



*Bundesamt für Sozialversicherung
Office fédéral des assurances sociales
Ufficio federale delle assicurazioni sociali
Uffizi federal da las assicuranzas socialas*

Auswirkungen des KVG im Tarifbereich

Forschungsbericht Nr. 7/00

BEITRÄGE ZUR SOZIALEN SICHERHEIT

Das Bundesamt für Sozialversicherung veröffentlicht in seiner Reihe „Beiträge zur Sozialen Sicherheit“ konzeptionelle Arbeiten und Forschungsergebnisse zu aktuellen Themen im Bereich der Sozialen Sicherheit, die damit einem breiteren Publikum zugänglich gemacht und zur Diskussion gestellt werden sollen. Die präsentierten Analysen geben nicht notwendigerweise die Meinung des Bundesamtes für Sozialversicherung wieder.

Autoren: INFRAS, Zürich
(S. Hammer, R. Pulli, R. Iten, J-C. Eggimann)

Auskünfte: Martin Wicki
Bundesamt für Sozialversicherung
Fachdienst Wirtschaft, Grundlagen, Forschung
Effingerstrasse 35
3003 Bern
Tel. 031/322 90 25
E-mail: martin.wicki@bsv.admin.ch
Internet: www.bsv.admin.ch

ISBN: 3-905340-14-3

Copyright: Bundesamt für Sozialversicherung,
CH-3003 Bern
Auszugsweiser Abdruck – ausser für kommerzielle
Nutzung – unter Quellenangabe und Zustellung eines
Belegexemplares an das Bundesamt für Sozialversicherung
gestattet.

Vertrieb: BBL/EDMZ, 3003 Bern, www.admin.ch/edmoz

Bestellnummer: 318.010.7/00 d 8.00 400 10N60772

Bundesamt für Sozialversicherung

Auswirkungen des KVG im Tarifbereich

ausgearbeitet durch

INFRAS, Zürich

in Zusammenarbeit mit

J.C. Eggimann, Ballens

Stephan Hammer
Raffael Pulli
Rolf Iten
Jean-Claude Eggimann

Zürich, Juni 2000

INFRAS

Gerechtigkeitsgasse 20, Postfach, CH-8039 Zürich, Tel. +41 1 205 95 95, Fax +41 1 205 95 99, E-Mail zuerich@infras.ch

J.C. Eggimann

Case postale 11, CH – 1144 Ballens, Tel. ++41+21 809 42 12; Fax ++41+21 809 42 13; E-Mail: jce@bluewin.ch

Zertifiziert nach ISO 9001/14001

Vorwort des Bundesamtes für Sozialversicherung

Das neue Krankenversicherungsgesetz steht im Zeichen der Stärkung der Solidarität, der Schliessung von vormals bestehenden Lücken in der Grundversicherung sowie in jenem der Kosteneindämmung. Es beinhaltet eine Mischung von interventionistischen und wettbewerbsfördernden Massnahmen. Ausgehend vom Grundsatz, dass zunächst die Vertragsfreiheit und die möglichst freie Konkurrenz sowie die Selbstverantwortung der Versicherer und Leistungserbringer zum Tragen kommen sollen, steht im Tarifbereich der Wettbewerb als Mittel zur Kosteneindämmung im Vordergrund. Mit der Möglichkeit der Kantone, Globalbudgets im stationären Bereich festzusetzen, sieht das Gesetz jedoch auch eine staatliche Eingriffsmöglichkeit vor, welche den Tarifbereich beeinflusst.

Die vorliegende Studie untersucht die Wirkung des neuen KVG auf die Ausgestaltung und Höhe der Tarife, die Tarifverhandlungen und die Tarifbeschwerden. Sie bildet eine Grundlage für die Beurteilung, inwiefern das Kartellverbot zu einer grösseren Tarifvielfalt und mehr Wettbewerb geführt und dadurch zur Kosteneindämmung beigetragen hat. Ausserdem wird die bundesrätliche Praxis bei der Beurteilung von Tarifbeschwerden vor und nach Inkrafttreten des KVG nachgezeichnet und der Einfluss der Preisüberwachung beurteilt. Mit Blick auf künftige Gesetzesrevisionen lässt sich bei Betrachtung all dieser Aspekte darauf schliessen, von welchen Massnahmen im Tarifbereich eine zusätzliche Kosteneindämmung erwartet werden kann.

M.T. Furrer, Projektleiterin
Kranken- und Unfallversicherung
Sektion Tarife und Leistungserbringer

Avant-propos de l'Office fédéral des assurances sociales

La nouvelle loi fédérale sur l'assurance-maladie répond à trois préoccupations : renforcer la solidarité, combler certaines lacunes qui existaient précédemment dans l'assurance de base et freiner la hausse des coûts. Elle contient une combinaison de mesures interventionnistes et de mesures favorisant la concurrence. Conformément au principe selon lequel il faut d'abord miser sur la liberté contractuelle, une concurrence aussi libre que possible et la responsabilité des assureurs et des fournisseurs de prestations, le premier instrument de maîtrise des coûts mis en avant dans le domaine des tarifs est précisément la concurrence. La loi prévoit toutefois également une possibilité d'intervention de l'Etat, ayant une influence sur les tarifs, lorsqu'elle accorde aux cantons la possibilité d'établir des budgets globaux dans le domaine hospitalier.

La présente étude analyse les effets de la LAMal sur la structure des tarifs, sur les négociations tarifaires et les recours en matière de tarifs. Elle constitue une base permettant d'évaluer dans quelle mesure l'interdiction des cartels a conduit à une diversification des tarifs et à un accroissement de la concurrence, contribuant ainsi à mettre un frein à l'augmentation des coûts. L'étude montre aussi comment le Conseil fédéral jugeait les recours en matière de tarifs avant l'entrée en vigueur de la LAMal, et comment il les juge après cette entrée en vigueur. L'influence de la Surveillance des prix fait aussi l'objet d'une évaluation. L'analyse de tous ces éléments permet de dire, en vue des futures révisions de la loi, quelles sont les mesures qui permettent de freiner plus efficacement l'accroissement des coûts dans le domaine des tarifs.

M.T. Furrer, cheffe de projet
Assurance-maladie et accidents
Section Tarifs et fournisseurs de prestations

Inhalt

Das Wichtigste in Kürze.....	Z-1
Zusammenfassung.....	Z-3
L'essentiel en bref.....	R-1
Résumé	R-3
1. Einleitung.....	1
1.1. Ausgangslage	1
1.2. Zielsetzung und Fragestellungen.....	2
1.3. Methodik.....	3
1.3.1. Evaluationskonzept	3
1.3.2. Forschungsmethoden und Vorgehen.....	4
1.4. Aufbau des Berichts	7
2. Analyse des Tarifbereichs.....	9
2.1. Tarife und Tariffestsetzung.....	9
2.2. Veränderung des Handlungsspielraums im Tarifbereich	15
2.2.1. Politischer Druck zu Kosteneinsparungen	16
2.2.2. Massnahmen des KVG im Tarifbereich	17
2.2.3. Erwartungen an die Akteure im Tarifbereich.....	22
2.3. Bemerkungen zum Vollzug des KVG.....	25
3. Auswirkungen auf die Tarifverhandlungen	31
3.1. Rolle, Verhalten und Einfluss der Akteure in den Tarifverhandlungen	31
3.1.1. Versicherer	31
3.1.2. Leistungserbringer	34
3.1.3. Kantone.....	36
3.1.4. Bundesbehörden.....	37
3.1.5. Patientenorganisationen.....	38
3.2. Tarifverhandlungen	39
3.2.1. Generelle Beurteilung.....	39

3.2.2.	Tarifverhandlungen in den einzelnen Leistungsbereichen	40
3.2.3.	Grundsatz der Wirtschaftlichkeit der Leistungen.....	44
3.2.4.	Betriebsvergleiche und Benchmarking.....	45
3.2.5.	Sonderverträge.....	47
3.3.	Exkurs: Medikamentenpreise.....	51
3.4.	Fazit.....	53
4.	Auswirkungen auf die Tarifverträge.....	57
4.1.	Anzahl Tarifverträge und Zusammensetzung der Tarifpartner	57
4.1.1.	Anzahl Tarifverträge	58
4.1.2.	Zusammensetzung der Tarifpartner.....	60
4.1.3.	Pflegeheime und Spitex-Organisationen.....	61
4.2.	Tarifierungsformen.....	63
4.2.1.	Tarifierungsformen auf kantonaler Ebene	64
4.2.2.	Tarifierungsformen auf nationaler Ebene	67
4.2.3.	Entwicklungstendenzen	69
4.3.	Höhe der Tarife.....	77
4.4.	Fazit.....	81
5.	Auswirkungen auf die Tarifbeschwerden an den Bundesrat.....	85
5.1.	Tarifbeschwerden.....	86
5.1.1.	Anzahl Tarifbeschwerden	86
5.1.2.	Beschwerdeführer.....	88
5.1.3.	Beschwerden nach Leistungserbringer.....	89
5.1.4.	Streitpunkte	91
5.1.5.	Verhaltensänderungen der Tarifpartner und der Kantone	96
5.2.	Tarifentscheide	98
5.2.1.	Tarifentscheide des Bundesrats	98
5.2.2.	Rolle und Einfluss des Bundesrates	103
5.2.3.	Rolle und Einfluss des Preisüberwachers	105
5.3.	Fazit.....	109
6.	Auswirkungen auf die alternativen Versicherungsmodelle.....	113
6.1.	Entwicklung im Bereich der alternativen Modelle.....	113
6.2.	Gestaltung der Tarifverträge	119
6.3.	Fazit.....	120
7.	Globalbudgets.....	123
7.1.	Globalbudgets im Spitalbereich	123

7.1.1.	Globalbudgets für die vom Kanton zu finanzierenden Kosten	124
7.1.2.	Globalbudgets für die gesamten Spitalkosten	124
7.2.	Globalbudgets über die gesamten Kosten mehrerer Leistungserbringer	127
7.3.	Fazit	129
8.	Einfluss der Tarifierung auf die Gesundheitskosten.....	131
8.1.	Entwicklung der Gesundheitskosten.....	131
8.2.	Grundsätzliche Beurteilung	134
8.3.	Höhe der Tarife	137
8.4.	Tarifierungsformen	139
8.5.	Alternative Versicherungsmodelle	142
8.6.	Globalbudgets	143
8.7.	Fazit	145
9.	Synthese	147
9.1.	Auswirkungen auf die Höhe der Tarife	149
9.2.	Auswirkungen auf die Tarifierungsformen.....	152
9.3.	Auswirkungen auf Sonderverträge.....	153
9.4.	Auswirkungen auf die alternativen Versicherungsmodelle	154
9.5.	Auswirkungen auf die Globalbudgets	155
9.6.	Gesamtbeurteilung	155
9.7.	Empfehlungen.....	156
9.7.1.	Tarifierung.....	158
9.7.2.	Finanzierung	159
9.7.3.	Übrige Bereiche mit Bezug zur Tarifierung.....	160
Anhang	161
Anhang 1:	Massnahmen im KVG	163
Anhang 2:	Interviewpartner	165
Anhang 3:	Globalbudgets zur Finanzierung der Spitalkosten des Kantons	171
Anhang 4:	Globalbudgets in den Westschweizer Kantonen	174
Glossar	177
Literatur	183

Das Wichtigste in Kürze

Wie hat sich das KVG auf die Tarifierung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ausgewirkt? Haben die Tarifpartner den erweiterten wettbewerblichen Handlungsspielraum genutzt? Welcher Beitrag konnte mit der Tarifierung zur Eindämmung der Gesundheitskosten geleistet werden? Die wichtigsten Ergebnisse der Auswertung der Tarifverträge und der Tarifentscheide des Bundesrates sowie der durchgeführten Befragung massgeblicher Akteure sind folgende:

- Das KVG hat sich massgeblich auf die Tarifverhandlungen ausgewirkt, die wesentlich härter geführt werden.
- Die Aufhebung des Verbandszwangs hat bisher nur zu einer sehr geringen Anzahl von Sonderverträgen geführt, die von Verbandsverträgen abweichen. Damit hat die vom Gesetzgeber erhoffte Entkartellierung bei den Tarifverträgen nicht stattgefunden.
- Das KVG hat der Diskussion um neue Tarifierungsformen zusätzlichen Schwung verliehen. Bei den stationären Tarifen öffentlicher Spitäler ist ein Trend in Richtung neuer Pauschalisierungsformen zu erkennen.
- Die Anzahl der Tarifbeschwerden an den Bundesrat hat enorm zugenommen. Die Beschwerden betreffen vor allem Anträge der Versicherer auf die Senkung von behördlich festgesetzten Tarifen. Da die vom Preisüberwacher vorgeschlagenen Grundsätze der Tarifberechnung für die stationären Tarife öffentlicher Spitäler in der Praxis weitgehend übernommen wurden, konnte ein Beitrag zur Stabilisierung der Spitaltarife geleistet werden.
- Die alternativen Versicherungsmodelle (HMO, Hausarztmodelle) haben sich durch das KVG nicht bedeutend weiterentwickelt. Es konnten jedoch wichtige Erfahrungen für deren Weiterentwicklung gewonnen werden.
- Globalbudgets werden von den Akteuren abgelehnt. Sie haben sich durch das KVG nicht wesentlich verbreitet.
- Das KVG hat über die Tarifierung bisher praktisch keinen Einfluss auf die Reduktion der Gesundheitskosten ausgeübt. Die Veränderungen in der Tarifierung haben aus Sicht der Akteure aufgrund der Ausweichmöglichkeiten seitens der Leistungserbringer nicht unbedingt zu Kosteneinsparungen, sondern zu Kostenverlagerungen und zur Kompensation allfälliger Einnahmefälle durch eine Mengenausweitung geführt.

Zusammenfassung

Ausgangslage und Zielsetzung

Die vorliegende Wirkungsanalyse befasst sich mit den Auswirkungen des KVG auf den Tarifbereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Unter dem Begriff „Tarifbereich“ werden der Entstehungsprozess der Tarife (Tarifverhandlungen oder -festsetzungen) und die eigentlichen Tarife, die als Grundlage für die Leistungsvergütung dienen, subsummiert. Hauptziel der Tarifierung ist gemäss KVG die qualitativ hochstehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten.

Mit der Untersuchung sollen folgende Fragen geklärt werden:

- Inwiefern hat sich das KVG auf die Tarifverhandlungen, die Tarifverträge und die Tarifbeschwerden an den Bundesrat ausgewirkt?
- Werden seit Inkrafttreten vermehrt von Verbandsverträgen abweichende Sonderverträge geschlossen?
- Hat das KVG die Verbreitung der alternativen Versicherungsmodelle (HMO, Hausarztmodelle) gefördert?
- Werden aufgrund des KVG vermehrt Globalbudgets vereinbart?
- Welcher Beitrag konnte mit den Änderungen in der Tarifierung zur Eindämmung der Gesundheitskosten geleistet werden? Hat das KVG durch den erweiterten Handlungsspielraum für die Tarifpartner den Wettbewerb im Gesundheitswesen gestärkt?

Auf eine Beurteilung der Wirkungen des KVG auf die Tarifierung im Bereich der ambulanten ärztlichen Leistungen wurde aufgrund der sich in Vorbereitung befindenden Einführung einer gesamtschweizerischen Tarifstruktur (TarMed) verzichtet.

Methodik

Die Beurteilung der Wirkungen erfolgte in zwei Schritten:

1. Beurteilung mittels eines Vorher/Nachher-Vergleichs, inwiefern sich das Verhalten der Akteure im Tarifbereich, die Ergebnisse im Tarifbereich (Höhe der Tarife, Tarifierungsform, Sonderverträge, alternative Versicherungsmodelle) sowie die

Gesundheitskosten zwischen den Situationen unter dem früheren Krankenversicherungsgesetz (KUVG) und dem KVG verändert haben.

2. Beurteilung, welchen Einfluss das KVG auf diese festgestellten Änderungen im Tarifbereich ausgeübt hat (kausale Analyse).

Folgendes dreistufiges Vorgehen wurde gewählt:

- Analyse der durch das KVG bewirkten Veränderungen des Handlungsspielraums im Tarifbereich.
- Analyse der Tarifverträge in acht ausgewählten Kantonen sowie der Tarifbeschwerden an den Bundesrat.
- Durchführung von 53 persönlichen Interviews mit massgeblichen Akteuren (Behörden, Versicherer und deren Verbände sowie Leistungserbringerverbände) zur Befragung deren Einschätzungen betreffend die Auswirkungen des KVG im Tarifbereich.

Veränderung des Handlungsspielraums im Tarifbereich

Das KVG hat den Handlungsspielraum der Akteure im Bereich der Tarifierung durch wettbewerbliche und regulatorische Elemente wie folgt verändert:

- Mit dem KVG wurde der politische Druck zur Erzielung von Kosteneinsparungen verstärkt. Das KVG verpflichtet alle Akteure im Gesundheitswesen, sich kostenbewusst zu verhalten.
- Das KVG hat den Verbandszwang aufgehoben. Damit können einzelne Versicherer und Leistungserbringer von den Verbandsverträgen abweichende Verträge schliessen.
- Das KVG fordert neu ausdrücklich die betriebswirtschaftliche Bemessung der Tarife. Spitäler und Pflegeheime müssen ihre Kosten und Leistungen aufgrund einer einheitlichen Methode berechnen. Zudem können die Behörden in diesen Bereichen Betriebsvergleiche anordnen. Ergänzend haben die Tarifpartner in den Tarifverträgen neu Massnahmen zur Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen vorzusehen.
- Der neue Handlungsspielraum (Sonderverträge, alternative Versicherungsmodelle) soll die Anwendung verschiedener Tarifierungsformen fördern. Demgegenüber sind mit dem KVG für bestimmte Bereiche spezielle Regelungen erlassen worden

(Bspw. gesamtschweizerische Tarifstruktur bei Einzelleistungstarifen, Pauschalen im Spitalbereich).

- Die neue Regelung der Spitalfinanzierung sieht vor, dass die Vergütung der Versicherer an die anrechenbaren Betriebskosten der allgemeinen Abteilung der subventionierten Spitäler (Spitäler mit öffentlichen Trägern und durch die öffentlichen Hand subventionierte Spitäler) höchstens 50% betragen darf.
- Der Ablauf betreffend Genehmigung und Festsetzung der Tarife durch die Behörden sowie die Beschwerdemöglichkeiten beim Bundesrat haben sich mit dem KVG nicht verändert. Die Behörden werden mit dem KVG jedoch explizit dazu angehalten, das Gebot der Wirtschaftlichkeit (wirtschaftliche Tragbarkeit) zu beachten.
- Das KVG hat die Möglichkeit, alternative Versicherungsmodelle (HMO, Hausarztmodelle) anzubieten, gesetzlich verankert und die Einführung dieser Modelle erleichtert.
- Neu haben die Kantone im stationären Bereich (Spitäler und Heime) explizit die Möglichkeit, als finanzielles Steuerungsinstrument einen Gesamtbetrag für die Finanzierung der Spitäler oder der Pflegeheime festzusetzen (Globalbudgets).

Bei der Beurteilung der Auswirkungen sind auch Vollzugsaspekte zu beachten. So ist insbesondere zu berücksichtigen, dass die Neuerungen Zeit brauchen, um sich durchzusetzen, und verschiedene Vollzugsfragen (Bspw. die Anforderungen an die Kostenrechnungen bei Spitälern und Heimen) noch offen sind.

Auswirkungen auf die Tarifverhandlungen

Das KVG hat durch den politischen Kostendruck, die neuen tariflichen und finanziellen Regelungen (betriebswirtschaftliche Bemessung der Tarife, gesamtschweizerische Tarifstruktur bei Einzelleistungstarifen, Regelung zur Spitalfinanzierung) sowie die neuen Leistungserbringer (insbesondere Pflegeheime und Spitex) die Tarifverhandlungen zwischen den Versicherern und den Leistungserbringern wesentlich beeinflusst. Durch den erhöhten Kostendruck werden die Verhandlungen deutlich härter geführt. Zugenommen hat insbesondere der Tarifdruck seitens der Versicherer. Die Bestätigung ihrer Forderungen bei Tarifbeschwerden durch den Bundesrat und den Preisüberwacher hat ihre Position wesentlich gestärkt. Zu einem besonders angespannten Verhandlungsklima hat das KVG bisher bei den Tarifen der öffentlichen Spitäler geführt. In den meisten übrigen Bereichen konnten die Verhandlungen nach anfänglichen Schwierigkeiten, die auf unklare Vorgaben des KVG, fehlende Kostengrundlagen oder

fehlende Erfahrungen zurückgeführt werden können, einvernehmlich abgeschlossen werden.

Wettbewerbliche Elemente haben sich in den Tarifverhandlungen noch nicht durchgesetzt. Betriebsvergleiche und ein entsprechendes Benchmarking, mit dem wettbewerblicher Druck auf die Leistungserbringer ausgeübt werden könnte, werden aufgrund fehlender Datengrundlagen erst in Ansätzen durchgeführt. Die Aufhebung des Verbandszwangs hat bisher nur zu sehr geringen und unbedeutenden Sonderverträgen geführt, die von Verbandsverträgen abweichen. Damit hat die vom Gesetzgeber erhoffte gegenseitige Entkartellierung bei den Tarifverträgen noch nicht stattgefunden. Wichtige Gründe dafür sind der hohe administrative Aufwand, das mangelnde finanzielle Interesse der Leistungserbringer, die Gleichbehandlung der subventionierten Spitäler seitens der Kantone sowie die stärkere Verhandlungsposition der Versicherer, wenn sie gemeinsam verhandeln.

Auswirkungen auf die Tarifverträge

Die Anzahl der Tarifverträge hat durch den Leistungsausbau des KVG und die neuen Verträge im Spitalbereich um rund ein Drittel zugenommen. Bei den Tarifierungsformen sind zwischen den Pauschal-, den Einzelleistungs- und den Zeittarifen in den einzelnen Leistungserbringerbereichen nur geringfügige Änderungen festzustellen.

Bei den Pauschaltarifen dominieren weiterhin die Tagespauschalen mit einem Anteil von über 75%. Ihr Anteil hat sich jedoch zugunsten der Fallpauschalen verringert, die sich insbesondere bei den öffentlichen Spitälern auf einen Anteil von 20% an allen Verträgen, in denen Pauschalen vereinbart worden sind, verdoppelt haben. Die neuen Pauschalisierungsformen befinden sich in der Experimentierphase und haben sich aufgrund der langen Einführungszeit und dem Bedürfnis der Tarifpartner, Erfahrungen zu sammeln, noch nicht breit durchgesetzt. Der Trend bei den neuen Pauschalisierungsformen geht in einer ersten Phase in Richtung von Mischformen (Tagespauschale für die Hotellerie und Abteilungspauschalen für den medizinischen Bereich). In Zukunft werden jedoch diagnosebezogene Fallpreispauschalen angestrebt, wobei hier allerdings noch erhebliche Anstrengungen in der Bereitstellung der notwendigen Datengrundlagen seitens der Spitäler unternommen werden müssen. Grundsätzlich haben alle Akteure ein Interesse an neuen Tarifierungsformen, von denen sie sich bessere Anreize zur Erreichung der Ziele des KVG, erhöhte Transparenz und die Möglichkeit des Benchmarkings versprechen. Ein Teil der Versicherer ist jedoch gegenüber den

neuen Tarifierungsformen sehr skeptisch und verhält sich zurückhaltend, weil Kostenerhöhungen und –verlagerungen befürchtet werden.

Auch im ambulanten Bereich hat eine gewisse Entwicklung hin zu neuen Tarifierungsformen stattgefunden. Neben dem Zeittarif in der Spitex sind in der Physiotherapie und bei den Ernährungs- und DiabetesberaterInnen Tarife mit pauschalen Komponenten eingeführt worden. Diese zielen in Form von Sitzungs- oder Konsultationspauschalen vor allem auch auf eine Mengenbeschränkung ab.

Das KVG hat eine stabilisierende Wirkung auf die Höhe der Tarife ausgeübt. So konnten die stationären Spitaltarife in den letzten Jahren aufgrund des Verhandlungsdrucks der Versicherer und der Tarifentscheide des Bundesrats nur noch sehr moderat erhöht werden. Bei den Pflegeheimen und der Spitex konnte ein noch höherer Anstieg der Tarife durch den Druck der Versicherer und die Rahmentarife des Bundes vermieden werden.

Auswirkungen auf die Tarifbeschwerden an den Bundesrat

Die Anzahl der Tarifbeschwerden an den Bundesrat hat enorm zugenommen. Sie wurden zum überwiegenden Teil von den Versicherern gestellt, die bei den Tarifen betreffend die stationäre Behandlung in öffentlichen Spitälern, den Heimen und den privaten Spitälern hauptsächlich die Senkung der von den Kantonen festgesetzten Tarife verlangten. Die Leistungserbringer stellten in weit geringerem Masse Anträge auf Tariferhöhungen bei den Heimen und der Spitex. Folgende Elemente sind für die Zunahme der Beschwerden durch das KVG verantwortlich:

- Bei den öffentlichen Spitaltarifen kam es durch die härtere Verhandlungskultur zu einer Zunahme von gescheiterten Verhandlungen und damit von Tariffestsetzungen seitens der Kantone. Da diese die Tarife weitgehend in ihrem finanziellen Interesse festsetzten, beschritten die Versicherer den Beschwerdeweg. Umstritten waren vor allem die Richtlinien zur Berechnung des durch die Versicherer zu übernehmenden Kostenanteils (Höhe der anrechenbaren Kosten und erforderliche Unterlagen zur Erreichung der Kostentransparenz).
- Bei den Heimen und der Spitex verlangten die Versicherer die Senkung der behördlich festgesetzten Tarife wegen mangelhaften Kostengrundlagen. Die Leistungserbringer und die Kantone fordern demgegenüber, dass die Versicherer die effektiven Kosten der Pflegeleistungen gemäss KVG übernehmen.

Der Bundesrat ist in seinen Entscheiden zum überwiegenden Teil den Versicherern nach Senkung der von den Kantonen festgesetzten Tarife gefolgt. Dabei ist er zum grossen Teil den Empfehlungen des Preisüberwachers gefolgt, dessen Einfluss dadurch im Tarifbereich enorm zugenommen hat. Der Preisüberwacher beschränkte sich in einer ersten Phase mit seinen Empfehlungen vor allem auf die stationären Spitaltarife. In diesem Bereich konnte er durch die vorgeschlagenen Tarifberechnungsgrundsätze zur Klärung von Vollzugsfragen beitragen und durch die Forderung nach besseren Daten Grundlagen die Kostentransparenz der Spitäler verbessern. Da die Grundsätze in der Praxis weitgehend angewandt werden, konnten der Preisüberwacher und der Bundesrat einen Beitrag zur Stabilisierung der Spitaltarife leisten. Die entwickelte Praxis wird jedoch von den Leistungserbringern und den Kantonen als unsachlich, widersprüchlich und politisch beeinflusst kritisiert.

Auswirkungen auf die alternativen Versicherungsmodelle

Die alternativen Versicherungsmodelle (HMO, Hausarztmodelle) haben sich durch das KVG, das die Möglichkeiten zur Weiterentwicklung und zur vereinfachten Einführung verbessert hat, nicht bedeutend weiterentwickelt. Der Anteil der Versicherten in diesen Modellen ist bescheiden. Das Wachstum hat sich nach einer anfänglichen Dynamik deutlich abgeschwächt. Die alternativen Versicherungsmodelle befinden sich im Experimentierstadium. Hauptthemmenisse sind, dass sich die Versicherten nicht gerne einschränken wollen und seitens der Leistungserbringer nur ein beschränktes Interesse besteht, diese Modelle weiterzuentwickeln und anzubieten. Zudem zeigen sich mehrere Versicherer ernüchert und sind betreffend die weiteren Entwicklung skeptisch. Bei mehreren Versicherern und Ärzten konnte jedoch ein Prozess und eine spürbare Dynamik in Richtung von Managed-Care-Modellen festgestellt werden. Eine Weiterentwicklung dieser Modelle in Richtung Kostenmanagement und Qualitätssicherung statt Prämiensparmodellen sowie geänderte Rahmenbedingungen (erhöhter Prämien- und Kostendruck; Aufhebung des Kontrahierungszwangs) könnten bei diesen Modellen durchaus wieder zu einer gewissen Dynamik führen.

Auswirkungen auf die Globalbudgets

Das KVG hat bisher keine wesentliche Verbreitung von vom Kanton festgesetzten Globalbudgets im Sinne des KVG zur finanziellen Steuerung von Spitälern oder Pflegeheimen bewirkt. Globalbudgets, die die gesamten Spitalkosten umfassen sind erst in mehreren Westschweizer Kantonen eingeführt worden (Waadt, Neuenburg, Wallis,

Jura). Aufgrund der Erfahrungen in diesen Kantonen ist davon auszugehen, dass im Vergleich zu den übrigen Kantonen keine höheren Einsparungen bei den Spitälern erzielt werden konnten. Globalbudgets werden von den Akteuren mehrheitlich abgelehnt, weil sie interventionistisch und schwierig zu vollziehen sind (Festlegung der Budgets, Aufteilung auf die Leistungsträger, Gefahr von Qualitätseinbussen bei Leistungsüberschreitungen).

Einfluss der Tarifierung auf die Gesundheitskosten

Die Änderungen der Rahmenbedingungen des KVG im Tarifbereich haben bisher praktisch keinen Einfluss auf die Reduktion der Gesundheitskosten ausgeübt. Einerseits sind die Steuerungsmöglichkeiten der Gesundheitskosten über die Tarifierung sehr beschränkt, weil auf die Mengenentwicklung kaum Einfluss genommen werden kann. Andererseits haben die Veränderungen in der Tarifierung aufgrund der Ausweichmöglichkeiten seitens der Leistungserbringer aus Sicht der Akteure nicht unbedingt zu Kosteneinsparungen, sondern zu Kostenverlagerungen und zur Kompensation allfälliger Einnahmehausfälle durch eine Mengenausweitung geführt:

- Der durch die Versicherer und den Bundesrat erhöhte Druck auf die Spitaltarife hat durch Kompensationsmassnahmen seitens der Spitäler (v.a. Verlagerungen in den ambulanten und den teilstationären Bereich) u.a. zu Kostenverlagerungen geführt. Den neuen Pauschalisierungsformen haben sich die Spitäler weitgehend angepasst. Ertragseinbussen werden durch Ausweichreaktionen kompensiert, was zu Kostenverlagerungen geführt hat.
- Bei den Privatkliniken konnten aufgrund der weitgehend ausgeschöpften Rationalisierungspotenziale keine weiteren Einsparungen erzielt werden. Der Tarifdruck im ambulanten Bereich wird vor allem über eine Mengenausweitung kompensiert.

Von den alternativen Versicherungsmodellen, dessen Einsparpotenzial bei den bestehenden Modellen auf 10% bis 15% geschätzt wird, ist zur Zeit aufgrund der geringen Verbreitung und der vorwiegenden Ausgestaltung als Prämiensparmodelle kaum ein Beitrag zur Kosteneindämmung zu erwarten.

Gesamtbeurteilung und Empfehlungen

Das KVG hat seit seiner Einführung im Jahr 1996 insgesamt nur bescheidene Auswirkungen im Tarifbereich ausgelöst. Neben der Einführung von gesamtschweizerischen

Tarifstrukturen bei Einzelleistungstarifen hat sich das KVG vor allem auf die Tarifverhandlungen, die wesentlich härter geführt werden, und die Anzahl der Bundesratsbeschwerden, die enorm zugenommen haben, massgeblich ausgewirkt. Der gestiegene Druck der Versicherer in den Tarifverhandlungen sowie die Entscheide des Bundesrats führten zu einer Abschwächung der Tarifzunahmen, vor allem bei den stationären Tarifen öffentlicher Spitäler. Durch Ausweich- und Kompensationsreaktionen konnten jedoch keine spürbaren Kosteneinsparungen erzielt werden. Die Einführung neuer Pauschalisierungsformen ist durch das KVG unterstützt, jedoch durch die Akteure bisher noch nicht entscheidend weiter getrieben worden. Die ersten Erfahrungen haben ebenfalls gezeigt, dass die neuen Tarifierungsformen bei den Spitälern zu Kompensationsmassnahmen führen.

Der mit dem KVG eröffnete Handlungsspielraum im Bereich der Sonderverträge und der alternativen Versicherungsmodelle wurde kaum oder nur zögerlich genutzt. Der Wettbewerb unter den Leistungserbringern konnte damit durch die Tarifierung bisher noch nicht spürbar erhöht werden. Während an Sonderverträgen kein Akteur wirklich interessiert ist, könnten die alternativen Versicherungsmodelle bei einer Weiterentwicklung und geänderten Rahmenbedingungen eine neue Dynamik erhalten. Globalbudgets stossen aufgrund ihres interventionistischen Charakters sowie der mit ihnen verbundenen Vollzugsprobleme auf Ablehnung bei den Akteuren.

Neben den bescheidenen kurzfristigen Auswirkungen konnten mit dem KVG im Tarifbereich jedoch folgende Prozesse ausgelöst werden, die längerfristig bedeutsam werden könnten:

- Die Versicherer haben mit dem Preisüberwacher im Tarifbereich an Gewicht gewonnen. Damit wird, vor allem bei den Spitälern und den Heimen, ein Druck auf die Tarife, die Verbesserung der Datengrundlagen sowie die betriebswirtschaftliche Bemessung der Tarife ausgelöst.
- Das KVG hat der Diskussion um neue Tarifierungsformen zusätzlichen Schwung verliehen.
- Die ersten Erfahrungen mit den alternativen Versicherungsmodellen haben bei den beteiligten Versicherern und Leistungserbringern das Bewusstsein für die ökonomischen Folgen der Leistungen und neue Formen der Gesundheitsversorgung erhöht. Damit ist eine Grundlage für die Weiterentwicklung dieser Modelle geschaffen worden.

Die mit dem KVG gesetzten Rahmenbedingungen eröffnen den Akteuren bereits einen grossen Spielraum für Weiterentwicklungen im Tarifbereich, der durch fehlende Anreize, gegenläufige Interessen oder schlechten Voraussetzungen nur ungenügend genutzt wird. Dies betrifft vor allem die Weiterentwicklung der Tarifierung und des Benchmarkings aufgrund verbesserter Datengrundlagen sowie die weitere Verbreitung der alternativen Versicherungsmodelle. Besonders wichtig ist die Verhinderung der Ausweichreaktionen in Richtung Mengenausdehnungen und Kostenverlagerungen. Geeignete Tarifierungsformen wie Zeittarife, Konsultationsbeschränkungen und verstärkte Bedürfnisnachweise bei ambulanten Tarifen sowie integrierte Fallpreispauschalen, die die gesamte Behandlungskette umfassen, sollten gefördert werden. Mit der Tarifierung sollten Anreize gesetzt werden, dass die Behandlungen vermehrt über verschiedene Leistungsbereiche optimiert werden (Bspw. Kombination von Spitälern und Rehabilitationskliniken).

