsversorgung und damit auch das Spitalwesen aufgrund der in der Bundesverfassung festgehaltenen Kompetenzausscheidung eine öffentliche Aufgabe der Kantone ist. Ohne explizite Kompetenzübertragung habe der Bund somit keine Möglichkeit, Regelungen in diesem Bereich zu treffen. Das im KVG enthaltene Instrument zum Abbau der Überkapazitäten sei die Spitalplanung, welche auf kantonaler Ebene erstellt wird. Von der Zuständigkeit der Kantone ausgehend habe der Bundesrat im Rahmen des Projekts zur Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen zwar vorgeschlagen, auf gesamtschweizerischer Ebene Regeln für die Planung und die Zuordnung der Versorgungskapazitäten für die Spitzenmedizin und die hoch spezialisierte Versorgung festzulegen. Die Umsetzung des Grundsatzes solle in interkantonalen Vereinbarungen verankert werden. Der Bundesrat hielt fest, dass schon heute Instrumente zum Abbau der Überkapazitäten zur Verfügung stehen, auch im Bereich

der Spitzenmedizin. Die Einführung eines weiteren Instrumentes, welches sich im Übrigen nicht in die bestehenden Konzepte einfügt, sei problematisch und der Bundesrat sprach sich dagegen aus, die Frage einer Lizenzvergabe isoliert zu prüfen. Indessen erklärte er sich bereit, das Anliegen im Gesamtkontext der zukünftigen Ausrichtung des Gesundheitswesens im Bereich der Spitzenmedizin in die Entscheidungsfindung einfließen zu lassen und beantragte die Umwandlung der Motion in ein Postulat. Die Motion wurde vom Nationalrat am 30. September 2002 in Form eines Postulates überwiesen. Im Rahmen der bestehenden Vorlage schlägt der Bundesrat vor, die Kantone zu einer gemeinsamen Planung der Spitzenmedizin zu verpflichten. Wie sie diese Aufgabe erfüllen, ist ihnen zu überlassen.

Postulat Zäch «Einführung einer monistischen Spitalfinanzierung. Bericht»

Mit dem am 5. Oktober 2001 eingereichten Postulat (01.3604) wird der Bundesrat aufgefordert, einen Bericht über eine monistische Spitalfinanzierung im schweizerischen Gesundheitswesen zu verfassen und zu veröffentlichen. Der Bundesrat hat sich am 14. November 2001 bereit erklärt, das Postulat entgegenzunehmen. Am 14. Dezember 2001 erfolgte die Annahme des Postulats durch den Nationalrat. Anlässlich einer Sondersitzung vom 22. Mai 2002 zur sozialen Krankenversicherung wurde das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) unter anderem beauftragt, «realisierbare Modelle für die (...) monistische Spitalfinanzierung vorzulegen, wobei die Grundversorgung gewahrt ist» (vgl. Ziff. 1.4). Der mit der Erstellung des Berichts betraute Experte schloss die Arbeiten im Jahr 2003 ab. Weil es sich im Verlaufe der Diskussion um die 2. KVG-Revision abzeichnete, dass der allfällige Übergang zu einer monistischen Finanzierung erst im Rahmen einer dritten Gesetzesrevision beraten würde, die 2. KVG-Revision dann aber gescheitert ist, hat der Bundesrat den Bericht am 26. Mai 2004 im Zusammenhang mit der Verabschiedung der Botschaften zum ersten KVG-Gesetzgebungspaket zur Kenntnis genommen. Der Bericht wurde in der Zwischenzeit veröffentlicht und der Bundesrat betrachtet das Postulat damit als erfüllt.

Motion Frick «Planung der Spitzenmedizin»

Mit der Motion vom 22. März 2003 (02.3170) wird der Bundesrat ersucht, eine Änderung des KVG vorzuschlagen, mit der die Kantone verpflichtet werden, bis Ende 2007 eine gemeinsame Definition und Planung der Spitzenmedizin zu beschliessen und diese innerhalb von fünf weiteren Jahren umzusetzen. Der Bundesrat hat sich am 29. Mai 2002 bereit erklärt, die Motion als Postulat entgegenzunehmen. Sowohl Ständerat wie Nationalrat haben die Motion angenommen. Im Rahmen der bestehenden Vorlage schlägt der Bundesrat entsprechend vor, die Kantone zu einer gemeinsamen Planung der Spitzenmedizin zu verpflichten.

Postulat Geschäftsprüfungskommission des Ständerates «Verstärkung der interkantonalen Spitalplanung»

Vor dem Hintergrund der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen beschloss die Geschäftsprüfungskommission des Ständerates im Rahmen ihres Jahresprogrammes 2000 den Einfluss des Bundes bei der Kostendämpfung im Bereich des Krankenversicherungsgesetzes zu untersuchen. In der Folge ihrer Arbeiten beauftragte sie den Bundesrat mit Postulat vom 5. April 2002 (02.3175) zu prüfen und Bericht zu erstatten, wie Anreize für eine stärkere interkantonale Spitalplanung geschaffen werden können. Der Bundesrat hat sich am 29. Mai 2002 bereit erklärt, das Postulat entgegenzunehmen. Vom Ständerat wurde das Postulat am 18. Juni 2002 angenommen.

Postulat Geschäftsprüfungskommission des Ständerates «Vorbereitung des Übergangs zur Leistungsplanung»

Im oben genannten Kontext beauftragte die Geschäftsprüfungskommission des Ständerates den Bundesrat mit Postulat vom 5. April 2002 (02.3176), die Einführung der Leistungsplanung zu prüfen und hierzu das Bundesamt für Sozialversicherung zu veranlassen, frühzeitig und in enger Zusammenarbeit mit den Kantonen ein Konzept zur Einführung der Leistungsplanung zu erarbeiten. Der Bundesrat hat sich am 29. Mai 2002 bereit erklärt, das Postulat entgegenzunehmen. Vom Ständerat wurde das Postulat am 18. Juni 2002 angenommen. Weil die Kantone davon ausgehen, dass der Paradigmenwechsel von der Objekt- zur Leistungsfinanzierung unabhängig von einer Revision des KVG vollzogen wird, hat im Februar 2004, unter Leitung des Zentralsekretariates der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren, der Arbeitsausschuss «leistungsorientierte Spitalplanung», der sich vier Mal jährlich trifft, seine Tätigkeit aufgenommen. Er setzt sich aus maximal 12 Vertreterinnen und Vertretern aus Kantonen und Vertreterinnen und Vertretern der Bundesämter für Gesundheit sowie für Statistik zusammen. Aufgabe des Arbeitsausschusses ist die Förderung von Know-how, die Bestandaufnahme und Aufbereitung von internationaler Erfahrung, die Ausarbeitung von Empfehlungen sowie die Sicherstellung der Koordination zwischen den Kantonen und den implizierten Bundesämtern.

Motion Leuthard «Gesundheitswesen. Schaffung von Versorgungsregionen»

Mit ihrer Motion vom 2. Oktober 2002 (02.3545) ersucht die Motionärin den Bundesrat, mit einer Änderung im Bundesgesetz über die Krankenversicherung die Kantone zu verpflichten, bis Ende 2005 vier bis sechs Versorgungsregionen zu bilden entsprechend der heute bereits existierenden Regionalisierung der SDK (neu: GDK). Jede Region soll die Versorgungssicherheit auf ihrem Gebiet garantieren und die entsprechenden Planungen erstellen, so dass die Versorgungsregionen Mechanismen für gemeinsame kantonale Entscheide im Bereich der Bedarfsplanung schaffen. Sollten die Kantone diesen Aufgaben nicht zeitgerecht nachkommen, wäre der Bund verpflichtet, die nötigen Massnahmen zur Verpflichtung der Kantone vorzunehmen. In seiner Stellungnahme vom 18. Dezember 2002 hält der Bundesrat fest, dass er zwar im Wesentlichen die Überlegungen der Motionärin teilt, dass die geltende Kompetenzordnung zwischen Bund und Kantonen allerdings eine Annahme der Motion nicht zulässt. Im Rahmen seiner Zuständigkeit habe der Bundesgesetzgeber allerdings in Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe d KVG vorgesehen, dass Spitäler zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind, wenn sie der von einem oder mehreren Kantonen gemeinsam aufgestellten Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung entsprechen. Artikel 48 der Bundesverfassung halte zudem fest, dass die Kantone die Möglichkeit haben, miteinander Verträge abzuschliessen und gemeinsame Organisationen und Einrichtungen zu schaffen. Sie könnten insbesondere gemeinsam Aufgaben von regionalem Interesse wahrnehmen. Aufgrund dieser Bestimmungen sei es die alleinige Entscheidung der Kantone, ob sie mit einem oder mehreren anderen Kantonen eine gemeinsame Spitalplanung, insbesondere auf regionaler Ebene, vereinbaren möchten. Es liege nicht im Kompetenzbereich des Bundes, diesbezüglich verbindlich einzugreifen. Der Bundesrat mache sich indessen seit der Einführung des KVG für die interkantonale Spitalplanung stark, mit der die Leistungen koordiniert und optimiert werden sollen, um so die Produktionskosten zu senken. Weil der Bundesrat bereits das entsprechende Postulat der GPK-S entgegengenommen hat, beantragte

er, die Motion sei in Postulat umzuwandeln und erklärte sich bereit, dieses entgegenzunehmen. Der Vorstoss wurde im Plenum noch nicht behandelt.

Postulat Zysiadis «Monistische Finanzierung der Krankenversicherung. Bericht»

Mit dem am 3. Dezember 2002 eingereichten Postulat (02.3674) wird der Bundesrat aufgefordert, einen Bericht zu einer monistischen Spitalfinanzierung durch den Bund mit den Konsequenzen für die Versicherten und die Kantone auszuarbeiten. Am 15. Januar 2003 erklärte sich der Bundesrat bereit zur Entgegennahme des Postulates, der Nationalrat erklärt am 21. März 2003 dessen Annahme. Im Expertenbericht zu möglichen Modellen einer monistischen Finanzierung (vgl. dazu Ziff. 1.4) wird die Möglichkeit der Finanzierung mit dem Staat als Monisten zwar erwähnt. Aufgrund der im Rahmen der zweiten KVG-Revision gemachten Willens-äusserung des Parlamentes ging er schwergewichtig auf die Einführung einer monistischen Finanzierung mit den Krankenkassen und den Managed Care-Organisationen als Monisten ein, ging also von einem wettbewerbsorientierten Umfeld aus. Solange an den Eckwerten des heutigen KVG, insbesondere am Kasenswettbewerb, festgehalten werden soll, hält es der Experte für wenig sinnvoll, die Kantone oder den Bund mit der Rolle des Monisten zu betrauen. Die Übertragung der gesamten Finanzierungsverantwortung an den Staat (Kantone, Bund) würde seines Erachtens vielmehr eine grundlegende Neuorientierung des KVG in Richtung auf ein Globalbudgetmodell voraussetzen. Der Bericht wurde in der Zwischenzeit veröffentlicht und der Bundesrat betrachtet das Postulat damit als erfüllt.

Postulat Rossini «Modelle für die Spitalplanung»

Weil die Spitalplanung, neben den Entscheiden im Rahmen der Revision des KVG, immer mehr Zusammenarbeit oder sogar genaue Abstimmung zwischen dem Bund und den Kantonen oder den Kantonsgruppen erfordert und weil heute die Kantone bei der Spitalplanung nur in wenigen Fällen zusammenarbeiten, wird der Bundesrat mit dem am 13. Dezember 2002 eingereichten Postulat (02.3750) beauftragt, die Erarbeitung von Kriterien zu veranlassen, auf deren Grundlage die optimale Grösse von Akutspitalern festgelegt werden kann, und daraufhin, insbesondere auf Daten von Geostat (Bundesamt für Statistik) gestützte fundierte Modelle für eine echte, zwischen dem Bund und den Kantonen abgestimmte Spitalplanung zu entwickeln. Am 12. Februar 2003 hat sich der Bundesrat bereit erklärt, das Postulat entgegenzunehmen, am 21. März 2003 beschloss der Nationalrat dessen Annahme. Im Rahmen der Vorlage wird nun vorgeschlagen, dass zur Erreichung einer gewissen Einheitlichkeit in der Spitalplanung der Bundesrat die Kompetenz erhält, Grundsätze zu formulieren und diese mit den Änderungen infolge der Revision der Spitalfinanzierung zu ergänzen.

Postulat Wirz-von Planta «Bildung von Versorgungsregionen für die stationäre Behandlung»

Mit dem Postulat (03.3042) wird der Bundesrat beauftragt, im Bereich der Planung der stationären Versorgung gemäss Artikel 39 KVG die Bildung von Versorgungsregionen zu prüfen. Der Bundesrat erklärte sich entsprechend seinen Ausführungen in der Antwort vom 18. Dezember 2002 zur Motion Leuthard (02.3545) bereit, das Postulat entgegenzunehmen. Am 26. Juni 2003 erfolgte die Annahme des Postulats durch den Nationalrat.