Neben der verstärkten Nutzung des Handlungsspielraumes seitens der Tarifpartner könnten folgende Verbesserungen der Rahmenbedingungen dazu beitragen, dass die Tarifierung verstärkt zu einer qualitativ hochstehenden und zweckmässigen gesundheitlichen Versorgung zu möglichst günstigen Kosten führt:

- Der Bund sollte die noch fehlenden Vorgaben klären. Dies könnte dazu beitragen, die Verhandlungen wesentlich zu entkrampfen und die Datenlage seitens der Leistungserbringer zu verbessern. Folgende Vorgaben sollten geklärt werden:
 - Vorgaben betreffend die Anforderungen an die Kostenrechnung von Spitälern und Heimen (aufgrund von Vorschlägen der Vertragspartner),
 - Definition der Berechnung der von den Versicherern zu übernehmenden Kosten der Pflegeleistungen gemäss KVG bei den Heimen und der Spitem.
- Die Bundesratsentscheide sollten beschleunigt werden.
- Auf kantonaler Ebene ist eine Entflechtung der Rollen der Kantone als Leistungserbringer und als Genehmigungs- resp. Festsetzungsbehörde anzustreben.
- Durch Informations- und Beratungsaktivitäten sollte die Einführung neuer Tarifierungsmodelle gefördert werden.
- Die Spitalfinanzierung ist neu zu regeln.

Zudem fordert die Mehrheit der befragten Versicherer und Behördenvertreter die Aufhebung oder wesentliche Lockerung des Kontrahierungszwangs, von der Impulse für die Verhandlung von Sonderverträgen und zur Verbreitung von alternativen Versiche-

rungsmodellen erwartet werden. Damit könnte der Wettbewerb unter den Leistungserbringern erheblich gefördert werden.

L'essentiel en bref

Comment la LAMal a-t-elle influé sur la tarification dans l'assurance-maladie obligatoire des soins? Les partenaires tarifaires ont-ils utilisé la marge de manœuvre concurrentielle élargie? En quoi la tarification a-t-elle pu contribuer à maîtriser les coûts de la santé? Voici les principaux résultats de l'évaluation des conventions tarifaires et des décisions du Conseil fédéral en matière de tarifs ainsi que ceux de l'enquête menée auprès des acteurs déterminants:

- La LAMal a eu une forte influence sur les négociations tarifaires qui sont devenues nettement plus difficiles à mener.
- La suppression de l'obligation d'adhérer aux accords existants n'a jusqu'ici entraîné qu'un très petit nombre de conventions séparées dérogeant à celles signées par les associations professionnelles d'assureurs et de fournisseurs de prestations. Dès lors, la décartellisation espérée par le législateur dans le domaine des conventions tarifaires n'a pas eu lieu.
- La LAMal a donné un nouvel élan à la discussion relative à de nouvelles formes de tarification. Dans les tarifs pour l'hospitalisation en établissements publics, on constate une tendance vers de nouvelles formes forfaitaires.
- Le nombre de recours au Conseil fédéral portant sur des questions tarifaires a passablement augmenté. Il s'agit avant tout de recours d'assureurs réclamant une baisse des tarifs fixés par les autorités. Le Conseil fédéral a largement repris les principes de calcul proposés par le surveillant des prix pour les tarifs hospitaliers des établissements publics, ce qui a favorisé une certaine stabilisation des tarifs des hôpitaux.
- Les modèles alternatifs d'assurances (HMO, modèles du médecin de famille) ne se sont pas développés de manière significative à la suite de l'entrée en vigueur de la LAMal. D'importantes expertises ont cependant été acquises, permettant de continuer à développer ces modèles.
- Les acteurs rejettent les budgets globaux qui ne se sont pas beaucoup répandus depuis l'entrée en vigueur de la LAMal.
- Jusqu'à présent, la LAMal n'a pratiquement exercé aucune influence sur la réduction des coûts de la santé. De l'avis des acteurs, les changements intervenus dans la tarification n'ont pas forcément entraîné des économies – vu les possibilités pour les fournisseurs de prestations de les éluder – mais plutôt des transferts de coûts

et la compensation d'éventuelles pertes de revenus par une augmentation du volume des prestations.

Résumé

Situation initiale et objectifs de l'analyse d'impact

La présente analyse porte sur les répercussions de la LAMal dans le domaine des tarifs de l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie. La notion de "domaine des tarifs" recouvre le processus de création des tarifs (négociations ou fixations des tarifs) et les tarifs proprement dits servant de base à la rémunération des prestations. Selon la LAMal, l'objectif principal de la tarification est de garantir des soins adéquats de haute qualité aux coûts les plus avantageux possibles.

L'objet de la recherche entreprise était de répondre aux questions suivantes:

- Dans quelle mesure la LAMal a-t-elle eu des répercussions sur les négociations tarifaires, les conventions tarifaires et les recours au Conseil fédéral en matière de tarifs?
- Est-ce que, depuis l'entrée en vigueur de la LAMal, il y a eu davantage de conventions séparées dérogeant à celles des associations professionnelles?
- La LAMal a-t-elle favorisé le développement des formes particulières d'assurances (HMO, modèles du médecin de famille)?
- La LAMal s'est-elle traduite par une hausse du nombre des budgets globaux?
- En quoi les changements intervenus dans la tarification ont-ils pu contribuer à la maîtrise des coûts de la santé? Est-ce que la LAMal a stimulé la concurrence dans le domaine de la santé en donnant une plus grande marge de manœuvre aux partenaires tarifaires?

Nous avons renoncé à évaluer les répercussions de la LAMal sur la tarification des prestations médicales ambulatoires en raison de la prochaine introduction d'une structure tarifaire uniforme pour toute la Suisse dans ce domaine (TarMed).

Méthodologie

L'évaluation des répercussions s'est faite en deux étapes:

1. Comparaison (avant/après) et évaluation du degré de changement de comportement des acteurs et des résultats en matière de tarifs (niveau des tarifs, forme de la tarification, conventions séparées, formes particulières d'assurances). Comparai-

son des coûts de la santé sous l'empire de l'ancienne loi sur l'assurance-maladie (LAMA) et selon la LAMal.

2. Evaluation de l'influence exercée par la LAMal sur ces changements dans le domaine des tarifs (analyse causale).

Nous avons choisi de procéder sur trois plans:

- Analyse des changements introduits par la LAMal dans la marge de manœuvre en matière tarifaire.
- Analyse des conventions tarifaires dans huit cantons choisis et des recours au Conseil fédéral en matière de tarifs.
- Conduite de 52 interviews personnelles d'acteurs représentatifs (autorités, assureurs, groupements d'assureurs et groupements de fournisseurs de prestations) sur la question de leur propre évaluation des effets de la LAMal dans le domaine des tarifs.

Modification de la marge de manœuvre dans le domaine des tarifs

Par les éléments concurrentiels et régulateurs qu'elle a introduits, la LAMal a modifié la marge de manœuvre des acteurs dans le domaine de la tarification comme suit :

- La LAMal a accentué la pression politique à réaliser des économies en matière de coûts. Elle oblige tous les acteurs du domaine de la santé à une attitude consciente face aux coûts.
- La LAMal a supprimé l'obligation d'adhérer aux conventions existantes. Ainsi, les assureurs et les fournisseurs de prestations individuels peuvent conclure des conventions séparées dérogeant aux accords existants.
- La LAMal encourage désormais expressément le calcul des tarifs selon la méthode de la gestion d'entreprise. Les hôpitaux et les établissements médico-sociaux doivent calculer leurs coûts et classer leurs prestations de manière uniforme. En outre, les autorités peuvent ordonner des comparaisons entre les établissements dans ces domaines. A titre complémentaire, les partenaires tarifaires doivent désormais, dans les conventions tarifaires, prévoir des mesures pour garantir le caractère économique des prestations.
- La nouvelle marge de manœuvre (conventions séparées, formes particulières d'assurances) est censée favoriser l'application de diverses formes de tarification.

En revanche, dans certains domaines, la LAMal a introduit des réglementations spéciales (par ex. structure tarifaire uniforme dans toute la Suisse pour les tarifs à la prestation, forfaits dans le domaine hospitalier).

- La nouvelle réglementation du financement des hôpitaux prévoit que le remboursement par les assurances des coûts d'exploitation imputables dans la division commune des hôpitaux publics (hôpitaux gérés ou subventionnés par les pouvoirs publics) ne peut pas dépasser le 50% de ces coûts.
- La procédure d'approbation et de fixation des tarifs de même que les possibilités de recours au Conseil fédéral n'ont pas changé avec la LAMal. Les autorités sont toutefois désormais tenues de respecter le principe d'économie (tarifs économiquement supportables).
- La LAMal a consacré légalement la possibilité de proposer des formes particulières d'assurances (HMO, modèles de médecins de famille) et a facilité l'introduction de ces modèles.
- Les cantons disposent désormais d'un instrument de gestion financière pour les hôpitaux et les établissements médico-sociaux (EMS) : ils peuvent expressément fixer un montant global pour le financement de ces institutions.

Il s'agit également de tenir compte des aspects de la mise en œuvre de la loi lors de l'évaluation des effets. Ainsi, on gardera à l'esprit que les nouveautés prennent du temps pour s'installer dans la réalité et que diverses questions d'application sont encore ouvertes (par ex. l'exigence d'une comptabilité analytique dans les hôpitaux et les EMS).

Répercussions sur les négociations tarifaires

Par sa pression politique en matière de coûts, ses nouvelles règles sur les tarifs et le financement (calcul des tarifs selon les règles applicables en économie d'entreprise, structure tarifaire uniforme pour toute la Suisse en ce qui concerne les tarifs à la prestation, réglementation sur le financement des hôpitaux) et les nouveaux fournisseurs de prestations qu'elle a institués (en particulier les établissements médico-sociaux et les soins à domicile), la LAMal a eu une forte influence sur les négociations tarifaires entre les assureurs et les fournisseurs de prestations. Ces négociations sont rendues nettement plus difficiles par l'augmentation de la pression en matière de coûts. Les assureurs en particulier ont renforcé leur pression sur les tarifs. La confirmation de leurs revendications par le Conseil fédéral dans les recours en matière de tarifs et par le sur-

veillant des prix a considérablement renforcé leur position. La LAMal a déjà spécialement durci le climat des négociations relatives aux tarifs des hôpitaux publics. Dans la plupart des autres secteurs, le début des négociations a été difficile, en raison peut-être de normes peu claires dans la LAMal, de lacunes dans les bases de calcul des coûts ou de manque d'expérience, mais elles ont pu finalement aboutir à des accords.

La concurrence n'a pas encore fait son entrée dans les négociations tarifaires. Des comparaisons entre les exploitations et un benchmarking correspondant par lequel une pression concurrentielle pourrait être exercée sur les fournisseurs de prestations n'ont été qu'ébauchés en raison d'un manque de bases de données. La suppression de l'obligation d'adhérer aux conventions existantes n'a entraîné jusqu'ici que très peu d'accords séparés dérogeant aux conventions conclues par les associations professionnelles et ces rares conventions séparées sont au surplus insignifiantes. C'est dire que la décartellisation mutuelle souhaitée par le législateur dans les conventions tarifaires n'a pas encore eu lieu. Cela s'explique principalement par l'ampleur des frais administratifs, l'absence d'intérêt financier des fournisseurs de prestations, l'égalité de traitement des hôpitaux subventionnés par les cantons et le renforcement de la position des assureurs lorsqu'ils se regroupent pour négocier.

Répercussions sur les conventions tarifaires

L'extension du catalogue de prestations de la LAMal et les nouvelles conventions hospitalières ont entraîné une augmentation d'un tiers environ du nombre des conventions tarifaires. Parmi les divers fournisseurs de prestations, on ne constate que des modifications de moindre importance dans les formes de tarification, à savoir tarif forfaitaire, à la prestation et au temps consacré.

Dans les tarifs forfaitaires, les forfaits journaliers continuent de dominer avec une proportion de plus de 75%. Leur proportion a toutefois diminué au profit des forfaits par cas, dont le nombre a doublé en particulier dans les hôpitaux publics pour représenter le 20% dans toutes les conventions prévoyant des forfaits. Les nouvelles formes de tarification forfaitaire se trouvent en phase d'expérimentation et ne se sont pas encore répandues largement. Cela s'explique par la longue durée nécessaire à leur introduction et par le besoin des partenaires tarifaires de réunir des expériences. Dans une première phase, ces nouvelles tarifications tendent vers des formes mixtes (forfaits journaliers pour l'hébergement et forfaits de services pour le domaine médical). A l'avenir, on vise toutefois des prix forfaitaires par cas en fonction des diagnostics mais des efforts

considérables doivent encore être entrepris au niveau de la mise en place des bases de données nécessaires de la part des hôpitaux. Au fond, tous les acteurs ont intérêt à développer des nouvelles formes de tarification : ils en attendent une incitation à d'atteindre les objectifs de la LAMal, une transparence accrue et l'accès au benchmarking. Une partie des assureurs est toutefois très sceptique à l'égard des nouvelles formes de tarification et fait preuve d'une certaine retenue parce qu'elle craint des augmentations ou des transferts de coûts.

Dans le secteur ambulatoire, il y a aussi eu une certaine évolution vers de nouvelles formes de tarification. A côté des tarifs au temps dans les soins à domicile, des tarifs à composantes forfaitaires ont été introduits en physiothérapie et chez les diététiciennes et diététiciens. Ces tarifs, sous la forme de forfaits par séance ou par consultation, visent avant tout à une limitation quantitative.

La LAMal a exercé un effet stabilisant sur le niveau des tarifs. Ainsi la hausse des tarifs pour les soins hospitaliers a pu être freinée grâce à la pression exercée par les assureurs sur les négociations et grâce aux décisions du Conseil fédéral en matière de tarifs. En ce qui concerne les établissements médico-sociaux et les soins à domicile, deux éléments ont contribué à limiter la hausse des tarifs : la pression exercée par les assureurs et les tarifs-cadre de la Confédération.

Répercussions sur les recours au Conseil fédéral en matière de tarifs

Le nombre des recours au Conseil fédéral en matière de tarifs a énormément augmenté. Les recours ont été en majeure partie interjetés par les assureurs qui demandaient principalement la réduction des tarifs fixés par les cantons pour le traitement hospitalier dans les établissements publics, les EMS et les cliniques privées. Les fournisseurs de prestations ont recouru dans une mesure bien moindre pour réclamer des augmentations de tarifs pour les EMS et les soins à domicile. La croissance du nombre de recours sous l'empire de la LAMal est due aux éléments suivants:

- En ce qui concerne les tarifs des hôpitaux publics, le climat des pourparlers s'est durci et a empêché de plus en plus souvent les négociations d'aboutir, ce qui a ainsi entraîné une augmentation du nombre de cas où les tarifs ont dû être déterminés par les autorités cantonales. Comme ces dernières ont fixé des tarifs tenant largement compte de leurs intérêts financiers, les assureurs ont interjeté des recours. Les litiges ont porté surtout sur les lignes directrices pour le calcul de la part des

coûts à la charge des assureurs (niveau des coûts imputables et justificatifs nécessaires pour répondre aux exigences de la transparence des coûts).

- En ce qui concerne les EMS et les soins à domicile, les assureurs ont réclamé des réductions de tarifs faute de bases suffisantes pour établir les coûts. Les fournisseurs de prestations et les cantons exigent en revanche que les assureurs prennent en charge les coûts effectifs des prestations selon la LAMal.

Dans ses décisions, le Conseil fédéral a dans la majeure partie des cas accordé les diminutions de tarifs demandées par les assureurs. Il a suivi dans une large mesure les recommandations du surveillant des prix dont l'influence a ainsi énormément grandi dans le domaine des tarifs. Dans un premier temps, le surveillant des prix a essentiellement limité ses recommandations aux tarifs applicables aux séjours dans les hôpitaux. Dans ce domaine, il a contribué à clarifier des questions d'exécution en proposant des principes pour le calcul des tarifs. Il a aussi amélioré la transparence des coûts des hôpitaux en posant des exigences pour de meilleures bases de données. Comme ces principes sont appliqués à large échelle dans la pratique, le surveillant des prix et le Conseil fédéral ont pu contribuer à une stabilisation des tarifs hospitaliers. La pratique développée est toutefois critiquée par les fournisseurs de prestations et les cantons comme étant non objective, contradictoire et influencée par des considérations politiques.

Répercussions sur les formes particulières d'assurances

Les formes particulières d'assurances (HMO, modèles du médecin de famille) ne se sont pas développées de manière significative depuis l'entrée en vigueur de la LAMal, qui a pourtant amélioré les possibilités d'une telle évolution et d'une introduction simplifiée de ces modèles. La proportion des assurés affiliés à ces modèles est modeste. Après une certaine dynamique initiale, la croissance de leur nombre a nettement baissé. Les modèles alternatifs d'assurances en sont au stade expérimental. Les obstacles principaux à leur développement sont que les assurés ne sont pas prêts à se restreindre et que les fournisseurs de prestations ne manifestent guère d'intérêt à développer et à proposer ces modèles. En outre, plusieurs assureurs se montrent réticents et sceptiques concernant un véritable développement dans ce sens. Nous avons toutefois pu constater chez plusieurs assureurs et médecins une réflexion et une certaine dynamique vers des modèles de gestion des soins. Mais si l'on développait ces modèles vers une ges-

tion des coûts et une garantie de qualité au lieu de les axer sur les économies de primes et qu'on modifie les conditions-cadres (pression accrue sur les primes et les coûts; suppression de l'obligation de contracter), une certaine redynamisation pourrait voir le jour.

Répercussions sur les budgets globaux

Jusqu'à présent, la LAMal n'a pas provoqué une extension importante des budgets globaux fixés par les cantons pour un contrôle financier des hôpitaux et des établissements médico-sociaux. Les budgets globaux comprenant la totalité des coûts hospitaliers n'ont été introduits que dans certains cantons romands (Vaud, Neuchâtel, Valais, Jura). L'expérience de ces cantons montre que les économies réalisées dans leurs hôpitaux ne sont guère plus importantes que celles faites dans les autres cantons. La majorité des divers acteurs rejette les budgets globaux parce qu'ils les trouvent interventionnistes et difficiles à gérer (fixation des budgets, répartition entre les fournisseurs de prestations, danger de perte du niveau de qualité en cas de dépassement des prestations budgétées).

Influence de la tarification sur les coûts de la santé

Jusqu'à présent, les modifications des conditions-cadres de la LAMal dans le domaine des tarifs n'ont exercé pratiquement aucune influence sur la réduction des coûts de la santé. D'une part, les possibilités de contrôle de ces coûts par le biais de la tarification sont très limitées parce que, de manière générale, une influence n'est guère possible sur l'évolution quantitative. D'autre part, en raison des possibilités pour les fournisseurs de prestations d'éviter les dispositions tarifaires, les modifications intervenues dans la tarification n'ont, selon les acteurs, pas forcément entraîné des économies en matière de coûts, mais elles ont plutôt provoqué des transferts de coûts et ont permis de compenser les éventuelles pertes de recettes dues à une augmentation du volume des prestations:

- La pression accrue exercée par les assureurs et le Conseil fédéral sur les tarifs hospitaliers a provoqué notamment des transferts de coûts par le biais de mesures de compensation prises par les hôpitaux (avant tout des transferts vers les domaines ambulatoire et semi-hospitalier). Les hôpitaux se sont largement adaptés aux nouvelles formes de tarification forfaitaire. Ils compensent les manques à gagner en éludant les dispositions tarifaires, d'où les transferts de coûts.

- Les cliniques privées ayant pratiquement épuisé leur potentiel de rationalisation, il n'y a donc pas de nouvelles économies dans ce secteur. La pression tarifaire dans le domaine ambulatoire est compensée avant tout par une augmentation du volume.

A ce stade, il ne faut pas s'attendre à ce que les modèles alternatifs actuels d'assurances, dont le potentiel d'économies est estimé à 10 à 15%, contribuent beaucoup à la maîtrise des coûts. En effet, d'une part, ils sont très peu répandus et, d'autre part, ils sont conçus comme des modèles visant avant tout à réduire les primes.

Appréciation globale et recommandations

Depuis son introduction en 1996, la LAMal n'a eu, globalement, que des répercussions modestes en matière de tarifs. Mise à part l'introduction de structures tarifaires uniformes pour toute la Suisse en ce qui concerne les tarifs à la prestation, elle a surtout influé sur les négociations tarifaires en les rendant nettement plus difficiles et sur le nombre des recours au Conseil fédéral qui a énormément augmenté. La pression accrue des assureurs dans les négociations tarifaires et les décisions du Conseil fédéral ont entraîné une limitation des augmentations de prix, surtout en ce qui concerne les tarifs hospitaliers publics. En éludant certaines dispositions tarifaires et en compensant les pertes de leurs revenus, les fournisseurs ont cependant empêché des économies sensibles sur les coûts. L'introduction de nouvelles formes de forfaits est certes encouragée par la LAMal, mais les acteurs en cause n'ont pas encore développé ces formes de manière décisive. Les premières expériences ont également montré que les nouvelles formes de tarification entraînaient des mesures de compensation de la part des hôpitaux.

La marge de manœuvre qu'ouvre la LAMal pour les conventions séparées et les formes particulières d'assurances n'a guère été utilisée ou, quand elle l'a été, avec hésitation. Jusqu'à maintenant, la tarification n'a pu accroître de manière significative la concurrence entre les fournisseurs de prestations. Alors qu'aucun acteur n'est vraiment intéressé à la conclusion d'accords séparés, les modèles alternatifs d'assurances pourraient trouver une nouvelle dynamique en se développant davantage pour autant que les conditions-cadres soient modifiées. En raison de leur caractère interventionniste et des problèmes liés à leur exécution, les budgets globaux se heurtent au rejet des acteurs.

A côté des effets modestes à court terme de la LAMal, les processus suivants, qui pourraient devenir significatifs à long terme, ont cependant pu être provoqués:

- Les assureurs et le surveillant des prix ont pris du poids dans le domaine des tarifs. Pour les hôpitaux et des EMS, cette pression s'exerce sur les tarifs, sur l'amélioration des bases de données et sur le calcul des tarifs selon les règles applicables en économie d'entreprise.
- La LAMal a redonné une impulsion à la discussion sur de nouvelles formes de tarification.
- Les premières expériences avec les formes particulières d'assurances ont accentué, chez les assureurs et fournisseurs de prestations concernés, la prise de conscience des conséquences économiques des prestations et des nouvelles formes de distribution des soins. Une base de développement de ces modèles a ainsi été créée.

Les conditions-cadres fixées par la LAMal offrent déjà aux acteurs une grande marge de manœuvre pour des développements ultérieurs dans le domaine des tarifs même si cette marge de manœuvre n'est qu'insuffisamment utilisée faute d'incitations, d'intérêts convergents ou de conditions suffisantes. Cela concerne surtout le développement ultérieur de la tarification et du benchmarking sur des bases de données améliorées ainsi que l'extension des modèles alternatifs d'assurances. Il est particulièrement important d'empêcher les fournisseurs d'éluder les dispositions tarifaires, provoquant ainsi une hausse du volume et des transferts de coûts. L'encouragement portera sur des formes appropriées de tarification comme des tarifs au temps consacré ou la limitation des consultations. Il s'agira aussi de resserrer les exigences de preuve des besoins en matière de tarifs ambulatoires et d'inciter à la pratique de prix forfaitaires intégrés par cas, qui comprennent toute la chaîne des soins. La tarification devrait pousser à optimiser les traitements sur divers domaines de prestations (par ex. combinaison entre les hôpitaux et les cliniques de convalescence).

S'ajoutant à l'utilisation accrue de la marge de manœuvre de la part des partenaires tarifaires, les améliorations suivantes des conditions-cadres pourraient contribuer à ce que la tarification ait davantage d'effets sur une distribution des soins adéquate et de haut niveau ainsi qu'à des coûts aussi avantageux que possible:

- La Confédération devrait clarifier et définir les principes encore manquants. Cela aiderait à décongestionner en grande partie les négociations et à améliorer la situation des données du côté des fournisseurs de prestations. Principes à clarifier:
 - définition des exigences à satisfaire pour le calcul des coûts dans les hôpitaux et les EMS (sur la base de propositions des partenaires conventionnels),

- définition des coûts des prestations de soins que les assureurs doivent prendre en charge selon la LAMal, dans les EMS et pour les soins à domicile.
- Le Conseil fédéral doit accélérer ses prises de décisions..
- Au niveau cantonal, il faut viser à clarifier le rôle des cantons qui sont à la fois fournisseurs de prestations et autorités d'approbation ou de fixation des tarifs.
- Des activités d'information et de conseil devraient favoriser l'introduction de nouveaux modèles de tarification.
- La réglementation du financement des hôpitaux doit être revue.

Par ailleurs, la majorité des assureurs et des représentants des autorités interrogés réclame la suppression ou un assouplissement important de l'obligation de contracter pour permettre de stimuler la négociation de conventions séparées et l'extension des formes particulières d'assurances. Il serait ainsi possible de favoriser considérablement la concurrence entre les fournisseurs de prestations.

1. Einleitung

1.1. Ausgangslage

Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG), das am 1. Januar 1996 in Kraft getreten ist, umfasst folgende Schwerpunkte für die Reform der Krankenversicherung:

1. Stärkung der Solidarität zwischen Versicherten mit unterschiedlichen Krankheitsrisiken und gezielte Entlastung von Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen.
2. Angemessene Versorgung mit qualitativ hochstehenden Leistungen.
3. Kosteneindämmung durch Förderung des Wettbewerbs.

Diese drei Ziele sollen mit verschiedenen Massnahmen erreicht werden.¹ Die Wirkungen dieser Massnahmen sind gemäss der Verordnung zum Krankenversicherungsgesetz wissenschaftlich zu überprüfen. Das Konzept zur Wirkungsanalyse des KVG (BSV 1998a) sieht aufgrund der Komplexität der Wirkungszusammenhänge eine projektorientierte Vorgehensweise vor. Dabei wird in einem ersten Schritt auf die Wirkungen der einzelnen Massnahmen fokussiert. In einem zweiten Schritt sollen die Ergebnisse zu einem Gesamtbild synthetisiert werden. Erste Wirkungsanalysen sind bereits durchgeführt worden². Weitere sind geplant.

Die vorliegende Untersuchung befasst sich mit den Auswirkungen des KVG auf den Tarifbereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP). Unter dem Begriff „Tarifbereich“ werden der Entstehungsprozess der Tarife (Tarifverhandlungen oder -festsetzungen) und die eigentlichen Tarife, die als Grundlage für die Leistungsvergütung dienen, subsummiert. Hauptziel der Tarifierung ist gemäss KVG die qualitativ hochstehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten.

1 Im Anhang 1 sind die wichtigsten Massnahmen dargestellt.

2 Bspw. zu den Themen Prämienverbilligung, Finanzierung des Gesundheitswesens, Risikoausgleich

1.2. Zielsetzung und Fragestellungen

Mit der vorliegenden Wirkungsanalyse sollen zwei Hauptfragestellungen beantwortet werden:

1. Inwiefern hat sich das KVG auf die Tarifverhandlungen, die Tarifverträge und die Tarifbeschwerden ausgewirkt?
2. Haben die Änderungen im Tarifbereich die Höhe der Gesundheitskosten beeinflusst und einen Beitrag zur Kosteneindämmung geleistet?

Die Untersuchung konzentriert sich schwergewichtig auf die Beantwortung der ersten Frage. Damit wird in erster Linie geklärt, ob das KVG zu einer Verhaltensänderung der Akteure im Tarifbereich geführt hat und welche Entwicklungen damit eingeleitet werden konnten. Die Beurteilung des Einflusses der Änderungen im Tarifbereich auf die Gesundheitskosten soll nur qualitativ abgeschätzt werden. Folgende Fragen sollen geklärt werden:

- Hat das KVG zu einer Änderung des Verhaltens der Partner in den Tarifverträgen geführt?
- Welche Wirkung hat das KVG auf die Höhe der Tarife und die Tarifierungsformen ausgeübt?
- Inwiefern hat sich das KVG auf die Tarifbeschwerden und -entscheide an den Bundesrat ausgewirkt? Hat sich der Einfluss des Preisüberwachers und der Wettbewerbskommission verändert?
- Werden seit Inkrafttreten des KVG vermehrt von Verbandsverträgen abweichende Sonderverträge abgeschlossen? Wie ist die Entwicklung im Bereich der Versicherungsmodelle mit beschränkter Wahl der Leistungserbringer zu beurteilen?
- Werden aufgrund des KVG vermehrt Globalbudgets vereinbart?
- Hat das KVG durch den erweiterten Handlungsspielraum für die Tarifpartner den Wettbewerb im Gesundheitswesen gestärkt? Welcher Beitrag konnte mit den Änderungen in der Tarifierung zur Eindämmung der Gesundheitskosten geleistet werden?

Die Auswirkungen sollen in den verschiedenen Leistungsbereichen (Spitäler, ambulante Leistungserbringer, Pflegeheime, Spitex) in ausgewählten Kantonen untersucht werden. Auf eine Beurteilung der Wirkungen des KVG auf die Tarifierung im Bereich der ambulanten ärztlichen Leistungen ist aufgrund der sich in Vorbereitung befindenden

den Einführung einer gesamtschweizerischen Struktur (TarMed) abzusehen. Weiter ist der Medikamentenbereich nur am Rande zu behandeln, weil die Tarife in diesem Bereich nicht ausgehandelt, sondern vom Bund festgesetzt werden.

1.3. Methodik

1.3.1. Evaluationskonzept

Die Beurteilung der Wirkungen erfolgt in zwei Schritten. In einem ersten Schritt wird durch einen Vorher/Nachher-Vergleich zwischen den Situationen unter dem früheren Krankenversicherungsgesetz (KUVG) und dem KVG beurteilt, inwiefern sich die Massnahmen des KVG, die Verhaltensänderungen der Akteure im Tarifbereich, die Ergebnisse im Tarifbereich (Tarifizierungsform, Sonderverträge, Alternative Versicherungsmodelle, etc.) sowie die Gesundheitskosten verändert haben. In einem zweiten Schritt werden durch kausale Analysen die auf die Massnahmen des KVG zurückführbaren Wirkungen im Vergleich zu einer unbeeinflussten Entwicklung beurteilt („Policy on/Policy off“-Vergleich). Damit sollen die Wirkungsmechanismen analysiert und beurteilt werden, welchen Einfluss das KVG auf die festgestellten Veränderungen gehabt hat. Ziel ist die ursächliche Trennung von KVG-externen (bspw. Budgetdruck seitens der Kantone) und –internen Beeinflussungsfaktoren (bspw. Aufhebung des Vertragszwangs). Bei der kausalen Analyse stehen zwei Fragen im Vordergrund:

1. Ist die festgestellte Veränderung auf das KVG zurückzuführen?
2. Falls ja, auf welche Massnahmen resp. durch das KVG ausgelöste politische Rahmenbedingung kann die Veränderung zurückgeführt werden?

Ergänzend werden Querschnittsvergleiche zwischen den verschiedenen Leistungsbe-
reichen und den Entwicklungen in den in die Untersuchung miteinbezogenen Kanton-
en gezogen. Durch diese Vergleiche sollen Entwicklungstendenzen sichtbar gemacht
werden und Hinweise auf die Wirkungsunterschiede zwischen den verschiedenen
Tarifverträgen gewonnen werden.

Neben der Beurteilung der Verträge auf gesamtschweizerischer Ebene werden die
Entwicklungen im Tarifbereich in acht Kantonen (AG, AI/AR³, BE, GE, SH, TG, VD,

3 AI/AR werden in dieser Arbeit zusammengefasst.

ZH) in die Untersuchung miteinbezogen. Wir gehen davon aus, dass die Auswahl dieser Kantone ausreichend ist, um Schlüsse für die Entwicklung in der ganzen Schweiz zu ziehen. Zur Beurteilung der Globalbudgets sind in den Interviews ergänzend drei weitere Westschweizer Kantone (JU, NE, VS) berücksichtigt worden. Es wurde jedoch keine vertiefte Analyse der bestehenden Globalbudgets durchgeführt.

1.3.2. Forschungsmethoden und Vorgehen

Bei der Beantwortung der gestellten Fragen muss methodisch zwischen der Beschreibung der effektiven Veränderungen und der Frage, inwiefern diese Veränderungen auf das KVG zurückgeführt werden können, unterschieden werden. Während die Veränderungen durch Dokumentenanalysen und die Befragung der Akteure relativ sicher erhoben werden kann, ist die Beurteilung der kausalen Frage wesentlich schwieriger. Einerseits besteht im Tarifbereich ein komplexes Wirkungsgefüge zwischen Rahmenbedingungen (Vorschriften KVG; wirtschaftliche und politische Rahmenbedingungen) und den Interessen der Akteure. Andererseits ist eine Trennung resp. Isolierung der verschiedenen Massnahmen sehr schwierig. Neben Auswirkungen, die direkt auf das KVG zurückgeführt werden können (bspw. Zunahme der Bundesratsbeschwerden) bestehen andere, weit komplexere und diffusere Wirkungszusammenhänge.

Zur Beantwortung des Einflusses des KVG wurden persönliche Interviews mit den massgeblichen Akteuren durchgeführt. Neben der Beurteilung der effektiven Veränderungen wurden diese nach den Gründen für diese Veränderungen befragt. Ziel der Interviews war es, diese Ursachen und Wirkungszusammenhänge aus Sicht der verschiedenen Akteure aufzuzeigen und ein Gesamtbild zu erarbeiten. Die Beantwortung der kausalen Frage des Einflusses des KVG auf den Tarifbereich erfolgt damit auf qualitative Weise.

Im Rahmen der Untersuchung wurde folgendes dreistufiges Vorgehen gewählt:

1. Analyse des Tarifbereichs

In einem ersten Schritt wurde eine Analyse des Tarifbereiches vorgenommen. Diese dient der Klärung zentraler Begriffe, der Analyse der Wirkungsmechanismen im Tarifbereich und der Darstellung der Unterschiede in den gesetzlichen Bestimmungen sowie den Rahmenbedingungen zwischen dem KUVG und dem KVG. Die Analyse des Tarifbereichs diente als Grundlage für die weiteren Arbeiten und zur Konkretisierung

der Fragestellungen. Neben der Analyse von Dokumenten (insbesondere gesetzliche Grundlagen) wurden auch Ergebnisse der Interviews, die sich auf die Wirkungsmechanismen im Tarifbereich bezogen, verarbeitet.

2. Analyse der Tarifverträge und der Tarifbeschwerden an den Bundesrat

In einem zweiten Schritt erfolgte eine Dokumentenanalyse der Tarifverträge auf gesamtschweizerischer Ebene und in den acht ausgewählten Kantonen sowie der Bundesratsentscheide zwischen 1990 und 1999. Bei der Analyse der Tarifverträge wurden diejenigen, die bis Ende 1995 unter dem KUVG gültig waren, den heutigen gegenübergestellt und durch einen Vorher/Nachher-Vergleich die quantitativen und qualitativen Veränderungen herausgearbeitet. Untersucht wurde, ob sich die Anzahl der Tarifverträge, die Zusammensetzung der Tarifpartner, die Tarifierungsformen sowie die Anzahl der Sonderverträge verändert hat.

Bei der Analyse der Tarifbeschwerden an den Bundesrat wurde geklärt, ob sich die Anzahl der Beschwerden, die Beschwerdeführer, die Streitpunkte und Entscheide des Bundesrates verändert haben. Ergänzend wurden die publizierten Dokumente der Preisüberwachung zur Beurteilung des Einflusses dieser Behörden ausgewertet. Auf die Analyse der kantonalen Entscheide (Tarifgenehmigungen und -festsetzungen) wurde verzichtet.

3. Wirkungsanalyse mittels qualitativer Interviews

Zur Beurteilung der Verhaltensänderungen der Akteure, der Änderungen der Verhandlungsergebnisse sowie der Beurteilung des Einflusses auf die Gesundheitskosten wurden 53 persönliche Interviews anhand eines halbstrukturierten Gesprächsleitfadens durchgeführt.⁴ Die Interviewpartner wurden so ausgewählt, dass die im Tarifbereich massgeblichen Akteure (Behörden, Versicherer und Leistungserbringer) und Organisationen berücksichtigt werden konnten. Mit den Interviews sollte ein umfassendes Bild der Interessen der Akteure und deren Einschätzungen betreffend die Wirkungen des KVG im Tarifbereich erzielt werden. Bei den Behörden wurden neben den relevanten Bundesbehörden mit den Vertretern der für die Untersuchung ausgewählten Kantone Gespräche geführt. Bei den Tarifpartnern konzentrierte sich die Befragung in erster Linie auf die an den Verhandlungen beteiligten Organisationen. Bei den Versicherern wurden neben acht Krankenversichererverbänden vor allem auch Gespräche

4 Beispiel eines Gesprächsleitfadens siehe Anhang 2.

mit acht grossen Versicherern geführt. Dies, weil die Versicherer aufgrund des KVG die Freiheit haben, separate Verträge abzuschliessen und die Verbreitung alternativer Versicherungsmodelle (v.a. HMO und Hausarztmodelle) fördern sollten. Bei den Leistungserbringern wurden Verbandsvertreter der wichtigsten Leistungserbringer befragt. Die Verbindung der Schweizer Ärzte (FMH) sowie die Schweizerische Chiropraktoren-Gesellschaft lehnten das Interview ab. Zusätzlich konnten die vorgesehenen Interviews mit Patientenorganisationen⁵ nicht durchgeführt werden. Diese lehnten aufgrund mangelnder Ressourcen die vorgesehenen Interviews ab. Damit konnten die Auswirkungen der Tarifierung auf die Ärzte und die PatientInnen als zentrale Akteure nicht analysiert werden. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die befragten Organisationen:⁶

Akteure	Organisationen	Anzahl Interviews	Konkretisierung
Behörden	Bundesbehörden	4	Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) Bundesamt für Justiz (BJ) Preisüberwachung Wettbewerbskommission (WEKO)
	Kantone	9	Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK) 8 Kantone
Versicherer	Krankenversichererverbände	8	Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer (KSK) 7 kantonale Krankenversichererverbände
	Krankenversicherervereinigungen	2	Conférence des caisses-maladie romandes (COSAMA) Unimedes
	Versicherer ⁷	7	CSS, Helsana, Konkordia, Sanitas, SWICA, Visana, Wincare
	Managed-Care Organisation	1	SanaCare
Leistungserbringer	Leistungserbringerverbände	19	Spitalverband H+; 4 kantonale Krankenhausverbände Vereinigung Privatspitäler; 2 Vereinigungen von Privatkliniken Schweizer Heimverband; 3 kantonale Heimverbände Spitex-Verband Schweiz; 1 kantonaler Spi-

5 Stiftung Schweizerische Patienten- und Versichertenorganisation (SPO), Schweiz. Arbeitsgemeinschaft für Patienteninteressen (SAPI) und Fédération Romande des Consommateurs (FRC).

6 Im Anhang 2 sind die befragten Organisationen und Gesprächspartner aufgeführt.

7 Bei den Versicherern wurden die Leiter der Managed-Care Abteilungen befragt.

Akteure	Organisationen	Anzahl Interviews	Konkretisierung
			texverband 6 Verbände mit Tarifen mit gesamtschweizerischer Tarifstruktur (Krankenschwestern, Hebammen, LogopädInnen, ErgotherapeutInnen, PhysiotherapeutInnen, Zahnärzte)
	Leistungserbringer	1	Inselspital
Diverse	SUVA	1	Eidg. Medizinaltarifkommission (MTK)

Tabelle 1: Gesprächspartner der persönlichen Interviews.

Zur Beurteilung der Auswirkungen des KVG auf die Entwicklung der Globalbudgets wurden ergänzend vier telefonische Interviews mit Vertretern der Kantone JU, NE, VD und VS durchgeführt.

1.4. Aufbau des Berichts

Die vorliegende Wirkungsanalyse des KVG auf den Tarifbereich ist wie folgt aufgebaut:

Kapitel 2 enthält die Analyse des Tarifbereichs. Diese stellt die Grundlage der weiteren Arbeiten dar und dient insbesondere der Analyse der Wirkungsmechanismen im Tarifbereich. Ergänzend wird auf wichtige Vollzugsaspekte hingewiesen, die für die Wirkungen der Massnahmen im Tarifbereich wesentlich sind.

In den folgenden Kapiteln werden die Veränderungen wichtiger Elemente des Tarifbereichs und deren Ursachen, insbesondere der Einfluss des KVG, aufgezeigt:

- Kapitel 3 enthält die Auswirkungen auf die Tarifverhandlungen. Dargestellt werden die Veränderungen des Verhaltens und des Einflusses der Akteure in den Verhandlungen sowie die Änderungen in den Tarifverhandlungen selbst. Speziell betrachtet wird die Frage, inwiefern sich Sonderverträge und Betriebsvergleiche in den Verhandlungen durchgesetzt haben.
- Kapitel 4 geht auf die Auswirkungen auf die Tarifverträge und die Tarifierungsformen ein. Dargestellt werden die Veränderungen in der Anzahl und der Art der Tarifverträge sowie die Entwicklungen in den Tarifierungsformen in den unterschiedlichen Leistungsbereichen.

- Die Auswirkungen auf die Tarifbeschwerden an den Bundesrat werden in Kapitel 5 dargelegt. Neben dem Vergleich der Anzahl und Art der Beschwerden sowie der Entscheide des Bundesrates werden Veränderungen im Verhalten der Behörden analysiert.

Die nächsten zwei Kapitel befassen sich mit den Entwicklungen in den Spezialbereichen alternative Versicherungsmodelle und Globalbudgets:

- In Kapitel 6 werden die Auswirkungen des KVG auf die alternativen Versicherungsmodelle (HMO und Hausarztmodelle) aufgezeigt. Neben einer Diskussion der Entwicklung erfolgt eine Darstellung der Ausgestaltung der Tarifverträge in diesem Bereich.
- Kapitel 7 äussert sich zu den Auswirkungen bei den Globalbudgets.

Im folgenden Kapitel 8 werden die Auswirkungen der Änderungen im Tarifbereich hinsichtlich ihres Einflusses auf die Gesundheitskosten beurteilt. In der abschliessenden Synthese (Kapitel 9) werden die Auswirkungen des KVG auf den Tarifbereich und die Gesundheitskosten zusammenfassend dargestellt und Empfehlungen für die zukünftige Gestaltung der Rahmenbedingungen abgegeben. Im Anhang sind die Gesprächspartner der Interviews sowie ergänzende Ausführungen betreffend die Massnahmen des KVG sowie zu die Globalbudgets dargestellt.

2. Analyse des Tarifbereichs

Der Tarifbereich umfasst den Entstehungsprozess der Tarife sowie die Tarife selbst (Art und Höhe der Tarife). Die Analyse des Tarifbereichs bildet die Grundlage der Wirkungsanalyse. Geklärt werden folgende Fragen:

- Was kennzeichnet Tarife in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)?
- Wie kommen die Tarife in der OKP zustande? Was kennzeichnet die Rolle der verschiedenen Akteure im Tarifbereich?
- Durch welche KVG-internen und wichtigsten KVG-externen Faktoren werden die Tarifverhandlungen und -verträge beeinflusst? Welche Änderungen haben sich im Vergleich zur Situation unter dem früheren Krankenversicherungsgesetz (KUVG) ergeben?
- Welcher Bezug besteht zwischen den Tarifen und den Kosten des Gesundheitswesens?
- Wie ist der Vollzug des KVG im Tarifbereich zu beurteilen?

2.1. Tarife und Tariffestsetzung

Tarife sind behördlich festgesetzte oder genehmigte Preise für bestimmte Leistungen. Bei tarifierten Leistungen sind die zu bezahlenden Preise durch die Tarife festgeschrieben und für alle betreffenden Leistungsbezüger gleich. In der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) bilden die Tarife die Grundlage für die Berechnung der Vergütungen, welche die Leistungserbringer für ihre Leistungen in der Krankenversicherung von den Versicherern verlangen dürfen.

Die Tarife werden in der OKP grundsätzlich in Verhandlungen zwischen den Tarifpartnern (Leistungserbringer und Versicherer) festgelegt (Art. 43 KVG). Im Unterschied zum KUVG werden in Art. 43 KVG folgende mögliche Tarifarten ausdrücklich, jedoch nicht abschliessend, genannt:

- Beim Zeittarif werden die Leistungserbringer nach dem Zeitaufwand entschädigt. Dies kann auch in Form eines festen Gehaltes geschehen. Eine vermehrte Anwendung des Zeittarifs wird vom Gesetzgeber zukünftig vor allem in der ambulanten

Behandlung (insbesondere Spitex), der teilstationären Krankenpflege und bei alternativen Versicherungsmodellen (bspw. HMO) gesehen.

- Beim Einzelleistungstarif werden für die einzelnen Leistungen nach KVG Taxpunkte festgelegt (Tarifstruktur), die durch die Multiplikation mit dem jeweiligen Taxpunktwert den Tarif ergeben.
- Beim Pauschaltarif werden die erbrachten Leistungen pauschal abgegolten. Dabei werden Patientenpauschalen, die sich auf die Behandlung eines einzelnen Patienten beziehen und Versichertenpauschalen, die unabhängig von der Behandlung eines Versicherten sind, unterschieden. Bei den Patientenpauschalen kann weiter unterschieden werden zwischen den bisher vorherrschenden Tagespauschalen und den Fallpauschalen, die sich auf die eine bestimmte Behandlung eines Patienten beziehen. Fallpauschalen können auf unterschiedlichen Grundlagen berechnet werden (bspw. Abteilungspauschale und Fallpreispauschale). Versichertenpauschalen können prospektiv aufgrund der in der Vergangenheit erbrachten Leistungen und der zu erwarteten Bedürfnisse festgesetzt werden (prospektives Globalbudget).

Den Tarifpartnern wird ein erheblicher Spielraum in der Tarifgestaltung eingeräumt. Vom KVG wird jedoch gefordert, dass die Tarifierung zur Sicherstellung einer ausreichenden und qualitativ hochstehenden Versorgung zu möglichst günstigen Kosten beitragen soll (Art. 43 KVG). Die Tarifierung hat insbesondere dem Grundsatz der Wirtschaftlichkeit zu entsprechen, der zwei unterschiedliche Ebenen betrifft:

1. Betriebswirtschaftliche, d.h. kostenbasierte, Bemessung und sachgerechte Struktur der Tarife (Art. 43 KVG).
2. Wirtschaftliche Tragbarkeit (Art 46 KVG): Die Kosten sollten nicht wesentlich stärker wachsen als die allgemeine Preis- und Lohnentwicklung.

Das KVG formuliert für bestimmte Tarifarten und Leistungsbereiche bestimmte Anforderungen resp. Spezialregelungen:

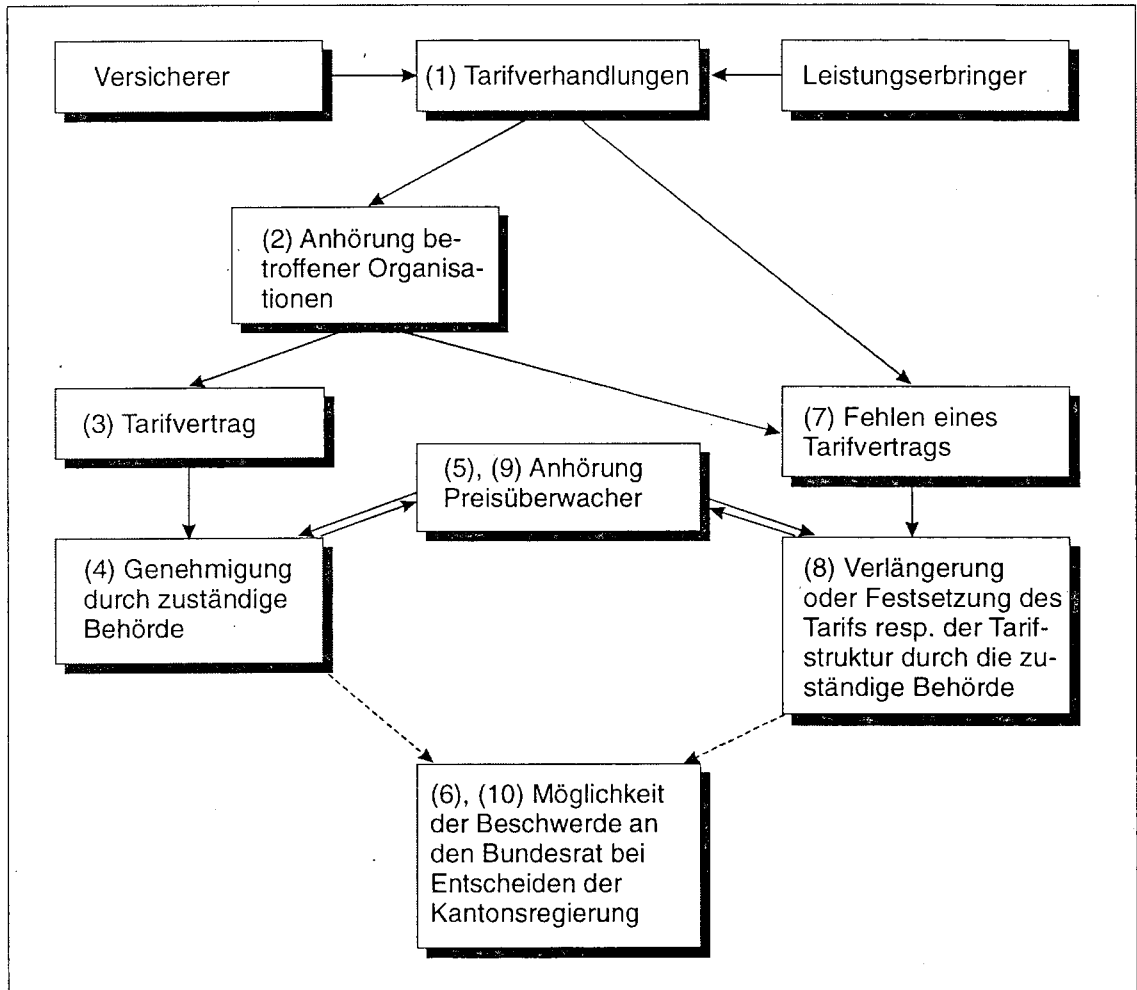
- Bei der Einzelleistungstarifizierung, die hauptsächlich im ambulanten Bereich üblich ist, verpflichtet das KVG die Tarifpartner neu zur Festlegung einer einheitlichen gesamtschweizerischen Tarifstruktur (Art. 43 KVG). Damit soll die Transparenz verbessert werden. Die Taxpunktwerte sind weiterhin auf kantonaler Ebene festzulegen.

- Für die Vergütung der stationären Behandlung einschliesslich Aufenthalt in einem Spital schreibt das KVG Pauschalen vor (Art. 49 KVG). Für besondere diagnostische oder therapeutische Leistungen können diese Pauschalen mit einem Einzelleistungstarif kombiniert werden. Dies erlaubt die separate Verrechnung von selten erbrachten Leistungen und den Einsatz von Spitzentechnologien. Bei der Berechnung der Tarife ist ausschliesslich auf die anrechenbaren Betriebskosten abzustellen.
- Art. 49 KVG schreibt vor, dass die Pauschalen im stationären Bereich für Kantoneinwohner und -einwohnerinnen bei subventionierten Spitälern höchstens 50% der anrechenbaren Kosten der allgemeinen Abteilung abzudecken haben. Begründet wird diese duale Finanzierung damit, dass die öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitalträger eher geneigt sein werden, bei der Spitalplanung und Betriebsführung dem Grundsatz der Effizienz nachzuleben, wenn die öffentliche Hand einen bedeutenden Teil der Kosten zu tragen hat. Für ausserkantonale Patienten dürfen höhere Pauschalen vereinbart werden.
- Bei privaten Spitälern, die nicht durch die Steuerpflichtigen mitfinanziert werden, können die Vertragsparteien höhere Deckungsquoten vereinbaren.
- Bei Verträgen mit Ärzteverbänden kann die Genehmigungsbehörde nach Art. 48 KVG einen Rahmentarif festsetzen, wobei die Mindestansätze unter und die Höchstsätze über denjenigen des genehmigten Vertragstarifs liegen. Der Rahmentarif kommt zur Anwendung, wenn der Tarifvertrag wegfällt (Reservetarif).
- Bei einem Aufenthalt in einem Pflegeheim vergütet der Versicherer nach Art. 50 KVG die gleichen Leistungen wie bei ambulanter Krankenpflege und bei der Krankenpflege zu Hause (Pflegekosten gemäss KVG). Die übrigen Kosten, z.B. für Unterkunft und Verpflegung, sind nicht von der OKP zu übernehmen. Der Versicherer kann auch Pauschalen vereinbaren. Bei den Pflegeheimen und der Spitex hat der Gesetzgeber Rahmentarife festgelegt, innerhalb denen die Partnern Tarife vereinbaren können. Die Rahmentarife gelten solange, bis die Leistungserbringer im Pflegebereich nicht über eine einheitliche Kostenrechnung verfügen (Art. 9a KLV).
- Bei Analysen, Arzneimitteln, Mitteln und Gegenständen werden die Leistungen, deren Kosten von den Versicherern zu übernehmen sind, gemäss Art. 52 KVG in besonderen Listen aufgeführt (Beibehaltung der bisherigen Regelung). Diese werden entweder vom EDI (Analyseliste, Arzneimittelliste mit Tarif) oder dem BSV (Spe-

zialitätenliste) erlassen und enthalten die für die Rechnungsstellung verbindlichen Tarife oder Preise. Für bestimmte, vom Bundesrat bezeichnete Analysen, kann durch Tarifverträge ein abweichender Tarif vereinbart werden.

Das KVG verpflichtet die Leistungserbringer, sich an die vertraglich oder behördlich festgelegten Tarife zu halten (Tarifschutz, Art. 44 KVG). Sie dürfen für Leistungen nach der Grundversicherung keine weitergehenden Vergütungen in Form von Zusatzrechnungen berechnen.

Der Ablauf der Tariffestsetzung, der sich in die Phasen Tarifverhandlung und -genehmigung resp. -festsetzung unterteilt, wird vom KVG wie folgt geregelt:



Figur 1: Ablauf der Tariffestsetzung und -genehmigung im Rahmen des KVG.

Die Tarife mit Ausnahme derjenigen für Analysen und Medikamente werden grundsätzlich in Verträgen zwischen Versicherern und Leistungserbringern vereinbart (1). Parteien eines Tarifvertrages können einerseits einzelne oder mehrere Leistungserbringer oder deren Verbände und andererseits einzelne oder mehrere Versicherer und deren Verbände sein. Dabei lässt das KVG den Tarifpartnern im Rahmen der gesetzlichen Schranken (sachgerechte Struktur und betriebswirtschaftliche Bemessung der Tarife) einen grossen Spielraum zur Gestaltung der Verträge. Das Prinzip der Vertragsfreiheit soll den Tarifpartnern die Möglichkeit eröffnen, jeweils geeignete Verträge abzuschliessen.

Bei Verbandsverträgen sind nach Art. 43 KVG vor dem Abschluss die Organisationen anzuhören, welche die Interessen der Versicherten auf kantonaler oder auf Bundesebene vertreten (2). Dabei handelt es sich vor allem um Patientenorganisationen.

Kommt ein Tarifvertrag zustande (3), muss er noch von der zuständigen Behörde genehmigt werden (4). Dabei werden Verträge auf kantonaler Ebene von den Kantonsregierungen und gesamtschweizerisch gültige Verträge vom Bundesrat geprüft (Art. 46 KVG). Die Behörde prüft insbesondere, ob der Vertrag gesetzeskonform ist und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit entspricht. Dabei soll die Behörde durchaus einen strengen Massstab anlegen, um das Ziel einer qualitativ hochstehenden und zweckmässigen Versorgung zu möglichst günstigen Kosten erreichen. Die Behörden können Betriebsvergleiche zwischen Spitälern und Pflegeheimen anordnen (Art. 49 und 50 KVG). Ergibt der Betriebsvergleich, dass die Kosten eines Spitals deutlich über den Kosten vergleichbarer Spitäler liegen, können die Versicherer den Vertrag kündigen und der Genehmigungsbehörde beantragen, die Tarife auf das richtige Mass zurückzuführen.

Bevor die Behörde ihren Entscheid fällt, muss sie nach Art. 13 PüG den Preisüberwacher anhören (5). Dieser kann beantragen, auf eine Tariferhöhung ganz oder teilweise zu verzichten oder einen zu hohen Tarif zu senken. Mit dieser Prüfung der Verträge sollten massvolle und verantwortungsvolle Tarife festgesetzt werden können.

Der Entscheid der Kantonsregierung kann nach Art. 53 mit Beschwerde beim Bundesrat angefochten werden (6).

Bei Fehlen eines Tarifvertrages (7) setzt die Behörde nach Art. 47 KVG den Tarif fest (8). Dabei sind mehrere Fälle zu unterscheiden:

- Wenn zwischen Leistungserbringern und Versicherern von Anfang an kein Tarifvertrag besteht, so setzt die Kantonsregierung nach Anhörung der Beteiligten den Tarif fest.
- Falls für die Behandlung ausserhalb der Kantonsgrenzen kein Tarifvertrag besteht, setzt die Kantonsregierung des Standortkantons des Leistungserbringers den Tarif fest.
- Wenn sich die Vertragsparteien bei einem gekündigten Vertrag nicht innert Ablauf der Kündigungsfrist einigen können, kann die Kantonsregierung entweder den bisherigen Vertrag um ein Jahr verlängern oder nach Anhören der Beteiligten einen Tarif festsetzen.

- Für Einzelleistungstarife müssen die Vertragsparteien auf Bundesebene eine einheitliche Tarifstruktur festlegen. Gelingt dies nicht, setzt der Bundesrat die Tarifstruktur fest.

Bevor die Behörden einen Tarif erlassen oder genehmigen, müssen sie den Preisüberwacher anhören (9). Entscheide der Kantonsregierungen können wiederum mit einer Beschwerde an den Bundesrat angefochten werden (10).

Gegen die Entscheide der kantonalen Versicherungsgerichte und Schiedsgerichte, die über Streitigkeiten zwischen Versicherern und Leistungserbringern entscheiden, kann Beschwerde beim Eidg. Versicherungsgericht (EVG) erhoben werden. Das EVG entscheidet jedoch äusserst selten Streitigkeiten im Zusammenhang mit Tariffragen.

Die Leistungserbringer und die Versicherer haben in den Tarifverträgen Massnahmen zur Wirtschaftlichkeit der Leistungen vorzusehen (Art. 56 KVG). Dabei haben sie insbesondere dafür zu sorgen, dass diagnostische Massnahmen nicht unnötig wiederholt werden, wenn Versicherte mehrere Leistungserbringer konsultieren.

Die Kantone können als finanzielle Steuerungsinstrumente nach Art. 51 KVG einen Gesamtbetrag für die Finanzierung der Spitäler oder Pflegeheime festsetzen (Globalbudget). Zudem sind zwei ausserordentliche Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung vorgesehen:

- Als befristete ausserordentliche Massnahme zur Eindämmung eines überdurchschnittlichen Kostenanstiegs können vom Kanton auf Antrag der Versicherer nach Art. 54 KVG für die Finanzierung der Spitäler und Pflegeheime Globalbudgets eingesetzt werden („Notbremse“).
- Bei einer sehr starken Erhöhung der durchschnittlichen Kosten je Person und Jahr wird der Behörde, die für die Genehmigung der Tarife zuständig ist, eine tiefgreifende Befugnis zur Eindämmung der Kostenentwicklung eingeräumt (Art. 55 KVG).

2.2. Veränderung des Handlungsspielraums im Tarifbereich

Das KVG setzt für die Tarifverhandlungen Rahmenbedingungen fest, um eine qualitativ hochstehende gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten zu errei-

chen. Mit dem KVG ist der Handlungsspielraum insbesondere für die Tarifpartner verändert worden. Durch neue wettbewerbliche Elemente soll der Wettbewerb unter den Versicherern und den Leistungserbringern erhöht und damit ein Beitrag zur Reduktion des Zuwachses der Gesundheitskosten geleistet werden.

Im Folgenden werden die vom KVG gesetzten politischen und gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Tarifverhandlungen aufgezeigt. Ziel ist die Darstellung der Wirkungszusammenhänge und der Unterschiede zwischen dem KUVG und dem KVG mit Auswirkungen auf den Tarifbereich. In einem ersten Schritt wird auf die Veränderung der politischen Rahmenbedingungen, anschliessend auf die gesetzlichen Instrumente und Massnahmen, die Wirkungszusammenhänge sowie die Aufgaben und Rollenerwartungen an die Akteure eingegangen.

2.2.1. Politischer Druck zu Kosteneinsparungen

Das Krankenversicherungsgesetz bis 1996 (KUVG) wird als Rahmengesetz zur Gewährung von Subventionen bezeichnet (Bundesrat 1991). Die Krankenversicherung war auf Bundesebene freiwillig. Sie wurde von einer Vielzahl von Krankenkassen betrieben, die grundsätzlich autonom waren. Das KUVG schrieb lediglich Mindestleistungen vor und auferlegte den Kassen gewisse Pflichten, für die der Bund Subventionen ausrichtete. Die Kassen durften unter dem KUVG Zusatzversicherungen anbieten und die Leistungen über dem gesetzlichen Minimum abdecken.⁸

Ende der 80er Jahre führte die Kostenerhöhung im Gesundheitswesen zu ständig steigenden Prämien und damit zu einem politischen Druck, die Kosten und damit auch die Prämien einzudämmen. Dieser Druck führte in den Jahren 1991 bis 1995 mit den dringlichen Bundesbeschlüssen (dBB) zu Notmassnahmen gegen die Kostensteigerungen.⁹ Die Erhöhung der Tarife war durch die Begrenzung der Tarif- und Preiserhöhungen nur noch sehr eingeschränkt möglich. Zudem wurde unter den dBB zum er-

8 Z.B. Spitalpflege in Privat- oder Halbprivatabteilungen.

9 Folgende drei dringlichen Bundesbeschlüsse wurden erlassen:

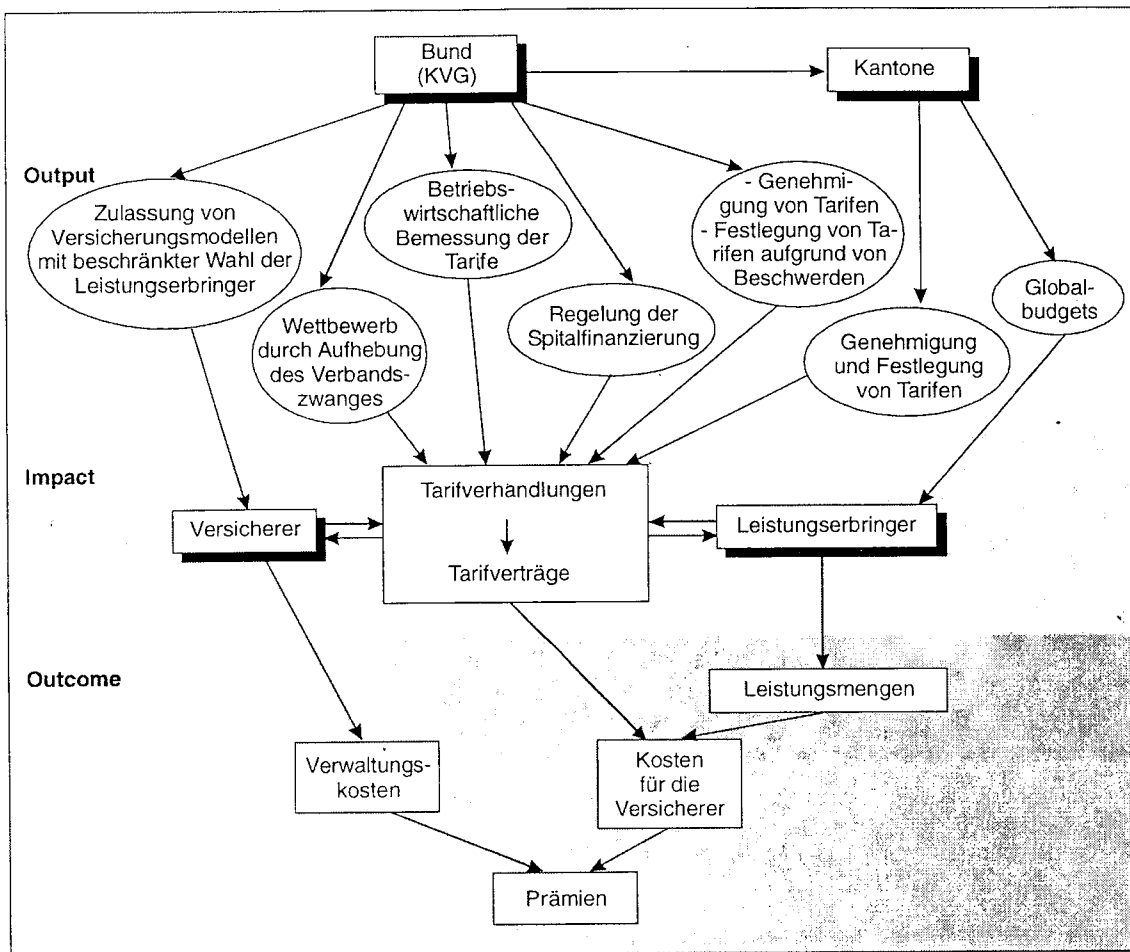
- Bundesbeschluss über befristete Massnahmen gegen die Kostensteigerung in der Krankenversicherung vom 13. Dezember 1991,
- Bundesbeschluss über befristete Massnahmen gegen die Kostensteigerung in der Krankenversicherung vom 9. Oktober 1992,
- Bundesbeschluss über befristete Massnahmen gegen die Kostensteigerung in der Krankenversicherung vom 7. Oktober 1994.,

sten Mal eine Prämie eines Versicherers nicht genehmigt und durch eine Plafonierung Druck auf die Verwaltungskosten ausgeübt. Die Medien setzten die Versicherer zusätzlich unter Druck, indem sie die Prämien erhöhungen vermehrt anprangerten. Durch die dBB wurde ein klares politisches Signal in Richtung Kosteneinsparungen gesetzt. Das politische Umfeld für Tarifierhöhungen ist seit diesen Beschlüssen vor allem im stationären Bereich sehr schwierig geworden.

Mit dem KVG wurde dieses erste politische Signal zu Kosteneinsparungen verstärkt. Einerseits bewirkten der Leistungsausbau der Grundversicherung und der Wegfall der direkten Subventionen an die Versicherer eine sprunghafte Kostensteigerung, was die Forderung nach Einsparungen erhöhte. Andererseits wurde mit dem KVG ein politischer Auftrag zu Kosteneinsparungen verbunden, der neu alle Akteure im Gesundheitswesen verpflichtete, sich kostenbewusst zu verhalten.

2.2.2. Massnahmen des KVG im Tarifbereich

Das KVG beeinflusst die Tarifverhandlungen zwischen den Versicherern und Leistungserbringern mit verschiedenen wettbewerblichen und regulatorischen Elementen. Zusätzlich werden die Verhandlungen auch durch Finanzierungsvorschriften beeinflusst. Figur 2 stellt die Wirkungszusammenhänge dar:



Figur 2: Wirkungszusammenhänge im Tarifbereich.

Im Folgenden werden die verschiedenen Massnahmen des KVG, die den Tarifbereich beeinflussen, sowie die Abweichungen zum KUVG beschrieben.

Aufhebung des Verbandszwanges (Art. 46 KVG)

Unter dem KUVG sah der Verbandszwang vor, dass Verbandsverträge automatisch und obligatorisch die Tarifbeziehungen der Tarifpartner regeln. Zur Sicherung dieser Verbandsverträge wurden von den Leistungserbringer- und den Versichererverbänden vor allem folgende Verbote bzw. Regelungen erlassen:

- Sondervertragsverbote zulasten von Verbandsmitgliedern.
- Verpflichtungen von Verbandsmitgliedern auf bestehende Verbandsverträge.

- Konkurrenzverbote zulasten von Verbandsmitgliedern, Meistbegünstigungs- und Exklusivitätsklauseln in Tarifverträgen zwischen Leistungserbringern und Versicherern.

Diese Wettbewerbsbeschränkungen im Tarifbereich wurden insbesondere aufgrund der Empfehlungen der Kartellkommission mit dem KVG aufgehoben. Damit können einzelne Versicherer und Leistungsträger von den Verbandsverträgen abweichende Verträge abschliessen. Diese Sonderverträge können abweichende Vereinbarungen im Rahmen von Verbandsverträgen oder separate Verträge umfassen. Durch das eingeführte Verbot von Exklusivitäts- und Meistbegünstigungsklauseln stehen Sonderverträge grundsätzlich jedoch auch anderen Tarifpartnern offen. Neu hat die Verbandszugehörigkeit von Versicherern und Leistungserbringern nicht mehr automatisch die Unterstellung unter die Verbandstarife zur Folge. Verbandsverträge sind für die Verbandsmitglieder nur verbindlich, wenn diese ihren Beitritt erklärt haben. Dies stärkt die Position der einzelnen Versicherer resp. Leistungserbringer gegenüber ihren Verbänden. Neben den Verbandsmitgliedern können neu auch Nichtmitglieder den Verbandsverträgen beitreten. Durch die Aufhebung der bisherigen kartellistischen Bestimmungen und Absprachen soll der Wettbewerb unter den Versicherern und Leistungserbringern erhöht und damit zur Kosteneindämmung beigetragen werden.

Betriebswirtschaftliche Bemessung der Tarife (Art. 43, 49 und 50 KVG)

Das KVG fordert neu ausdrücklich die betriebswirtschaftliche Bemessung der Tarife aufgrund transparenter Kostengrundlagen. Bei den Spitälern und den Pflegeheimen wurde die Ermittlung der Kosten und der Leistungen nach einer einheitlichen Methode im KVG explizit festgehalten. Die Leistungserbringer sind in diesen Bereichen dazu angehalten, eine Kostenrechnung und eine Leistungsstatistik zu erstellen. Zusätzlich können die Behörden bei Spitälern und Heimen Betriebsvergleiche anordnen. Die Versicherer sind aufgefordert, zur Festlegung der Tarife Kostenvergleiche anzustellen und zu nutzen. Ergänzend haben die Leistungserbringer und Versicherer in den Tarifverträgen neu Massnahmen zur Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen vorzusehen. Dabei geht es insbesondere um die Verhinderung der Wiederholung von diagnostischen Massnahmen, wenn Versicherte mehrere Leistungserbringer konsultieren.