1.4

Projekt «Grundlagen 3. KVG-Teilrevision»

An seiner Sondersitzung vom 22. Mai 2002 zur sozialen Krankenversicherung kam der Bundesrat zum Schluss, dass mit dem KVG gute Ergebnisse in Bezug auf die Stärkung der Solidarität und den Zugang zu einem breiten Leistungskatalog erzielt worden sind, dass jedoch die kosteneindämmenden Elemente verstärkt und die Krankenversicherung schrittweise entsprechend reformiert werden müssen. In diesem Zusammenhang erhielt das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) unter anderem den Auftrag, «realisierbare Modelle für die (...) monistische Spitalfinanzierung vorzulegen, wobei die Grundversorgung gewahrt bleiben soll». Am 21. August 2002 genehmigte der Bundesrat die Struktur eines Projektes, das im Rahmen von vier Teilprojekten die Grundlagen für die 3. Teilrevision des KVG bereitzustellen hatte. Mit der Leitung der Arbeiten und der Erstellung eines Berichtes wurde Prof. Dr. Robert E. Leu betraut. Dessen Arbeiten wurden begleitet von einer Arbeitsgruppe, in welcher Vertretungen der Leistungserbringer, der Versicherer, der Kantone und der betroffenen Stellen des Bundes Einsitz hatten.

Aus Sicht des Experten können die wichtigsten Vorteile des Wettbewerbsmodells im Vergleich zur Situation bei Einführung eines dual-fixen Systems wie folgt zusammengefasst werden:

- Durch die Aufhebung des Kontrahierungszwangs entstünden erstmals im Spitalbereich Märkte im ökonomischen Sinn, auf denen sich Leistungserbringer und Leistungseinkäufer (Krankenversicherer/Managed Care-Organisationen [MCOs]); die Monisten) als autonome Handlungseinheiten gegenüberstünden. Beide könnten frei entscheiden, unter welchen Bedingungen sie mit welchen Akteuren auf der Marktgegensseite zusammenarbeiten wollten.
- Vorausgesetzt, den öffentlichen Spitälern würde der notwendige unternehmerische Freiraum zur Verfügung gestellt, wären wegen der monistischen Finanzierung bei allen Akteuren auf beiden Marktseiten Entscheidungskompetenz und Finanzierungsverantwortung jeweils in einer Hand zusammengefasst. Die grössere unternehmerische Freiheit sowie der Übergang zu einer leistungsorientierten Finanzierung würden auch zu einer grösseren betriebswirtschaftlichen Effizienz der öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler führen.
- Die Vertragsfreiheit, zusammen mit einem stärker ausdifferenzierten Risikoaussgleich, ermöglichte es den Krankenversicherern und Managed Care-Organisationen, sich in einem echten Leistungswettbewerb (statt im Kampf um die guten Risiken) zu konkurrenzieren. Dies würde sich auf der Ebene der einzelnen Versicherer/MCOs effizienzfördernd auswirken.
- Der Wettbewerb unter Versicherern/MCOs würde seinerseits das geeignete Vehikel darstellen, um den Leistungserbringern Anreize zu wirtschaftlichem Verhalten zu vermitteln.
- Die Freiheit der Wahl unter den Versicherern/MCOs schliesslich würde sicherstellen, dass die Versicherungsprodukte und letztlich auch die medizinische Versorgung den Präferenzen der Konsumenten entsprechen. Da die Finanzierungslast des Gesundheitswesens letztlich (Traglast) bei den privaten Haushalten liege (Prämien, Direktzahlungen und Steuern), komme so auch die Devise «Wer zahlt, befiehlt», stärker zur Geltung.

- Die Wiedereinführung der Vertragsfreiheit würde die Konzentration auf beiden Marktseiten weiter erhöhen (die Zahl der unabhängigen Anbieter reduzieren). Dies wäre so lange kein gravierendes Problem, als beide Marktseiten über eine ähnliche Marktstellung (Konzentration) verfügen, weil dann keine wesentlichen Ausbeutungsspielräume existieren. Das Marktergebnis könne unter diesen Umständen sehr zufriedenstellend ausfallen.
- Mit der Schaffung der Voraussetzungen für die Anwendung des Kartellgesetzes im Gesundheitswesen würden die Möglichkeiten für Machtmissbrauch weiter eingegrenzt. Ausserdem wäre ein gemeinsames Vorgehen bei den Vertragsverhandlungen nicht mehr möglich. Schliesslich müssten Verbandstarife durch Einzel- oder Gruppenverträge abgelöst werden.
- Die Freiheit der Vertragsgestaltung ermögliche es Versicherern und MCOs, alternative Vergütungssysteme mit den Leistungserbringern auszuhandeln. Entsprechend wäre mit neuen, auch innovativen Vergütungsformen zu rechnen, welche die Anreize für die Leistungserbringer nachhaltig veränderten. Insbesondere sei anzunehmen, dass die reine Einzelleistungsvergütung, die ja die ausschliessliche Ursache für das Phänomen der anbieterinduzierten Nachfrage darstelle, rasch stark zurückgedrängt würde.
- Im Gegensatz zu heute wären die zwischen den Vertragspartnern ausgehandelten Vergütungen (mittelfristig) immer kostendeckend. Unrentable Leistungen könnten auf Dauer nicht Bestand haben, weil sie die Existenz der Leistungserbringer gefährdeten. Unterschiedlich hohe Gewinnmargen auf einzelnen Leistungen würden sich durch den Wettbewerbsdruck einander tendenziell ausgleichen. Damit entfielen auch der Grund zum Rosinenpicken im Sinne einer Spezialisierung auf besonders rentable Leistungen.
- Die leistungsorientierte Finanzierung dürfte zusammen mit der Aufhebung des Vertragszwangs zur Folge haben, dass sich Niveau und Struktur der Spitzkapazitäten im Vergleich zur Situation nach dem Übergang zur dual-fixen Finanzierung rascher verändern und stärker an ökonomischen Realitäten orientieren würden. Gleichzeitig dürfte der zu erwartende (disziplinspezifische) Konzentrationsprozess insbesondere auch die Qualität vieler medizinischer Leistungen nachhaltig verbessern.
- Insgesamt sei zu erwarten, dass sich im Rahmen eines Modells des regulierten Wettbewerbs mit der Zeit eine effizientere Allokation der Ressourcen im Spitalbereich ergebe.
- Obwohl die Rolle der Kantone stark redimensioniert würde, käme ihnen immer noch eine ganze Reihe wichtiger Funktionen zu wie Sicherstellung einer flächendeckenden und qualitativ ausreichenden Versorgung, Finanzierung gemeinwirtschaftlicher Leistungen (Lehre und Forschung, Notfalldienste etc.), Aufsichts- und Bewilligungspflicht, Aktionär von öffentlichen Spitalern.

1.5 Politische Zielsetzungen

Mit der Bereinigung der Gesetzgebung soll

- der Notwendigkeit des Zusammenwirkens zwischen sozialer Krankenversicherung und Kantonen Rechnung getragen und die gemeinsame Finanzierungsverantwortung von obligatorischer Krankenpflegeversicherung und Kantonen in Form einer je hälftigen Leistungsfinanzierung festgeschrieben werden,
- der Leistungsbereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung unabhängig vom Ort des Aufenthalts im Spital definiert und dadurch von den Leistungen, welche durch eine Zusatzversicherung zu decken sind, abgegrenzt werden, sowie
- das Zusammenwirken von staatlicher Planung und Wettbewerbselementen neu geregelt werden, so dass die Spitalplanung einerseits die Versorgung aller vom Versicherungsobligatorium erfassten Versicherten sicherstellt und andererseits den Rahmen für die Optimierung der Ressourcennutzung bildet.

Kein Ziel des Bundesrats ist der sofortige Übergang zu einem monistischen Finanzierungssystem, in welchem die Leistungserbringer einem einzigen Finanzierer gegenüberstehen. Zwar hat der Bundesrat, im Hinblick auf eine spätere Gesetzesrevision sowie in Erfüllung eines Postulats vom 5. Oktober 2001 von alt Nationalrat Zäch (01.3604), den erwähnten Expertenbericht über Modelle einer monistischen Finanzierung (Ziff. 1.4) erarbeiten lassen. Die Arbeiten des Experten, die von den an der Spitalfinanzierung interessierten Akteuren im Gesundheitswesen begleitet wurden, zeigen, dass der politische Konsens, welcher beim Übergang zu einem monistischen System gegeben sein muss, noch nicht vorhanden ist. Dies gilt sowohl in Bezug auf ein System mit den Versicherern als Monisten als auch in Bezug auf ein System, in welchem der Staat (die Kantone oder, im Sinne des Postulats vom 3. Dezember 2002 von Nationalrat Zysiadis (02.3674) der Bund) die Rolle des Monisten übernimmt. Abgestützt auf die im Rahmen der Arbeitsgruppe vertretene Haltung der Akteure im Gesundheitswesen hält der Bundesrat ein monistisches Finanzierungssystem kurzfristig nicht für realisierbar. Indessen tragen die in dieser Vorlage vorgesehenen Massnahmen dazu bei, dass in einem späteren Zeitpunkt der Einführung eines monistischen Finanzierungssystems keine technischen Hindernisse entgegenstehen. In den Übergangsbestimmungen (Abs. 5) wird dem Bundesrat der Auftrag erteilt, innert drei Jahren einen entsprechenden Vorschlag zu unterbreiten.

1.6 Sozialpolitische Wirkung

Mit dem Versicherungsobligatorium garantiert das 1996 in Kraft getretene Krankenversicherungsgesetz der gesamten Wohnbevölkerung den Zugang zu einer breiten Leistungspalette und die entsprechende Kostenübernahme. Die gleichzeitig eingeführte Verpflichtung der Kantone zur Spitalplanung durch das KVG bietet Gewähr für das Vorhandensein der erforderlichen Versorgungsstrukturen. Die Finanzierung der stationär erbrachten Leistungen soll, wie die übrigen Leistungen gemäss KVG, durch individuelle Kopfprämien und durch die Kostenbeteiligung der Patientinnen resp. Patienten erfolgen, zusätzlich jedoch durch Mittel der öffentlichen Hand. Die teilweise Finanzierung der stationären Versorgung durch Steuergelder soll eine soziale Abfederung gewährleisten, indem die Kosten zum Teil durch progressiv zum

Einkommen erhobene Steuergelder gedeckt werden. Damit wird ein seit jeher bestehender Grundsatz der sozialen Krankenversicherung weitergeführt.

1.7 Vernehmlassungsverfahren zum Vorschlag des Bundesrates über eine Teilrevision des KVG

Mitte Mai 2004 wurde der Vorschlag des Bundesrates zur Teilrevision des KVG im Bereich der Spitalfinanzierung in Vernehmlassung gegeben. Vorgeschlagen wurde im Wesentlichen das Abrücken von der Objektfinanzierung beziehungsweise der Übergang zur Leistungsfinanzierung, die je hälftige Vergütung der Leistungen durch den Versicherer und den Wohnsitzkanton des Versicherten, die kantonale bzw. interkantonale Planung der Spitalversorgung aller Versicherten und die interkantonale Planung der hochspezialisierten Medizin sowie die Verbesserung der Datengrundlagen und Statistiken.

Jede einzelne vom Bundesrat vorgeschlagene Gesetzesänderung stiess weder auf die grundsätzliche Ablehnung noch auf die einhellige Zustimmung der Vernehmlassungsteilnehmenden. Am besten aufgenommen wurde der Übergang zur Leistungsfinanzierung. In diesem Punkt wurden lediglich gewisse Vorbehalte in Bezug auf eine mögliche Patientenselektion und die Verschlechterung der Qualität angebracht. Insbesondere seitens der Organisationen der Ärzteschaft sowie der Patientinnen und Patienten wurde auf die Notwendigkeit von Regeln hingewiesen, um unerwünschte Anreize zu verhindern. Zustimmung fand auch das Vorhaben der Verbesserung der Datengrundlagen und der Statistiken. Allerdings äusserten die Spitzenverbände der Spitäler Vorbehalte in Bezug auf die Weitergabe betrieblicher Daten, die Organisationen der Patientinnen und Patienten indessen meldeten Vorbehalte bezüglich Datenschutz an.

Kaum ein Einwand gemacht wurde zur Änderung beziehungsweise Neuregelung des Rückgriffsrechts der Kantone. Der Verzicht auf das Konzept der teilstationären Behandlung stiess auf Widerstand von Seiten der Privatspitäler.

Kein Konsens ausgemacht werden kann hinsichtlich der übrigen gewichtigen Revisioenselemente. Zwar wird die dual-fixe Finanzierung von einem beträchtlichen Teil der Vernehmlassungsteilnehmenden befürwortet. Insbesondere die Versicherer und die Vertretung der Arbeitnehmenden stimmen jedoch der je hälftigen Finanzierung durch Versicherer und Kantone nicht zu, sondern befürworten eine Aufteilung 40 zu 60 Prozent beziehungsweise 30 zu 70 Prozent. Im Weiteren befürwortet ein Teil der Kantone und die Vertretung der Arbeitnehmenden die je hälftige Finanzierung lediglich für die öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler, nicht aber für die heute nicht subventionierten Privatspitäler. Die Gleichbehandlung aller Spitäler, ob öffentlich oder privat, bildet wiederum die Voraussetzung, dass die Verbände der Spitäler sowie ein Teil der Wirtschaftsverbände der Gesetzesrevision zustimmen können. Andere Wirtschaftsverbände und einige Kantone sowie gewisse Parteien befürworten hingegen den direkten Übergang zu einem monistischen System, während ein Teil der Kantone und andere Parteien ein monistisches System grundsätzlich ablehnen. Ebenfalls kontrovers sind die Stellungnahmen zur Spitalplanung. Zwar besteht ein gewisser Konsens, dass es im Bereich der hochspezialisierten Medizin einer gesamtschweizerischen Planung bedarf. Insbesondere die Kantone wollen die diesbezügliche Planungskompetenz den Kantonen zuordnen, während andere Organisationen diese Kompetenz auf dem Bund übertragen wollen. Auch in

Bezug auf die Planung der Spitalversorgung gemäss Artikel 39 bestehen divergierende Meinungen. Während vor allem einige Vertreter des sofortigen Übergangs zu einem monistischen Finanzierungssystem sowie verschiedene Verbände der Leistungserbringer die Planung grundsätzlich in Frage stellen, sprechen sich andere für den Vorschlag des Bundesrates und sogar für die Übertragung von Kompetenzen auf den Bund aus.