Tarifvielfalt und spezielle Bestimmungen betreffend Tarife

Bereits im Rahmen des KUVG waren verschiedene Tarifarten möglich. Vorherrschend war jedoch vor allem der Einzelleistungstarif. Die Erweiterung des Handlungsspiel-

raumes durch die Aufhebung des Verbandszwangs und die Möglichkeit von alternativen Versicherungsmodellen soll einen Anreiz zur Anwendung neuer Tarifierungsformen in den verschiedenen Leistungsbereichen geben. Diese Tarifvielfalt soll zur Kosteneindämmung beitragen.

Andererseits wurden mit dem KVG neu folgende spezielle Bestimmungen in Bezug auf die Tarife eingeführt:¹⁰.

- Bei Einzelleistungstarifen ist die Tarifstruktur neu gesamtschweizerisch einheitlich zu regeln (Art. 43 KVG).
- Für die Vergütung in Spitälern schreibt Art. 49 KVG neu Pauschalen vor.
- Bei den Pflegeheimen und in der Spitex wurden Rahmentarife festgelegt (Art. 9a KLV).
- Bei den Analysen und Arzneimitteln wurde weitgehend die geltende Regelung der behördlichen Tariffestsetzung übernommen (Art. 52 KVG).

Regelung betreffend Spitalfinanzierung

Bei den subventionierten Spitälern wurde mit dem KVG die duale Spitalfinanzierung gesetzlich verankert. Dabei darf die Vergütung der Versicherer an die anrechenbaren Betriebskosten der allgemeinen Abteilung der subventionierten Spitäler höchstens 50% betragen. Öffentliche und teilweise auch private Spitäler wurden bereits unter dem KUVG von den Kantonen und den Versicherern gemeinsam finanziert. Es war jedoch keine Grenze für den von den Versicherern zu übernehmenden Kostenanteil festgelegt.

Beachtung des Gebots der Wirtschaftlichkeit seitens der Behörden

Der Ablauf betreffend die Genehmigung und Festsetzung der Tarife durch die Behörden sowie die Beschwerdemöglichkeiten beim Bundesrat haben sich mit dem KVG nicht verändert. Die Behörden sind mit dem KVG jedoch explizit angehalten, das Gebot der Wirtschaftlichkeit (wirtschaftliche Tragbarkeit) zu beachten.

Alternative Versicherungsmodelle (Art. 62)

Um Kosten- und Prämieneinsparungen zu erzielen, wurden bereits unter dem KUVG besondere Versicherungsformen zugelassen. Diese umfassen die wählbare Franchise, die Bonusversicherung und die alternativen Versicherungsmodelle mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer. Während die ersten beiden besonderen Versiche-

¹⁰ Siehe auch Kapitel 2.1.

ungsformen den Tarifbereich nicht tangieren, werden die alternativen Versicherungsmodelle durch Tarifverträge geregelt. Sie umfassen grundsätzlich folgende Modelle:

- HMO (Health Maintenance Organisation): Gesundheitsorganisationen, die eine längerfristige Verantwortung für die Versicherten übernehmen und auch Präventions- und Gesundheitsförderung betreiben. Der Versicherer oder die Managed-Care-Organisation unterhält eine Gruppenpraxis, der verschiedene Ärztinnen und Ärzte und andere Medizinalpersonen angehören. Die Versicherten verpflichten sich, im Krankheitsfall zuerst den Arzt oder die Ärztin in der HMO-Praxis zu konsultieren.
- Hausarztmodell: Die Versicherten verpflichten sich, im Krankheitsfall stets ihren Hausarzt zu konsultieren. Dieser berät sie über den Beizug eines allfälligen Spezialisten, den Eintritt in ein Spital sowie über allfällige chirurgische Eingriffe.
- PPO (Preferred Provider Organisation): Die Versicherer müssen sich auf die Leistungserbringer (Ärzte, Spitäler, etc.) beschränken, mit denen der Versicherer besonders kostengünstige Tarifverträge abgeschlossen hat.

Die alternativen Versicherungsmodelle bieten die Möglichkeit, von der Einheitsprämie abzuweichen und durch die reduzierte Wahl der Leistungserbringer eine Prämienreduktion anzubieten. Bisher sind in der Schweiz praktisch ausschliesslich HMO- und Hausarztmodelle verbreitet. Diese funktionieren nach dem Gate-Keeping-Prinzip, was bedeutet, dass die Versicherten in diesen Modellen im Krankheitsfall immer zuerst ihre HMO oder ihren Hausarzt konsultieren müssen.

Unter dem KUVG waren die alternativen Versicherungsmodelle versuchsweise im Rahmen einer Pilotphase zugelassen. Mit dem KVG wurde die Möglichkeit, solche Modelle einzuführen, gesetzlich verankert und die Einführung erleichtert. Zudem wurde die Wahl unterschiedlicher Modellformen durch die Möglichkeit, die alternativen Versicherungsmodelle organisatorisch aus den Versicherern auszugliedern, erhöht. Die alternativen Versicherungsmodelle sollen zur Kosteneindämmung beitragen. Der grosse Freiraum in der Entwicklung und Ausgestaltung dieser Modelle soll zu einer Modellvielfalt und zu einem Wettbewerb unter den Modellen führen.

Globalbudgets (Art. 51 KVG)

Neu haben die Kantone im stationären Bereich (Spitäler und Heime) explizit die Möglichkeit, als finanzielles Steuerungsinstrument einen Gesamtbetrag für die Finanze-

rung der Spitäler oder der Pflegeheime festzusetzen. Globalbudgets bestanden bereits unter dem KUVG in einzelnen Westschweizer Kantonen. Die Regelung wurde mit dem KVG jedoch explizit als Tarifierungsform in die gesetzlichen Grundlagen aufgenommen.

Vom erhöhten Handlungsspielraum im Tarifbereich durch die Aufhebung des Verbandszwangs und die alternativen Versicherungsmodelle sowie die explizite Beachtung des Grundsatzes der Wirtschaftlichkeit wird ein Beitrag zur Reduktion des Kostenanstiegs im Gesundheitswesen erwartet. Dabei muss unterschieden werden zwischen den Kosten der Leistungserbringer und den Ausgaben, die sich für die Akteure ergeben, die diese Kosten finanzieren (Prämien der Versicherten, Steuergelder der Kantone, eigene Beiträge der Versicherten). Die Kosten der Leistungserbringer ergeben sich aus dem Preis der Leistung multipliziert mit der produzierten Menge. Sie werden von einer Vielzahl von Parametern beeinflusst (u.a. Anzahl der Leistungserbringer, Medizinischer Fortschritt, Anspruchshaltung der Versicherten). Bei der Beurteilung des Einflusses der Tarife auf die Preise ist zentral, dass diese grundsätzlich den Preis einer Leistung, nicht jedoch die angebotene Menge, beeinflussen.

2.2.3. Erwartungen an die Akteure im Tarifbereich

Aufgrund des enormen Kostenwachstums und dem damit verbundenen Prämienanstieg wird grundsätzlich von allen Akteuren im Tarifbereich ein kostenbewusstes Verhalten erwartet. Im Folgenden werden die wichtigsten Aufgaben der Akteure sowie die mit dem KVG im Tarifbereich verbundenen Erwartungen dargelegt.

In Tabelle 2 werden die wichtigsten Aufgaben bzw. Rollen der einzelnen Akteure dargestellt.

Akteure	Aufgaben/Rollen
Versicherer und Leistungserbringer	<ul style="list-style-type: none"> • Aushandeln von Tarifverträgen: <ul style="list-style-type: none"> - Betriebswirtschaftliche Bemessung der Tarife, - Entwicklung und Anwendung von neuen Tarifarten, - Entwicklung und Verbreitung von alternativen Versicherungsmodellen, • Beschwerdeführung
Versicherte	<ul style="list-style-type: none"> • Prüfen von alternativen Versicherungsmodellen, • Recht zur Stellungnahme zu Verbandsverträgen über Patientenorganisationen
Bund	<ul style="list-style-type: none"> • Genehmigung von gesamtschweizerisch anwendbaren Tarifverträgen und -strukturen; Festsetzung dieser Tarife in vertragslosem Zustand, • Inkraftsetzen der Vorgaben für eine einheitliche Kostenrechnung, • Der Bundesrat ist Beschwerdeinstanz und setzt dadurch Richtlinien für die Tarifgenehmigung.
Kantone	<ul style="list-style-type: none"> • Genehmigung von Tarifverträgen; Festsetzen von Tarifen in vertragslosem Zustand, • Möglichkeit, Globalbudgets für die Finanzierung der Spitäler und der Pflegeheime festzusetzen. • Aushandeln von Tarifverträgen als Eigentümer und Finanzierer der öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler.

Tabelle 2: Übersicht über die Aufgaben der Akteure des Gesundheitswesens im Tarifbereich.

Versicherer

Die Versicherer sind Partner der Leistungserbringer in den Tarifverträgen und ein zentraler Akteur bei der Realisierung von Tarifen, die geeignet sind, zur Kosteneindämmung beizutragen. Dies, weil es ihr eigenes geschäftliches Interesse ist, möglichst günstige Tarife auszuhandeln. Von den Versicherern wird erstens erwartet, dass sie den Druck in den Verhandlungen durch die Achtung auf eine betriebswirtschaftliche Bemessung und wirtschaftlichen Tragbarkeit der Tarife und Betriebsvergleiche erhöhen. Zweitens sollen die Versicherer den Handlungsspielraum in den Bereichen Separatverträge, Tarifarten sowie alternative Versicherungsmodelle nutzen und durch neue Entwicklungen in diesen Bereichen zu einem erhöhten Wettbewerb und damit zur Kosteneindämmung beitragen. Drittens können sie Beschwerde gegen kantonale Entscheide führen und damit bei der Entwicklung von Richtlinien bei der Tarifgenehmigung mithelfen.

Leistungserbringer

Auch die Leistungserbringer sind in den Tarifverhandlungen gefordert. Von ihnen wird erwartet, dass sie die Grundlagen für eine betriebswirtschaftliche Bemessung der Tarife bereit stellen und an der Weiterentwicklung von neuen Tarifarten sowie der alternativen Versicherungsmodelle mitarbeiten. Zudem sollen sie den neuen Spielraum durch die Möglichkeit, separate Verträge abzuschliessen, nutzen und dadurch den Wettbewerb unter den Leistungserbringer fördern. Ihnen steht ebenfalls das Beschwerderecht bei kantonalen Entscheiden zu.

Versicherten

Die Versicherten werden durch das KVG implizit aufgefordert, neue Versicherungsmodelle zu prüfen und durch eine Beteiligung an diesen Modellen ihr Verhalten zu ändern. Über Patientenorganisationen können sie zudem zu Tarifverträgen Stellung nehmen.

Bundesbehörden

Die Bundesbehörden haben wichtige Aufgaben in den Bereichen Genehmigung resp. Festsetzung von gesamtschweizerisch anwendbaren Tarifverträgen, als Beschwerdeinstanz bei kantonalen Entscheiden und in der Entwicklung von Richtlinien im Tarifbereich wahrzunehmen. Es wird von ihnen erwartet, dass sie ihre gesetzlichen Aufgaben termingerecht wahrnehmen, durch ihre Entscheide klare Richtlinien schaffen und das Gebot der Wirtschaftlichkeit verstärkt berücksichtigen. Der Bundesrat wird im Erlass von Verordnungen und als Beschwerdeinstanz von zwei Ämtern unterstützt:

- Das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) nimmt zu den Tarifbeschwerden an den Bundesrat Stellung und bereitet die Entscheide des Bundesrates im Tarifbereich vor.
- Das Bundesamt für Justiz (BJ) bereitet die Tarifentscheide des Bundesrates vor.

Weitere Behörden, die im Tarifbereich wichtige Aufgaben zu erfüllen haben, sind der Preisüberwacher und die Wettbewerbskommission:

- Die Behörden haben vor einer Tarifgenehmigung oder -festsetzung den Preisüberwacher anzuhören. Dieser kann beantragen, auf eine Tarifierhöhung ganz oder teilweise zu verzichten oder einen missbräuchlich beibehaltenen Tarif zu senken. Mit dieser Prüfung der Tarife soll auf ein mass- und verantwortungsvolles Verhalten der Tarifpartner hingewirkt werden. Der Bundesrat hat in seinen Tarifent-

scheiden diese Pflicht zur Anhörung des Preisüberwachers auch unter dem KVG bestätigt.

- Die Wettbewerbskommission beschäftigt sich mit der Untersuchung von schädlichen Absprachen (Kartelle) und Wettbewerbsbeschränkungen mit dem Ziel, wirksamen Wettbewerb zu fördern. Da in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) Vorschriften betreffend Preisbildung bestehen, sind die kartellrechtlichen Vorschriften jedoch nicht anwendbar. Die Wettbewerbskommission kann in diesem Bereich, im Gegensatz zum Zusatzversicherungsbereich, nur mittels Empfehlungen Einfluss ausüben.

Kantone

Die Kantone nehmen in der OKP eine Doppelrolle ein. Einerseits werden sie als Eigentümer oder Finanzierer von öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitälern in die Tarifverhandlungen miteinbezogen. Andererseits sind sie kantonale Genehmigungs- oder Festsetzungsbehörde. Die Kantone sind analog dem Bund aufgefordert, bei ihren Tarifentscheiden insbesondere die wirtschaftliche Tragbarkeit verstärkt zu beachten.

2.3. Bemerkungen zum Vollzug des KVG

Die Qualität des Vollzugs eines Gesetzes hat einen entscheidenden Einfluss auf dessen Wirkungen. Obwohl der Vollzug des KVG im Rahmen dieser Arbeit nicht vertieft untersucht worden ist, werden im Folgenden vor allem aufgrund der geführten Interviews wichtige vollzugsrelevante Aspekte dargestellt, welche die Auswirkungen im Tarifbereich beeinflussen:

1. Einführungszeit

Das KVG ist ein neues Gesetz, dessen Einführung im komplexen Gesundheitswesen Zeit benötigt. Das KVG hatte eine kurze Vorlaufzeit und wurde sehr rasch eingeführt. Dies führte dazu, dass in einer ersten Phase eine Praxis entwickelt werden musste und bis heute wichtige Vorgaben für den Vollzug fehlen. Bei der Beurteilung der Wirkungen muss zudem berücksichtigt werden, dass der Aufwand für Tarifverhandlungen hoch ist und die Einführung von neuen Tarifmodellen Zeit benötigt.

Einige befragte Personen sind der Ansicht, dass das Gesetz überhastet eingeführt worden ist und damit die Akteure überfordert hat. Sie hätten eine gestaffelte Einführung

vorgezogen, bei der in einer ersten Phase Vorgaben geklärt und wichtige Grundlagen erarbeitet worden wären.

2. Offene Vollzugsfragen

Bei der Einführung des KVG wurde ersichtlich, dass einige zentrale Vorgaben durch das Gesetz noch ungenügend geklärt sind. Dies führte zu Unsicherheiten und zur Ausnutzung des Spielraums in der Verhandlungstaktik. Die Vorgaben mussten in der Einführungsphase durch die juristische Praxis geklärt werden. Beispiele dafür sind:

- Spitaltarife: Die Unklarheiten betreffend die Berechnung der anrechenbaren Kosten und die Erfordernisse zur Erreichung der Kostentransparenz führten zu etlichen Tarifbeschwerden. Der Bundesrat hat aufgrund der Empfehlungen des Preisüberwachers eine Praxis entwickelt, die mittlerweile von mehreren Kantonen und Leistungserbringern übernommen wurde.
- Ausserkantonale Hospitalisierung von zusatzversicherten Patienten: Aufgrund eines Urteils des EVG müssen die Kantone bei der Hospitalisation von zusatzversicherten Personen ausserhalb des Wohnkantons 50% der anrechenbaren Kosten der Grundversicherung (allg. Abteilung) übernehmen. Im Wohnkanton gilt diese Regelung für Zusatzversicherte gemäss dem Stillhalteabkommen SDK/KSK, das bis Ende 2000 befristet ist und um ein Jahr verlängert werden kann, nicht. Diese Personen müssen den Kostenanteil des Kantons an der allgemeinen Abteilung selbst übernehmen, was eine Belastung für Zusatzversicherte zur Folge hat. Die Versicherer und die Privatspitäler fordern deshalb, dass die Kantone in allen Fällen 50% der anrechenbaren Kosten der allgemeinen Abteilung übernehmen müssen.
- Pflegeheime: Bei den Heimen müssen die Kosten der Pflegeleistungen nach KVG von den Versicherern übernommen werden. Unterschiedliche Auffassungen bestehen jedoch bezüglich der Berechnung der Pflegekosten resp. der Ausscheidung der Pflegekosten von den übrigen Kosten.

3. Fehlende Vorgaben betreffend Kostenrechnung bei Spitälern und Heimen

Basis der Tarife bei den Spitälern und den Heimen sind gemäss KVG die Betriebskosten. Diese bilden damit einen wichtigen Pfeiler in der Tarifdiskussion. Das KVG schreibt explizit vor, dass die Spitäler und Pflegeheime ihre Kosten nach einer einheitlichen Methode (Kostenrechnung und Leistungsstatistik) erfassen müssen.

Grundsätzlich können folgende Kostenrechnungen mit unterschiedlichem Grad an Transparenz resp. Informationsgehalt unterschieden werden:

- **Kostenartenrechnung:** Ausweisen der Kosten nach Kostenarten (bspw. Personalaufwand).
- **Kostenstellenrechnung:** Ausweisen der Kosten nach verursachenden Stellen resp. Disziplinen (bspw. Kosten der Chirurgieabteilung in einem Spital).
- **Kostenträgerrechnung:** Ausweisen der Kosten pro Patient.

Je differenzierter die Kostenrechnung ist, desto exakter können kostenbasierte Tarife berechnet werden. Zudem ermöglicht eine aussagekräftige Kostenrechnung die Weiterentwicklung von Tarifierungsformen (bspw. von Tagespauschalen in Richtung einer integrierten Fallpreispauschale) und Betriebs- resp. Kostenvergleiche zwischen den Leistungserbringern (Benchmarking).

Die Kosten werden heute von den Spitälern ganz unterschiedlich erfasst. Neben regionalen bestehen vor allem Unterschiede nach der Art des Spitals. Grundsätzlich ist die Kostenrechnung bei den privaten Spitälern besser entwickelt als bei den öffentlichen, weil sich diese stärker marktwirtschaftlich orientieren. Bei den öffentlichen Spitälern bestehen bei den überregionalen (Universitätsspitäler, Kantonsspitäler) bessere Grundlagen als bei den regionalen Spitälern. Gemäss dem Spitalverband H+ und den befragten kantonalen Spitalverbänden sind Kostenstellenrechnungen weit verbreitet, Kostenträgerrechnungen jedoch erst in wenigen Spitälern eingeführt.

Betreffend die Frage, welche Art Kostenrechnung von den Spitälern und den Heimen für die Tarifierung erhoben werden soll, bestehen unterschiedliche Auffassungen zwischen den Leistungserbringern und den Versicherern. Gemäss H+ genügen im Spitalbereich Kostenstellenrechnungen in Verbindung mit der Diagnose- und Prozedurliste (ICD-Behandlungscodes), um Kostenvergleiche seitens der Versicherer anhand weniger Kennzahlen resp. Wirtschaftlichkeitsdaten durchführen zu können. Mehrere Spitalverbände vertreten die Ansicht, dass Kostenträgerrechnungen strikt interne Füh-

rungsgrundlagen sind und nicht als Basis der Tarifverhandlungen verwendet werden sollen. Insbesondere die Privatkliniken sind aus Konkurrenzgründen nicht bereit, Buchhaltungszahlen und Kostenträgerrechnungen offen zu legen. Die Spitäler machen zudem Datenschutzgründe betreffend die fallbezogenen Daten geltend. Die Versicherer stellen höhere Forderungen an die Kostenrechnungen. Sie erwarten mindestens transparente und detaillierte Kostenstellenrechnungen, die von allen Leistungserbringern gleich geführt werden. Teilweise werden bereits heute Kostenträgerrechnungen gefordert. Durch die Erhöhung der Kostentransparenz möchten sie verbesserte Betriebsvergleiche und Benchmarkings durchführen, um bessere Grundlagen für die Tarifverhandlungen zu haben. Die Vorgaben von H+ werden teilweise als ungenügend erachtet (v.a. im Pflegebereich). Auch der Preisüberwacher fordert eine möglichst hohe Kostentransparenz und berücksichtigt den Grad der Transparenz bei seinen Tarifempfehlungen.

Der Bundesrat hat bis heute keine verbindliche Bestimmungen für eine einheitliche Kostenrechnung erlassen, was sowohl seitens der Leistungserbringer und der Versicherer als grosses Hemmnis für die Tarifverhandlungen erachtet wird. Insbesondere die Versicherer werfen dem Bund vor, dass er gemäss dem Gesetz kostentransparente Tarife fordert, die entsprechenden Grundlagen jedoch nicht zur Verfügung stellt. Die Heime beklagen, dass die fehlenden Vorgaben die Abgeltung durch kostendeckende Tarife behindert. Nach Ansicht der Heime wie der Versicherer decken die Rahmentarife im Heimbereich nur einen Teil der effektiv anfallenden Pflegekosten nach KVG ab.

Folgende Gründe werden von den befragten Personen für die Verzögerungen in der Einführung einer einheitlichen Kostenrechnung geltend gemacht:

- Den Spitälern wird seitens der Versicherer vorgeworfen, dass sie kein Interesse an der Kostentransparenz haben, weil damit ihr Verhandlungsspielraum wesentlich eingeschränkt würde und sie Angst vor der Vergleichbarkeit hätten.
- Die Kantone werden seitens der Versicherer kritisiert, sich vor dem Ausweisen der effektiven Kosten im Spitalbereich zu fürchten, weil dadurch die grossen Differenzen zwischen den Spitälern sichtbar würden und entsprechende Konsequenzen gezogen werden müssten. Zudem würde der Verhandlungsspielraum bei den öffentlichen Spitälern eingeschränkt.
- Den Versicherern wird seitens der Leistungserbringer und der Kantone vorgeworfen, dass sie aus verhandlungstaktischen Gründen die Kostentransparenz fordern, jedoch an deren schneller Einführung nicht interessiert sind, weil sich die effekti-

ven Kosten dadurch erhöhen würden und sie damit einen grösseren Teil der Kosten bei den öffentlichen Spitälern und bei den Pflegeheimen übernehmen müssten. Mehrere Versicherer geben jedoch explizit an, sehr an der Kostentransparenz interessiert zu sein, weil dadurch ein aussagekräftiges Benchmarking möglich wird.

- Gemäss dem BSV hat der Bundesrat bisher keine Vorschriften erlassen, weil die Vorgaben seiner Ansicht nach durch die Akteure selbst erarbeitet werden sollten. Diese sind jedoch nach Ansicht des BSV nicht wirklich interessiert, mitzuarbeiten. Seitens der Leistungserbringer wird dem Bundesrat vorgeworfen, dass er an der Kostentransparenz nicht interessiert ist, weil dadurch die Prämien deutlich steigen würden, was aus politischen Gründen nicht wünschbar ist.

4. Föderalismus

Einige Versicherer, Kantone und Leistungserbringer kritisieren, dass der Föderalismus im Gesundheitswesen durch das KVG (insbesondere durch die Spitalplanung und die neuen Finanzierungsregelungen bei der ausserkantonalen Hospitalisierung) zugenommen hat. Im Tarifbereich führt der Föderalismus zu einer hohen Komplexität der Tarifstruktur und zu einem hohen administrativen Aufwand (Verhandlungen, Rechnungsstellungen, etc.).

3. Auswirkungen auf die Tarifverhandlungen

Im folgenden Kapitel wird die Änderung der Rolle, des Verhaltens und des Einflusses der verschiedenen Akteure in den Tarifverhandlungen und die sich daraus ergebenden Konsequenzen für die Verhandlungen dargestellt. Beurteilt wird, inwiefern diese Veränderungen auf das KVG zurückzuführen sind. Folgende Fragen werden aufgrund der geführten Interviews untersucht:

- Wie hat sich die Rolle, das Verhalten sowie der Einfluss der Akteure in den Verhandlungen geändert?
- Wie haben sich die Verhaltensänderungen auf die Tarifverhandlungen in den verschiedenen Leistungsbereichen ausgewirkt?
- Welche Bedeutung haben der Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Kostenvergleiche in den Verhandlungen?
- Wie hat sich die Aufhebung des Verbandszwangs auf die Kartellierung in den Verhandlungen ausgewirkt? Haben die Tarifpartner den Handlungsspielraum zum Abschluss von Sonderverträgen genutzt?
- Exkurs: Welche Veränderungen hat das KVG bei den Medikamentenpreisen bewirkt?

3.1. Rolle, Verhalten und Einfluss der Akteure in den Tarifverhandlungen

3.1.1. Versicherer

Die Kantonalverbände verlieren, die grossen Versicherer und das KSK gewinnen an Einfluss in den Tarifverhandlungen.

Die Tarifverträge werden in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) grundsätzlich nach wie vor von den kantonalen Verbänden und dem KSK ausgehandelt. Bei den Versicherern hat sich jedoch ein Konzentrations- und Zentralisierungsprozess betreffend die Tarifverhandlungen ergeben, der zum grossen Teil auf das KVG zurückzuführen ist. Folgende Änderungen in den Rollen und im Einfluss der Versicherer können festgestellt werden:

- Das Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer (KSK) hat durch die neuen Verträge mit gesamtschweizerischer Tarifstruktur an Bedeutung gewonnen, indem es für die Führung von einer grösseren Anzahl Verhandlungen verantwortlich geworden ist. Zusätzlich hat das KSK seine Position verstärkt, indem es zu den kantonalen Verträgen Stellung nimmt.
- Die kantonalen Versichererverbände haben an Einfluss verloren. Einerseits sind die Versicherer zu expliziten Vertragspartnern geworden, indem sie gemäss KVG dem Verbandsvertrag beitreten müssen, damit dieser für sie gültig wird. Dies wertet den Einfluss der einzelnen Versicherer gegenüber den Verbänden auf, weil diese nun vermehrt auf die Vorstellungen der Versicherer Rücksicht nehmen müssen. Die Versichererverbände werden vermehrt in die Rolle eines Moderators gezwängt, der ganz unterschiedliche Ansprüche der Versicherer in den Verhandlungen berücksichtigen muss. Andererseits wird zur Zeit eine Regionalisierung der Versichererverbände diskutiert, die den Einfluss des KSK gegenüber den regionalen Verbänden stärken würde.
- Der Einfluss der grossen Versicherer auf die Verhandlungen und im Rahmen der Beschwerdemöglichkeiten hat enorm zugenommen. Sie nehmen ihre Möglichkeiten im Tarifbereich aufgrund des politischen Kostendrucks aktiver und verstärkt wahr. Sie haben im Tarifbereich Know-how und Ressourcen aufgebaut, sind bei Verhandlungen über eine gezieltere und verstärkte Instruktion ihrer Verbandsvertreter präsenter und engagieren sich bei der Entwicklung von neuen Tarifmodellen. Die grossen Versicherer haben in einer Anfangsphase versucht, eigene separate Verträge auszuhandeln resp. sie sind den ihnen nicht genehmen Verträgen nicht beigetreten. Die separaten Verträge sind jedoch praktisch ausnahmslos gescheitert¹¹. Die Versicherer versuchen, ihren Einfluss durch Kooperationen verstärkt in den Verhandlungen wahrzunehmen. Dies aufgrund der Einsicht, dass nur mit einer bestimmten Grösse auf den Leistungseinkauf Einfluss genommen werden kann. Ziel ist, durch eine einheitliche Position und eine einheitliche Verhandlungsstrategie Stärke zu demonstrieren. Dabei haben die spezialisierten Tarif- oder Managed-Care-Abteilungen der grössten Versicherer einen massgebenden Einfluss. Die engsten Zusammenarbeitsformen bestehen in den Verbänden COSAMA und Unimedes, die die Interessen der ihnen angeschlossenen Versiche-

11 Siehe auch Kapitel 3.2.5.

rer im Leistungseinkauf (insbesondere Zusatzversicherungen und Managed-Care) vertreten. Weitere Kooperationsformen sind aufgrund beschränkter Ressourcen in den Bereichen Managed-Care (Bsp. SanaCare) und Qualitätssicherung entstanden.

Der Konzentrationsprozess unter den Versicherern und die stärkere Einflussnahme der grossen Versicherer wird auch von den Kantonen, den Leistungserbringern und den Bundesbehörden wahrgenommen.

Der Einfluss der Versicherer hat durch einen erhöhten Druck auf die Leistungserbringer und die Rechtsprechung des Bundesrats bei Tarifbeschwerden zugenommen.

Die Versicherer üben in den Tarifverhandlungen über ihre Tarifverbände verstärkt Druck auf die Leistungserbringer (inkl. Kantone) aus. Gemäss eigenen Aussagen verhandeln sie „knallhart“. Sie versuchen, ihre Positionen vermehrt gemeinsam zu vertreten und mit Betriebs- resp. Kostenvergleichen die Leistungserbringer zu günstigeren Tarifen zu bewegen, was jedoch aufgrund der fehlenden Datengrundlagen nur beschränkt möglich ist. Grundsätzlich wird versucht, die Renten der Leistungserbringer zu reduzieren oder aufzuheben. Hauptgrund für dieses neue Verhalten sind der politische Auftrag zu Kosteneinsparungen und die gestiegenen Kosten selbst, die sich wiederum auf die Prämien auswirken. Die Versicherer fühlen sich verstärkt für die Beeinflussung der Kosten der Leistungserbringer verantwortlich. Dabei fühlen sie sich durch die Entscheide des Bundesrates und die Empfehlungen des Preisüberwachers gestärkt, insbesondere durch die Forderung nach transparenten Kostengrundlagen.

Der erhöhte Druck und Einfluss der Versicherer in den Verhandlungen, vor allem im Spitalbereich, wird auch seitens der Leistungserbringer und der Kantone bestätigt. Die Spitalverbände geben an, den erhöhten Druck und Einfluss der Versicherer enorm zu spüren. Während sie früher unter dem KUVG ihre Anliegen leicht durchsetzen konnten, spüren sie heute den grossen Druck seitens der Versicherer durch die Kooperationen und den Forderungen nach Betriebsvergleichen. Der Einfluss der Versicherer hat ihrer Ansicht nach vor allem durch das KVG, resp. die Tarifrerechnungsgrundsätze des Preisüberwachers und die bundesrätlichen Entscheide an Gewicht gewonnen.

Die Versicherer haben eine Streitkultur entwickelt.

Die Versicherer verhandeln wesentlich intensiver und haben eine Streitkultur entwickelt. Sie beziehen die vom Preisüberwacher vorgeschlagenen und dem Bundesrat ge-

stützten Tarifierungskriterien gezielt in die Berechnung ihrer Tarifvorstellungen und in die Verhandlungsstrategie mit ein. Ihre Bereitschaft, den Beschwerdeweg zu beschreiten, ist durch die Empfehlungen des Preisüberwachers, die durch den Bundesrat gestützt wurden, wesentlich grösser geworden. Dadurch sind die Beziehungen zu den Leistungserbringern, und den Kantonen zwar direkter, jedoch auch angespannter und schwieriger geworden.

Dies wird auch von den Kantonen und den Leistungserbringern wahrgenommen:

- Die Kantone werfen den Versicherern vor, dass diese in den Verhandlungen einen möglichst grossen Teil der Kosten den Kantonen aufbürden wollen, was zu einer Streitkultur geführt hat, bei der jeder Akteur darauf abzielt, möglichst wenig Kosten zu übernehmen („Schwarzpeter-Spiel“). Dies wird bei der Finanzierung der Spitäler, der Pflegeheime sowie der Spitex ersichtlich, weil sich in diesen Bereichen die Versicherer weigern, die effektiven Kosten der Pflegeleistungen nach KVG zu übernehmen, solange noch keine genügend transparente Kostenrechnung besteht. Die Kantone kritisieren des Weiteren, dass die Versicherer betreffend die datenmässigen Grundlagen Forderungen stellen, die die Leistungserbringer oftmals gar nicht erfüllen können und dadurch die Verhandlungen blockieren.
- Die Leistungserbringer werfen den Versicherern vor, dass diese in erster Linie darauf abzielen, ihre eigenen Kosten möglichst tief zu halten. Die Versicherer zeigen in den Augen eines Teils der Leistungserbringerverbände eine grosse Beharrungstendenz und Angst vor Neuerungen, weil die erhöhte Kostentransparenz und die neuen Tarifformen eine höhere Kostenbeteiligung der Versicherer zur Folge haben wird. Deshalb werden viele Verhandlungen von den Versicherern durch Rekurse und Beschwerden blockiert.

3.1.2. Leistungserbringer

Die Leistungserbringer werden von verschiedenen Akteuren unter Druck gesetzt.

Die Leistungserbringer handeln die Tarifverträge nach wie vor durch ihre Verbände aus. Obwohl teilweise Bemühungen zum Abschluss separater Verträge bestehen, konnte die Kartellierung (insbesondere im Spital- und Ärztebereich) noch nicht aufge-

brochen werden.¹² Bemühungen für Separatverträge haben teilweise zu einer Polarisierung in den Verbänden der Leistungserbringer geführt. Die Rolle der Leistungserbringer ist mit dem KVG nicht stärker geworden. Sie sehen sich einem erhöhten Druck von verschiedenen Seiten ausgesetzt. Die Kantone setzen vor allem die öffentlichen Spitäler mit der Spitalliste und der Finanzierung des Kostenanteils der öffentlichen Hand unter Druck. Seitens der Versicherer spüren die Leistungserbringer einen erhöhten Druck in den Verhandlungen in Richtung erhöhter Kostentransparenz und tieferen Tarifen. Durch diesen Druck werden sie zu grösserer Effizienz angehalten. Bei zu niedrigen Tarifen stellen sie jedoch Mengenausweitungen in Aussicht, was den Spielraum zu Kosteneinsparungen im Tarifbereich schmälert.

Die gesamtschweizerischen Verbände und die Leistungserbringer in der Langzeitversorgung sind gestärkt worden.

Bei den Leistungserbringern, bei denen mit dem KVG neu eine Tarifstruktur auf gesamtschweizerischer Ebene festgelegt wurde (z.B. Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Hebammen, Zahnärzte), haben die kantonalen zugunsten der schweizerischen Verbände an Einfluss verloren. Insbesondere in den Bereichen der Ergotherapie, der Logopädie und der Krankenpflege sind die Ansprüche an die Verbände stark gestiegen, weil diese Bereiche neu in den Leistungskatalog aufgenommen worden sind. Die Rolle als Tarifpartner hat die meisten Verbände zu Beginn überfordert, verbunden damit war aber ein bedeutender Professionalisierungsschub und eine Stärkung des Bewusstseins. Trotz dieser Stärkung liegt das Kräfteverhältnis bei den Tarifverhandlungen nicht zuletzt infolge des geringen Kostenvolumens immer noch klar auf der Seite des routinierten KSK.

Bei den stationären Leistungserbringern hat der Spitalverband H+ durch das KVG wesentlich mehr Gewicht erhalten und übt heute einen verstärkten Einfluss bei der Tarifgestaltung, der Spitalplanung und Qualitätssicherung aus.

Die Pflegeheime und die Spitex-Organisationen haben durch das KVG enorm an Stimmkraft gewonnen, weil beide Bereiche Leistungserbringer geworden sind. Bei beiden hat ein Professionalisierungsschub stattgefunden. Die Verbände sind aber bedeutend stärker gefordert, der administrative Aufwand ist beträchtlich gestiegen. Im Spitex-Bereich war man nicht genügend vorbereitet auf die Verhandlungsposition. Da im

12 Siehe auch Kapitel 3.2.5.

KVG viele ausführende Regelungen fehlen, fühlen sich die Verbände zum Teil alleine gelassen. Wichtige Vorgaben wie z.B. die Kostenrechnung fehlen immer noch.

3.1.3. Kantone

Die Kantone nehmen zunehmend eine Vermittlerrolle ein und haben an Einfluss verloren.

Die Kantone haben grundsätzlich dieselbe Rolle inne wie unter dem KUVG und kaum an Einfluss gewonnen. Durch die vermehrten Streitigkeiten hat sich die Rolle der Kantone in ihrer Wahrnehmung insofern verändert, als sie vermehrt in die Rolle des Schiedsrichters gedrängt werden und in den Verhandlungen Kompromisslösungen zwischen den Extrempositionen suchen müssen. Aufgrund des erhöhten Einflusses der Versicherer, die durch den Bundesrat gestützt werden, haben die Kantone in ihren Entscheiden an Einfluss verloren. Die Kantone fühlen sich durch die Entscheide des Bundesrates zugunsten der Versicherer in ihrer Entscheidungskompetenz untergraben.

Die Kantone vertreten in den Verhandlungen verstärkt ihre eigenen finanziellen Interessen.

Aufgrund des finanziellen Drucks zielen die Kantone in den Verhandlungen darauf ab, einen möglichst geringen Teil der Kosten finanzieren zu müssen. So stellen sie folgende Forderungen:

- Finanzierung der vollen 50% der anrechenbaren Kosten der allgemeinen Abteilung subventionierter Spitäler durch die Versicherer. Gemäss der SDK besteht immer noch eine grosse Unsicherheit in diesem Bereich, weil die Erfordernisse zur Erreichung der Kostentransparenz nicht konkretisiert sind.
- Übernahme der effektiven Kosten der Pflegeleistungen gemäss KVG in den Bereichen Pflegeheime und Spitex durch die Versicherer.

In der Wahrnehmung der Versicherer verhandeln die Kantone aufgrund des Kostendrucks und des politischen Auftrags zu Kosteneinsparungen wesentlich härter. Sie werfen den Kantonen vor, dass sie bei ihren eigenen Einrichtungen ausschliesslich ihre eigenen Interessen vertreten. Die in den Augen der Versicherer ungerechtfertigte Forderung nach der Finanzierung der vollen 50% der anrechenbaren Kosten der allgemei-

nen Abteilung bei subventionierten Spitälern durch die Versicherer hat gemäss den Versicherern viele Verhandlungen zum Scheitern gebracht.

Auch die nationalen Leistungserbringerverbände stellen fest, dass die Kantone vor allem mit der Finanzierung ihrer Spitäler beschäftigt sind und die übrigen Leistungsbereiche vernachlässigen, was sich in sehr unterschiedlichen Argumentationen bei kantonalen Tarifentscheiden auswirkt.

Die Versicherer und mehrere Spitalverbände kritisieren die Doppelrolle des Kantons.

Für die Versicherer und die Versichererverbände stellt die Doppelrolle der Kantone bei den subventionierten Spitälern als Leistungsanbieter und Genehmigungsbehörde ein grosses Problem dar, das den wettbewerblichen Spielraum in den Verhandlungen enorm einschränkt, weil die Kantone die Tarife praktisch ausschliesslich im Sinne der subventionierten Spitäler festlegen. Auch mehrere Spitalverbände sind aufgrund der Ungleichbehandlung von privaten und öffentlichen Spitälern der Ansicht, dass die Kantone sich vermehrt zurücknehmen und nur noch als Vermittler und Schiedsrichter auftreten sollten. Zu erwähnen ist, dass die Doppelrollen durch Privatisierungen (TG) oder organisatorische Trennung (ZH) zunehmend entflechtet werden.

3.1.4. Bundesbehörden

Der Einfluss des Preisüberwachers und des Bundesrates hat zugenommen.¹³

Die Bundesbehörden nehmen nicht aktiv an den Tarifverhandlungen teil, beeinflussen diese jedoch wesentlich durch ihre Vorgaben (Forderung nach Kostentransparenz; Tarifberechnungskriterien) und Entscheide bei Beschwerden. Der Einfluss des Preisüberwachers und des Bundesrats hat gemäss allen Befragten mit dem KVG erheblich zugenommen, indem die Möglichkeit zur Ergreifung von Beschwerden einen festen Bestandteil der Verhandlungstaktik der Tarifpartner darstellt.

Die Spitalverbände kritisieren die Empfehlungen des Preisüberwachers und die darauf gestützten Bundesratsentscheide als unsachlich und politisch gefärbt. Ihrer Ansicht

13 Siehe auch Kapitel 5.2.

nach schränkt er mit seinen Vorgaben den Verhandlungsspielraum zu stark ein und spielt eine Rolle, die ihm nicht zusteht.

Die Wettbewerbskommission spielt unter dem KVG eine vernachlässigbare Rolle

Die Wettbewerbskommission (bzw. vorgängig die Kartellkommission) hat mit ihren Untersuchungen und Empfehlungen massgeblich zur Aufhebung des Verbandszwanges durch das KVG beigetragen. Seit Einführung des KVG ist die Wettbewerbskommission hauptsächlich im Zusatzversicherungsbereich aktiv, weil in diesem Markt keine öffentlich-rechtlichen Wettbewerbsbeschränkungen bestehen. In der obligatorischen Grundversicherung ist ihre Rolle marginal. Erwähnenswert ist der Fall SWICA/Zürcher Ärztesgesellschaft, der die Verbreitung von alternativen Versicherungsmodellen betraf (Weko 1999). Dabei wehrte sich die Zürcher Ärztesgesellschaft mit Boykottmassnahmen gegen ein neues Hausarztmodell der SWICA, das nur Ärzte mit relativ niedrigen Tarifen berücksichtigte. Im Laufe der Untersuchung der Wettbewerbskommission zeigten sich die Partner dialogbereit und einigten sich auf die gemeinsame Weiterentwicklung des Versicherungsproduktes.

3.1.5. Patientenorganisationen

Die Patientenorganisationen haben einen geringen Einfluss auf die Tarifverhandlungen.

Die Patientenorganisationen haben gemäss übereinstimmenden Aussagen der befragten Personen einen sehr geringen Einfluss auf die Tarifverhandlungen. Ihre Rolle hat sich mit dem KVG nicht verstärkt. Den Patientenorganisationen fehlt die notwendige Sachkenntnis, um ihre Stellungnahmen und Forderungen zu fundieren und dadurch einen spürbaren Druck auf die Leistungserbringer auszuüben. Hauptproblem ist die mangelnde Finanzierung dieser Organisationen durch die Versicherten, die es nicht erlaubt, die notwendigen Ressourcen für die Beurteilung von Tariffragen aufzubauen.¹⁴ Gemäss dem KSK könnten die Patientenorganisationen die Versicherer in den Verhandlungen durch entsprechenden öffentlichen Druck in ihren Publikationen grundsätzlich unterstützen.

14 Die Patientenorganisationen haben aus finanziellen Gründen an der Befragung im Rahmen dieser Untersuchung nicht teilgenommen. Dies verdeutlicht ihre Schwierigkeiten, ihre Rolle wahrzunehmen.

3.2. Tarifverhandlungen

Ausgehend von den festgestellten Verhaltensänderungen der Akteure in den Tarifverhandlungen werden die Auswirkungen auf die Verhandlungen selbst dargestellt. Nach einer generellen Beurteilung folgt die Beurteilung pro Leistungserbringerbereich.

3.2.1. Generelle Beurteilung

Unter dem KUVG war das „Basarsystem“ in den Verhandlungen üblich.

Die Tarifverhandlungen unter dem KUVG werden übereinstimmend als „Basar“ bezeichnet. Die effektiven Kosten der Leistungserbringer waren keiner Vertragspartei bekannt. Es wurde solange verhandelt, bis beide Seiten zufrieden waren. Wichtig waren insbesondere Kompensationsgeschäfte, durch die die Interessen der Tarifpartner ausgeglichen werden konnten.¹⁵ Der Kostendruck spielte noch keine bedeutende Rolle, weil die Finanzlage der Kantone und der Versicherer, die vom Bund direkte Subventionen erhalten haben, wesentlich entspannter war.

Unter dem KVG werden die Verhandlungen auf besseren Kostengrundlagen erheblich härter geführt.

Mit dem Kostendruck und der Forderung nach kostendeckenden Tarifen bei ungenügenden Datengrundlagen sind die Tarifverhandlungen unter dem KVG gemäss den übereinstimmenden Aussagen aller Befragten intensiver geworden und werden härter und angespannter geführt. Die Tarifverhandlungen gleichen zum Teil immer noch einem Basar, werden jedoch auf wesentlich verbesserten Grundlagen sachorientiert geführt. Die Faktenlage ist wichtiger geworden. Kompensationsgeschäfte sind schwieriger geworden, weil aufgrund der verbesserten Transparenz weniger Möglichkeiten

15 Beispiele für Kompensationsgeschäfte:

- Tarife stationär/ambulant: Erhöhung der Spitaltarife im stationären Bereich (Vorteile für den Kanton, da die Versicherer mehr bezahlen müssen), günstigere Tarife im ambulanten Bereich (Vorteile für die Versicherer).
- Tarife allgemein/halbprivat/privat: Ausgleich der Taxen, indem im allgemeinen Bereich tiefere Tarife festgelegt werden, die durch höhere Tarife im Zusatzversicherungsbereich gedeckt werden.

für Tauschgeschäfte bestehen. Die Verhandlungen werden politischer geführt. Jede Seite versucht, möglichst wenig Kosten übernehmen zu müssen.

Die erhöhte Streitbereitschaft hat dazu geführt, dass Vertragsabschlüsse wesentlich schwieriger geworden sind.

Vertragsabschlüsse sind im Vergleich zu früher schwieriger und komplizierter, die Verhandlungen selbst ruppiger geworden. Jede Partei stellt in den Verhandlungen sehr hohe Forderungen und vertritt zum Teil Extrempositionen. Dadurch hat sich das Verhandlungsklima verschlechtert, was dazu geführt hat, dass grundsätzlich weniger verhandelt wird. Die Streitkultur ist angestiegen. Wenn die jeweiligen Ziele nicht erreicht werden, wird meistens der Beschwerdeweg beschritten. Die Verhandlungskultur ist in den Kantonen jedoch unterschiedlich. Während einige Kantone der Ansicht sind, dass die Verhandlungen hart, aber in der Regel einvernehmlich sind, stellen andere Kantone kaum mehr einvernehmliche Vertragsabschlüsse fest. Dies wird auch von Leistungserbringerseite bestätigt.

Eine Verbesserung der Verhandlungskultur ist in Sicht.

Die SDK, H+ und einige Versicherer sind der Ansicht, dass die Verhandlungsbereitschaft der Tarifpartner im Bereich der Spitäler in letzter Zeit wieder gestiegen ist. Aufgrund von Abnützungerscheinungen wird wieder vermehrt miteinander gesprochen. Die Bereitschaft der Tarifpartner zu Konzessionen ist wieder grösser geworden, weil für beide Partner der Beschwerdeweg mit Tarifunsicherheiten (Prozessrisiko) und administrativen Aufwendungen verbunden ist. Der Verhandlungsspielraum wird jedoch aufgrund des Kostendrucks auf alle Akteure als sehr gering eingeschätzt. In einigen Kantonen wird zudem vermehrt Druck ausgeübt, damit sich die Tarifpartner wieder zusammensetzen und sich einigen. Fast alle Tarifpartner sind sich denn auch darin einig, dass wieder vermehrt miteinander verhandelt werden müsste.

3.2.2. Tarifverhandlungen in den einzelnen Leistungsbereichen

Im Spitalbereich ist das Verhandlungsklima sehr angespannt. Zentraler Streitpunkt ist der von den Versicherern zu übernehmende Kostenanteil.

Im Zentrum der Tarifverhandlungen im Spitalbereich steht die Frage, welche Kosten die Versicherer übernehmen müssen (Höhe der anrechenbaren Kosten und zu übernehmende Deckungsquote resp. Erfordernisse betreffend der Kostentransparenz). Da

die Tarifpartner ihre eigenen Interessen verfolgen und möglichst hohe Einnahmen erzielen (Leistungserbringer) resp. möglichst einen geringen Teil der Kosten übernehmen wollen (Versicherer und Kantone), werden in den Verhandlungen gegensätzliche Forderungen gestellt. Für das häufige Scheitern der Verhandlungen ist die Spitalfinanzierungsregel mit der unklaren Definition der Erfordernisse zur Erreichung der Kostentransparenz und der Berechnung der anrechenbaren Kosten verantwortlich. Folgende Forderungen werden von den Tarifpartnern geltend gemacht:

- Die Versicherer machen ihre Forderungen im Spitalbereich verstärkt geltend. Einerseits verlangen sie gestützt auf das KVG transparente Kostengrundlagen, andererseits die Anwendung der vom Preisüberwacher entwickelten Tarifierungsgrundsätze. Die Versicherer versuchen damit, möglichst Tarifierhöhungen zu vermeiden.
- Die Kantone fordern, gestützt auf das KVG, dass die Versicherer 50% der anrechenbaren Kosten der allgemeinen Abteilung der subventionierten Spitäler übernehmen. Gemäss der SDK besteht immer noch eine grosse Unsicherheit in diesem Bereich, weil die Erfordernisse zur Erreichung der Kostentransparenz nicht konkretisiert sind. Die Kantone legen zudem die Tarife oft im Sinne der Leistungserbringer fest, was zu Beschwerden seitens der Versicherer führt.
- Die Leistungserbringer zielen auf möglichst hohe Erträge in den Verhandlungen ab. Dies betrifft die Höhe der Tarife und die Tarifierungsform.
- Auch bei den Privatkliniken sind gemäss der SVPK die Tarifverhandlungen schwieriger und härter geworden.¹⁶ Die Privatkliniken kämpfen an zwei Fronten. Einerseits versuchen sie, mit den Versicherern möglichst gute Tarife auszuhandeln. Andererseits kämpfen sie mit den Kantonen um Spitallisten und die Tarifgenehmigungen.

Die Verhandlungen bei den Heimen werden hart, aber fair geführt. Es bestehen weiterhin unklare Vorgaben, was zu Beschwerden führt.

Die Verhandlungen im Pflegeheimbereich werden laut den Heimverbänden hart, aber fair durchgeführt. Die Streitigkeiten betreffend die Übernahme resp. die Berechnung der Pflegekosten gemäss KVG durch die Versicherer haben sich durch die vom Bundesrat erlassenen Rahmentarife gelegt. Die Heimverbände streben in den Verhandlungen

¹⁶ Die Verhandlungen betreffen jedoch hauptsächlich den Bereich der Zusatzversicherungen, der im Rahmen dieser Arbeit nicht vertieft untersucht wurde.

gen an, die nicht kostendeckenden Pauschalen so hoch zu treiben, wie es der Rahmentarif erlaubt. Nach wie vor bestehen allerdings betreffend die Vorgaben des KVG Unsicherheiten (insbesondere fehlen Vorgaben betreffend der einheitlichen Kostenrechnung und der Berechnung der Pflegekosten gemäss KVG), was wiederholt zu Uneinigkeiten und Beschwerden geführt hat.

Nach anfänglichen Schwierigkeiten konnten die Verhandlungen betreffend Spitex einvernehmlich abgeschlossen werden.

Im Spitex-Bereich bestanden zu Beginn Unsicherheiten betreffend die Vorgaben des KVG. Zudem kritisieren die Spitex-Verbände, dass die Spitex-Pflege und die Heime trotz ihrer unterschiedlichen Zielsetzungen in der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) zusammen behandelt werden, was zu Problemen in den Verhandlungen geführt hat. Die Tarifverhandlungen im Spitex-Bereich sind wie folgt verlaufen:

- Das KSK wollte mit dem Spitex-Verband einen gesamtschweizerischen Tarif aushandeln, was dieser aufgrund der unterschiedlichen kantonalen Spitex-Strukturen ablehnte. Die Parteien haben sich in der Folge auf einen Zeittarif geeinigt.
- Die Verhandlungen um den neuen gesamtschweizerischen Tarifvertrag zwischen dem Schweizerischen Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger (SBK) und dem KSK sind gut verlaufen, weil die beschlossene Tarifstruktur auf einem klaren betriebswirtschaftlichen Modell basiert. Der Tarifvertrag gibt den einzelnen Krankenschwestern die Möglichkeit, freiberuflich zu arbeiten.

Im Bereich Physiotherapie sind die Verhandlungen auf gesamtschweizerischer Ebene einvernehmlich verlaufen. Probleme bestehen bei den Verhandlungen über den Taxpunktwert auf kantonaler Ebene.

Die Verhandlungen betreffend die gesamtschweizerischen Physiotherapie-Tarifstruktur sind auf nationaler Ebene nach langer Vorbereitungszeit einvernehmlich abgeschlossen worden. Problematisch sind hingegen die Verhandlungen über den Taxpunktwert auf kantonaler Ebene. Aufgrund der aus der Sicht des Schweizer Physiotherapeuten-Verbands (SPV) sehr willkürlichen Entscheide des Preisüberwachers (Berechnung sehr tiefer Taxpunktwerte) wurden in fast allen Kantonen Beschwerden an den Bundesrat eingereicht.

Die Tarifverhandlungen bei den Hebammen auf nationaler Ebene verliefen harzig, konnten jedoch einvernehmlich abgeschlossen werden. In den Kantonen ist es ebenfalls zu Streitigkeiten betreffend die Höhe des Taxpunktwertes gekommen.

Die Tarifverhandlungen des Schweizer Hebammenverbandes (SHV) mit dem KSK, die bereits vor der Einführung des KVG aufgenommen wurden, verliefen sehr harzig. Die erste Verhandlungsrunde platzte. Das KSK wollte den Tarif für freischaffende Hebammen auf der Grundlage des gewichteten Durchschnittslohnes aller Hebammen in der Schweiz festlegen, was dem SHV zu tief war. In einer zweiten Runde konnte dann eine Tarifstruktur vereinbart werden. Die Beziehungen zu den Tarifpartnern haben sich inzwischen verbessert. Der SHV wird als ernst zu nehmender Partner betrachtet. Das ursprüngliche Ziel eines gesamtschweizerischen Tarifs wurde aufgrund der regionalen Anliegen verworfen. Gemäss dem SHV hat sich die gesamtschweizerische Tarifstruktur im Wesentlichen bewährt. Auf kantonaler Ebene ist es jedoch wie bei den PhysiotherapeutInnen zu Streitigkeiten betreffend die Höhe des Taxpunktwertes gekommen.

Durch den Rückgriff auf den bereits bestehenden Vertrag konnten die Verhandlungen im Bereich Ergotherapie einvernehmlich abgeschlossen werden. Innovationen blieben jedoch aus.

In den Tarifverhandlungen wurde dem ErgotherapeutInnen Verband Schweiz (EVS) durch das KSK eine komplett neue Tarifstruktur analog derjenigen anderer Leistungserbringer vorgeschlagen. Da der EVS auf diese Tarifstruktur nicht einging, wurde in den Verhandlungen wieder auf den bereits 1992 vereinbarten Tarifvertrag zurückgegriffen. Dieser war zum grössten Teil bereits KVG-konform und hatte sich gemäss dem EVS im Alltag bewährt.

Aufgrund der Unerfahrenheit der LogopädInnen ist in diesem Bereich eine aus ihrer Sicht ungenügende Tarifstruktur vereinbart worden.

Die Verhandlungen mit dem KSK waren für die Konferenz der Schweizerischen Berufsverbände für Logopädie neu. Die Verbände hatten weder Strategien noch Verhandlungserfahrungen. So ist die Tarifstruktur in den Augen der Verbände denn auch zu einfach und zu unbefriedigend ausgefallen. Wichtige Positionen wurden nicht einbezogen (z.B. vorbereitende Gespräche). Die vereinbarten Tarife sind nicht kostendeckend.

Beim Zahnärztetarif wurde einvernehmlich auf den bestehenden Tarif zurückgegriffen.

Die Schweizerische Zahnärztesgesellschaft (SSO) pflegt mit dem KSK ein gutes Verhältnis. So wurde der Zahnärztetarif 94, der zusammen mit den Versicherern (UVG, MV) entwickelt und ausgehandelt worden war, ohne Änderungen übernommen. Die gesamtschweizerische Tarifstruktur mit einheitlichem Taxpunktwert ist einfach handhabbar. Die Kosten unterscheiden sich kaum von Kanton zu Kanton. Zudem waren die Zahnärzte und -ärztinnen bereits an den Tarif gewöhnt.

Beim Apothekervertrag konnten die Versicherer durch eine harte Verhandlungsführung als Gegenleistung für die vereinbarte Rechnungsstellung „tiers payant“ eine globale Rückvergütung erzielen.¹⁷

3.2.3. Grundsatz der Wirtschaftlichkeit der Leistungen

Gemäss dem KVG haben die Leistungserbringer und die Versicherer in den Tarifverträgen Massnahmen zur Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung vorzusehen. Dabei haben sie insbesondere dafür zu sorgen, dass diagnostische Massnahmen nicht unnötig wiederholt werden, wenn Versicherte mehrere Leistungserbringer konsultieren (Art. 56 KVG). Da dieser Grundsatz in den Tarifverhandlungen umgesetzt werden muss und einen Bezug zu den Kosten hat, wird im Folgenden dargelegt, welche Bedeutung der Grundsatz in den Tarifverhandlungen gehabt hat:

Der Grundsatz der Wirtschaftlichkeit der Leistungen hat keinen bedeutenden Einfluss auf die Tarifverhandlungen ausgeübt und wird in den verschiedenen Leistungsbereichen unterschiedlich beachtet.

Nach der überwiegenden Meinung der befragten Tarifpartner wird der Grundsatz der Wirtschaftlichkeit der Leistungen zwar verstärkt in die Tarifverhandlungen miteinbezogen, hat jedoch vor allem im Spitalbereich keinen bedeutenden Einfluss auf die Tarifverhandlungen ausgeübt. Die Umsetzung des Grundsatzes wird in den verschiedenen Leistungsbereichen unterschiedlich beurteilt:

- Der Grundsatz der Wirtschaftlichkeit der Leistungen ist gemäss einem Spitalverband zu wenig definiert und kann deshalb nicht einheitlich umgesetzt werden. Ein

¹⁷ Diese Vereinbarung wurde in der vorliegenden Studie nicht weiter untersucht.

anderer Spitalverband hält den Versicherern vor, dass sie unter dem Grundsatz der Wirtschaftlichkeit nur den Druck auf die Preise verstehen, ohne die Qualität der Leistungen in die Betrachtung einzubeziehen.

- Die Versicherer vertreten die Auffassung, dass in verschiedenen Leistungsbereichen noch zu wenig Grundlagen für leistungsbezogene Abgeltungssysteme bestehen, mit dem die Wirtschaftlichkeit verstärkt durchgesetzt werden könnte. Hauptproblem ist, dass Leistungserbringer die für ein solches Abgeltungssystem notwendigen Daten nicht bekannt geben wollen.
- Die Heimverbände sind der Auffassung, dass der Grundsatz der Wirtschaftlichkeit in den Tarifverträgen zwar verankert ist, solange aber keine einheitliche Kostenrechnung vorhanden ist, dieser nur schlecht nachgekommen werden kann.
- Ein Teil der gesamtschweizerischen Leistungserbringer ist dagegen der Auffassung, dass der Grundsatz der Wirtschaftlichkeit immer stärker beachtet wird, indem die Effizienz der Behandlungen immer stärker hinterfragt wird. Der Grundsatz der Wirtschaftlichkeit wird durch betriebswirtschaftliche Ansätze in den Tarifverträgen¹⁸ oder in der Praxis¹⁹ umgesetzt.
- Gemäss einem Spitex-Verband wird die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung über Gebühr betrachtet.

3.2.4. Betriebsvergleiche und Benchmarking

Gemäss KVG können die Kantone und, wenn nötig, der Bund Betriebsvergleiche zwischen Spitälern und Pflegeheimen anordnen (KVG Art. 49 und 50). Im Folgenden wird gezeigt, welche Rolle kostenmässige Betriebsvergleiche und die Orientierung an möglichst guten Betrieben (Benchmarking) für die Kantone zur Führung ihrer Betriebe und für die Versicherer als strategisches Element in den Tarifverhandlungen spielt.

Betriebsvergleiche und Benchmarking haben sich noch nicht breit durchgesetzt. Problematisch sind dabei vor allem die fehlenden Datengrundlagen und die fehlende Bereitschaft seitens der Leistungserbringer.

18 Z.B. Tarifvertrag mit den KrankenpflegerInnen, in dem eine Bedarfsanalyse zu Beginn und danach eine Kontrollgrenze, nach der eine neue Behandlung begründet werden muss, vereinbart wurde.

19 Z.B. Kostenvoranschläge bei zahnärztlichen Leistungen

Obwohl mehrere Kantone und Versicherer sowie deren Verbände angeben, Betriebsvergleiche zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit durchzuführen, werden diese erst in geringem Ausmass durchgeführt. Hauptproblem sind die fehlenden Vorgaben für die Kostenrechnung durch den Bund, einheitliche Bezahlungsformen und Datenschutzgründe, aufgrund derer die Leistungserbringer keine sensiblen Daten (v.a. Diagnosedaten) herausgeben. Die bisherigen Kostenvergleiche im Spitalbereich sind zudem nicht aussagekräftig, weil keine Leistungstransparenz besteht. Folgende Gründe werden aus Sicht der Versicherer und der Spitalverbände für die noch geringe Anwendung von Benchmarkings in den Tarifverhandlungen erwähnt:

- Die Versicherer kritisieren, dass die Leistungserbringer und die Kantone kein echtes Interesse an Kostenvergleichen haben und insbesondere die Leistungserbringer diese durch einen Datenstopp (v.a. Privatspitäler) zu verhindern suchen. Die Versicherer versuchen jedoch vermehrt, mit Kostenvergleichen Druck auf die Leistungserbringer auszuüben. Dies wird auch von Leistungserbringerseite (H+) bestätigt. Gemäss einem Versicherer konnte mit einem Benchmarking im Bereich der ambulanten Chirurgie erfolgreich Druck auf andere Verhandlungen ausgeübt und die Leistungserbringer zu einem gewissen Wettbewerb gebracht werden. Laut mehreren kantonalen Versichererverbänden ist heute nur ein rudimentäres Benchmarking möglich. Gemäss einem Versichererverband sind allerdings auch bereits mit den vorhandenen Finanzbuchhaltungs-Zahlen (4-stellige Unterkonti) interessante Kostenvergleiche möglich. Von zwei Versichererverbänden wird allerdings auch eingeworfen, dass die Forderung nach Kostentransparenz für die Versicherer eine Gratwanderung ist und zu höheren Kosten für die Versicherer führen könnte, wenn nicht die Berechnungsgrundlage gewechselt wird (Übergang von Ist- auf Soll-Kosten).
- Seitens der Spitalverbände wird betont, dass Kostenvergleiche aufgrund der unterschiedlichen Leistungen nur schwierig anzustellen sind. Benchmarking wird von den Verbänden begrüsst, wenn es auf einem klaren Kostenmodell beruht, Leistungsaufträge miteinbezogen werden und gleiche Spiesse für private und öffentliche Spitäler gelten (v.a. in Bezug auf Zusatzversicherungen).

3.2.5. Sonderverträge

Mit der Aufhebung des Verbandzwanges sowie den Absprachen unter den Tarifpartnern durch das KVG (KVG Art. 46) wurde die Freiheit der Vertragsgestaltung wesentlich erhöht und damit ein wichtiges wettbewerbliches Element eingeführt. Die Aufhebung des Verbandzwanges ermöglicht es den einzelnen Leistungserbringern oder Versicherern, von Verbandsverträgen abweichende Verträge oder Bedingungen zu vereinbaren. Diese Sonderverträge sollten die Konkurrenz unter den Leistungserbringern erhöhen und dadurch zu tieferen Tarifen führen.

Im Folgenden wird die Entwicklung im Bereich der Sonderverträge dargestellt. Die Verträge betreffend die alternativen Versicherungsmodellen, die ebenfalls von Verbandsverträgen abweichen und damit Sonderverträge sind, werden im Kapitel 6 analysiert.

Unter dem KVG sind bisher mit Ausnahme der Verträge betreffend die alternativen Versicherungsmodellen kaum Sonderverträge abgeschlossen worden.

In der Analyse der Verträge konnten nur eine sehr geringe Anzahl Verträge ausgemacht werden, die als Sonderverträge gewertet werden können. Dabei handelt es sich um Tarifverträge, die von Versichererverbänden mit einzelnen Leistungserbringern in Abweichung von Verbandsverträgen abgeschlossen wurden. Gar keine Sonderverträge konnten zwischen einzelnen Krankenversicherern und einzelnen Leistungserbringern ausgemacht werden.

Die vernachlässigbare Rolle von Sonderverträgen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) mit Ausnahme der Verträge bei den alternativen Versicherungsmodellen wurde auch in den geführten Interviews mit den Versicherern bestätigt. Von den neun befragten Versicherern (davon zwei Versichererverbände, die im Leistungseinkauf tätig sind) haben fünf (davon ein Verband) angegeben, über eine sehr geringe Anzahl von Sonderverträgen in der OKP zu verfügen.

Die vereinbarten Sondertarife betreffen hauptsächlich Verträge mit abweichenden Bedingungen hinsichtlich des Zahlungsmodus, Tarife mit Mengenrabatten oder einer neuen Pauschalisierungsform:

- Verträge mit abweichenden Bedingungen bei besonderen administrativen Abläufen in der Zahlungsabwicklung (bspw. Übernahme des Delkredererisikos durch die Vereinbarung des „tiers payant“ anstelle von „tiers garant“): Durch diese Re-

gelungen können geringe Rabatte herausgeholt werden. Diese Verträge bestehen bei den sehr grossen Versicherern jedoch nur in kleiner Zahl (Schätzung: unter 1% der Verträge der betreffenden Versicherer).

- Bilaterale Verträge mit Privatspitälern: Ein Versicherer gibt an, wenige bilaterale Verträge mit Privatkliniken abgeschlossen zu haben. Sonderrabatte werden bei privaten Spitälern bei der Zusicherung eines bestimmten Bettenbelegungsgrads gewährt. Dafür müssen die Versicherer eine bestimmte Grösse aufweisen und die Patienten lenken können.
- In einigen Sonderverträgen wurden vom Verbandsvertrag abweichende Pauschalierungsformen vereinbart. Ein Versicherer gibt an, mit einer Rehabilitationsklinik gesondert eine Abteilungspauschale vereinbart. Im Pflegeheim Tannzapfenland TG wurde in Abweichung zur Teilpauschale, die für alle Heime im Kanton Thurgau gilt, eine Vollpauschale vereinbart.
- Diverse Sonderverträge: Ein grosser Versicherungsverband gibt an, einige wenige Sonderverträge mit speziellen Tarifen zu haben (Bsp.: Analyselaboratorien, spezielle Operationen (grauer Star) in einem Spital, Vertrieb von Medikamenten über eine Pharmaziekette). Weiter sind den Kantonen einige wenige Sonderverträge bekannt (Bsp.: Kleine Arztpraxis, die mit einem einzigen Versicherer einen Vertrag abgeschlossen hat.).

Im Zusatzversicherungsbereich sind Sonderverträge weiter verbreitet. Neben Tarifverträgen für spezielle Produkte²⁰ sind Mengenrabatte für einzelne Versicherer üblich. Wichtig ist jedoch zu erwähnen, dass der Zusatzversicherungsbereich dem Privatversicherungsrecht untersteht und damit kein Kontrahierungszwang zwischen Leistungserbringern und Versicherern besteht.

Die Entkartellierung hat nicht stattgefunden. Die Aufhebung des Verbandszwangs hatte bis heute keinen grossen Einfluss auf die Tarifverhandlungen.

Die befragten Tarifpartner und Behördevertreter sind sich übereinstimmend darin einig, dass die Entkartellierung nicht stattgefunden hat und die Sonderverträge trotz der neuen Möglichkeiten im KVG mit der Aufhebung des Verbandszwangs gescheitert sind. Mit den Sonderverträgen konnte der Wettbewerb unter den Leistungserbringern

²⁰ Bspw. bietet ein Versicherer ein neues Versicherungsmodell mit einem modularen Aufbau an, in dem die allgemein Versicherten die privaten Hotellerie wählen können oder den Arzt frei wählen, aber weiterhin in der allgemeinen Abteilung liegen können.

im Rahmen der Tarifverhandlungen nicht gefördert werden. Die Aufhebung des Verbandszwangs hatte bis heute keinen grossen Einfluss auf die Tarifverhandlungen.

Das BSV und die Wettbewerbskommission sind der Auffassung, die Versicherer nutzen die Möglichkeiten zu wettbewerblichem Verhalten noch viel zu wenig. Sie fordern, dass die Versicherer ihre neue Rolle viel aktiver wahrnehmen und mittels separaten Verträgen Druck auf die Leistungserbringer (insbesondere die Spitäler) ausüben.

Die Gründe für die geringe Anzahl von Sonderverträgen sind vielfältig. Sie stossen auf ein kaum vorhandenes Interesse der Versicherer, Leistungserbringer und der Kantone.

Generell werden als Gründe für dieses Scheitern die Homogenität der angebotenen Produkte, die keine Möglichkeiten zur Produktdifferenzierung zulässt, die starke Reglementierung des Tarifbereichs sowie der Kontrahierungszwang genannt. Insgesamt sind die Sonderverträge auf ein kaum vorhandenes Interesse der Versicherer, Leistungserbringer und der Kantone gestossen.

Die grossen Versicherer haben teilweise versucht, separate Verträge mit Leistungserbringern abzuschliessen. Die Versuche sind jedoch praktisch ausnahmslos gescheitert. Folgende Gründe werden von den Versicherern und den Versichererverbänden geltend gemacht:

- Die Leistungserbringer bevorzugen nach wie vor Verbandsverträge. Sie haben aus administrativen Gründen kein Interesse an separaten Verträgen mit einzelnen Versicherern. Neben einem zusätzlichen Verhandlungsaufwand (Zeitaufwand, notwendige Spezialisten wie Ökonomen und Juristen) sind Sonderverträge mit enormen Umsetzungsproblemen (Fakturierungsökonomie) konfrontiert. Die Administration ist sehr aufwendig. Bei separaten Verträgen müsste bspw. ein Arzt je nach Versicherer ein unterschiedliches Abrechnungssystem einführen. Zudem haben die Leistungserbringer aus finanziellen Gründen kein Interesse, einem Versicherer einen separaten Vertrag mit günstigeren Konditionen anzubieten, dem die anderen Versicherer mit grosser Wahrscheinlichkeit auch beitreten wollen. Die Spitäler handeln mit dem Verband oder den grossen Versicherern eine einheitliche Lösung aus, der sich die anderen Versicherer aufgrund der Meistbegünstigungsklausel anschliessen müssen.
- Die Kantone stehen den Sonderverträgen gemäss mehreren Versicherern deshalb ablehnend gegenüber, weil sie einheitliche Lösungen zur Einhaltung des Grund-

satzes der Gleichbehandlung bevorzugen. Zudem haben sie wie andere Leistungserbringer aus finanziellen Gründen kein Interesse an Sonderverträgen.