2 Grundzüge der Vorlage

Wie einleitend erwähnt, nimmt die Vorlage die vom Bundesrat in seiner Botschaft vom 18. September 2000 enthaltenen Vorschläge wieder auf. In die neue Vorlage eingeflossen sind jene Änderungen, welche von den eidgenössischen Räten im Rahmen der Beratung des bundesrätlichen Vorschlags befürwortet wurden.

Da das Bundesgesetz über die Anpassung der kantonalen Beiträge für die innerkantonalen stationären Behandlungen nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung festhält, dass, entsprechend dem Grundsatz, dass auch bei stationärer Behandlung in Halbprivat- und Privatabteilungen von öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern die Kantone ihren Beitrag an die Betriebskosten leisten müssen (vgl. Ziff. 1.2), die Kantone im Jahr 2004 einen Beitrag in Höhe von 100 Prozent des von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vergüteten Tarifs an die Kosten der Behandlung von Zusatzversicherten Personen in öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern übernehmen, ist ein wesentlicher Schritt in die Richtung des vom Bundesrat in seiner Botschaft vom 18. September 2000 vorgeschlagenen Modells der dual-fixen Leistungsfinanzierung vollzogen. In Bezug auf die Spitalfinanzierung gilt es nun noch, unter Berücksichtigung der bezüglich Finanzierungsanteilen von öffentlicher Hand und obligatorischer Krankenpflegeversicherung verbleibenden Differenzen, eine Lösung festzuschreiben, den Übergang zu regeln und die Privatspitäler in die neue Regelung einzubeziehen.

2.1 Leistungen

Verzicht auf den Begriff der «Allgemeinen Abteilung»

Nach Artikel 49 Absatz 1 KVG deckt die obligatorische Krankenpflegeversicherung im stationären Bereich die medizinische Behandlung sowie den Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung der Spitäler ab. Der Begriff der allgemeinen Abteilung hat im geltenden Gesetz Aufnahme gefunden, um den Leistungsumfang des KVG zu umschreiben. Die in Ziffer 1.1.2 erwähnten Urteile des EVG vom Dezember 1997 umschreiben die Leistungen gemäss KVG ebenfalls, relativieren jedoch die Bezugnahme auf die allgemeine Abteilung. Die Verwendung des unter dem alten Recht verwendeten Begriffs «allgemeine Abteilung», welcher ein Versicherungsprodukt bezeichnet, ist nun nicht mehr geeignet, den Leistungsumfang der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu umschreiben. Unter Bezugnahme auf das Ergebnis der parlamentarischen Beratungen ist der Begriff zu streichen und festzuhalten, dass der Aufenthalt im Spital zum Leistungskatalog des Gesetzes gehört. Mitgemeint ist dabei, dass die mit einer Zusatzversicherung zu deckenden Leistungen wie der zusätzliche Komfort in einem Ein- oder Zweibettzimmer und die freie Arztwahl im Spital keine Leistungen nach dem KVG darstellen.

Verzicht auf das Konzept «teilstationär»

Dieses mit dem KVG eingeführte Konzept hat sich in der Praxis nicht durchgesetzt. Einerseits existieren nur wenig Einrichtungen, welche ausschliesslich der teilstationären Krankenpflege dienen. Andererseits werden diejenigen teilstationären Leistungen, welche durch Spitäler erbracht werden, in der überwiegenden Mehrheit als ambulante Leistungen abgerechnet; die Vereinbarung von Pauschalen für teilstationäre Behandlungen bildet die Ausnahme.

2.2 Spitalplanung

Das KVG hat die Spitalplanung und die daraus resultierende Erstellung einer Spitalliste als kantonale Aufgabe eingeführt. Damit wird der unter Ziffer 1 umschriebenen Aufgabenteilung nachgelebt. Die in der Verfassung festgehaltene Kompetenzzuscheidung soll im Rahmen dieser Gesetzesrevision nicht in Frage gestellt werden. Deshalb wird davon abgesehen, die Übertragung von Kompetenzen auf den Bund, sei es bei der Planung oder der Listengestaltung, vorzuschlagen. Für die Zulassung als Leistungserbringer und die Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ist somit weiterhin die Aufführung des Spitals beziehungsweise einer Abteilung in der kantonalen Spitalliste Voraussetzung. Für die Kostenübernahme darf es nach der vom EVG gestützten Auffassung hingegen keine Rolle spielen, ob die stationäre Behandlung in der allgemeinen, halbprivaten oder privaten Abteilung eines Spitals erfolgt. Aufgrund des Versicherungsobligatoriums für die ganze Bevölkerung hat dies zur Folge, dass sämtliche Kapazitäten, welche für die Erbringung der den Spitälern mittels Leistungsauftrag zugeordneten Leistungen gemäss KVG erforderlich sind, in die Bedarfsplanung einbezogen werden müssen. Damit wird ein im Gesetz enthaltenes kosteneindämmendes Instrument konsequent umgesetzt und verstärkt.

Gleichzeitig bedeutet diese Planungspflicht, dass sich die Planung auf den Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung beschränkt. Für Leistungen, welche nicht der Leistungspalette der obligatorischen Krankenpflegeversicherung angehören, wie beispielsweise der zusätzliche Komfort im Ein- oder Zweibettzimmer und die freie Arztwahl beim Spitalaufenthalt, besteht keine Planungspflicht. Die Bereitstellung der entsprechenden Kapazitäten soll den Gesetzen des Marktes unterliegen.

Nach wie vor soll die Entscheidung, ob die Spitalplanung durch einen einzelnen Kanton oder durch mehrere Kantone gemeinsam erfolgen soll, den Kantonen obliegen. In diesem Zusammenhang ist auf Artikel 46 Absatz 1 der Bundesverfassung hinzuweisen, wonach die Kantone das Bundesrecht gesetzeskonform und verfassungsmässig umzusetzen haben. Absatz 2 hält fest, dass der Bund den Kantonen möglichst grosse Gestaltungsfreiheit lässt und den kantonalen Besonderheiten Rechnung trägt. Artikel 47 der Bundesverfassung stipuliert ausserdem, dass der Bund die Eigenständigkeit der Kantone wahrt. Artikel 48 hingegen hält fest, dass die Kantone die Möglichkeit haben, miteinander Verträge abzuschliessen und gemeinsame Organisationen und Einrichtungen zu schaffen. Sie können namentlich Aufgaben von regionalem Interesse gemeinsam wahrnehmen. In diesem Sinne hätte auch die Bildung von Versorgungsregionen zu erfolgen, welche Nationalrätin Leuthard in einer Motion vom 2. Oktober 2002 (02.3545) und alt Nationalrätin Wirz-von Planta in einem Postulat vom 11. März 2003 (03.3042) forderten. Weder Gesetz noch Verfassung erteilen dem Bund die Kompetenz, den Kantonen eine interkantonale

Planung vorzuschreiben, da die Ausgestaltung der Spitalplanung, d.h. der bedarfsgerechten medizinischen Versorgung der Bevölkerung, verfassungsmässig in die Kompetenz der Kantone fällt. Wie der Bundesrat in seiner Botschaft zur 2. KVG-Revision und in seiner Stellungnahme vom 30. September 2002 (BBl 2003 399, insbesondere 405 f.) zum Bericht der ständerätlichen Geschäftsprüfungskommission vom 5. April 2002 zur Einflussnahme des Bundes auf die Kostendämpfung im Bereich des Krankenversicherungsgesetzes (BBl 2003 345 ff.) festhält, berücksichtigt er die bundesstaatliche Kompetenzordnung und schreibt den Kantonen damit nicht vor, wie sie ihre Planung auszugestalten hätten. Dennoch habe er im Rahmen seiner Rechtsprechung die Anforderungen an eine bedarfsgerechte Spitalplanung nach dem KVG konkretisiert. Um eine gewisse Einheitlichkeit bezüglich Art und Weise zu erreichen, wie die Kantone ihre Kompetenz in der Spitalplanung ausüben, und um ausgehend davon eine bessere Koordination unter ihnen zu erreichen, könnte man sich dennoch vorstellen, dass der Gesetzgeber dem Bundesrat die Kompetenz delegiert, Grundsätze aus seiner bisherigen Rechtsprechung zu formulieren und diese mit den Änderungen infolge der Revision der Spitalfinanzierung zu ergänzen. Ein diesbezüglicher Vorschlag ist in der Vorlage enthalten. Damit wird auch das Anliegen des Postulats vom 13. Dezember 2002 von Nationalrat Rossini (02.3750) aufgenommen in Bezug auf die Erstellung von Kriterien, welche die Kantone zu beachten hätten.

Festzuhalten ist weiter, dass die vorgeschlagene dual-fixe Finanzierung der Leistungen im Sinne eines Postulats vom 5. April 2002 der ständerätlichen Geschäftsprüfungskommission (02.3175) dem Aufbau von Schranken zwischen den Kantonen dadurch entgegen wirkt, dass der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung bei der Zuweisung von Leistungsaufträgen eine dominante Rolle zukommt. Allerdings können Vorteile, die mit dem Betrieb eines Spitals in einem Kanton verbunden sind (Arbeitsplätze, Einkommensquelle, Aufträge an Subunternehmer) nicht durch die Gesetzgebung des Bundes im Bereich der Krankenversicherung beeinflusst werden.

Mit dem Übergang zur leistungsbezogenen Finanzierung stellt sich die Frage nach der Zweckmässigkeit der heutigen Planungsmethodik der Kantone. Zusätzlich zur Sicherstellung der für die Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Bettenkapazitäten werden die Kantone auch berücksichtigen müssen, welches Ausmass an Leistungen mit den jeweils zugewiesenen Leistungsaufträgen verbunden ist. Im Sinne des Postulats vom 5. April 2002 der ständerätlichen Geschäftsprüfungskommission (02.3176) hat die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) die Initiative ergriffen mit dem Ziel, unter Einbezug aller Beteiligten eine Arbeitsgruppe «Leistungsorientierte Spitalplanung» einzusetzen, welche die Aufgabe hat, Planungsinstrumente bereitzustellen und den Übergang zur Leistungsplanung vorzubereiten.

Die mit Bezug auf die Planung und Aufgabenverteilung im Bereich der hochspezialisierten Medizin von verschiedenster Seite konstatierten Mängel sind seit mehreren Jahren Gegenstand zahlreicher Diskussionen und Vorschläge. Die Koordination und Konzentration der hochspezialisierten Medizin wurde auch im Rahmen der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA; Botschaft des Bundesrates vom 14. November 2001 in BBl 2002 2291) als einer derjenigen Bereiche identifiziert, der zwecks effizienterer und wirksamerer Aufgabenerfüllung auf interkantonaler Ebene organisiert werden soll. So wird vorgesehen, dass durch ein Konkordat der Kantone auf schweizerischer Ebene Regeln für die Planung und Zuordnung der Versorgungskapazitäten für die hochspe-

zialisierte medizinische Versorgung festgelegt werden (vgl. den neuen Art. 48a BV; BBl 2003 6591 ff.). Im Rahmen der NFA werden auch die Vorhaben weiterverfolgt, welche in Bezug auf die Angebotsplanung im Bereich der Spitzenmedizin vormals durch das Projekt «Nationale Gesundheitspolitik» wahrgenommen wurden. Ein Vernehmlassungsverfahren wurde durch die GDK in der zweiten Hälfte des Jahres 2003 durchgeführt; die Ergebnisse liegen vor. Diese lassen darauf schliessen, dass sich die Universitätsspitäler auf Leistungszentren im Bereich der Transplantationsmedizin einigen werden. Die Plenarversammlung der GDK hat die Resultate Ende 2003 zur Kenntnis genommen und dem Vorstand der GDK die Kompetenz übertragen, die interkantonale Kommission «Konzentration der hochspezialisierten Medizin» (CICOMS) einzusetzen und die weiteren Arbeiten voranzutreiben. Der Bundesrat hat zur Zeit weder die Kompetenz noch einen Anlass, die in der erwähnten Motion von alt Nationalrat Zäch (01.3049) vorgeschlagenen Gesetzesänderungen aufzunehmen, um unter den Spitälern eine Vergabe von Lizenzen zur Erbringung von Leistungen der hochspezialisierten Medizin durchzuführen. Entscheidträger sind nach wie vor in erster Linie die Kantone. Entsprechend der Vorschläge im Rahmen der gescheiterten Gesetzesrevision und der eingangs erwähnten Motion Frick (02.3170) soll hingegen die Verpflichtung der Kantone, die hochspezialisierte Medizin gemeinsam zu planen, sowie die subsidiäre Kompetenzübertragung an den Bundesrat wieder aufgenommen werden.