- Praktisch alle Versicherer betonen, dass es aufgrund der Beitrittsmöglichkeit anderer Versicherer zu allfälligen bilateralen Verträgen (Exklusivitätsverbot) nicht möglich ist, Wettbewerbsvorteile für sich herauszuholen. Bei Abschluss eines Vertrags mit günstigeren Konditionen bestehen die anderen Versicherer darauf, von denselben Konditionen zu profitieren.
- Die Versicherer haben wenig Interesse an Sonderverträgen, weil sie zur Zeit viele gemeinsame Interessen gegenüber den Leistungserbringern vertreten. Einzelne Versicherer können in Separatverhandlungen zu wenig Mengenvolumen garantieren, haben nicht das nötige Gewicht, um Rabatte etc. auszuhandeln und sind demzufolge in einer schwächeren Position. Verbandsverhandlungen demgegenüber sind effizienter. Mit ihnen kann ein bedeutender Nachfragedruck ausgeübt werden. Separate Verträge würden die Versicherer ebenfalls vor grosse administrative Schwierigkeiten stellen (zusätzlicher Verhandlungsaufwand, notwendige Spezialisten wie Ökonomen und Juristen, separate Verrechnungen).
- Seitens mehrerer Versicherer wird kritisiert, dass der Bundesrat die Versicherer mit seinen Entscheiden zu Verbandslösungen zwingt. Versuche, bei Verweigerung eines Verbandsvertrages Separatverträge abzuschliessen, hat er verhindert mit der Begründung, dass die Versicherer nicht genügend intensiv verhandelt hätten. Nach Ansicht der Bundesbehörden (BJ und BSV) hat in diesen Fällen die Bereitschaft der Versicherer zu konstruktiven Verhandlungen gefehlt. Zudem konnten sie die entsprechenden Datengrundlagen oft nicht liefern. Ein Kanton vertritt die Auffassung, dass durch die Möglichkeit, aus einem Vertrag auszutreten, die Verhandlungskultur leidet.
- Das KSK und ein kantonaler Versichererverband sind der Ansicht, dass in Zukunft Separatverträge vor allem im Bereich der Pflege und der Spitex oder in Form von Rabatten bei der Erreichung von Mengenzielen von Interesse sein könnten. Gemäss einem Versicherer beginnt die Aufspaltung der Leistungserbringerkartelle bei den Medikamenten (Mediservice) und sehr beschränkt im stationären Spitalbereich (v.a. Privatkliniken). Die Entkartellierung betrifft jedoch hauptsächlich den Bereich der Zusatzversicherungen. Der Handlungsspielraum wird jedoch als sehr klein beurteilt.

Die Leistungserbringer haben erst in wenigen Fällen separate Verträge gefordert (z.B. Apotheker Kanton Genf; Physiotherapeuten Kanton Waadt). Die Versicherer erhalten jedoch in der Regel keine Vorteile von den Angeboten der Aussteiger, die meistens höhere Tarife zu gleicher oder tieferer Qualität fordern. Zudem können die Aussteiger oft ihre Forderungen nicht mit den entsprechenden Datengrundlagen belegen. Übereinstimmend besteht weder bei den kantonalen Spitalverbänden noch bei den nationalen Leistungserbringerverbänden ein Interesse am Abschluss von Sonderverträgen. Gemäss einem Spitalverband könnte das Instrument der Sonderverträge eine stärkere Verbreitung finden, wenn anstelle der Verhandlung über homogene Leistungen vermehrt vertikale organisatorische Synergien geschaffen werden könnten (bspw. eines Spitals mit einer Rehabilitationsklinik).

3.3. Exkurs: Medikamentenpreise

Ergänzend werden im Folgenden die Auswirkungen des KVG auf die Medikamentenpreise beurteilt. Im Gegensatz zu den übrigen Tarifen im Gesundheitswesen, die grundsätzlich zwischen den Versicherern und den Leistungserbringern in Tarifverhandlungen vereinbart werden, werden die Medikamente, deren Kosten die Versicherer zu übernehmen haben, in besonderen Listen aufgeführt, die vom EDI (Arzneimittelliste mit Tarif) und dem BSV (Spezialitätenliste) erlassen werden. Diese Listen enthalten die für die Rechnungsstellung verbindlichen Tarife oder Preise.

Grundsätzlich hat sich mit dem KVG die Tariffestsetzung im Bereich der Medikamente gegenüber dem KUVG nicht verändert. In den Verordnungen zum KVG sind jedoch folgende wesentlichen Änderungen festgehalten:

- Neue Auslandpreisvergleichsregel (Art. 35 KLV): Der Preis eines Arzneimittels darf in der Regel den Durchschnittspreis, abzüglich der Mehrwertsteuer, dieses Arzneimittels in drei Ländern mit wirtschaftlich vergleichbaren Strukturen im Pharmabereich nicht überschreiten.
- Die Preisschutzfrist von kassenpflichtigen und in der Spezialitätenliste geführten Arzneimitteln wurde von 30 auf 15 Jahren gesenkt (Art. 67 KVV).

Die Überprüfung der Medikamentenpreise ist ein langjähriges Schwerpunktthema des Preisüberwachers. Unter dem KUVG hat sich der Preisüberwacher in Untersuchungen des Medikamentenmarktes zum Problem der Preisbildung (Marktabstottung, etc.)

und dem Ausmass der Preisdifferenzen gegenüber dem Ausland geäussert. Zusammen mit dem BSV hat er darauf folgend eine Preisvergleichsregel vereinbart, bei der Dänemark, Deutschland und die Niederlande in den Auslandpreisvergleich miteinzubeziehen sind. Die Senkung der Preisschutzfrist erlaubt eine umfassendere Überprüfung der Medikamente.

Durch die Verankerung eines wirksamen Auslandpreisvergleichs konnten die bestehenden Preissmissbräuche bei alten Medikamenten teilweise beseitigt oder vermindert werden.

Die Überprüfung und die Senkungen der Medikamentenpreise fand seit Inkrafttreten des KVG in mehreren Etappen statt:

- 1996 überprüfte das BSV in einer ersten Phase die Preise von 280 Arzneimitteln und senkte die Preise bei rund 70 Präparaten. Gleichzeitig verfügte das BSV jedoch bei 90 Präparaten Preiserhöhungen. Aufgrund einer Analyse des Preisüberwachers musste das BSV die erhöhten Preise in Wiedererwägung ziehen und je nach Ergebnis wieder senken (VKKP 1/1997).
- Im Jahr 1997 senkte das BSV gestützt auf einen Auslandpreisvergleich die Preise weiterer Medikamente. Die Einsparwirkungen dieser zweiten Überprüfung belaufen sich gemäss dem BSV auf rund Fr. 67 Mio. jährlich (RPW 1997/5).
- In der dritten Etappe überprüfte das BSV im Jahr 1998 die übrigen „alten“ Medikamente, die seit 15 Jahren und länger auf der Spezialitätenliste geführt werden. Während dieser Überprüfung wurden jedoch die Regeln über den Auslandpreisvergleich im Gegenzug für einen Rückzug der zahlreichen Beschwerden der Pharmabranche im Rahmen einer Vereinbarung („Deal“) deutlich entschärft. Dies führte dazu, dass zwar das Prinzip des Auslandpreisvergleichs gerettet, jedoch nur rund zwei Drittel des möglichen Sparpotenzials realisiert werden konnte. Die marktnähere Preisgestaltung durch die Vereinbarung ergibt immerhin eine Einsparung in dreistelliger Millionenhöhe pro Jahr für die Krankenversicherung (RPW 1998/5).

Weitere Veränderungen wie die Zulassung und Liberalisierung des Vertriebs sowie die Einführung gewisser wettbewerblichen Elemente sind in Diskussion. So hat das EDI im März 2000 ein neues Abgeltungsmodell für Medikamente in die Vernehmlassung gegeben, das die Beratungsleistungen der Apothekerinnen und selbstdispensierenden

Ärzte unabhängig vom Verkaufspreis des Medikaments vergütet. Damit soll die heutige Margenordnung durchbrochen werden, die unerwünschte Anreize schafft.

3.4. Fazit

Das KVG hat die Tarifverhandlungen zwischen den Versicherern und den Leistungserbringern massgeblich beeinflusst, indem sich durch folgende neuen Rahmenbedingungen das Verhalten der Akteure, in erster Linie der Versicherer, verändert hat:

- Politischer Druck zu Kosteneinsparungen,
- Regelungen im Spitalbereich (Spitalfinanzierung), die neu gesetzlich verankert wurde; Betriebswirtschaftliche Bemessung der Tarife,
- Neue Vertragsverhandlungen durch die Bestimmung, dass bei Verträgen mit Einzelleistungstarifizierung die Tarifstruktur auf gesamtschweizerischer Ebene auszuhandeln ist und durch neue Leistungserbringer (u.a. Pflegeheime und Spitex).

Die Tarifverhandlungen werden grundsätzlich dadurch geprägt, dass die Leistungserbringer auf einen möglichst hohen Ertrag und die Versicherer sowie die Kantone auf einen möglichst geringen Kostenanteil, den sie zu finanzieren haben, abzielen. Mit dem politischen Druck zu Kosteneinsparungen seitens der Versicherer und der schlechten finanziellen Lage der Kantone hat sich der Kampf um den Kostenanteil, den die jeweiligen Akteure zu tragen haben, deutlich verschärft. Die Rolle und der Einfluss der Akteure hat sich dadurch wie folgt verändert:

- Die Versicherer üben einen erhöhten Druck auf die Leistungserbringer aus und haben ihre Streitbereitschaft wesentlich erhöht. Dadurch, dass sie vor allem betreffend die Tarife bei den subventionierten Spitälern durch die Empfehlungen des Preisüberwachers (Forderung nach Kostentransparenz; Anwendung der Tarifberechnungsgrundsätze) und die Tarifentscheide des Bundesrates gestärkt worden sind, hat ihr Einfluss auf die Tarifverhandlungen deutlich zugenommen.
- Die Leistungserbringer sehen sich von den Versicherern und im Bereich der öffentlichen Spitäler auch von den Kantonen unter Druck gesetzt und sind dem KUVG gegenüber in einer schwächeren Verhandlungsposition. Die neuen Leistungserbringer sind durch das KVG gestärkt worden.
- Die Kantone haben durch die Praxis des Preisüberwachers und des Bundesrates an Einfluss verloren und nehmen zunehmend eine Vermittlerrolle ein. In den Ver-

handlungen vertreten sie aufgrund des auf ihnen lastenden finanziellen Drucks ihre eigenen Interessen, was die Verhandlungen erschwert.

- Der indirekte Einfluss des Preisüberwachers und des Bundesrates in die Tarifverhandlungen hat durch die neuen Regelungen deutlich zugenommen. Aufgrund der erhöhten Beschwerdebereitschaft der Tarifpartner werden die festgesetzten Grundsätze bereits in die Verhandlungsstrategie miteinbezogen.
- Die Patientenorganisationen haben aufgrund fehlender Ressourcen und Sachkompetenz praktisch keinen Einfluss auf die Tarifverhandlungen.

Das geänderte Verhalten der Tarifpartner hat zu wesentlich härteren, aber sachlicheren Tarifverhandlungen geführt. Durch die konsequente Verfolgung der eigenen finanziellen Interessen der Tarifpartner in den Tarifverhandlungen und der Kantone in den Tariffestsetzungen hat sich die Verhandlungskultur wesentlich verschlechtert. Dadurch sind Vertragsabschlüsse wesentlich schwieriger geworden, was zu erhöhten Tariffestsetzungen seitens der Kantone geführt hat, gegen die seitens der Versicherer häufig Beschwerde ergriffen worden ist.

Zu einem besonders angespannten Verhandlungsklima und in der Folge zu etlichen Beschwerden hat das KVG bisher bei den öffentlichen Spitälern geführt. Massgeblich dafür sind neben dem Kostendruck die Spitalfinanzierungsregel (mit der anfänglich unklaren Definition der anrechenbaren Kosten) und die Bestimmung, dass die Tarife betriebswirtschaftlich zu bemessen sind (mit der heute noch unklaren Definition der Erfordernisse zur Erreichung der Kostentransparenz). In den meisten übrigen Leistungsbereichen konnten die Verhandlungen nach anfänglichen Schwierigkeiten, die auf unklare Vorgaben des KVG, fehlende Kostengrundlagen oder fehlende Erfahrungen zurückgeführt werden können, einvernehmlich abgeschlossen werden.

Wettbewerbliche Elemente haben sich in den Tarifverhandlungen noch nicht durchgesetzt:

- Betriebsvergleiche und ein entsprechendes Benchmarking werden von den Kantonen und den Versicherern in Ansätzen durchgeführt. Die bisherigen Vergleiche sind jedoch aufgrund der mangelhaften Datenlage und der häufig fehlenden Leistungstransparenz noch wenig aussagekräftig. Grösstes Hemmniss für die weitere Verbreitung des Benchmarkings, mit dem zwischen den Leistungserbringern ein wichtiges wettbewerbliches Element eingeführt werden könnte, ist die fehlende Bereitschaft der Leistungserbringer, den Versicherern für die Vergleiche notwen-

digen Daten bekannt zu geben. Als Hemmnis wird auch bezeichnet, dass der Bundesrat im Bereich der Spitäler und der Heime noch keine Vorgaben betreffend die Kostenrechnung erlassen hat.

- Die Aufhebung des Verbandszwangs hat bisher nur zu sehr geringen und unbedeutend von den Verbandsverträgen abweichenden Sonderverträgen geführt. Damit hat die vom Gesetzgeber erhoffte gegenseitige Entkartellierung bei den Tarifverträgen noch nicht stattgefunden. In der obligatorischen Krankenpflegeversicherung liegen Sonderverträge zur Zeit nicht im Interesse der Versicherer, Leistungserbringer und Kantone. Generell werden als Hemmnisse die Homogenität der angebotenen Produkte, die starke Reglementierung im Tarifbereich sowie der Kontrahierungszwang genannt. Weitere wichtige Gründe sind der hohe administrative Aufwand, das mangelnde finanzielle Interesse der Leistungserbringer, die Gleichbehandlung der subventionierten Spitäler seitens der Kantone sowie die stärkere Verhandlungsposition der Versicherer, wenn sie gemeinsam verhandeln.

Bei den Medikamentenpreisen, die durch den Bund festgelegt werden, konnten durch die im KVG verankerte Auslandpreisvergleichsregel die bestehenden Preismissbräuche bei älteren Medikamenten teilweise beseitigt oder vermindert werden.

4. Auswirkungen auf die Tarifverträge

Im folgenden Kapitel werden die Auswirkungen des KVG auf die Tarifverträge dargestellt. Folgende Fragen werden aufgrund der Analyse der Tarifverträge in den untersuchten Kantonen und auf gesamtschweizerischer Ebene sowie den Interviewaussagen untersucht:

- Wie hat sich die Anzahl der Tarifverträge und die Zusammensetzung der Tarifpartner verändert?
- Inwiefern haben sich die Tarifierungsformen verändert? Wie ist die Entwicklung zu beurteilen?
- Wie hat sich die Höhe der Tarife verändert?

4.1. Anzahl Tarifverträge und Zusammensetzung der Tarifpartner

Zur Beurteilung der Änderungen der Anzahl der Tarifverträge werden die Verträge von den in die Untersuchung miteinbezogenen Kantonen (AI/AR, AG, BE, GE, SH, TG, VD, ZH), die im Jahr 1995 unter dem KUVG gültig waren, denjenigen von 1999 gegenüber gestellt und die entsprechenden Unterschiede herausgearbeitet. Die von einigen Kantonen auf das Jahr 2000 eingeführten Tarife sind in der vorliegenden quantitativen Analyse nicht enthalten, werden jedoch an der entsprechenden Stelle erwähnt werden. Zusätzlich werden die grösseren gesamtschweizerisch gültigen Vertragswerke untersucht. Die Sonderverträge im Bereich der alternativen Versicherungsmodelle (HMO und Hausarztmodelle), die von den Versicherern selbst mit den jeweiligen Leistungserbringern abgeschlossen werden, wurden aus aufwandmässigen Gründen nicht in die quantitative Analyse miteinbezogen.

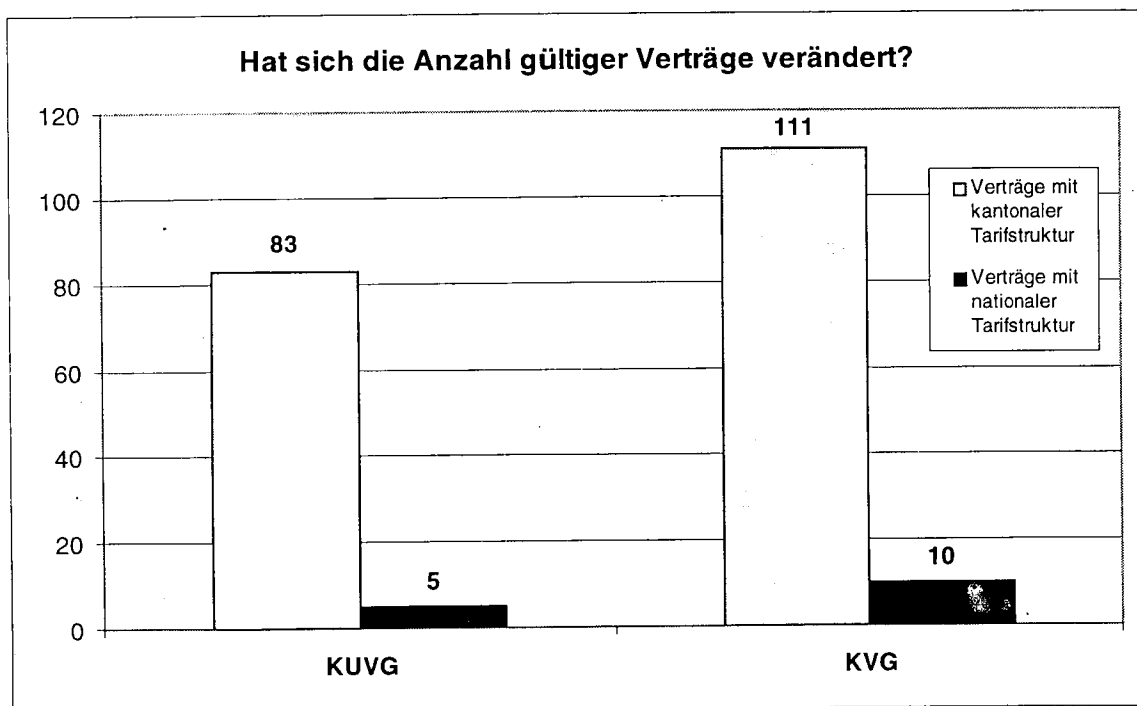
Im Folgenden werden die Änderungen in der Anzahl der Tarifverträge auf kantonaler und nationaler Ebene sowie die Änderungen in der Zusammensetzung der Tarifpartner dargestellt. Ergänzend werden die Verträge der neuen Leistungserbringer Pflegeheime und Spitex vertieft beschrieben.

4.1.1. Anzahl Tarifverträge

Die Anzahl der Tarifverträge hat deutlich zugenommen.

Die Anzahl der 1999 unter dem KVG gültigen Tarifverträge hat gegenüber dem Jahr 1995 deutlich zugenommen. In Figur 3 wird ersichtlich, dass unter dem KVG gegenüber dem KUVG gut ein Drittel mehr Tarifverträge mit kantonalen Tarifstrukturen abgeschlossen wurden. Mehr Verträge als 1995 wurden 1999 nicht nur gesamthaft, sondern in allen untersuchten Bereichen abgeschlossen (siehe Figur 4). Auf gesamtschweizerischer Stufe erfolgte durch die Forderung nach einer nationalen Tarifstruktur bei Einzelleistungstarifen (Hebamme, Krankenschwestern) und den Einbezug der Logotherapie, der Ernährungsberatung und der zahnärztlichen Behandlungen in das KVG eine Verdoppelung der Verträge.

Rund 30% der unter dem KVG gültigen Verträge wurden bereits unter dem KUVG abgeschlossen. Etwa 40% wurden erneuert, d.h. bestehende Verträge wurden neu abgefasst und gut 30% wurden ganz neu abgeschlossen. Nur wenige Verträge des KUVG gelten unter dem KVG nicht mehr.

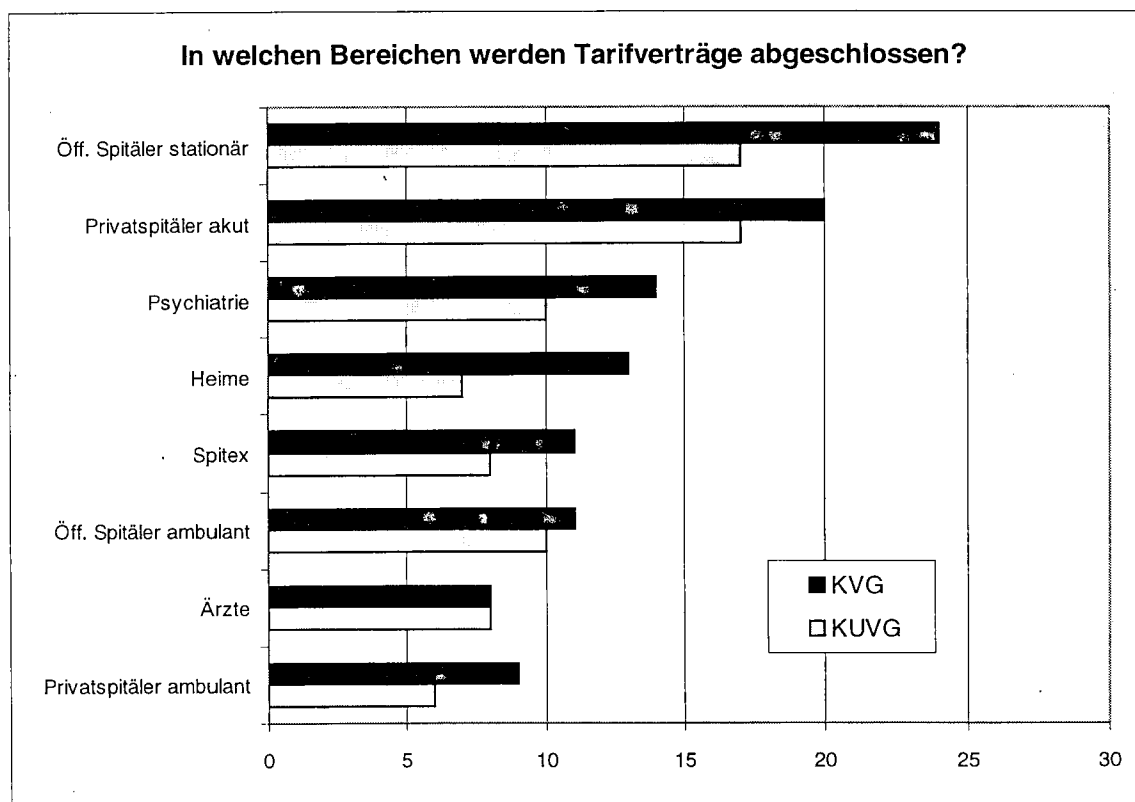


Figur 3: Anzahl gültige Verträge 1995 (KUVG) und 1999 (KVG) in den untersuchten Kantonen und Bereichen. Unter dem KVG wurden gut ein Drittel mehr Verträge abgeschlossen.

Für die Zunahme der Verträge sind der Leistungsausbau sowie neue Verträge im Spitalbereich verantwortlich.

Für die Zunahme ist zum einen der Leistungsausbau verantwortlich. Die neu in den Pflichtleistungskatalog aufgenommenen Bereiche der Heime und der spitalexternen Pflege haben zu neuen Tarifverträgen im KVG geführt. Daneben ist es aber auch in den Bereichen der öffentlichen Spitäler und der Privatspitäler zu einer Zunahme der abgeschlossenen Tarifverträge gekommen.

Figur 4 zeigt die Verteilung der Tarifverträge in den jeweiligen Bereichen unter dem KUVG und dem KVG:



Figur 4: Die Anzahl der gültigen Tarifverträge hat unter dem KVG in allen untersuchten Bereichen (mit Ausnahme der Ärzte) zugenommen. Besonders viele zusätzliche Verträge sind in den Bereichen Heime, Spitex, öffentliche Spitäler und Privatspitäler zu verzeichnen.

Am meisten Tarifverträge wurden sowohl unter dem KUVG als auch unter dem KVG im Bereich der stationären Behandlung in öffentlichen oder öffentlich subventionierten

Spitälern, im Bereich der stationären Behandlung in Privatspitälern sowie im Psychiatriebereich abgeschlossen.

Wird die prozentuale Verteilung der Tarifverträge verglichen, ist keine besondere Veränderung unter dem KVG gegenüber der Situation unter dem KUVG feststellbar. Einzig im Bereich der Heime ist eine deutliche Zunahme zu verzeichnen.

4.1.2. Zusammensetzung der Tarifpartner

Verbandsverträge dominieren weitgehend. Einzelverträge seitens der Leistungserbringer werden bei Heilanstalten und Privatkliniken abgeschlossen.

Die Analyse der Tarifverträge zeigt, dass in den Bereichen öffentliche Spitäler, Ärzte, Spitex und der Hebammen praktisch ausschliesslich Verbandsverträge abgeschlossen werden. Dies bestätigt die Feststellung, dass die Entkartellierung vor allem bei den öffentlichen Spitälern noch nicht stattgefunden hat. Während auf der Seite der Versicherer Verbandsverträge üblich sind, werden auf der Seite der Leistungserbringer des öfteren auch Einzelverträge abgeschlossen. Dies betrifft jedoch hauptsächlich die Heilanstalten und die Privatkliniken:

- Bei den Heilanstalten sind Tarifverträge, die durch Leistungserbringerverbände abgeschlossen werden, wenig anzutreffen. Nur in den einwohnerreicheren Kantonen, in denen eine grössere Anzahl an öffentlichen Spitälern besteht, organisieren sich diese in Verbänden.
- Selten sind Verbandsverträge auch bei den Privatspitälern. Nach wie vor werden auch dort die Tarifverträge im Vergleich zum KUVG mit den einzelnen Leistungserbringern ausgehandelt.

Die Anzahl der Verträge mit Leistungserbringerverbänden hat sich erhöht.

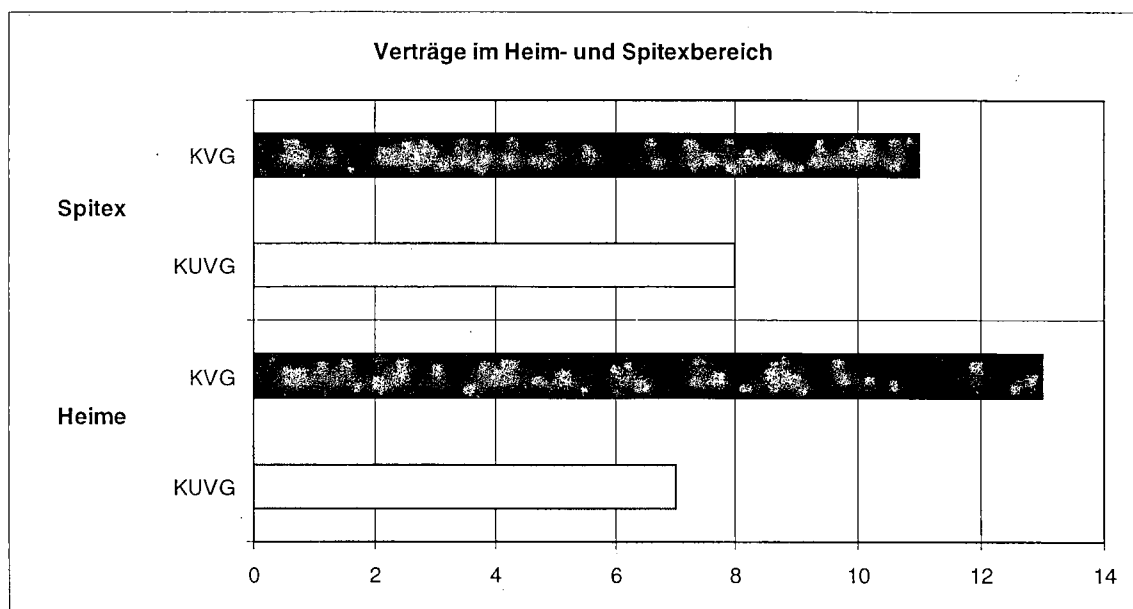
Die Einführung des KVG hatte eine leichte Änderung der Tarifpartner zur Folge. Es werden mehr Verträge mit Leistungserbringerverbänden abgeschlossen (Zunahme um knapp 10%). Diese leichte Zunahme ist im wesentlichen auf die Tarifverträge mit den Heimen und den Spitex-Organisationen zurückzuführen. Während unter dem KUVG in diesen Bereichen zumeist (freiwillige) Einzelverträge vereinbart wurden, haben sich dort aufgrund der Leistungsausweitung unter dem KVG und der damit einhergehenden verbesserten Organisation mehr Verbandsverträge ergeben.

4.1.3. Pflegeheime und Spitex-Organisationen

Die Anzahl der Verträge bei den Pflegeheimen und der Spitex hat sich erhöht. Bei den bestehenden Verträgen wurden die durch die Krankenversicherung abzugeltenden Leistungen erweitert und präzisiert.

Mit dem KVG wurde der Leistungskatalog ausgeweitet. Die Vergütungen für die Leistungen der Krankenpflege zu Hause oder bei einem Aufenthalt in einem Pflegeheim werden neu in die obligatorische Krankenpflegeversicherung einbezogen.

Dies bedeutet aber nicht, dass unter dem KUVG keine Verträge über die Vergütung von Pflegeleistungen vorhanden waren. Die Beiträge der Krankenversicherer an Spitex- oder Heimpflegeleistungen wurden ebenfalls vertraglich festgehalten. Mit dem KVG wurden jedoch die durch die obligatorische Krankenversicherung abzugeltenden Leistungen erweitert und präzisiert. Figur 5 zeigt die Entwicklung der Verträge in den Bereichen Heime und Spitex:



Figur 5: Durch die Ausweitung des Leistungskataloges ist es zu einer grösseren Anzahl an Spitex- und Heimverträgen gekommen.²¹

²¹ Zu beachten ist, dass die vielen einzelnen Heimverträge in den Kantonen Thurgau und Schaffhausen jeweils zusammengefasst wurden, weil sie auf der gleichen Vorlage beruhen und sonst die Verteilung und Anzahl der abgeschlossenen Verträge stark verfälschen würden.

Die Anzahl der Verträge mit den Heimen hat sich verdoppelt. Vereinbart werden in der Regel pauschale Vergütungen.

Unter dem KVG haben sich die Tarifverträge mit Heimen fast verdoppelt. Die Tarifverträge werden zunehmend mit Leistungserbringerverbänden abgeschlossen (rund 70% der Verträge). In den Verträgen werden in der Regel pauschale Vergütungen vereinbart. Dabei handelt es sich zumeist um Teil- oder Vollpauschalen, d.h. Beiträge an die Pflegeleistungen der Heime, die die anfallenden Kosten zum Teil oder ganz decken. Die Pauschalen richten sich nach der Pflegebedürftigkeit. Die Definition der Pflegebedürftigkeit wird nach der Evaluation des Pflegebedarfs vorgenommen. In der Schweiz existieren dazu verschiedene Systeme (u.a. BESA, PLAISIR und RAI).

Bei den Vereinbarungen mit Pflegeheimen weist das KVG auf die Möglichkeit von Globalbudgets hin. Die Analyse der Verträge hat jedoch ergeben, dass in den untersuchten Kantonen im Bereich der Heime nur im Kanton Waadt bisher Globalbudgets durchgesetzt worden sind.

Die Verträge bei der Spitex wurden neu abgeschlossen oder erneuert. Abgerechnet wird hauptsächlich mit einem Zeittarif.

Auch im Bereich Spitex hat sich im KVG gegenüber dem KUVG eine Zunahme der Anzahl der Tarifverträge ergeben. Knapp ein Drittel der heute gültigen Verträge wurde ganz neu abgeschlossen. Zwei Drittel der heute gültigen Verträge wurden erneuert, d.h. bestehende Verträge wurden neu vereinbart. Die Spitex-Leistungen können von Spitex-Organisationen und von einzelnen individuellen Leistungserbringern (bspw. Krankenpflegerinnen und -pfleger oder Physiotherapeuten) erbracht werden. Die Tarife können deshalb unterschiedlich ausgestaltet werden. Die Tarifverträge im Bereich der Spitex-Organisationen weichen von allen anderen Tarifverträgen ab, weil dort als Grundlage für die Vergütung der Leistungen Zeittarife vereinbart werden. Die Leistungen werden entsprechend der aufgewendeten Zeit pauschal abgegolten. Mit Art. 9a KLV hat der Bund Rahmentarife für die Bereiche Pflegeheime und Spitex erlassen.²²

22 Für den Bereich Spitex wurden solche Rahmentarife durch den Bundesrat für das Jahr 1997 in der Höhe von Fr. 30.- bis 45.-/h für Grundpflege in einfachen und stabilen Situationen, Fr. 45.- bis 65.-/h für Grundpflege in instabilen und komplexen Situationen, Fr. 50.- bis 70.-/h für Abklärung des Pflegebedarfs und Beratung. Die Mischtaxe für Abklärung, Beratung, Grund- und Behandlungspflege beträgt Fr. 30.-/h.

Mit dem Schweizer Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger (SBK) wurde für Spitex-Leistungen ein gesamtschweizerisch gültiger Tarifvertrag mit kantonal festzulegenden Taxpunktwerten abgeschlossen. Die Einzelleistungstarifstruktur, die hier vereinbart worden ist, steht im Gegensatz zu den Zeittarifen, welche für andere Spitex-Organisationen gilt.

4.2. Tarifierungsformen

In der obligatorischen Krankenpflegeversicherung können grundsätzlich folgende Tarifierungsformen resp. Tarifarten unterschieden werden:²³

- Zeittarif: Die Leistungserbringer werden nach dem Zeitaufwand entschädigt.
- Einzelleistungstarif: Für die jeweiligen Leistungen werden Taxpunkte festgelegt (Tarifstruktur), die durch die Multiplikation mit dem jeweiligen Taxpunktwert den Tarif ergeben.
- Pauschaltarife: Die erbrachten Leistungen werden pauschal abgegolten. Folgende Formen werden unterschieden:
 - Patientenpauschalen, die sich auf die Behandlung eines Patienten beziehen und die Form von Tagespauschalen oder Fallpauschalen (Z.B. Abteilungspauschale, Fallpreispauschale) annehmen können.
 - Versichertenpauschalen, die unabhängig von der Behandlung eines Versicherten sind.