2.3 Tarife

Zentraler Punkt der Vorlage ist der Tarifbereich. In diesem steht der Wettbewerbsgedanke im Vordergrund. Dies wird nicht zuletzt deutlich durch die in Artikel 46 Absatz 3 KVG eingeführten Normen, die kartellrechtlich verbotenes Verhalten der Leistungserbringer zu verhindern suchen. Eine Stärkung dieses Wettbewerbsgedankens ist eines der Ziele dieser Vorlage. Zwar ist grundsätzlich am System der Pauschaltarifierung festzuhalten. Dabei sollen jedoch Leistungen finanziert und nicht mehr Kosten gedeckt werden. Mit der leistungsbezogenen Finanzierung soll eine Abkehr von der bisher üblichen Objektsubventionierung bewirkt werden. Zudem soll die finanzielle Beteiligung der Kantone explizit verankert werden. Vorgeschlagen wird die dual-fixe Finanzierung von Leistungen, was bedeutet, dass die Finanzierung der Leistungen durchwegs je hälftig durch den Kanton und den Versicherer erfolgt. Die Tarife werden von den Versicherern und den Leistungserbringern vereinbart (Art. 46 Abs. 1 KVG); die Kantone sind daher nicht Tarifpartner im eigentlichen Sinne. Kommt keine Vereinbarung zu Stande, werden die Tarife hingegen von der jeweiligen Kantonsregierung festgesetzt. Einerseits mit dieser subsidiären Kompetenz und andererseits mit der Planung der Leistungen sowie der Zuweisung der Leistungsaufträge haben die Kantone nach wie vor Einfluss auf das Kostenvolumen, welches sie zu übernehmen haben.

Durch die vorgeschlagene Streichung des Begriffes «allgemeine Abteilung» entfällt ferner eine Differenzierung nach dem Aufenthaltsort der Versicherten. 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 zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen ist. Mit dem Übergang zu leistungsbezogenen Pauschalen fällt die unterschiedliche Tarifierung für innerkantonale und ausserkantonale Versicherte weg. Wenn ein «Preis» für eine Leistung vereinbart wird, ist es unerheblich,

ob damit eine innerhalb oder eine ausserhalb des Kantons erbrachte Leistung entschädigt wird. In diesem Sinne wirkt die vorgesehene Leistungsfinanzierung der Errichtung von Schranken zwischen den Kantonen entgegen.

Wenn zur Stärkung des Wettbewerbs Leistungen und nicht mehr Objekte finanziert werden sollen, bedingt dies, dass alle Spitäler ihre Leistungen unter denselben Bedingungen erbringen. Eine Differenzierung aufgrund der Trägerschaft ist nicht sachgemäss. Dies hat einerseits zur Folge, dass die von heute nicht subventionierten Spitälern zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbrachten Leistungen der kantonalen Planung entsprechen müssen. Andererseits sollen die Leistungen der Privatspitäler, welche diese Voraussetzung erfüllen, demselben Finanzierungsregime unterstellt sein wie die Leistungen der öffentlichen Spitäler.

2.4 Gesetzliche Grundlage für das Rückgriffsrecht des Wohnkantons

Der Wohnkanton leistet heute Beiträge sowohl bei einem innerkantonalen Spitalaufenthalt als auch bei einer stationären Behandlung ausserhalb des Wohnkantons. 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. 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.).

2.5 Datengrundlagen

Von den Bundesbehörden und den kantonalen Behörden werden unterschiedliche Daten zur Erfüllung ihrer Aufgaben benötigt, insbesondere, um den Vollzug und die Umsetzung des KVG zu überwachen, sowie um die Funktions- und Wirkungsweise des Gesetzes zu beurteilen. Diese Aufgaben sind in diversen Gesetzesbestimmungen enthalten und auf verschiedene Akteure verteilt. Insbesondere die Planungsaufgabe der Kantone nach Artikel 39 KVG und die Beurteilung der Entwicklung der Tarife nach den Artikeln 43 ff. KVG sind davon berührt. 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). Nach Artikel 30 der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) erhebt das Bundesamt für Statistik zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit die

Angaben der Spitäler und Pflegeheime. Nach wie vor bestehen jedoch wichtige Lücken bezüglich der notwendigen Informationen. Dies betrifft insbesondere den ambulanten Sektor. Wohl stellt das Bundesstatistikgesetz vom 9. Oktober 1992 (BstatG; SR 431.01) eine allgemeine Rechtsgrundlage dar, welche auch für den Gesundheitsbereich Gültigkeit hat. Angesichts der Bedeutung des Gesundheitswesens bzw. der Krankenversicherung und der Komplexität der Datenerhebungen und -auswertungen ist eine explizite Verankerung der Statistikaufgabe im KVG jedoch sinnvoll. Dabei können auch einige spezifische Punkte geregelt werden, welche im Statistikgesetz nicht mit der notwendigen Detaillierung festgehalten sind. Dazu gehören nicht zuletzt die Erhebung und Weitergabe von Daten, bei der es gerade im Spitalbereich immer wieder zu Unklarheiten gekommen ist. Daher soll die Gelegenheit benützt werden, diese Unklarheiten auszuräumen und die Erhebung und die Weitergabe der Daten zu klären.

Die Finanzierung zusätzlicher Datenerhebungen und –auswertungen, welche die von der Politik als gravierend bezeichneten Informationsdefizite beseitigen sollen, sprengt jedoch die finanziellen Möglichkeiten des Bundes. Angesichts der angespannten Finanzlage des Bundes soll daher die Möglichkeit bestehen, von den Versicherern einen Beitrag zu erheben. Dabei geht es nicht um die Finanzierung bereits laufender statistischer Erhebungen im stationären Bereich, sondern einzig um die zusätzlichen statistischen Arbeiten, die wie erwähnt hauptsächlich im ambulanten Bereich anfallen. Gemäss ersten Schätzungen werden dafür rund 3 Mio. Franken jährlich zusätzlich benötigt. Dies entspricht einem jährlichen Beitrag von etwa 50 Rappen pro versicherte Person, was somit nicht in nennenswertem Ausmass zur Kostensteigerung oder zu Prämiensteigerungen beitragen dürfte.

Bezüglich der Veröffentlichung der Daten ist auf den bestehenden Artikel 84a Absatz 3 KVG zu verweisen, wonach Daten von allgemeinem Interesse, die sich auf die Anwendung dieses Gesetzes beziehen, veröffentlicht werden dürfen. Der Bundesrat geht davon aus, dass letzteres gerade bei der Beurteilung der Umsetzung durch die zuständigen Behörden der Fall ist, wenn es sich um die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen sowie die Kostenentwicklung handelt, und sieht keine Notwendigkeit einer weitergehenden Regelung. Jedoch ist es für ein Gesamtbild der Umsetzung des KVG notwendig, dass auch die übrigen Leistungserbringer in die Erhebung der Angaben einbezogen werden.

2.6 Übergang zur neuen Finanzierungsregelung

Der bundesrätliche Vorschlag sieht einen Übergang in verschiedenen Etappen und Zeitspannen vor. Weil die dual-fixe Finanzierung der öffentlichen Spitäler die Belastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und die Entlastung der Kantone bewirkt, die dual-fixe Finanzierung der Privatspitäler hingegen die Belastung der Kantone und eine gewisse Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, heben sich die Wirkungen der verschiedenen Revisioenselemente zum Teil auf. Damit sollen abrupte Wirkungen auf die Kantonsfinanzen beziehungsweise auf die Prämienentwicklung vermieden werden. Dasselbe Ziel hat der Einbezug der Investitionskosten in die leistungsbezogenen Tarife, welcher gestaffelt erfolgen kann. Eine einmalige Verschiebung aller Finanzierungsanteile zu Beginn des dritten Jahres nach Inkrafttreten der Gesetzesänderung, wie sie im Vernehmlassungsverfahren von vielen Kantonen moniert wurde, dürfte einen massiven Anstieg der Krankenversi-

cherungsprämien bewirken, sofern nicht gleichzeitig die leistungsbezogenen Tarifstrukturen, welche die Verhandlung der Tarife unter Wettbewerbsbedingungen mit sich bringt, in vollem Umfang eingeführt und umgesetzt werden können. Weil nicht absehbar ist, in welchem Zeitraum Einigkeit in Bezug auf die Strukturen der leistungsbezogenen Pauschalen erzielt werden kann und die Einführung entsprechender Pauschalen erfolgt, hält der Bundesrat am Übergang in Etappen fest.

3 Besonderer Teil: Erläuterungen der einzelnen Bestimmungen

Art. 21 Abs. 4

Der Inhalt des bisherigen Absatzes 4 wird in Artikel 22a integriert. Im Rahmen seiner Aufsichtstätigkeit über die Versicherer hat das Bundesamt für Gesundheit Angaben über die Durchführung der Versicherung eingefordert und eine entsprechende Statistik veröffentlicht (Art. 28 und 31 KVV). Diese Verpflichtung der Versicherer soll der Vollständigkeit halber nun auf Gesetzesstufe erwähnt werden.

Art. 21a Abs. 2

Der Verweis auf Artikel 21, der im Zuge einer früheren Revision neu gegliedert wurde, ist richtig zu stellen.

Art. 22a (neu) Daten der Leistungserbringer

Gegenüber der Vernehmlassungsvorlage werden Erhebung und Weitergabe der Daten der Leistungserbringer und die Statistikaufgabe des Bundes nun in zwei Artikel, einen neuen Artikel 22a und einen erweiterten Artikel 23, unterteilt.

Wie unter Ziffer 2.5 erwähnt, soll die Pflicht zur Datenlieferung ausgeweitet werden. So haben nicht nur Spitäler und Pflegeheime, sondern alle zugelassenen Leistungserbringer diejenigen Daten bekannt zu geben, die zur Kontrolle und Aufsicht über die Durchführung der Krankenversicherung benötigt werden. In diesem Sinne wird die Datenlieferungspflicht ausgeweitet und die Verpflichtung zur kostenlosen Datenlieferung in Absatz 2 explizit festgehalten. In Absatz 1 werden die zu erhebenden Angaben beispielhaft aufgezählt. Es handelt sich dabei grösstenteils um die heute in Artikel 30 KVV genannten Angaben. Diese sollen ein Bild über die Tätigkeit der Leistungserbringer ermöglichen, indem sowohl die Infrastruktur bzw. die Aus- und Weiterbildung wie auch die erbrachten Leistungen und die dabei entstehenden Kosten anzugeben sind, ohne dabei die Anonymität der Patientinnen und Patienten in Frage zu stellen.

Absatz 3 regelt die Erhebung der Angaben und deren Weitergabe. Dadurch sollen die Datenlieferanten so gut wie möglich entlastet und zugleich Synergieeffekte erzielt werden, indem die Daten für statistische und administrative Zwecke Verwendung finden. Artikel 14 BstatG fordert indessen eine explizite Grundlage für die Weitergabe der zu statistischen Zwecken erhobenen Daten für administrative Zwecke. Damit dies in der Praxis auch erfolgen kann, muss jedoch sichergestellt werden, dass die nach Absatz 1 erhobenen Daten tatsächlich weitergegeben und entsprechend genutzt werden können. Für die Organe der Krankenversicherung ist es zum Zweck ihrer gesetzlichen Aufgabe unabdingbar, dass auch nominative Einzeldaten

ausgetauscht werden können. Dies rechtfertigt sich dadurch, dass insbesondere bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und Qualität eines Leistungserbringers nur dann eine objektive Prüfung erfolgen kann, wenn die Leistung mit anderen Leistungserbringern verglichen werden kann. Neben der Aufsichtsbehörde, dem Bundesamt für Gesundheit, sind hier vor allem die Preisüberwachung, das Bundesamt für Justiz sowie die Kantone an Datengrundlagen interessiert. Ergänzt wird die Bestimmung mit dem Hinweis, dass die Daten veröffentlicht werden können.

Der Bundesrat ist ferner der Meinung, dass die Ausweitung des Datenflusses eine Konkretisierung auf Verordnungsstufe bedingt. Dadurch kann namentlich folgendes näher geregelt werden: Da der Kreis zugelassener Leistungserbringer so unterschiedliche Organe wie Spitäler, Ärzte und Ärztinnen, Laboratorien und Heilbäder umfasst, sind die Anforderungen an die Daten, die Aufschluss über die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen geben, unterschiedlich. Zudem ist festzulegen, welche datenschutzrechtlichen Leitplanken dabei benötigt werden.

Art. 23

Entsprechend den Ausführungen unter Ziffer 2.5 soll die Statistikaufgabe des Bundes im Bereich der Krankenversicherung explizit im KVG festgehalten werden. Mit Absatz 1 wird daher das Bundesamt für Statistik verpflichtet, die notwendigen Datengrundlagen bereitzustellen, um die Funktions- und Wirkungsweise dieses Gesetzes beurteilen zu können.

Die Bereitstellung einer kohärenten Datenbasis kann im komplexen Bereich des Gesundheitswesens nur erfolgen, wenn die Datenlieferanten der obligatorischen und kostenlosen Auskunftspflicht unterstellt werden. Absatz 1 listet daher die Datenlieferanten auf, während in Absatz 2 die Auskunftspflicht geregelt wird. Während die Beschaffung der betreffenden Daten über den stationären Sektor – mit Ausnahme des Pflegebereichs – gesichert ist und routiniert erfolgt, fehlen entsprechende Daten über die Versorgung im ambulanten Sektor bisher völlig. Hier geht es somit darum, eine Datenbasis aufzubauen, die Aufschluss gibt über die Inanspruchnahme der ambulanten Medizin und deren Gründe (Diagnosen), das Leistungsgeschehen sowie die damit verbundenen Kosten. Durch Verbindung der Daten aus dem ambulanten mit denen des stationären Bereichs lassen sich Patienten über mehrere Leistungserbringer verfolgen und damit Behandlungsverläufe nachzeichnen, wodurch die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit unterschiedlicher Behandlungsformen und Versorgungsmodelle verglichen werden können.

Absatz 3 entspricht dem bisherigen Absatz 1 und verweist auf die Anwendbarkeit des Bundesstatistikgesetzes. Dem Datenschutz wird ein besonderes Gewicht beigegeben. Alle Daten, die nur für statistische Zwecke Verwendung finden, werden anonymisiert. Daten von Patientinnen und Patienten liegen nur in anonymisierter bzw. pseudonymisierter Form vor.

Art. 25 Abs. 2 Bst. a

Der Begriff «teilstationär» soll, weil sich das Konzept in der Praxis nicht durchgesetzt hat, durchgehend gestrichen werden (s. oben Ziff. 2.1).

Art. 25 Abs. 2 Bst. e

In Ziffer 2.1 wurde 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 Wirtschaftlichkeit nach Artikel 56 KVG kann sich die Kostenübernahme für den Aufenthalt klarerweise nur auf das für den Behandlungszweck geeignete Mass beschränken. Dies ist die medizinische Versorgung im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, welche der Ständerat im Rahmen der gescheiterten Gesetzesrevision als «Basisservice» bezeichnete. Zusätzliche Leistungen wie der Aufenthalt in einem Einzel- oder Doppelzimmer unabhängig von medizinischer Indikation sowie die Arztwahl im Spital sind nicht eingeschlossen und weiterhin durch dem Privatversicherungsrecht unterworfenen Zusatzversicherungsprodukte zu versichern. Der Bundesrat sieht indessen davon ab, den vom Parlament verabschiedeten Zusatz «für ärztliche und pflegerische Versorgung im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung» aufzunehmen. Einerseits erachtet er diesen Text als zu einschränkend, andererseits, da der Zusatz einzig der Verdeutlichung der Tatsache dienen soll, dass die obligatorische Krankenpflegeversicherung nur die gesetzlichen Leistungen zu vergüten hat, als überflüssig. Denn nach dem KVG werden grundsätzlich keine Leistungen übernommen,

- welche die von Artikel 32 KVG festgelegten Kriterien der Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit nicht erfüllen und nicht dem oben erwähnten «Basisservice» zuzurechnen sind, oder
- welche nicht in den sachlichen Anwendungsbereich des KVG gehören.

Art. 25 Abs. 2 Bst. f, 29 Abs. 2 Bst. b

Auch an dieser Stelle ist der Begriff «teilstationär» zu streichen.

Art. 35 Abs. 2 Bst. i

Weil das Konzept der teilstationären Behandlung nicht weiterverfolgt wird, ist ebenfalls an dieser Stelle der Begriff der Leistungserbringerkategorie «Einrichtungen, die der teilstationären Krankenpflege dienen» zu streichen.

Art. 39 Abs. 1 Bst. d sowie Abs. 2 und 4 (neu)

Im Zusammenhang mit der neuen Finanzierungsregelung (nachfolgend unter Art. 49 Abs. 2) und der Umsetzung der genannten EVG-Urteile ist der Umfang der Planungspflicht der Kantone klarzustellen. Weil das Versicherungsobligatorium die gesamte Bevölkerung umfasst, soll im Sinne einer Klarstellung die explizite Aufführung der Planungspflicht für alle dem KVG unterstellten Personen verankert werden. Damit wird die in der Praxis anzutreffende Unterscheidung zwischen den Versicherten aufgrund ihrer Versicherungsdeckung unzulässig. Vielmehr haben die Kantone in Zukunft einzig sogenannte integrale Spitallisten zu erstellen, auf denen sämtliche für die Versorgung notwendigen Spitäler aufgelistet sind, ohne dass eine Unterscheidung in Spitäler, die allen (Grund-)Versicherten offen stehen, und solchen, deren Zugang nur bei Vorliegen einer Zusatzversicherung offen steht (sog. A- und B-Listen; vgl. zum Ganzen die Ausführungen in der Botschaft vom 18. September

2000 in BBl 2001 786 und 799 f.). Weil die Leistungen aller auf einer Liste aufgeführten Spitäler, unabhängig von Rechtsform und Trägerschaft, zur Hälfte von den Kantonen finanziert werden, haben auch die Kantone ein Interesse am möglichst günstigen Verhältnis zwischen Kosten und Qualität der Leistungen. In diesem Sinne besteht für die Kantone ein Anreiz, ihre Leistungsaufträge an jene Institutionen zu vergeben, welche die Anforderungen am effizientesten erfüllen. Weil auch die Investitionen je hälftig abgegolten werden, haben die Kantone kein Interesse, unzweckmässige oder überflüssige Strukturen aufrecht zu erhalten. Erfolgt dies trotzdem, geschieht es nicht im Interesse der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, sondern aufgrund eines anderen Interesses des Kantons. An dieser Stelle soll nochmals unterstrichen werden, dass ein Kanton nur dann bedarfsgerecht planen kann, wenn er die Patientenströme kennt und seine Kapazitäten mit den Nachbarantonen koordinieren kann.

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 Bundesrates traf dies nicht zu. 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 2, 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.

Schliesslich wird der Vorschlag aus den parlamentarischen Beratungen zur 2. KVG-Revision aufgenommen, wonach die Kantone an die Erteilung von Leistungsaufträgen Bedingungen knüpfen können. Derartige Regelungen könnten die Kantone zwar gestützt auf ihre kantonale Gesetzgebung treffen. Dennoch soll im Sinne einer einheitlichen Regelung diese Kompetenz ins KVG aufgenommen werden. Ziel ist, zu verhindern, dass durch die einheitliche kantonale Beteiligung an den Betriebs- und Investitionskosten der öffentlichen und privaten, auf der Spitalliste aufgeführten Spitäler die öffentlichen Spitäler benachteiligt werden, da diese ihre Patienten und Patientinnen nicht auswählen können und einen Grossteil der Lehr- und Forschungskosten tragen. Zu beachten ist, dass die Kantone in den Leistungsaufträgen Forderungen im Sinne von Verpflichtungen erheben können, deren Erfüllung eine Voraussetzung für die Aufnahme von öffentlichen wie auch privaten Spitalern in die Spitalliste darstellt, sofern diese Forderungen im Zusammenhang mit der Sicherstellung einer bedarfsgerechten medizinischen Versorgung der Bevölkerung stehen. Dazu gehören beispielsweise die Bereitstellung von Notfalldiensten in abgeschiedenen Regionen oder die Aufnahme aller obligatorisch versicherten Personen.

Ebenfalls an dieser Stelle sind die Einrichtungen, die der teilstationären Krankenpflege dienen, zu streichen.

Art. 39 Abs. 3

Wie bereits erwähnt (Ziff. 2.2), ist im Rahmen der NFA vorgesehen, dass durch ein Konkordat der Kantone auf schweizerischer Ebene Regeln für die Planung und Zuordnung der Versorgungskapazitäten für die hochspezialisierte medizinische

Versorgung festgelegt werden. Mit der vorliegenden Bestimmung soll diesem Grundsatz einerseits Nachachtung verschafft werden und dem Bundesrat andererseits bereits im Rahmen des KVG eine subsidiäre Kompetenz eingeräumt werden.

Art. 39 Abs. 5 (neu)

Wie unter Ziffer 2.2 ausgeführt, soll dem Bundesrat die Kompetenz eingeräumt werden, zwecks einheitlicher Umsetzung der Bestimmungen des KVG und einer besseren Koordination unter den Kantonen Grundsätze aus seiner bisherigen Rechtsprechung zu formulieren und diese im Hinblick auf die Einführung der neuen Finanzierungsregelung zu ergänzen.

Art. 41 Abs. 1

Satz 1 von Absatz 1 besagt, dass den Versicherten die Wahl unter den Leistungserbringern, welche für die Behandlung ihrer Krankheit geeignet sind, offen steht. Welche Spitäler für welche Behandlungen zugelassen sind, richtet sich nach dem durch die kantonale Planung/Liste zugewiesenen Leistungsauftrag. Als zugelassen zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gelten die Spitäler, die entweder auf der Liste des Wohnkantons der Versicherten oder auf der Liste des Kantons, in dem die ständige Einrichtung des Leistungserbringers liegt, aufgeführt sind. Eine Kostenübernahme durch die obligatorische Krankenversicherung erfolgt jedoch – mit Ausnahme der medizinischen Indikation (Art. 41 Abs. 2 KVG) – nur nach dem Tarif jener Spitäler, welche auf der Liste des Wohnkantons der Versicherten aufgeführt sind. Sucht eine versicherte Person ohne medizinische Notwendigkeit einen nicht auf der Liste des Wohnkantons aufgeführten, sondern in einem anderen Kanton zugelassenen Leistungserbringer auf, so besteht für die versicherte Person Tarifschutz: Der Leistungserbringer muss sich an den genehmigten oder festgesetzten Tarif (Art. 46 Abs. 4, 47 Abs. 2 KVG) halten. Die Krankenversicherung übernimmt lediglich denjenigen Anteil der Kosten, der dem Tarif der Spitäler, die auf der Liste des Wohnkantons der Versicherten aufgeführt sind und einen entsprechenden Leistungsauftrag haben, entspricht. Weil das Spital nicht der Planung entspricht, muss der Kanton keinen Beitrag leisten. Die entsprechenden Kosten gehen entweder zu Lasten der versicherten Person oder einer allfälligen Zusatzversicherung. Dies rechtfertigt sich dadurch, dass der Kanton mit der Spitalplanung und der Erteilung von Leistungsaufträgen dafür sorgt, dass genügend Kapazität zur Verfügung steht, damit sich die Kantonseinwohner und -einwohnerinnen in jedem Krankheitsfall behandeln lassen können. Wenn sich eine versicherte Person in einem nicht der Planung entsprechenden Spital behandeln lässt, während die Fixkosten für die bereitgestellten Kapazitäten trotzdem anfallen, soll sie selbst und nicht der Kanton die finanziellen Konsequenzen tragen.

Art. 41 Abs. 2 Bst. b

Zusätzlich soll das Verhältnis der Absätze 2 und 3 von Artikel 41 geklärt und nur noch festgehalten werden, 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 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 zulasten der Krankenversicherung gestattet. Das heisst, es muss sich um ein Spital handeln, das zumindest auf der kantonalen Liste des Standortkantons aufgeführt ist und somit als zugelassener Leistungserbringer gilt.

Art. 41 Abs. 3

Diese Bestimmung legt im geltenden Recht 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, in welcher Weise die Beitragspflicht vom Aufenthaltsort der Versicherten abhängt. In Artikel 49 soll die Finanzierungsregel auf alle Spitalabteilungen und alle Spitaltypen ausgedehnt werden. Der Verweis auf Artikel 49 soll der Harmonisierung der Artikel 49 und 41 dienen. Klarzustellen ist demnach, dass der Wohnkanton nicht nur innerhalb, sondern auch ausserhalb des Kantons, unabhängig von der Aufführung eines Spitals auf seiner eigenen Liste, den nach Artikel 49 geschuldeten Anteil zu übernehmen hat, wenn aufgrund medizinischer Notwendigkeit ein ausserhalb seiner eigenen Liste zugelassener Leistungserbringer aufgesucht werden muss.

Art. 47 Abs. 2

Angesichts der Streichung des Konzeptes «teilstationär» ist der Begriff auch hier zu streichen.

Art. 49 Abs. 1

Gemäss geltendem Recht dürfen die von den Versicherern vergüteten Tarife für Kantonseinwohner und –einwohnerinnen maximal 50 Prozent der anrechenbaren Betriebskosten in der allgemeinen Abteilung der öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler decken. Wie die restlichen Kosten zu decken sind, wird nirgends vorgeschrieben. Dennoch geht man aufgrund der Verpflichtung der Kantone für die Sicherstellung der Versorgung davon aus, dass sie die von ihnen geschaffene bzw. geförderte stationäre Infrastruktur auch während des Betriebes finanziell unterstützen und insbesondere deren Defizite decken. Dies hat dazu geführt, dass Kantone wie auch Versicherer Institutionen statt Leistungen finanzieren.