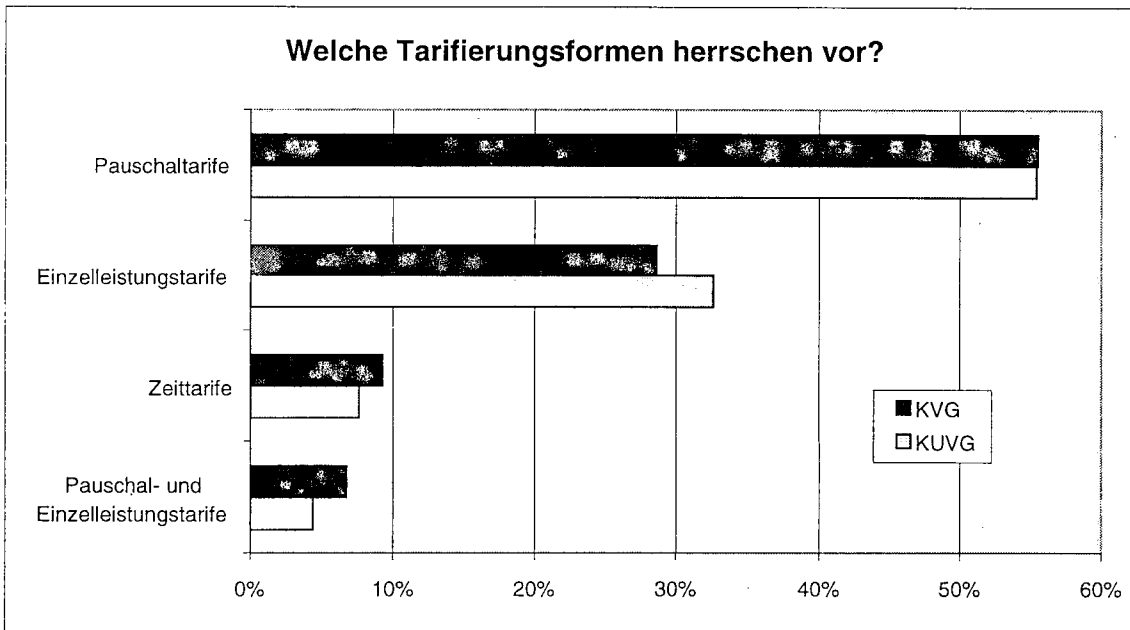
Im Folgenden wird dargelegt, welche Entwicklungen sich in den Tarifierungsformen ergeben haben und inwiefern diese auf das KVG zurückgeführt werden können. Unterschieden wird dabei zwischen den Tarifierungsformen auf kantonaler und nationaler Ebene sowie den zukünftigen Entwicklungen in diesen Bereichen. Auf die quantitative Analyse der Verträge betreffend die alternativen Versicherungsmodellen wurde, wie bereits erwähnt, verzichtet. Die angewendeten Tarifierungsformen werden in Kapitel 6.2. beschrieben.

²³ Siehe auch Kapitel 2.1.

4.2.1. Tarifierungsformen auf kantonaler Ebene

In über der Hälfte der Verträge kommen Pauschaltarife zur Anwendung.

In den untersuchten Tarifverträgen können Pauschaltarife, Einzelleistungstarife, Zeittarife oder Mischformen unterschieden werden. Figur 6 zeigt die prozentuale Verteilung der Tarifierungsformen in den untersuchten Kantonen:

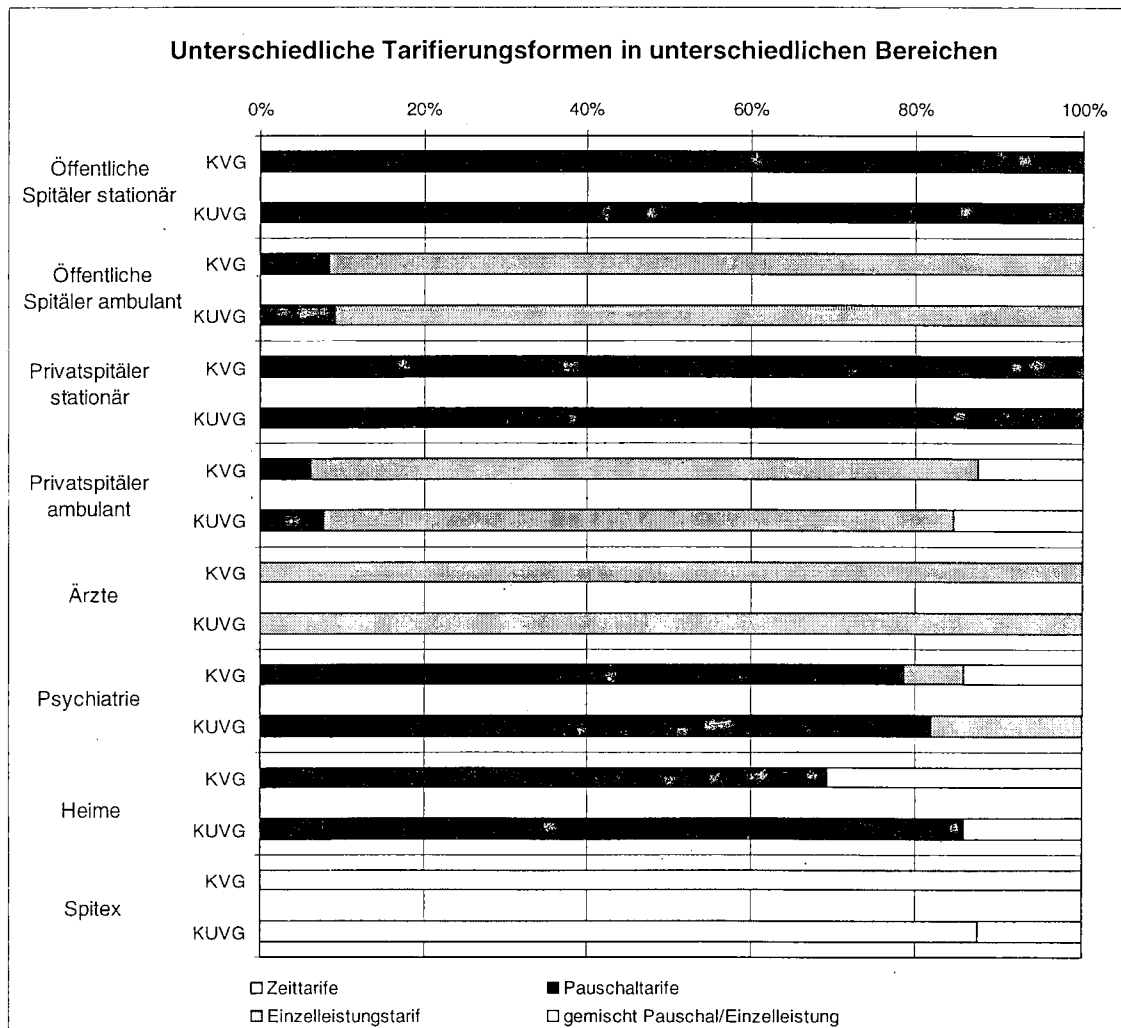


Figur 6: In den meisten Tarifverträgen werden nach wie vor Pauschaltarife abgeschlossen.

Bei den Tarifierungsformen hat sich eine leichte Verschiebung weg von den Einzelleistungstarifen ergeben.

Bedeutende Änderungen haben sich mit der Einführung des KVG nicht ergeben. Gegenüber dem Jahr 1995 hat sich 1999 eine leichte Verschiebung weg von den Einzelleistungstarifen ergeben. Bei ca. 55% aller Tarifverträge handelt es sich um Verträge mit Pauschaltarifen, bei knapp 30% um Verträge mit Einzelleistungstarifen. Zeittarife machen weniger als 10% aus. Sie kommen praktisch nur bei den Spitex-Verträgen vor. Auch Mischformen sind nur schwach vertreten. Die leichte prozentuale Zunahme bei den Zeittarifen und den Mischformen lässt sich dadurch erklären, dass unter dem KVG bei der stationären Behandlung, der spitalexternen Pflege und der Heime mehr Verträge vereinbart wurden.

Figur 7 zeigt die prozentuale Verteilung der Tarifierungsformen in den unterschiedlichen Leistungsbereichen:



Figur 7: Vorherrschende Tarifierungsformen in den untersuchten Bereichen. Am häufigsten werden Pauschaltarife vereinbart.

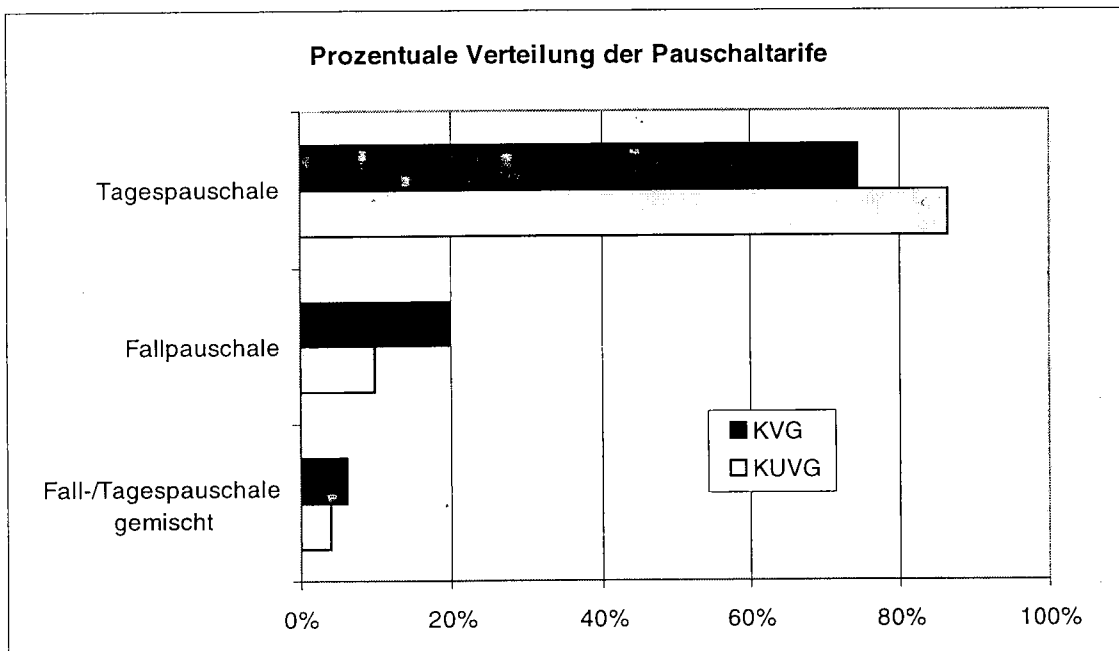
In den einzelnen Leistungsbereichen sind nur geringfügige Änderungen betreffend Tarifierungsformen festzustellen.

Bezüglich der Tarifierungsformen hat sich unter dem KVG gegenüber dem KUVG nur in wenigen Bereichen eine Änderung ergeben. So kann in der Psychiatrie eine Abnahme der Einzelleistungstarife zugunsten der Pauschaltarife oder gemischten Tarifstrukturen festgestellt werden. Bei den Heimen erfolgt unter dem KVG eine leichte prozentuale Zunahme der gemischten Verträge (Einzelleistungs-

/Pauschaltarif). Allerdings ist zu beachten, dass diese Veränderungen durch wenige einzelne Verträge verursacht werden.

Bei den Verträgen mit Pauschaltarifen werden zu 75% Tagespauschalen vereinbart. Versichertenpauschalen werden bisher nur bei den alternativen Versicherungsmodellen (insbesondere HMO) vereinbart.

Häufigste Tarifierungsform bei den Verträgen mit Pauschaltarifen ist sowohl unter dem KUVG als auch unter dem KVG die Tagespauschale (siehe Figur 8). Diese wird in über 75% aller Verträge mit Pauschaltarifen vereinbart. Nicht vertreten in den analysierten Verträgen sind Versichertenpauschalen, die bisher nur bei den alternativen Versicherungsmodellen vereinbart wurden (Kopfpauschalen oder Capitations bei den HMO).

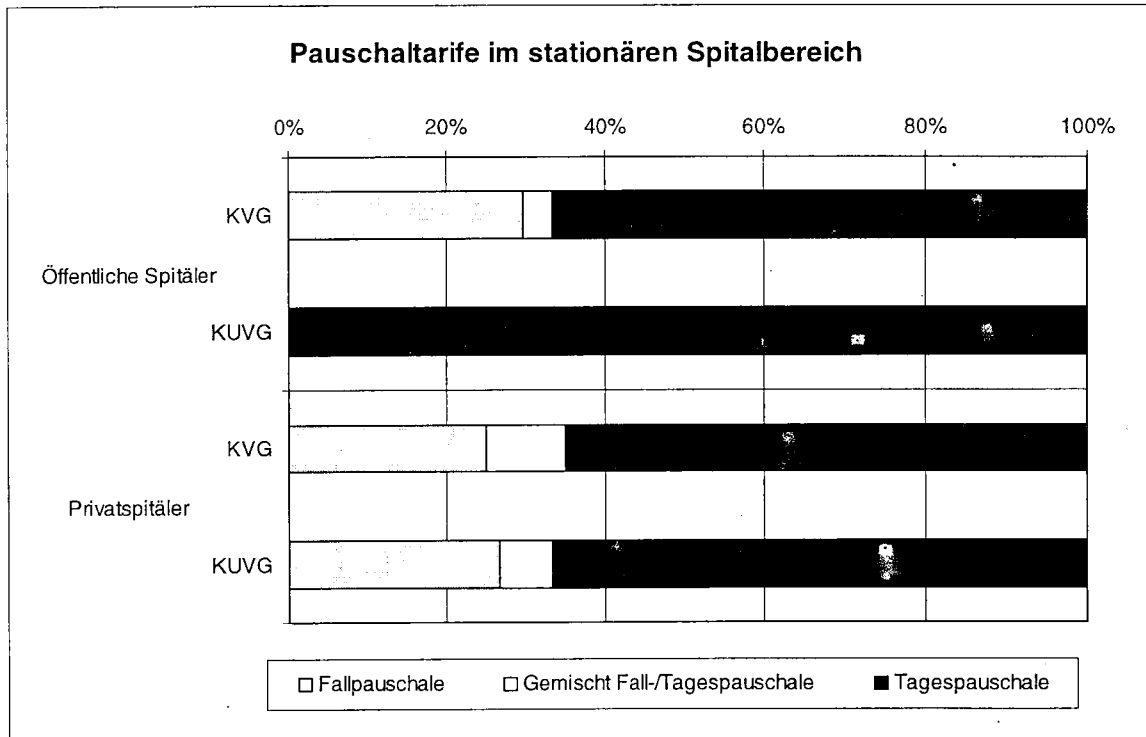


Figur 8: Die Einführung des KVG hat zu einer leichten Zunahme der Fallpauschalen geführt.

Verträge mit Fallpauschalen haben sich durch die vermehrte Anwendung in öffentlichen Spitälern verdoppelt. Ihr Anteil gemessen an allen Verträgen mit Pauschaltarifen beträgt heute 20%.

Eine interessante Entwicklung ist bei den Fallpauschalen zu beobachten. Die Anzahl der Tarifverträge mit dieser Tarifierungsform, hat sich unter dem KVG verdoppelt.

Gegenüber den anderen Pauschaltarifen hat sich der Anteil dieser Form um ca. 10% auf 20% erhöht. Ausschlaggebend ist dabei die Zunahme der Fallpauschalen in öffentlichen Spitälern. Während unter dem KUVG nur in Privatspitälern Fallpauschalen vereinbart wurden, sind diese neu auch in Verträgen mit öffentlichen Spitälern anzutreffen (siehe Figur 9).



Figur 9: Während sich die Fallpauschalen unter dem KVG bei den Privatkliniken anteilmässig nicht verändert haben, werden sie bei den öffentlichen Spitälern deutlich mehr vereinbart.

4.2.2. Tarifierungsformen auf nationaler Ebene

Physiotherapie

Im Bereich der Physiotherapie besteht seit dem 1. Januar 1998 ein Tarifvertrag mit einer gesamtschweizerischen Tarifstruktur und kantonalen Taxpunktweiten. Differenziert wird nach verschiedenen Positionen (Grundpauschale und verschiedene Abstufungen für allgemeine Physiotherapie, für aufwendige Bewegungstherapie, für manuelle Lymphdrainage, etc.).

Ergotherapie

Der neue Tarifvertrag zwischen dem Verband Schweizerischer Ergotherapeuten, dem Roten Kreuz und dem KSK, der seit dem Jahr 2000 angewendet wird, entspricht mit wenigen Abänderungen demjenigen aus dem Jahr 1992. Die Genehmigung durch den Bundesrat steht noch aus. Der Tarif umfasst eine gesamtschweizerische Einzelleistungstarifstruktur mit nationalem Taxpunktwert. Die Leistungen werden differenziert nach ergotherapeutischen Massnahmen, passiven Massnahmen und Weg- und Zeitentschädigung.

Logopädie

Im Bereich der Logopädie wurde ein gesamtschweizerischer Tarifvertrag vereinbart. Dieser ist allerdings noch nicht durch den Bundesrat genehmigt worden. Der Tarif basiert auf Einzelleistungen mit kantonalen Taxpunktwerten. Differenziert werden logopädische Behandlungen und Untersuchungen, Gruppentherapien, therapeutische Vor- und Nachbereitung sowie Weg- und Zeitentschädigungen.

Hebammen

Im Mutterschaftsbereich trat 1996 zwischen dem Schweizerischen Hebammen-Verband und dem KSK eine gesamtschweizerische Einzelleistungstarifstruktur mit kantonalen Taxpunktwerten und teilweise gesamtschweizerischen Pauschalen in Kraft. Unterschieden werden Taxpunkte für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Fahrten.

Chiropraktik

1999 trat der neue Chiropraktiker-Vertrag mit gesamtschweizerischer Einzelleistungstarifstruktur und kantonalen Taxpunktwerten in Kraft. Die Taxpunkte werden unterschieden nach Konsultation und klinische Untersuchung, Weg- und Zeitentschädigung, Zeugnisse und Berichte, bildgebende Verfahren, chiropraktische Therapie, physikalische Therapie, Verbände und Laboranalysen.

Zahnärzte

Im Zahnarztbereich besteht seit 1996 eine gesamtschweizerische Einzelleistungstarifstruktur mit nationalen Taxpunktwerten für zahnärztliche Leistungen (TPW Fr. 3.10) und zahntechnische Leistungen (TPW Fr. 5.55). Dabei wurde der Zahnarzttarif 94, der zusammen mit anderen Versicherern (UVG, MV) vereinbart worden war, in die Krankenversicherung übernommen.

Spitex

Neben den kantonalen Spitex-Tarifverträgen wurde zwischen dem Schweizerischen Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpflegern und dem KSK auf 1998 eine gesamtschweizerische Einzelleistungstarifstruktur mit kantonalen Taxpunktwerten vereinbart. Die Taxpunkte umfassen dabei Massnahmen der Bedarfsabklärung, der Untersuchung und Behandlung, der Grundpflege und zusätzlicher Leistungen.

4.2.3. Entwicklungstendenzen

Neue Tarifierungsformen sind im Experimentierstadium. Sie haben sich bisher noch nicht breit durchgesetzt.

Von den Tarifpartnern wurden in den letzten Jahren einige neue Tarifierungsformen eingeführt. Diese befinden sich jedoch gemäss den befragten Akteuren noch im Experimentierstadium und konnten sich bisher noch nicht breit und vereinheitlicht durchsetzen. Folgende Gründe werden dafür genannt:

- Die Einführungszeit des KVG war sehr kurz. Das Gesetz musste von den Versicherten, den Leistungserbringern und den Kantonen erst einmal richtig eingeführt werden. Insbesondere für die Kantone war die Einführung des KVG sehr aufwändig und mit einigen neuen Aufgaben verbunden (Spitallisten, Prämienverbilligungen, neue Planungen, Tarifentscheide). Für die Entwicklung und Aushandlung von neuen Tarifarten stand bisher sehr wenig Zeit zur Verfügung. Nach der Einführungszeit erarbeiten die Akteure nun verstärkt neue Tarifierungsmodelle. Der Aufwand zur Entwicklung und Einführung dieser neuen Tarife darf jedoch nicht unterschätzt werden und beträgt oft mehrere Jahre (Bsp. TarMed).
- Für die neuen Pauschalisierungsformen sind neue, verbesserte sowie vergleichbare Datengrundlagen notwendig (detailliertere Kostenstellenrechnungen, Kostenträgerrechnungen). Diese Daten liegen aufgrund der fehlenden Vorgaben des Bundes und der Zurückhaltung der Leistungserbringer in der Herausgabe von Daten noch nicht vor.
- Die Tarifpartner möchten mit den neuen Tarifierungsformen Erfahrungen sammeln. Die Auswirkungen der neuen Tarifmodelle sind vor allem nach Ansicht der Versicherer genau zu analysieren, bevor sie breit eingeführt werden. Ein besonderes Augenmerk ist dabei auf die Ausweichreaktionen der Leistungserbringer zu legen.

- Die kantonalen Ärztetarife wurden nicht mehr überarbeitet, weil hier auf den neuen gesamtschweizerischen TarMed gewartet wird.

Ein Trend in Richtung neuer Pauschalisierungsformen ist festzustellen. Das KVG hat diesen Trend gefördert, jedoch nicht ausgelöst.

Praktisch alle Akteure stellen jedoch einen Trend in Richtung von neuen Pauschalisierungsformen fest. Die Mehrheit der Versicherer und der Kantone ist der Ansicht, dass das KVG diesen Trend zwar gefördert (Signalwirkung), nicht aber ausgelöst hat. Neue Tarifierungsformen wie die Fallpreispauschale werden schon seit vielen Jahren erprobt (Bsp. Kantonsspital Aarau). Zudem benötigt die Entwicklung und die Einführung neuer Tarifarten Zeit. Bei den heute bestehenden neuen Tarifarten wurde mit der Erarbeitung der Modelle grösstenteils vor der Einführung des KVG begonnen (z.B. konnte der Physiotherapie-Vertrag erst nach 6 Jahren Vorlaufzeit abgeschlossen werden).

Die Akteure sind sich darin einig, dass Tagespauschalen im Spitalbereich ungeeignet sind. Es werden neue Pauschalisierungsformen entwickelt und erprobt.

Bei den pauschalen Tarifierungsformen im Spitalbereich können drei Typen mit unterschiedlicher Aussagekraft unterschieden werden:

- Die Tagespauschalen basieren auf der Finanzbuchhaltung (FIBU) und sind einfach zu berechnen. Die gesamten anrechenbaren Kosten werden dabei durch die Anzahl Pflage tage (oder Nächte im Kanton Bern) dividiert. Bei den Tagespauschalen kann nicht zwischen den Behandlungskosten pro Abteilung oder Fall unterschieden werden.
- Zur Berechnung der Eintritts- oder Abteilungspauschalen werden möglichst detaillierte Angaben seitens der Kostenstellenrechnung benötigt. Eine Differenzierung nach Fällen ist nicht möglich.
- Zur Berechnung von Fallpreispauschalen, die den ganzen Behandlungsprozess umfasst, wird eine Kostenträgerrechnung mit patientenbezogenen Angaben benötigt. Die Fallpreispauschalen können auf unterschiedlichen Grundlagen aufbauen und erlauben differenzierte fallbezogene Aussagen:
 - Bei den Fallpauschalen nach AP-DRG (Diagnosecodes) wird der Patient einer Behandlungsgruppe (z.B. Blinddarmoperation) zugeordnet, die sich aus verschiedensten Codes zusammensetzt. Das Modell basiert auf Ist-Kosten.
 - Beim Fallpreispauschalenmodell, das im Kantonsspital Aargau entwickelt worden ist, sind für die einzelnen Patientengruppenpfade Standards gemäss

Soll-Kosten definiert worden, welche die Diagnose bis und mit Nachbehandlung umfassen (modellintegrierter Patientenpfad).

Die Akteure sind sich im Grundsatz darin einig, dass die heutigen Tagespauschalen in der stationären Behandlung negative Auswirkungen haben und ungeeignet sind. Tagespauschalen setzen die falschen Anreize und fördern dadurch die Verlängerung der Aufenthaltsdauer der Patienten mit den entsprechenden negativen Kostenfolgen. Tagespauschalen entsprechen nicht dem üblichen Kostenverlauf mit laufend abnehmenden Kosten und widerspiegeln nicht die effektiven Kosten einer Behandlung. Die Spitäler erhalten damit einen Anreiz, durch die Verlängerung der Aufenthaltsdauer ihr Betriebsergebnis zu verbessern. Ausserdem werden effizient arbeitende Spitäler durch solche Pauschalen benachteiligt.

Die neuen Tarifierungsmodelle bei den öffentlichen Spitälern werden sich in einer ersten Phase vor allem als Mischformen durchsetzen, die aus einer abteilungsbezogenen Pauschale für den medizinischen Bereich und einer Tagespauschale für die Hotellerie bestehen.

Aufgrund der schlechten Beurteilung der Tagespauschalen werden von den Tarifpartnern zunehmend neue Pauschalisierungsformen eingeführt. Tabelle 3 zeigt Beispiele von bestehenden neuen Tarifierungsformen in den öffentlichen Spitälern:

Tarifierungsform	Spitäler	Tarifart
Mischformen (Tagespauschalen für die Hotellerie; Eintritts- oder Abteilungspauschale für den medizinischen Bereich)	Regionalspitäler des Kantons Waadt	Kombination von Eintritts- und Tagespauschalen.
	Kantonsspital Schaffhausen	Einfaches System mit einem fallbezogenen Kostenblock für die ärztliche und medizinische Betreuung und einem tagesbezogenen Kostenblock für die Verpflegung und Unterkunft ab Mitte 2000.
	SDK Ostschweiz	Die acht Kantone, die der SDK Ost angehören, haben zusammen ein neues Abgeltungsmodell erarbeitet, das die Tagespauschalen durch Abteilungspauschalen und in einem späteren Zeitpunkt durch diagnosebezogene Fallpauschalen ablösen soll.

Tarifierungsform	Spitäler	Tarifart
	Kanton Zürich	Anfang 2000 wurde das zusammen mit den Leistungserbringer und Versicherer entwickelte PLT-Modell (Prozess-Leistungs-Tarifierung) eingeführt. Mit diesem Modell werden die Tarife aufgeteilt in einen pflegetagbezogenen Hotelleriebereich und einen abteilungsbezogenen diagnostisch/medizinischen Bereich. Damit werden Abteilung verschiedener Spitäler vergleichbar. Je nach Abteilung und Klinik gibt es eine verschiedene Anzahl Pauschalen (Unispital mit rund 20 Pauschalen).
Abteilungspauschale	Regionalspital Thun	Abteilungspauschalen in den Bereichen Medizin, Chirurgie, Geburtshilfe, Gynäkologie,
	Inselspital Bern	Fachbereichspezifische Abteilungspauschalen
	Regionalspitäler Kt. Aargau	Abteilungspauschalen für Medizin, Chirurgie, Gynäkologie, Geburtshilfe, Orthopädie
	Kliniken Aigle und Monthey	Abteilungsbezogene Pauschalen für Medizin, Chirurgie, Urologie, Ophtalmologie, Gynäkologie etc.
Fallpreispauschalen	Kantonsspital Aarau, Kantonsspital Baden	Für Patientengruppen, von denen angenommen wird, dass ihre Behandlung ungefähr gleich viele Kosten verursacht, werden Behandlungspfade mit Standardleistungen festgelegt (Modellintegrierter Patientenpfad MIP). Diese Pfade sind modular aufgebaut (ab Juli 2000 11 verschiedene Pfade).

Tabelle 3: Bei den neuen Tarifierungsmodellen werden vor allem Mischformen, die aus einer Tagespauschale für die Hotellerie und einer abteilungsbezogenen Pauschale pro Fall für den medizinischen Bereich bestehen, eingeführt.

Gemäss den Befragten werden sich in einer ersten Phase vermutlich die Mischformen (Tagespauschale für die Hotellerie; Abteilungspauschale oder Eintrittspauschale für den medizinischen Teil) wie das Zürcher PLT-Modell durchsetzen. Für diese Modelle sind die Grundlagen mit den Kostenstellenrechnungen weitgehend vorhanden. Die meisten Akteure erachten es als äusserst wichtig, Prozesspauschalen für den ambulanten und stationären Bereich zusammen anzustreben. Gegenüber Fallpreispauschalen besteht aufgrund der mangelhaften Datenlage (fehlende Kostenträgerrechnung; Zurückhaltung der Leistungserbringer aufgrund des Datenschutzes), des erhöhten Aufwandes sowie der ungewissen Auswirkungen verbreitete Skepsis.

Bei den öffentlichen Spitälern werden vermehrt Gruppenpauschalen angewendet.

Gemäss dem Spitalverband H+ besteht im Spitalbereich ein Trend, vermehrt Gruppenpauschalen einzuführen (z.B. Pauschalen für Zentrumsspitäler für bestimmte Leistungen). Mit Gruppenpauschalen können gemäss H+ und mehreren kantonalen Spi-

talverbänden im Vergleich zu individuellen Tarifen besser wettbewerbliche Verhältnisse hergestellt werden, weil diese einen Benchmark für die Spitäler darstellen und damit für vergleichsweise teure Spitäler einen Anreiz zu Kosteneinsparungen setzen. Verschiedene Kantone gehen zur Zeit von der differenzierten Tariffestsetzung weg und legen Gruppentaxen fest. Gruppenpauschalen sind jedoch seitens der Bundesbehörden umstritten. So sind der Bundesrat, das BSV und der Preisüberwacher der Ansicht, dass Pauschalen grundsätzlich für jedes Spital zu berechnen sind und Gruppenpauschalen nur zugelassen werden sollen, wenn die Kostenstrukturen der Spitäler vergleichbar sind.

Auch im ambulanten Bereich sind neue Tarife eingeführt worden.

Im ambulanten Bereich und bei den Ernährungs- und DiabetesberaterInnen (Konsultationspauschalen) wurden bereits Tarife mit pauschalen Komponenten in der Physiotherapie (Kombination von Sitzungspauschalen und Einzelleistungstarif) eingeführt. Einige Leistungserbringerverbände bezeichnen Fallpauschalen für ihre ambulanten Leistungen (z.B. Logopädie, Mutterschaft) als nicht einföhrbar, weil die Fälle zu unterschiedlich sind und deshalb in der Praxis keine durchschnittliche Behandlung oder Behandlungszeit definierbar wäre. Weitere neue Tarifierungsformen sind der Zeittarife im Spitem-Bereich und die Sitzungs- resp. Konsultationsbeschränkungen bei Einzelleistungstarifen (Physiotherapie, Ergotherapie, Logotherapie und Hebammen).

Die Tarifpartner und die Behörden haben Interesse an der schrittweisen Einführung neuer Tarifierungsformen. Sie erhoffen sich insbesondere bessere Anreize zur Erreichung der Ziele des KVG und eine Erhöhung der Transparenz.

Insgesamt sind die Tarifpartner und die Bundesbehörden an der Einführung und der Sammlung von Erfahrungen mit neuen Tarifierungsformen interessiert. Von den neuen Tarifierungsformen werden verbesserte Anreize (Bsp. Senkung der Aufenthaltsdauer in Spitälern) sowie eine erhöhte Transparenz und Vergleichbarkeit der Leistungserbringer erwartet. Die Akteure sind sich darin einig, dass die verschiedenen Tarifmodelle stufenweise und schrittweise eingeföhrt werden sollen. Als wichtig werden das Sammeln von Erfahrungen und die Verbesserung der Datengrundlagen erachtet. Die heutigen Modelle stellen für die meisten Akteure einen ersten Schritt in Richtung Kostenwahrheit dar. Sie sind jedoch der Ansicht, dass die Tarifmodelle mit Abteilungs- und Eintrittspauschalen mittelfristig durch diagnosebezogene Fallpreispauschalen ab-

zulösen sind, die entsprechend den Behandlungsketten festgelegt und mit qualitativen Kriterien ergänzt werden.

Gefordert werden einheitliche Tarifmodelle pro Leistungsbereich.

Von den Tarifpartnern werden übereinstimmend einheitliche Tarifmodelle für die Leistungserbringerbereiche gefordert, um die Vergleichbarkeit und die Benchmarkingmöglichkeiten unter den Leistungserbringern zu erhöhen. Eine Tarifvielfalt unter den einzelnen Leistungserbringern oder zwischen Kantonen wird aus diesen Gründen abgelehnt. Grösstes Hemmnis ist, dass der Bundesrat bis heute die Verordnung zur Kostenrechnung noch nicht verabschiedet hat.

Positionen der Akteure

Im Folgenden werden die Positionen der einzelnen Akteure zu den neuen Tarifierungsmodellen dargelegt:

Seitens der Versicherer werden die neuen Tarifierungsformen grundsätzlich begrüsst, falls sie zu echten Kosteneinsparungen führen.

Die Versicherer befürworten grundsätzlich neue Tarifierungsformen. Die neuen Pauschalen sollen die Anreize so setzen, dass die Leistungen effizient erbracht, pro Leistungserbringergruppe einheitlich erarbeitet und administrativ einfach gestaltet werden. Als zentral wird erachtet, dass die neuen Tarifierungsformen zu echten Kosteneinsparungen und nicht zu Kostenerhöhungen oder -verlagerungen führen.

Während mehrere Versicherer aktiv an der Entwicklung neuer Tarifierungsformen mitarbeiten, ist die Mehrheit der Versicherer aufgrund der bisherigen Erfahrungen skeptisch und sehr zurückhaltend.

Die Ansichten der Versicherer und ihren Verbänden zu den eingeführten und geplanten neuen Pauschalen (insbesondere der Fallpreispauschale) sind jedoch unterschiedlich. Das KSK, mehrere kantonale Versichererverbände und einzelne Versicherer sind an der Entwicklung neuer Strukturen sehr interessiert und fördern diese in den Verhandlungen. Sie fordern insbesondere einheitliche Modelle je Leistungserbringerbereich, damit die Vergleichbarkeit der Mengen und Kosten hergestellt werden kann. Als wichtig erachten sie auch die Weiterentwicklung der Tarifmodelle in Richtung von integrierten Fallpreispauschalen, welche die gesamte Behandlungskette (ambulante und die stationäre Behandlung) umfasst. Fallpreispauschalen werden jedoch aufgrund

des zur Zeit fehlenden Zahlenmaterials als schwierig zu berechnen beurteilt. Es wird immer wieder von den Versichererverbänden betont, dass als Grundlage für die Berechnung von Fallpauschalen nicht von den Ist-, sondern von den Sollkosten ausgegangen werden muss.