Um die (nicht kosteneindämmenden) Anreize der heutigen Objektfinanzierung zu korrigieren, ist aus ökonomischer Sicht das System der Leistungsfinanzierung auf breiter Basis einzuführen. Diese Art der Finanzierung hat den Vorteil, dass die erbrachte Leistung tarifiert werden kann, und somit das Preis-Leistungsverhältnis im Vordergrund steht. Die leistungsbezogene Pauschale ist der «Preis», den der Versicherer für die Leistungserbringung vergütet. Leistungsbezogene Vergütungen sind in verschiedenen Kantonen schon heute eingeführt, sei es als diagnosebezogene Fallpauschalen (DRGs), als Abteilungspauschalen oder als Vergütung für einen Behandlungspfad. Neben diagnosebezogenen Pauschalen sind demnach auch versorgungsbezogene Pauschalen denkbar, bei denen die Vergütung einen ganzen Behandlungsverlauf entschädigt. Trotz des grundsätzlichen Wechsels zu leistungsbezogenen

Pauschalen bleibt in gewissen Bereichen die Anwendung von Tagespauschalen, namentlich bei Dauerbehandlungen (z.B. in der Psychiatrie), sinnvoll. Will man Transparenz gewährleisten sowie gesamtschweizerische Vergleiche und eine einfache interkantonale Vergütung ermöglichen, so sind diese Vergütungsformen nach einheitlichen Klassifizierungssystemen aufzubauen. Deshalb sollen gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstrukturen eingeführt werden. Es ist denkbar, dass für gewisse Leistungen, auch in einem bestimmten Bereich, verschiedene Pauschalssysteme (z.B. Fallpauschalen, Tagespauschalen) nebeneinander Anwendung finden können. Dies darf jedoch nicht ein Ausmass annehmen, dass sich die Kombination von Pauschalen der Einzelleistungsvergütung so sehr annähert, dass es sich um einen – im stationären Bereich ausgeschlossenen – Einzelleistungstarif handelt. 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 festgelegten Frist (vgl. Übergangsbestimmung unten) nicht erfolgt ist, wird der Bundesrat tätig.

Wegen der Streichung des Begriffes «teilstationär» wollten die Räte die Abgrenzung der ambulanten von der stationären Behandlung definieren. Im Rahmen des Erlasses der Verordnung vom 3. Juli 2002 über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL; SR 832.104) hat der Bundesrat die Begriffe ambulant, teilstationär und stationär aber bereits bezogen auf die Erhebung der Grundlagen für die Tarifberechnung definiert (Art. 3 bis 5 VKL). Die bis anhin unterschiedliche Abgrenzungspraxis wurde somit vereinheitlicht und es besteht keine Notwendigkeit mehr, dies auf Gesetzesstufe zu regeln. Als stationär ist demnach ein Spitalaufenthalt zu qualifizieren, wenn er zwecks Untersuchung, Behandlung oder Pflege erfolgt, und mindestens 24 Stunden dauert. Ein Spitalaufenthalt von weniger als 24 Stunden gilt ebenfalls als stationär, wenn er zwecks Untersuchung, Behandlung oder Pflege erfolgt und zudem während einer Nacht ein Bett belegt wird. Als stationäre Behandlung werden ebenfalls die Überweisung in ein anderes Spital und die Todesfälle behandelt.

Art. 49 Abs. 2

Im Grundsatz wird weiterhin an der pauschalen Vergütung der stationären Behandlung festgehalten. Dies nicht zuletzt, weil damit im Gegensatz zu einer Einzelleistungstarifizierung der Anreiz für Mengenausweitung begrenzt werden kann. Dennoch kann es in bestimmten Fällen sinnvoll sein, den Aufwand für zusätzliche Leistungen nur bei denjenigen Versicherten anzurechnen, bei denen er tatsächlich anfällt. Die bisher ebenfalls in Artikel 49 Absatz 2 KVG vorgesehene Möglichkeit der separaten Tarifierung von besonderen diagnostischen oder therapeutischen Leistungen, die seltener erbracht werden und besonders aufwändig sind (z.B. besonders komplizierte Massnahmen oder der Einsatz kostspieliger Spitzentechnologie), soll daher bestehen bleiben.

Art. 49 Abs. 3

Die unter Artikel 49 Absatz 1 erwähnte heutige Regelung führt dazu, dass sowohl Spitäler wie Versicherer wenig Spielraum haben, sich über die Entschädigung der Spitalbehandlung zu einigen, da 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. Dadurch wird eine Garantie der Kostendeckung ungeachtet des Preis-Leistungsverhältnisses statuiert. Dies widerspricht dem im Gesetz enthaltenen Wettbewerbsgedanken im Bereich der Tarife.

Nach dem Übergang zur Leistungsfinanzierung kann nicht mehr auf die anrechenbaren Kosten Bezug genommen werden. Massgebend ist die Vergütung der jeweiligen Leistung. Diese 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 Bereiche auszuscheiden und deren Kosten gesondert zu übernehmen. Dabei handelt es sich vornehmlich um öffentliche Aufgaben, mit denen die Versorgung sichergestellt wird wie Vorhalteleistungen und Notfalldienste. 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. Hier wird der aktuelle Gesetzestext beibehalten. Grund dafür ist, dass der Bundesrat nach Artikel 53 KVG bei der Prüfung von Tarifbeschwerden eine umfassende Definition für den Begriff Lehrkosten anwendet (vgl. beispielhaft dazu den Entscheid des Bundesrates vom 19. Dezember 2001, in: Bundesamt für Sozialversicherung: Rechtsprechung und Verwaltungspraxis der Kranken- und Unfallversicherung, RKUV 4/2002, KV 220, S. 309, Erw. II. 1.6.3 und II. 10.1). Das heisst: Sämtliche Kosten im Zusammenhang mit der Aus- und Weiterbildung des medizinischen Personals sind von der Übernahme durch die Krankenversicherung auszuschliessen. Auszuschliessen sind ebenfalls die Forschungskosten sowie die indirekt mit Lehre und Forschung verbundenen Kosten. Im KVG ist zudem auch nicht nur von Lehr- und Forschungsausgaben der Universitätskliniken die Rede. So gesehen dürfen also nicht nur universitäre Lehr- und Forschungsaufwendungen in Betracht gezogen werden, sondern auch die Kosten, die in allen anderen zu Lasten der sozialen Krankenversicherung tätigen Spitälern verursacht werden, und zwar unabhängig davon, ob es sich um kleine Spitäler oder Privatkliniken handelt. In der Zwischenzeit hat der Bundesrat im übrigen im Rahmen der VKL einen Artikel 7 erlassen, der diese umfassende Definition aufnimmt.

Einerseits werden die Kantone mit dieser Regelung finanziell entlastet. Als Ausgleich wird andererseits die Finanzierungspflicht der Kantone festgeschrieben. Gleichzeitig wird die neue Finanzierungsregel auf private Trägerschaften ausgedehnt, welche zur Versorgung beitragen und damit auf die kantonalen Listen aufgenommen werden können. Die Rechtfertigung für letzteres besteht in der Gleichbehandlung der Spitäler und der Vermeidung von Wettbewerbsverzerrungen. Mit diesem Vorgehen wird die gesamte Bedarfskapazität demselben Finanzierungsregime unterstellt.

Durch die vorgeschlagene Streichung des Begriffes «allgemeine Abteilung» entfällt ferner eine Differenzierung nach dem Aufenthaltsort der Versicherten. Sowohl die Kostenübernahme durch die Krankenversicherer als auch diejenige der öffentlichen Hand soll einzig davon abhängen, ob der Leistungserbringer für die Behandlung geeignet und zugelassen ist. Für die Kantone hat diese Regelung zur Folge, dass sie nicht mehr global die von der Krankenversicherung nicht gedeckten Kosten übernehmen können.

Die Rechnung des Spitals ist bei jedem Spitalaufenthalt je hälftig durch den Versicherer und den Kanton zu begleichen. Bezüglich Rechnungsstellung ist festzuhalten, dass der Leistungserbringer für seine Leistungen von den Versicherten entschädigt wird, die dann wiederum die entstandenen Kosten von ihrem jeweiligen Versicherer vergütet erhalten (System des Tiers garant; Art. 42 Abs. 1 KVG). Eine direkte Entschädigung der Leistungserbringer durch die Versicherer ist ebenfalls möglich (System des Tiers payant; Art. 42 Abs. 2 KVG), sofern dies vertraglich vereinbart wird. Damit würde für die versicherte Person oder für den Versicherer ein Rückforderungsrecht gegenüber dem Kanton für den von diesem geschuldeten hälftigen Beitrag entstehen. Wenn als Zahlungsempfänger nicht mehr der Leistungserbringer, sondern die versicherte Person auftritt, entsteht dem Kanton ein administrativer Mehraufwand und die versicherte Person riskiert, die Rechnung des Spitals vor Erhalt des Kantonsbeitrages begleichen zu müssen. Zur Vereinfachung der Abrechnung soll daher der Kanton seinen Anteil direkt dem Spital entrichten.

Art. 49 Abs. 4

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, 2 und 3 vollständig abgegolten sind. Soweit es sich um gesetzliche Leistungen handelt, sind daher weitergehende Rechnungen wie zusätzliche Honorare für die ärztlichen Leistungen bei einem Aufenthalt in der Privatabteilung eines Spitals ausgeschlossen. 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 wie z.B. die freie Arztwahl im stationären Bereich nach den Regeln des Privatversicherungsrechts versicherbar.

Art. 49 Abs. 5

Diese Bestimmung entspricht inhaltlich dem aktuellen Absatz 4.

Art. 49 Abs. 6

Angesichts der Streichung des Konzeptes «teilstationär» ist der Begriff auch hier zu streichen.

Art. 49 Abs. 7

Zwecks Förderung des Wettbewerbsgedankens und einer auf betriebswirtschaftliche Grundsätze gestützten Betriebsführung haben die Spitäler ihren Betrieb vermehrt unternehmerisch zu führen. Deshalb soll in dieser Bestimmung festgehalten werden, dass die Spitäler über die notwendigen Führungsinstrumente verfügen müssen. Im geltenden Artikel 49 KVG sind in Absatz 6 der deutschen Fassung Kostenstellenrechnung und Leistungsstatistik als Instrumente zur Ermittlung der Kosten und Erfassung der Leistungen erwähnt. Die Ziele des Gesetzes können mit einer Kostenstellenrechnung allein unbestrittenemassen nicht erreicht werden. Zur transparenten Kostenausscheidung der durch das KVG gedeckten Leistungen werden umfassendere Grundlagen benötigt. Diesbezüglich nennt der Gesetzestext in der französischen und italienischen Fassung korrekterweise den umfassenden Begriff der Kostenrech-

nung, umfassend die Kostenarten-, Kostenstellen- und Kostenträgerrechnung. Der deutsche Gesetzestext ist entsprechend anzupassen. 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. Ferner wird der Verwendungszweck, nämlich die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit etc., der mit diesen Führungsinstrumenten zur Verfügung zu stellenden Daten exemplarisch aufgezählt. Da der Bundesrat zum Erlass der Vollzugsbestimmungen in diesem Gesetz bereits gestützt auf Artikel 96 KVG befugt ist und dies sich auch auf die vorliegende Frage bezieht, ist eine explizite Aufführung der bundesrätlichen Kompetenz an dieser Stelle nicht notwendig.

Art. 49 Abs. 8

Dieser Absatz entspricht Absatz 7 der geltenden Bestimmung. Indessen stimmen auch hier die Sprachversionen nicht überein: Im französischen Text wird von «comparaison des frais d'exploitation» gesprochen, währenddem im deutschen Text von Betriebsvergleichen gesprochen wird; im italienischen Text ist «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 hôpitaux») wie auch die italienische (neu «comparazioni tra ospedali») Fassung angepasst werden.

Art. 50, 51 Abs. 1 und 53

Durch die Neummerierung der Artikel 39 und 49 sind die entsprechenden Verweise anzupassen.

Art. 79a (neu) Rückgriffsrecht des Wohnkantons

Artikel 72 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) gewährt dem Versicherungsträger ein Rückgriffsrecht auf haftpflichtige Drittpersonen. Im stationären Bereich werden aufgrund 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 KVG und der Tarifvorteile der sozialen Krankenversicherung. Damit würde die Gemeinschaft der Steuerzahlenden 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, einen Artikel 79a einzufügen, wonach dem Wohnkanton analog dem Versicherer ein Rückgriffsrecht auf den haftpflichtigen Dritten für seine Beiträge nach den Artikeln 49 Absatz 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 aufgrund von Tarifvereinbarungen zwischen Krankenversicherern und Leistungserbringern für Haftpflichtfälle zu Lasten der sozialen Krankenversicherung höhere als die ordentlichen Tarife vereinbart werden.

Art. 84a Abs. 1 Bst. f

Durch die Verschiebung des Inhaltes von Artikel 21 Absatz 4 in Artikel 22a ist hier der Verweis anzupassen. Buchstabe f wird insofern ergänzt, dass die Kantone die Daten auch zur Beurteilung der Tarife verwenden können.

Art. 104a Abs. 2

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

Übergangsbestimmungen Abs. 1

Heute werden die privaten nicht subventionierten Spitäler in der Spitalplanung je nach Kanton unterschiedlich berücksichtigt. Ein Teil der Kantone erstellt integrale Listen, andere Kantone A- und B-Listen mit unterschiedlicher Bedeutung für die Kostenübernahme durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung. Damit sich alle Kantone auf integrale Spitallisten stützen können, soll ihnen eine Frist von zwei Jahren eingeräumt werden, innert welcher sie ihre Spitalplanung der neuen Gesetzgebung anpassen. Weil die in der Vernehmlassungsvorlage vorgesehene Frist von einem Jahr zu knapp bemessen sein dürfte für die Anpassung der Spitalplanungen durch die Kantone, wird sie auf zwei Jahre verlängert. Für die Planung der hochspezialisierten Medizin soll den Kantonen demgegenüber eine längere Frist eingeräumt werden.

Übergangsbestimmungen Abs. 2

Die in Artikel 49 Absatz 1 vorgeschlagenen Tarifstrukturen können von den Tarifpartnern nicht schon mit Inkrafttreten der Gesetzesänderung erstellt werden. Deshalb soll dem Bundesrat die Kompetenz erteilt werden, die Einführungsfrist zu bestimmen. Da 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 mit Einführung der Pauschalensysteme nach einheitlichen Kriterien in die Tarifberechnung einzubeziehen, damit ein Mindestmass an Transparenz und Einheitlichkeit erreicht werden kann. Auch die Frage des Einbezugs der vor dem Inkrafttreten der Gesetzesänderung getätigten Investitionen soll durch den Bundesrat geregelt werden.

Übergangsbestimmungen Abs. 3

Zur Zeit kommen die Kantone im Durchschnitt für mehr als die Hälfte der anrechenbaren Betriebskosten der öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler auf. Das Finanzierungsverhältnis ist jedoch je nach Kanton unterschiedlich. Ausgehend vom Finanzierungsverhältnis im Zeitpunkt des Inkrafttretens der Gesetzesän-

derung sollen Kantone und Versicherer ihren Beitrag innerhalb von drei Jahren so anzupassen, dass im dritten Jahr die je hälftige Vergütung erreicht ist. Damit wird die Basis geschaffen für den Übergang zur dual-fixen Leistungsfinanzierung.

Übergangsbestimmungen Abs. 4

Nach Absatz 1 der Übergangsbestimmung haben die Kantone zwei Jahre Zeit, ihre Spitalplanung/-listen den neuen Bestimmungen anzupassen. Um den Kantonen die allenfalls notwendige Anpassung bezüglich der Privatspitäler zu ermöglichen, sollen sie ihren Kostenanteil für die stationäre Behandlung in nicht subventionierten Privatspitälern erst drei Jahre nach Inkrafttreten der Änderung übernehmen müssen, aber unter Einbezug der Investitionskosten, die bei nicht subventionierten Privatspitälern bekanntlich schon heute Tarifbestandteil sind. Indem an der vom Bundesrat in seiner Vernehmlassungsvorlage vorgesehenen Frist von zwei Jahren nicht festgehalten, sondern diese auf drei Jahre verlängert wird, wird der Tatsache Rechnung getragen, dass der hälftige Beitrag an die Vergütung der Leistungen der heute nicht subventionierten Privatspitäler für die Kantone eine Belastung darstellt.

Übergangsbestimmungen Abs. 5

Wie erwähnt, erachtet der Bundesrat die monistische Finanzierung nicht als kurzfristiges Ziel. Um einen Systemwechsel mittelfristig ins Auge fassen zu können, soll der Bundesrat allerdings bereits innert drei Jahren dem Parlament einen Vorschlag unterbreiten.

4 Zusammenwirken des Vorschlages mit anderen in Diskussion stehenden Gesetzesänderungen

Das vorgeschlagene Modell der dual-fixen Finanzierung der stationären Leistungen der Spitäler beeinflusst, mit Ausnahme der Neuordnung der Prämienverbilligungen, die anderen im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung diskutierten Systemänderungen nicht und wird durch diese auch nicht beeinflusst. Wegen der Überwälzung von Seiten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung allenfalls zu tragenden Mehrkosten auf die Prämien kann der Bedarf an Mitteln für die Prämienverbilligung möglicherweise steigen. Inwiefern dies der Fall ist, hängt von der Ausgestaltung der Prämienverbilligungssysteme durch die Kantone ab.

Die dual-fixe Finanzierung wäre kompatibel mit der Aufhebung des Vertragzwangs im ambulanten Bereich sowie mit der Förderung von Managed Care. Die dual-fixe Spitalfinanzierung macht keine Anpassung beim Risikoausgleich erforderlich. Die Einführung einer Versichertenkarte hat keinen Bezugspunkt zum Finanzierungssystem der Spitäler, kann jedoch auch hier administrative Vereinfachungen bringen.

Bei gleichzeitiger Einführung von dual-fixer Finanzierung und Erhöhung der Kostenbeteiligung ist es denkbar, dass, insbesondere wegen des Einbezugs der Investitionskosten in die leistungsbezogenen Vergütungen die Versicherten beim Spitalaufenthalt eine stärkere finanzielle Belastung erfahren würden. Inwiefern diese zum Tragen käme, hängt davon ab, ob die Versicherten vermehrt den maximalen Selbstbehalt bezahlen müssen.

5 Auswirkungen

5.1 Finanzielle Auswirkungen

5.1.1 Finanzielle Auswirkungen auf den Bund

Da dem Bund keine neuartigen Aufgaben übertragen werden, dürfte sich der personelle Mehraufwand in Grenzen halten. Einzig im Bereich der Planung sowie der Erhebung von Datengrundlagen wird der Bund vermehrt tätig sein müssen. Dieser zusätzliche Aufwand hängt von der Notwendigkeit eines Eingriffs bzw. dem Ausmass der Datenerhebung ab und kann daher derzeit nicht quantifiziert werden. Deshalb wird an dieser Stelle auf einen entsprechenden Ressourcenantrag verzichtet, aber explizit ein Vorbehalt angebracht.

Der Bund ist nicht an der Spitalfinanzierung beteiligt; der Systemwechsel hin zur dual-fixen Finanzierung der Leistungen hat somit keine direkten Auswirkung auf die Bundesfinanzen. Theoretisch könnten sich indessen indirekte Auswirkungen auf die Bundesfinanzen ergeben. Dies wäre der Fall, wenn die Prämien infolge der Gesetzesrevision massiv anstiegen und die Kantone, zur effektiveren Entlastung der Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen, die vom Bund bereitgestellten Prämienverbilligungsgelder in zusätzlichem Mass abrufen würden.

5.1.2 Finanzielle Auswirkungen auf die Kantone und Gemeinden

Für die Kantone und Gemeinden bewirken die Elemente der Gesetzesrevision sowohl finanzielle Mehrbelastungen als auch Entlastungen. Aussagen über deren Grössenordnung ist nur in Bezug auf die Kantone möglich. Ob und in welchem Ausmass die Mehrbelastung oder gegebenenfalls die Entlastung auf die Gemeinden überwälzt werden, richtet sich nach den kantonalen Gesetzgebungen, was eine generelle Aussage über die finanziellen Auswirkungen auf die Gemeinden verunmöglichlicht. Die Kantone verfügen nicht über konsolidierte Angaben, welche auf den Anteil schliessen lassen, in welchem die obligatorische Krankenpflegeversicherung die anrechenbaren Betriebskosten der öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler decken. Die Kenntnis dieser Grösse wäre massgebender Ausgangspunkt für die Schätzung der Lastenverschiebungen. Gemäss informellen Angaben verschiedener kantonalen Gesundheitsdirektionen dürfte dieser Kostendeckungsgrad in der Grössenordnung zwischen 43 und 45 Prozent liegen; in einzelnen Kantonen dürfte er jedoch tiefer beziehungsweise höher sein.

Ein erster Grund für eine gewisse Mehrbelastung der Kantone resultiert aus der Ablösung des Bundesgesetzes über die Anpassung der kantonalen Beiträge für die innerkantonalen stationären Behandlungen: Im letzten Jahr der Geltungsdauer dieses Bundesgesetzes, das heisst 2004 oder, im Falle der Verlängerung des Bundesgesetzes, im Jahr vor dem Inkrafttreten dieser Gesetzesrevision, entrichten die Kantone denselben Beitrag wie die obligatorische Krankenpflegeversicherung an die stationäre Behandlung Zusatzversicherter Personen in innerkantonalen öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern. Dieser Beitrag ist tiefer als jener, welchen die Kantone im Fall der Umsetzung des EVG-Urteils über die Beitragspflicht der Kantone bei innerkantonomer stationärer Behandlung von Personen mit einer Zusatzversicherung, das heisst der heute im Gesetz enthaltenen Regelung übernehmen müss-

ten. Weil die Spitäler ihre Kostenrechnung nicht offenlegen, kann nicht festgestellt werden, welchen Betrag die Kantone übernehmen müssten, wenn sie die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht gedeckten anrechenbaren Betriebskosten übernehmen müssten. Wenn mit den im Rahmen dieser Vorlage verwendeten Schätzungen weitergerechnet wird, ist davon auszugehen, dass die Kantone beim Übergang zur dual-fixen Finanzierung zusätzlich rund 140 bis 170 Millionen Franken übernehmen müssten. Unter dem Regime des Bundesgesetzes über die Anpassung der kantonalen Beiträge werden diese Kosten durch die Zusatzversicherung gedeckt.

Für Versicherte, welche einzig über die obligatorische Versicherungsdeckung verfügen, haben die Spitalträger, das heisst zumeist die Kantone, bis anhin die gesamten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht vergüteten Kosten in öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern übernommen; sie decken in der Regel die von den Versicherern nicht vergüteten Betriebskosten sowie die Investitionskosten. Die Kantone gehen davon aus, dass sie 55 bis 57 Prozent der anrechenbaren Betriebskosten der öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler finanzieren. Hier ist nochmals anzumerken, dass diese Annahme mangels entsprechendem Kostenausweis der Spitäler einzig auf die Gesamtkosten bezogen sein kann; die Gesamtheit der anrechenbaren Betriebskosten ist nicht bekannt. Gestützt auf die Statistik der öffentlichen Finanzen beläuft sich der Investitionskostenanteil auf 10 Prozent der Betriebskosten. Unter dieser Annahme ist in einer statischen Betrachtung beim Übergang zur dual-fixen Finanzierung aller stationären Spitalbehandlungen inkl. Einbezug der Investitionskosten mit einer Entlastung der Kantone und einer entsprechenden Mehrbelastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu rechnen. Werden die Investitionskosten der öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler höher, nämlich wie von kantonalen Seiten festgehalten, auf 10 bis 15 Prozent der Betriebskosten veranschlagt, ist von einer weiteren Entlastung der Kantone auf Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung auszugehen.

Angaben in Mio. Franken	Kantone	KVG	VVG
Spitalkosten im Jahr 2001 (gemäss Bundesamt für Statistik; s. Anhang)	4771	3895	2800
<i>Lastenverschiebung, hochgerechnet auf das Jahr 2004 unter Annahme einer jährlichen Kostensteigerung von 3,5 bis 5 Prozent</i>			
Hälftige Kostendeckung der innerkantonalen Behandlung von Zusatzversicherten in öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern (inkl. Investitionen)	+140 bis +170	+140 bis +170	-280 bis -340
Hälftige Kostendeckung	-380 bis -580	+380 bis +580	
Beitrag an Investitionskosten	-380 bis -580	+380 bis +580	

Die definitorische Abgrenzung zwischen ambulanter und stationärer Behandlung ist in der per 1. Januar 2003 in Kraft getretenen VKL enthalten. Es ist davon auszugehen, dass die durch die gesamtschweizerische Vereinheitlichung der Definitionen bewirkten Kostenverschiebungen abgeschlossen sind.

Der zweite Grund für die Mehrbelastung der Kantone ist dadurch begründet, dass mit Inkrafttreten der Revision die Kantone einen hälftigen Finanzierungsanteil an die Behandlung von zusatzversicherten Personen in heute nicht subventionierten

Privatspitälern schulden, sofern letztere der kantonalen Planung entsprechen und auf der kantonalen Liste aufgeführt sind. Die Mehrausgaben der Kantone sind erheblich, wenn ein Beitrag an die Leistungen aller heute auf einer Spitalliste aufgeführten Privatspitäler entrichtet werden muss. Je nachdem, in welchem Ausmass die Privatspitäler beziehungsweise deren Leistungen in den kantonalen Planungen berücksichtigt werden, fallen die Mehrbelastung der Kantone bei einer permissiven Planung hoch oder aber tiefer bei einer restriktiven Planung aus. Daher wird auf die Angabe eines Betrages verzichtet. Von kantonalen Seite wird indessen von einer Kostenverschiebung von rund 800 bis 810 Millionen Franken zu Lasten der Kantone ausgegangen.

Diese Schätzung der Finanzierungsverschiebungen sind rein statischer Natur; die kosteneindämmenden Effekte, welche durch die dual-fixe Leistungsfinanzierung eintreten sollen, sind darin nicht berücksichtigt. Weil Aussagen aus unvollständigen Datenquellen abgeleitet werden mussten, sind die Schätzungen als Grössenordnungen zu verstehen. Ohne Zweifel bedeutet jedoch die Mitfinanzierung der in heute nicht subventionierten Spitälern erbrachten Leistungen die grösste Herausforderung für die Kantone. Allerdings haben sie mit ihrer Planung Einfluss darauf, in welchem Ausmass diese Leistungen übernommen werden.

5.2 Finanzielle Auswirkungen auf die Krankenversicherung

Analog zur Wirkung der Revision auf die Kantone kann auch die Kostenwirkung auf die obligatorische Krankenpflegeversicherung lediglich grob geschätzt werden. Weil die Schätzungen nur mit Hilfe von Annahmen erfolgen konnten, soll auch hier die Nennung einer Bandbreite auf die Unschärfe der Schätzungen hinweisen. In der statischen Betrachtung entspricht das Ausmass der Mehrbelastung der obligatorischen Krankenversicherung zumeist jenem der Entlastung der Kantone. Im Fall der Belastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung durch die hälftige Deckung der anrechenbaren Betriebskosten für die stationäre Behandlung zusatzversicherter Personen in öffentlichen beziehungsweise öffentlich subventionierten Spitälern würde die Zusatzversicherung entlastet.

Der Einbezug der Investitionskosten in die hälftige Vergütung durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung belastet diese zusätzlich. Die Übergangsbestimmungen sehen vor, dass die Investitionskosten erst im Rahmen der leistungsbezogenen Abgeltung und höchstwahrscheinlich gestaffelt in die Pauschalen einfließen. Deshalb ist nicht davon auszugehen, dass der Einbezug der Investitionen in die Abgeltung der Leistungen auf einen Schlag erfolgt und in vollem Umfang kosten- und prämienvirksam wird.

Entlastet wird die obligatorische Krankenpflegeversicherung in jenen Fällen, in denen sie unter heutigem Recht beim Aufenthalt einer versicherten Person in einem der Planung entsprechenden Privatspital die Kosten der Leistungen gemäss KVG voll abgilt.

Die geschätzten Werte sind auch hier als Grössenordnungen, welche aus statischer Sicht geschätzt wurden, zu verstehen. Deshalb ist es heikel, die Bilanz aus Mehrbelastungen und Entlastungen zu ziehen und einen Rückschluss auf die Prämiementwicklung zu ziehen. Weil in einer ersten Phase ein hälftiger Finanzierungsanteil

angestrebt wird, dieser aber zumindest zu einem wesentlichen Teil noch auf den anrechenbaren Kosten beruht und die kosteneindämmenden Anreize der Leistungsfinanzierung somit noch nicht in Kraft treten, ist mit zusätzlichen Kosten und einem entsprechenden Prämienanstieg zu rechnen. Dieser Kostenanstieg würde sich auf drei Jahre verteilen. Wie sich der Einbezug der Investitionskosten in die leistungsbezogenen Pauschalen in einer zweiten Phase auswirkt, ist schwer abschätzbar. Dies, weil neue Anreize wirksam werden, weil die Umstellung auf leistungsbezogene Pauschalen stufenweise erfolgt und auch, weil die Leistungsfinanzierung erst einsetzen wird, nach dem die Kantone ihre Planung angepasst haben.

5.3 Volkswirtschaftliche Auswirkungen

Diese Vorlage 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 Bereich übertragen wurden.

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 gesetzlich vorgesehenen Systems stören, bereinigt sowie mehrere bereits im System verankerte Anreize zur Kosteneindämmung 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.

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 hochstehenden 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 im Hinblick auf die Sicherstellung der Versorgung aller Versicherten ist daher völlig gerechtfertigt, denn nur so kann die Planung wirksam sein. Durch die Vereinheitlichung der 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 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 und in dem die «Preise» durch eine Behörde genehmigt oder fixiert sind 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.

Der mit der Vorlage bezweckte zunehmende Wettbewerb im Spitalbereich soll zu einer schrittweisen Optimierung von Produktionskosten und Qualität führen. Es ist anzunehmen, dass sich sinkende Produktionskosten vorteilhaft auf die Prämientwicklung auswirken. Damit stehen den Versicherten mehr Mittel für den privaten Konsum zur Verfügung. Im Übrigen dürften die Kantone wegen der zusätzlich anfallenden Finanzlast veranlasst werden, das Instrument der Planung effektiver einzusetzen.

Hinter der Revision des Finanzierungssystems der Spitäler stand nicht in erster Linie die Absicht, das dem KVG zugrundeliegende Solidaritätsprinzip zu stärken oder die regionale Ausgewogenheit der Versorgung zu fördern. Sie leistet dazu jedoch einen Beitrag. Mit der dual-fixen Leistungsfinanzierung trägt die Revision zur besseren interkantonalen Koordination der Planung bei, was ein wichtiger Schritt in Richtung einer noch weiter gehenden Koordination ist.

6 Verhältnis zur Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen

Mit der Neuordnung des Finanzausgleichs sollen Aufgaben, Kompetenzen und Finanzströme zwischen Bund und Kantonen entflochten und die Verantwortlichkeiten der beiden Staatsebenen geklärt werden (Botschaft des Bundesrates vom 14. November 2001 in BBl 2002 2291). Im Rahmen der Arbeiten zu einer Neuordnung des Finanzausgleichs zwischen Bund und Kantonen wird auch im Bereich der Sozialversicherung eine Aufgabenteilung geprüft. Die Spitalfinanzierung ist nicht direkt betroffen. Wie unter Ziffer 2.2 erwähnt, bestehen indessen Bestrebungen, im Bereich der hochspezialisierten Medizin eine Aufgabenteilung unter den Kantonen zu erwirken. Dies entspricht dem in dieser Vorlage enthaltenen Vorschlag.

7 Legislaturplanung

Die Vorlage ist im Bericht über die Legislaturplanung 2003–2007 vom 25. Februar 2004 angekündigt und als Richtliniengeschäft aufgeführt (BBl 2004 1176).

8 Verhältnis zum europäischen Recht

8.1 Vorschriften der europäischen Gemeinschaft

Artikel 2 des Vertrages der Europäischen Gemeinschaft (EG) überträgt der Gemeinschaft die Aufgabe, ein hohes Mass an sozialem Schutz zu fördern. Die Freizügigkeit der Arbeitnehmer innerhalb der Gemeinschaft ist in Artikel 39 des EG-Vertrages geregelt. Das Freizügigkeitsprinzip verlangt eine Koordination der

einzelstaatlichen Systeme der Sozialen Sicherheit, wie dies in Artikel 42 des EG-Vertrages festgelegt ist. Das Gemeinschaftsrecht bezweckt keine Harmonisierung der nationalen Systeme der sozialen Sicherheit. Die Mitgliedstaaten können die Ausgestaltung, den persönlichen Geltungsbereich, die Finanzierungsmodalitäten sowie die Organisation ihrer Systeme der sozialen Sicherheit weiterhin bestimmen. Die Koordination der einzelstaatlichen Systeme der Sozialen Sicherheit wird durch die Verordnung Nr. 1408/71 des Rates zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer, Selbständige und deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern, sowie durch die entsprechende Durchführungsvorordnung Nr. 574/72 (kodifiziert durch die Verordnung des Rates Nr. 118/97; ABl Nr. L 28 vom 30.1.1997, S. 1; zuletzt geändert durch die Verordnung des Rates Nr. 859/2003, ABl Nr. L 124 vom 20.5.2003, S. 1) geregelt. Seit dem Inkrafttreten des Abkommens über die Personenfreizügigkeit zwischen der Schweiz und der Europäischen Union am 1. Juni 2002 ist die Schweiz Teil des multilateralen Koordinationssystems. Dieses System kann nur funktionieren, wenn alle Parteien die selben Regeln anwenden.

Die Empfehlung vom 27. Juli 1992 über die Annäherung der Ziele und der Politiken im Bereich des sozialen Schutzes (ABl Nr. L 245 vom 26.8.1992, S. 49) forderte die Mitgliedstaaten auf, für die rechtmässig in ihrem Hoheitsgebiet ansässigen Personen den Zugang zur notwendigen Gesundheitsversorgung sowie zu den Krankheitsvorsorgemassnahmen zu ermöglichen.

8.2 Die Instrumente des Europarates

Was die wirtschaftlichen und sozialen Rechte anbelangt, stellt die Europäische Sozialcharta vom 18. Oktober 1961 die Entsprechung 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, so dass 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. Es handelt sich dabei um ein von der Europäischen Sozialcharta gesondertes Abkommen, welches diese nicht aufhebt. 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 Schweiz hat die Europäische Ordnung der Sozialen Sicherheit vom 16. April 1964 (AS 1978 1491) am 16. September 1977 ratifiziert. Unser Land hat jedoch Teil II über die ärztliche Betreuung 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 die Dauer der erbrachten Leistungen für die einzelnen Fälle auf 26 Wochen beschränkt werden.

Die Europäische Ordnung der Sozialen Sicherheit wird durch ein Protokoll, das höhere Normen festlegt, ergänzt. Die Schweiz hat das Protokoll zur Ordnung der Sozialen Sicherheit nicht ratifiziert.

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. Die (revidierte) Ordnung ist noch von keinem Staat ratifiziert worden und deshalb 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 anderen in der vorliegenden Revision behandelten Bereiche keine Normen fest. Die Staaten können diese Aspekte nach eigenem Ermessen bestimmen.

9 Rechtliche Grundlagen

9.1 Verfassungsmässigkeit

Die Vorlage stützt sich auf Artikel 117 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:

Regelung des Datenflusses (Art. 22a Abs. 4); Grundsätze für die Spitalplanung (Art. 39 Abs. 5).

Aufteilung der Spitalkosten zwischen obligatorischer Krankenpflegeversicherung (KVG) und Kantonen

Schätzung für das Jahr 2001	Mio. Franken	
Spitalkosten gemäss der Statistik «Kosten des Gesundheitswesens»	16 132	
– abzüglich ambulante Spitalleistungen	–2 431	
Spitalkosten stationär	13 702	
– abzüglich von den anderen Sozialversicherungen (UV, MV, IV) und dem Bund getragene Kosten	–728	
– abzüglich von privaten Versicherungsgesellschaften getragene Kosten	–2 772	
– abzüglich Beteiligung der Versicherten an den Kosten der privaten Versicherungsgesellschaften	–28	
Hospitalisierungskosten zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, der Kantone und der privaten Haushalte	10 174	
– abzüglich Direktzahlungen der Haushalte	–593	
– abzüglich Investitionen der öffentlichen Hand	–915	
Schätzung der Kosten nach Artikel 49 Absatz 1 KVG	8 666	100.00 %
– davon Belastung der Kantone	4 771	55.05 %
– davon Belastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (inklusive Kostenbeteiligung der Versicherten)	3 895	44.95 %
Bundesamt für Statistik: Schätzungen auf der Grundlage der Statistik der Kosten des Gesundheitswesens, der Krankenhausstatistik, der Statistik über die Krankenversicherung und der Statistik über die privaten Versicherungsgesellschaften.		

Finanzierung der Spitäler

Jahre	Direktzahler														Total		
	Staat		Sozialversicherungen						Privatversicherung			Andere private Finanzierung					
	Bund	Kantone	Gemeinden	Insgesamt	KVG	UVG	IV-AHV	MV	Insgesamt	Privatversicherung	Mio. Fr.	in %	Private Haushalte ²	Mio. Fr.		in %	in %
1995	1.5	3690.3	289.8	3981.5	3996.5	488.0	231.4	21.6	4737.5	2912.3	980.7	0.0	12 612.0	0.0			
1996	1.2	3882.3	356.4	4239.9	4338.6	492.6	237.0	19.6	5087.8	3199.6	656.6	0.0	13 184.0	0.0			
1997	1.4	3883.1	450.6	4335.1	4351.4	500.6	250.9	19.1	5122.0	2787.1	1056.2	0.0	13 300.5	0.0			
1998	1.1	3876.1	515.4	4392.5	4469.6	551.8	252.0	18.6	5292.0	2813.1	1229.2	0.0	13 726.9	0.0			
1999	0.0	4116.1	508.6	4624.8	4668.7	604.3	243.0	17.4	5533.4	2532.9	1578.8	0.0	14 269.9	0.0			
2000	0.1	4292.0	560.2	4852.3	4902.5	638.5	246.7	20.0	5807.7	2735.8	1499.7	0.0	14 895.5	0.0			
2001	1.4	5041.3	644.2	5686.9	5239.5	658.5	261.6	19.6	6179.3	2771.6	1494.4	0.0	16 132.1	0.0			
	in %	in %	in %	in %	in %	in %	in %	in %	in %	in %	in %	in %	in %	in %	in %	in %	in %
1995	0.0	29.3	2.3	31.6	31.7	3.9	1.8	0.2	37.6	23.1	7.8	0.0	100.0	0.0			
1996	0.0	29.4	2.7	32.2	32.9	3.7	1.8	0.1	38.6	24.3	5.0	0.0	100.0	0.0			
1997	0.0	29.2	3.4	32.6	32.7	3.8	1.9	0.1	38.5	21.0	7.9	0.0	100.0	0.0			
1998	0.0	28.2	3.8	32.0	32.6	4.0	1.8	0.1	38.6	20.5	9.0	0.0	100.0	0.0			
1999	0.0	28.8	3.6	32.4	32.7	4.2	1.7	0.1	38.8	17.8	11.1	0.0	100.0	0.0			
2000	0.0	28.8	3.8	32.6	32.9	4.3	1.7	0.1	39.0	18.4	10.1	0.0	100.0	0.0			
2001	0.0	31.3	4.0	35.3	32.5	4.1	1.6	0.1	38.3	17.2	9.3	0.0	100.0	0.0			

1 KVG Versicherer (Krankenkassen), für die Zusatzversicherung (VVG), und private Versicherungseinrichtungen
 2 Direktzahlungen von privaten Haushalten an Leistungserbringer für nicht gedeckte Leistungen und Kostenbeteiligung in der Krankenversicherung