Die Mehrheit der befragten Versicherer und einiger Versichererverbände äussern sich gegenüber den neuen Modellen (insbesondere gegenüber den Fallpreispauschalen) skeptisch. Sie sind von den Auswirkungen der bisher eingeführten Tarifmodelle nicht überzeugt und fühlen sich aufgrund der schlechten und intransparenten Datenlage von den Tarifverhandlungen gegenüber den Leistungserbringern benachteiligt. Deshalb stimmen sie nur zurückhaltend neuen Versuchen zu, um in einer ersten Phase entsprechende Erfahrungen zu sammeln. Die Versicherer befürchten zudem eine Nivellierung der Pauschalen gegen oben (v.a. für kleinere Spitäler).

Die einzelnen neuen Pauschalisierungsformen werden von den Versicherern wie folgt eingeschätzt:

- Den Eintrittspauschalen, wie sie etwa in den Regionalspitälern des Kantons Aargau eingesetzt worden sind, wird vorgeworfen, dass sie sich für Kurzaufenthalte nicht eignen und zu einer Zunahme der ambulanten Vor- und Nachbehandlung führen.
- Abteilungspauschalen setzen gemäss einem Versicherer verbesserte Anreize und tragen zu Kosteneinsparungen und einer erleichterten Administration bei. Problematisch bei Abteilungspauschalen ist jedoch, dass innerhalb einer Abteilung ganz verschiedene Krankheiten mit sehr unterschiedlichen Kosten behandelt werden. Für einheitliche Abteilungen wie etwa die Gynäkologie sind aber entsprechend den Ausführungen eines Kantons Abteilungspauschalen durchaus sinnvoll.
- Betreffend Fallpreispauschalen vertreten mehrere Versicherer die Auffassung, dass sich diese nicht in allen Fällen eignen, sondern nur bei einfachen Behandlungen mit gutem Kostenfundament angewendet werden sollten (z.B. Blinddarm oder Krampfaderoperation). Fallpauschalen können laut einem Versichererverband auch dazu führen, dass Patienten zu früh aus dem Spital entlassen werden und deshalb Nachbehandlungen notwendig sind.

Die Kantone werfen den Versicherern vor, dass diese bei der Ausarbeitung neuer Modelle anfänglich dabei waren, die Verhandlungen dann jedoch boykottiert haben. Sie

vertreten die Ansicht, dass die Versicherer aufgrund der administrativen Änderungen und der möglichen Verlagerung der Leistungen vom stationären zum ambulanten Bereich gegen die neuen Pauschalisierungsformen sind.

Die Spitalverbände sind stark an einheitlichen neuen Tarifmodellen interessiert. Dabei stehen Mischformen im Vordergrund.

Der Spitalverband H+ sowie die kantonalen Spitalverbände sind an einheitlichen neuen Tarifmodellen unter den Spitälern interessiert. Damit können die Transparenz und der Wettbewerb erhöht werden. H+ spricht sich für Mischformen aus (wie das Zürcher PLT-Modell oder die Mischpauschale im Kanton FR), die auf den Kostenstellenrechnungen basieren. Gegenüber den Fallpreispauschalen ist H+ skeptisch, weil er ihre Festlegung aufgrund der Datenlage als sehr schwierig erachtet.

Die Privatspitäler möchten ebenfalls neue Tarifierungsformen einführen.

Die Privatspitäler möchten neue Tarifierungsformen einführen. Die Schweiz. Vereinigung der Privatkliniken (SVPK) erachtet es als wichtig, dass bei den Pauschalen auf die individuelle Patientensituation eingegangen wird. Die Versicherer nehmen bei den Privatkliniken eher eine Bereitschaft, sich auf neue Tarife einzulassen, wahr als bei den öffentlichen Spitälern. Im Zusatzversicherungsbereich sind Fallpreispauschalen üblich. Im ambulanten Bereich könnten sich nach der SVPK Einzelleistungsverrechnungen kombiniert mit einem Kostendach durchsetzen. Aufgrund der finanziellen Unsicherheiten wagen die Akteure jedoch noch keine grossen Experimente.

Die Kantone sind stark an neuen Tarifmodellen interessiert. Gefordert werden einheitliche Pauschalen. Zur Zeit stehen bei den öffentlichen Spitälern Abteilungs- und Eintrittspauschalen im Vordergrund.

Die Kantone zeigen grosses Interesse an der Einführung neuer Tarifarten. Einerseits weil sie teilweise selbst über Spitäler verfügen andererseits, weil sie die Gesundheitsversorgung im Kanton sicherstellen müssen und daher Einfluss auf die Gesamtkosten wahrnehmen möchten. Mit einer Ausnahme arbeiten alle Kantone aktiv an der Entwicklung von neuen Tarifmodellen mit (z.B. im Rahmen der SDK Ostschweiz). In praktisch allen Kantonen sind bereits Abteilungs- oder Eintrittspauschalen eingeführt oder geplant. Als erfolgsversprechender Ansatz betrachten einzelne Kantone (als auch zwei Versicherer) standardisierte Behandlungspfade (z.B. Kantonsspital Aarau). Die SDK beurteilt diese Form der Pauschale aufgrund der notwendigen Detailarbeiten je-

doch als nicht sehr versichererfähig. Im chirurgischen Bereich können die Leistungen sehr gut differenziert werden, was im internistischen Bereich weniger zutrifft.

Die Westschweizer Kantone sind etwas zurückhaltender gegenüber den neuen Tarifierungsformen.

Von den Kantonen werden grösstenteils einheitliche Pauschalen pro Leistungserbringergruppen gefordert. Gemäss der SDK wird jedoch erst in Ansätzen über gesamtschweizerische Fallpauschalen diskutiert. Die Akteure haben sich noch nicht genügend dafür eingesetzt, um eine neue gesamtschweizerische Pauschale zu erarbeiten und flächendeckend umzusetzen. Die Kantone der Westschweiz sind etwas zurückhaltender gegenüber den neuen Tarifierungsformen, weil dadurch insbesondere der Druck auf die teuren Kantone weiter steigen würde.

Die Eidg. Medizinaltarifkommission (MTK) befürwortet Fallpreispauschalensysteme mit ergänzenden Qualitätsmerkmalen.

Gemäss der MTK sollten möglichst Fallpreispauschalensysteme (inkl. Patientenklassifikationssysteme) eingeführt werden, um mit den Tarifierungsformen einen Einfluss auf die Kostenentwicklung haben zu können. Zentral ist jedoch die Erarbeitung von Qualitätsmerkmalen und deren Kontrolle, damit keine unbeabsichtigten Effekte entstehen.

Das BSV fordert die vermehrte Einführung von Patientenpauschalen und Zeittarifen.

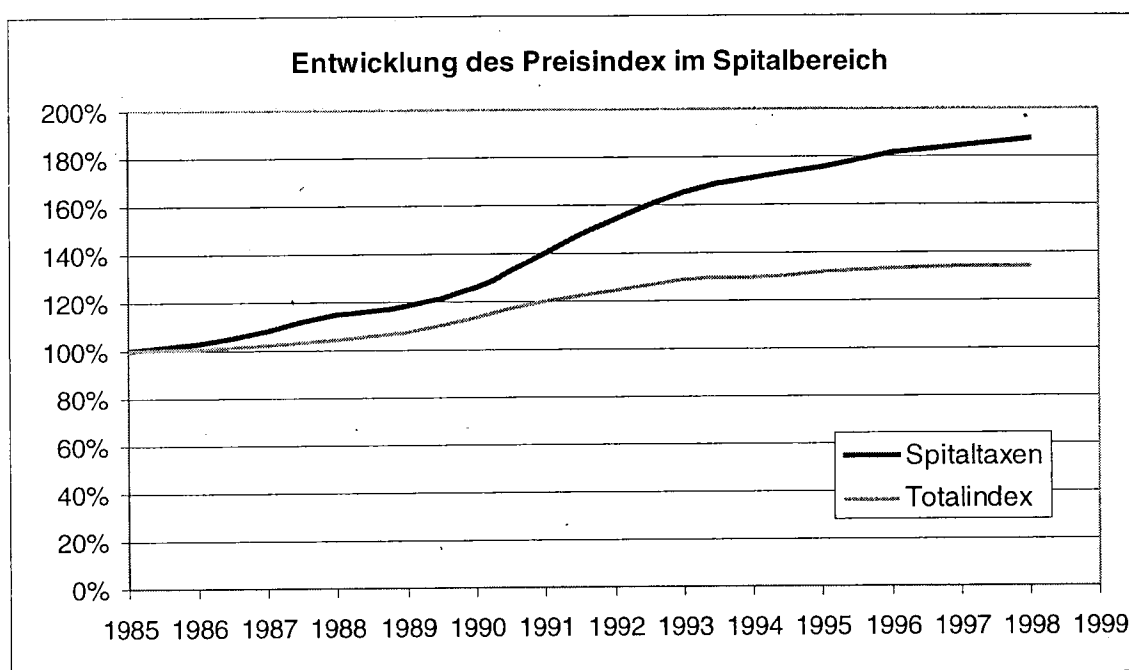
Das BSV erachtet die Durchsetzung neuer Tarifmodelle als sehr wichtig. Entscheidend ist dabei, dass versucht wird mit den Tarifen Einfluss auf die Mengenentwicklung zu nehmen. Gemäss dem BSV ist dies vor allem mit Patientenpauschalen und Zeittarifen möglich. Patientenpauschalen wären nach Ansicht des BSV vor allem im ambulanten Bereich sehr effektiv, weil sie verhindern, dass zu viele Leistungen in Anspruch genommen werden. Aufgrund der fehlenden Datengrundlagen werden sie jedoch noch nicht eingesetzt.

4.3. Höhe der Tarife

Die Entwicklung der Tarifhöhen ist anhand der Verträge schwierig zu beurteilen. So ist ein direkter Vergleich kaum möglich, wenn neue Tarifformen vereinbart worden sind oder die Taxpunktwerte veränderte Leistungsinhalte umfassen.

Die Tarife im stationären Bereich wurden erhöht. Durch die dringlichen Bundesbeschlüsse und die Tarifentscheide des Bundesrates konnte die Zunahme jedoch abgeschwächt werden.

Die Spitaltaxen haben seit 1985 laufend zugenommen. Wie die Figur 10 zeigt, ist der Anstieg der Spitaltaxen seit den Jahren 1993/94 wesentlich weniger ausgeprägt als anfangs der 90er Jahre. Dies ist vor allem auf die dringlichen Bundesbeschlüsse und auf die Tarifentscheide des Bundesrates zurückzuführen.



Figur 10: Die Zunahme der Spitaltaxen konnte seit Mitte der 90er Jahre durch die dringlichen Bundesbeschlüsse und die Tarifentscheide des Bundesrates gebremst werden (Quelle: BFS 1999).

Die Entwicklung der Tarifhöhen ist seit Inkrafttreten des KVG vor allem bei den öffentlichen Spitälern unter dem Gesichtspunkt der dringlichen Bundesbeschlüsse zu betrachten. Grundsätzlich sind seit diesen Beschlüssen Tarifierhöhungen politisch wesentlich schwieriger durchzusetzen. In vielen Fällen kam es jedoch zu einer bedeutenden Erhöhung der Tarife, weil ein grosser Nachholbedarf vorlag. Allerdings sind in vielen Fällen (AG, BL, FR, GE, LU, NW, SG, SO, TG, ZH) aufgrund der Intervention des Preisübersichters und der Beschwerden an den Bundesrat die Taxen nicht ganz so stark angestiegen, wie es von verschiedenen Kantonen oder Spitälern angestrebt wurde.

Die Tarife haben zwischen 1995 und 1999 in allen stationären Behandlungsbereichen zugenommen. Im Jahre 2000 sind die Tarife praktisch nicht mehr erhöht worden.

Durchschnittlich lag die Zunahme bei den öffentlichen Spitälern bei gut 20%, bei den Psychatriekliniken bei rund 11%, bei den Rehabilitationskliniken bei rund 26% und bei den Privatspitälern bei rund 16%. Allerdings kam es in einzelnen Kantonen wie Waadt oder Thurgau auch zu Senkungen der Tagespauschalen gewisser Anstalten. Die bedeutendsten Erhöhungen liegen im Bereich von 40% bis 50%. Im letzten Jahr war keine bedeutende Veränderung der Tarife feststellbar. Dass die Tarife nicht noch stärker angestiegen sind, ist zum Teil auf die Bundesratsentscheide zurück zu führen. Die Entwicklung je Leistungsbereich ist wie folgt zu beurteilen:

- Der Vergleich der stationären Spitaltaxen von 1995 mit denjenigen von 1999 resp. 2000 bei den betrachteten Kantonen zeigt, dass generell eine Erhöhung stattgefunden hat, die im Durchschnitt rund 20% betrug. Während die Spitaltaxen 1995 in den acht betrachteten Kantonen bei durchschnittlich ca. Fr. 270 pro Tag lagen, werden die Tagespauschalen im Jahr 2000 zu durchschnittlich Fr. 320 verrechnet. Dabei sind deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen Kantonen auszumachen. Zu berücksichtigen ist dabei, dass die Tarife zwischen den Spitälern aufgrund des unterschiedlichen Leistungsangebots nur bedingt direkt vergleichbar sind. Die grössten Zunahmen sind in den Kantonen Aargau, Schaffhausen, Appenzell IR/AR und Zürich auszumachen. Gegenläufig ist die Entwicklung im Kanton Waadt, wo die Spitaltaxen im Jahr 2000 rund 18% unter denjenigen von 1995 liegen.²⁵ Mit Ausnahme des Universitätsspitals Genf (plus 6%) erfuhren die Spitaltaxen im Jahr 2000 gegenüber dem Vorjahr keine Erhöhung. Bei den Spitälern im Kanton Waadt wurden die Spitaltaxen wiederum gekürzt, gegenüber dem Vorjahr um rund 3%. Der Vergleich der unterschiedlichen Spitaltaxen sollte mit der zunehmenden Einführung von Fallpauschalen in Zukunft transparenter, einfacher und aussagekräftiger werden, auch wenn dann wiederum Abgrenzungsprobleme auftauchen.
- Die Höhe der Spitaltaxen bei den Privatspitälern ist sehr unterschiedlich. Die Taxen der Privatspitäler können jedoch aufgrund des unterschiedlichen Leistungs-

²⁵ Allerdings muss berücksichtigt werden, dass im Kanton Waadt eine Eintrittspauschale von Fr. 630 in Rechnung gestellt wird.

angebots nicht direkt verglichen werden. 1995 variierten die Tagespauschalen von knapp Fr. 200 bis zu gut Fr. 380, wobei zu beachten ist, dass kleine Kliniken zum Teil sehr tiefe Tagespauschalen haben. Im Kanton Aargau wurden durch die meisten Privatkliniken Fallpauschalen eingeführt, so dass kein direkter Vergleich zu 1995 möglich ist. Eine bedeutende Erhöhung erfuhr eine Klinik im Kanton Appenzell Ausserrhoden, deren Taxen bis zum Jahr 1999 um gut 40% erhöht wurden.²⁶ Im Kanton Bern sieht das Bild sehr uneinheitlich aus, Taxreduktionen von über 10% stehen Taxerhöhungen von 45% gegenüber. Mit Ausnahme einer Klinik (Erhöhung um über 40%) sind die Taxen im Kanton Thurgau stabil geblieben. Ebenfalls keine Veränderung erfuhren die Privatspittaltaxen im Kanton Waadt, während im Kanton Zürich gegenüber 1995 eine Erhöhung um knapp 20% zu verzeichnen war.

- Bei den psychiatrischen Kliniken sind die Tagestaxen sehr unterschiedlich hoch. Sie variierten 1995 von Fr. 108 pro Tag im Kanton Aargau bis zu Fr. 359 pro Tag im Kanton Waadt. Natürlich ist zu berücksichtigen, dass die Kliniken sehr unterschiedliche Leistungen erbringen und daher ein direkter Vergleich nur schwierig anzustellen ist. Im Vergleich zu den für das Jahr 2000 geltenden Tarifen haben die Taxen im Durchschnitt nur um etwa 10% zugenommen. Die stärksten Zunahmen waren in den Kantonen Aargau und Appenzell zu verzeichnen (zwischen 30% und 40%). Abgenommen haben die stationären Psychiatrietaxen in den Kantonen Thurgau und Waadt. Die grossen Veränderungen haben allesamt zwischen 1995 und 1999 stattgefunden, also mit der Einführung des KVG und der Aufhebung der dringlichen Bundesbeschlüsse. Im letzten Jahr konnten sozusagen keine Veränderungen in der Tariffhöhe verzeichnet werden.
- Die Taxen für den Aufenthalt in einer Rehabilitationsklinik sind generell ziemlich tief und betragen rund Fr. 200.- pro Tag. Während die Rehabilitationstaxen in den Kantonen Bern, Thurgau und Waadt stabil blieben resp. sogar abnahmen, stiegen sie im Kanton Aargau bis zum Jahr 1999 teilweise um über 75%. Keine bedeutenden Änderungen fanden im letzten Jahr statt.

26 Allerdings ist zu beachten, dass unter dem KUVG bei dieser Klinik kein Vertrag vorlag.

In der Wahrnehmung der Akteure sind die stationären Spitaltarife seit mehreren Jahren praktisch stabil. Tarifierhöhungen konnten kaum mehr durchgesetzt werden.

Die Akteure sind sich weitgehend darin einig, dass der Verhandlungsdruck der Versicherer, die Entscheide des Bundesrates sowie der politische Druck, der keine Tarifierhöhungen mehr erlaubt, eine geringere Zunahme und eine Stabilisierung der Tarife im stationären Spitalbereich bewirkt haben. Die Tarife im Spitalbereich wurden nach Ansicht der meisten Akteure nur sehr moderat erhöht.

Die Tarife im ambulanten Bereich und bei den Pflegeheimen sowie der Spitex sind ebenfalls angestiegen.

Im ambulanten Bereich sind die Tarife mit Ausnahme der Ärztetarife gemäss den Befragten angestiegen. Die Zunahmen konnte jedoch durch den Druck der Versicherer leicht eingedämmt werden. Im Bereich der Pflegeheime und der Spitex sind die Tarife gemäss den Versicherern gestiegen. Durch die Rahmentarife des Bundes konnte jedoch eine weitere Steigerung verhindert werden. Allgemein anerkannt wird, dass die Tarife insbesondere im Bereich der Pflege, aber auch in der Spitex, die effektiven Kosten der Pflegeleistungen gemäss KVG nicht decken. Die Finanzierung der Kosten der Pflege ist politisch umstritten. Die Kantone fordern, dass die Versicherer die vollen Kosten der Pflegeleistungen gemäss KVG zu übernehmen haben. Dies ist jedoch politisch brisant, weil die Finanzierung der Pflegekosten nach KVG eine deutliche Erhöhung der Prämien zur Folge hätte.

4.4. Fazit

Die Analyse der Tarifverträge in den ausgewählten acht Kantonen hat gezeigt, dass sich die Anzahl der Verträge seit Inkrafttreten des KVG um gut ein Drittel erhöht hat. Diese Zunahme ist hauptsächlich auf den Leistungsausbau durch das KVG und die neuen Verträge im Spitalbereich zurückzuführen. Durch die Analyse der Tarifverträge wird bestätigt, dass der grösste Teil der Verträge durch die Verbände abgeschlossen werden und vor allem im Bereich der öffentlichen Spitäler bisher noch keine Entkartellierung stattgefunden hat.

Bei den Tarifierungsformen sind zwischen den Pauschal-, Einzelleistungs- und Zeittarifen in den einzelnen Leistungsbereichen nur geringfügige Änderungen festzustellen. Bei den Pauschaltarifen dominieren weiterhin die Tagespauschalen mit einem Anteil

von über 75%. Ihr Anteil hat sich jedoch zugunsten der Fallpauschalen verringert, die eine deutliche Zunahme verzeichnen konnten. Ihr Anteil an den Verträgen, in denen Pauschaltarife vereinbart worden sind, hat sich von 10% auf 20% erhöht. Die Tarifpartner sind der Ansicht, dass das KVG den Trend in Richtung neuer Pauschalisierungsformen gefördert, jedoch nicht ausgelöst hat. Versichertenpauschalen werden bisher nur in den alternativen Versicherungsmodellen (HMO) vereinbart.

Da Tagespauschalen von allen Partnern als ungeeignet beurteilt werden, wird sich die Entwicklung in Richtung neuer Pauschalisierungsformen in Zukunft im Spitalbereich noch verstärken. Der Trend geht in Richtung von diagnosebezogenen Fallpreispauschalen, wobei hier allerdings noch Anstrengungen in der Bereitstellung von Datengrundlagen unternommen werden müssen. Als Zwischenschritt werden zur Zeit von vielen Spitälern Abteilungspauschalen und vor allem Mischformen (Tagespauschalen für die Hotellerie und Abteilungspauschalen für den medizinischen Bereich) vorgeschlagen und vereinbart. Die neuen Tarifierungsformen befinden sich jedoch noch in der Experimentierphase und haben sich noch nicht breit durchgesetzt. Die lange Einführungszeit von neuen Tarifierungsformen ist auf die notwendige Grundlagenarbeit (Entwicklung von Modellen; Bereitstellung von Datengrundlagen) und das Bedürfnis der Tarifpartner, mit den Modellen praktische Erfahrungen zu sammeln, zurückzuführen.

Grundsätzlich manifestieren alle Akteure Interesse an der schrittweise Einführung neuer Tarifierungsformen im Spitalbereich. Sie erhoffen sich dadurch insbesondere bessere Anreize und eine Erhöhung der Transparenz. Übereinstimmend werden dabei einheitliche Tarifmodelle pro Leistungsbereich gefordert, um die Vergleichbarkeit und das Benchmarking unter den Leistungserbringern zu ermöglichen. Während die Spitalverbände, Kantone und Bundesbehörden neue Tarifierungsformen deutlich unterstützen, ist die Mehrheit der Versicherer aufgrund der bisherigen Erfahrungen skeptisch und zurückhaltend. Sie befürchten Kostenerhöhungen oder -verlagerungen in den ambulanten Bereich. Als zentrales Anliegen vertreten sie, dass die neuen Formen nicht zu Kostenerhöhungen führen dürfen und mit einem Benchmarking und Qualitätskriterien gekoppelt werden müssen.

Auch im ambulanten Bereich hat eine gewisse Entwicklung hin zu neuen Tarifierungsformen stattgefunden. Neben dem Zeittarif in der Spitex sind in der Physiotherapie und bei den Ernährungs- und DiabetesberaterInnen Tarife mit pauschalen Kompo-

nungen eingeführt worden. Diese zielen in Form von Sitzungs- oder Konsultationspauschalen vor allem auch eine Mengenbeschränkung ab.

Die Tarife in der stationären Behandlung (Spitäler, Psychiatrie, Rehabilitationskliniken) haben sich zwischen 1999 und 2000 erhöht. Auf das Jahr 2000 sind die stationären Tarife kaum mehr erhöht worden, was auf eine weitgehende Stabilisierung schliessen lässt. In der Wahrnehmung der Akteure konnten die stationären Spitaltarife in den letzten Jahren aufgrund des Verhandlungsdrucks der Versicherer und der Tarifentscheide des Bundesrats nur noch sehr moderat erhöht werden. Die Tarife im ambulanten Bereich (mit Ausnahme des Arzttarifs), bei den Pflegeheimen und der Spitex sind gemäss den Befragten ebenfalls angestiegen. Bei den Heimen und der Spitex konnte jedoch ein noch höherer Anstieg durch den Druck der Versicherer und die Rahmentarife des Bundes vermieden werden.

5. Auswirkungen auf die Tarifbeschwerden an den Bundesrat

Kantonale Tarifentscheide (Tarifgenehmigungen und -festsetzungen) können mit Beschwerde beim Bundesrat angefochten werden. Diese Beschwerdemöglichkeit ist ein wichtiges Element in der Tarifierung und hat sich mit dem KVG gegenüber dem KUVG nicht verändert. In diesem Kapitel wird dargelegt, welche Änderungen sich in der Anzahl und Art der Tarifbeschwerden und -entscheide sowie im Verhalten der Akteure ergeben haben. Anschliessend wird ausgeführt, inwiefern diese Änderungen auf das neue Gesetz zurückzuführen sind. Folgende Fragen sind dabei zu beantworten:

- Inwiefern hat sich die Anzahl der Beschwerden und die Zusammensetzung der Beschwerdeführer verändert?
- Haben sich die Beschwerdebereiche und die Streitpunkte verändert?
- Inwiefern sind die Veränderungen auf durch das KVG verursachte Verhaltensänderungen der Tarifpartner und der Kantone zurückzuführen?
- Wie haben sich die Tarifentscheide des Bundesrates verändert?
- Welche Auswirkungen hat das KVG auf die Rolle und das Verhalten des Bundesrats und des Preisüberwachers?

Zur Analyse der Veränderung der Tarifbeschwerden und -entscheide wurden die Beschwerden unter dem KUVG und dem KVG, bei denen ein Bundesratsentscheid gefällt wurde, ausgewertet und miteinander verglichen. Bei den Beschwerden unter dem KVG wurden alle von Anfang 1996 bis Mitte 1999, bei denjenigen unter KUVG nur die zwischen 1981 und 1995 veröffentlichten Tarifentscheide in den Vergleich miteinbezogen.²⁷ Die Verhaltensänderungen der Akteure bei den Beschwerden sowie der Einfluss des KVG auf die festgestellten Veränderungen wird aufgrund der durchgeführten Interviews beurteilt.

27 Der Unterschied ist gemäss BSV nicht relevant, weil unter dem KUVG fast alle Entscheide publiziert wurden.

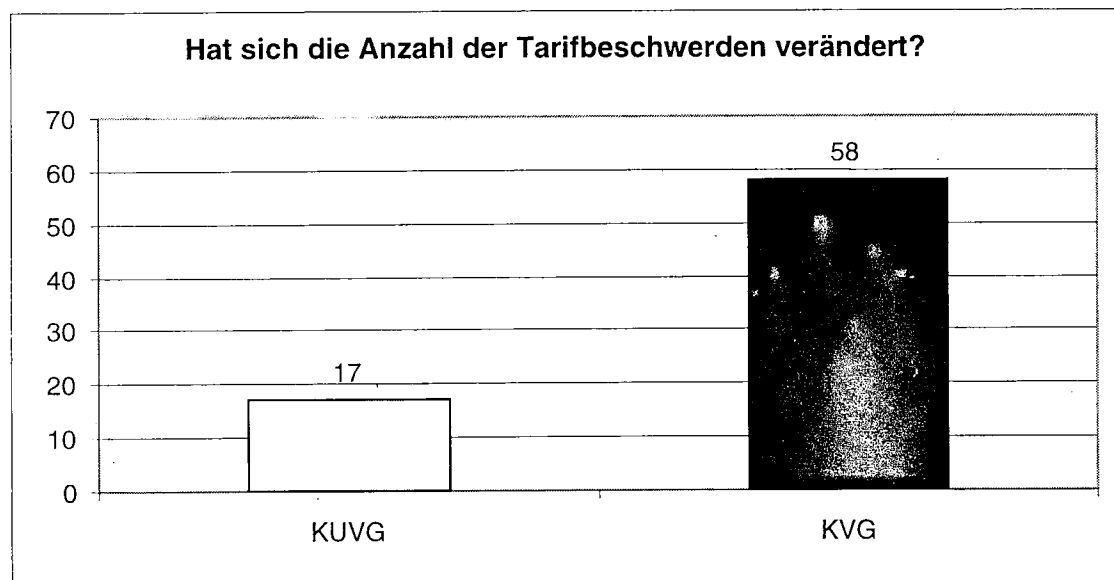
5.1. Tarifbeschwerden

Im Folgenden werden aufgrund der Analyse der Bundesratsentscheide die Veränderungen der Anzahl Tarifbeschwerden, der Zusammensetzung der Beschwerdeführer, die Beschwerdebereiche und die Streitpunkte dargestellt.

5.1.1. Anzahl Tarifbeschwerden

Die Anzahl der Tarifbeschwerden an den Bundesrat haben unter dem KVG enorm zugenommen.

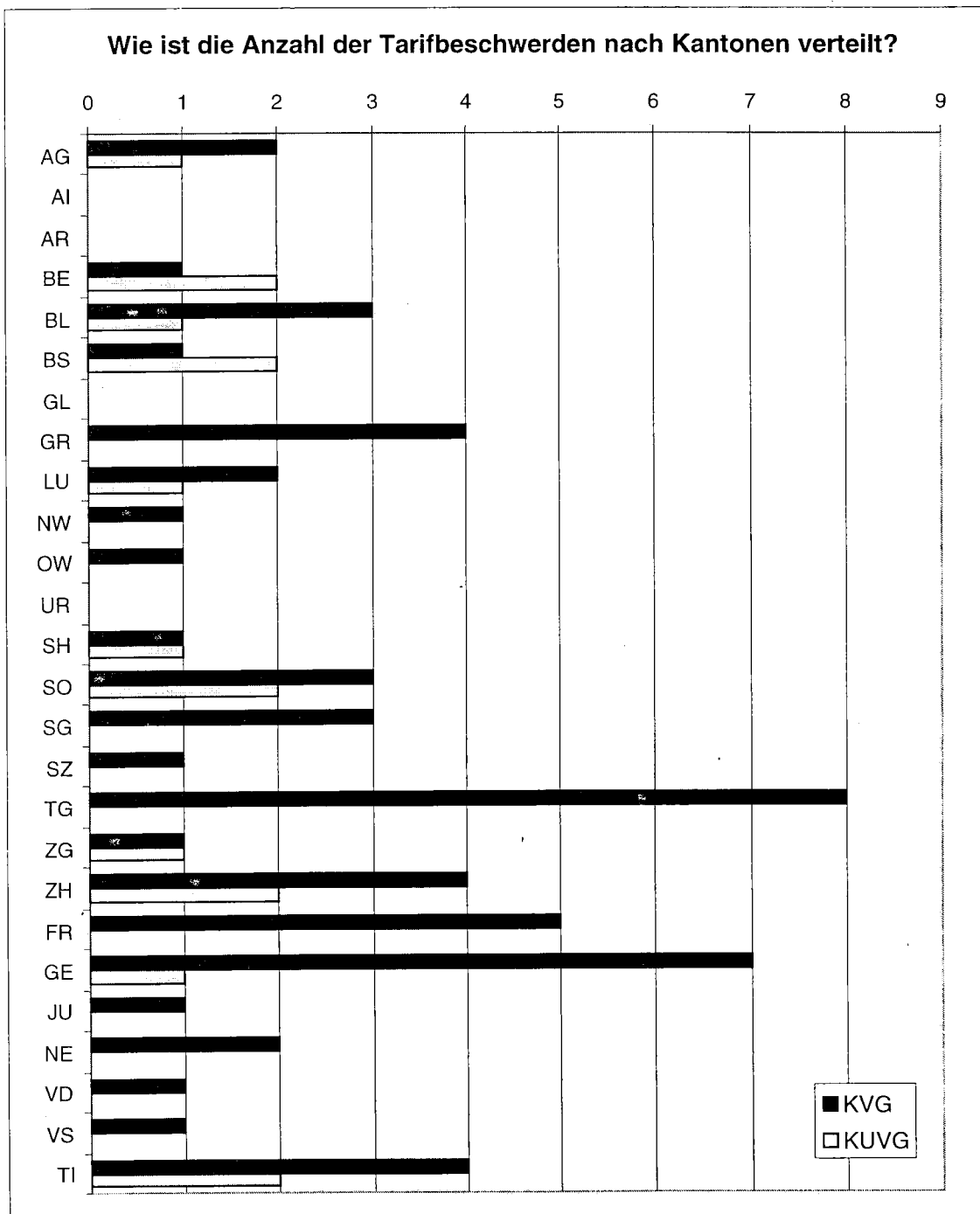
Figur 11 zeigt, dass die Anzahl der Tarifbeschwerden an den Bundesrat deutlich zugenommen haben:



Figur 11: Vergleich der Anzahl Tarifbeschwerden unter dem KUVG und dem KVG: Die Beschwerden haben sich unter dem KVG (Zeitraum 1996 bis 1999) im Vergleich zum KUVG (ausgewählter Zeitraum 1981 bis 1995) verdreifacht.

Die Anzahl der Tarifbeschwerden haben sich unter dem KVG im Zeitraum von 1996 bis 1999 im Vergleich zur viel längeren Vergleichsperiode unter dem KUVG von 1981 bis 1995 verdreifacht. Die Anzahl der Beschwerden ist von 17 (KUVG) auf 58 (KVG) angestiegen. Zu bemerken ist, dass unter den dringlichen Bundesbeschlüssen (dBB) in den Jahren 1991 bis 1995 Tariferhöhungen nur in sehr begrenztem Ausmass möglich waren und damit vermutlich ohne dieses Notrecht in diesen Jahren etwas mehr und nach Inkrafttreten des KVG etwas weniger Beschwerden geführt worden wären.

Die Auswertung der Beschwerden nach Kantonen zeigt folgendes Bild:



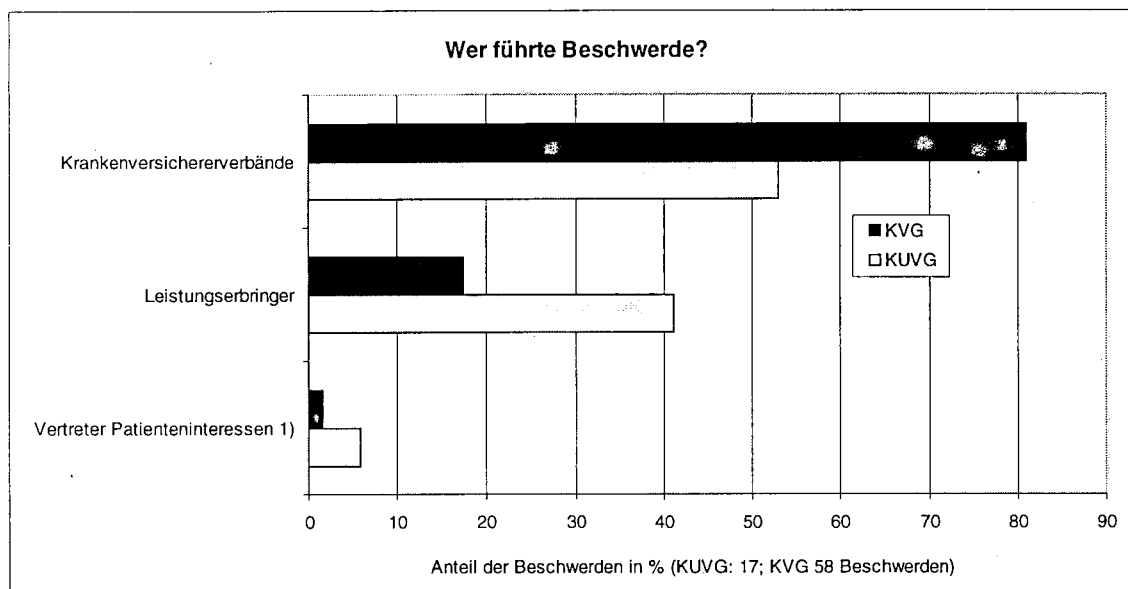
Figur 12: Verteilung der Tarifbeschwerden unter dem KUVG und dem KVG auf die Kantone. Die Zunahme der Tarifbeschwerden ist in den Kantonen Thurgau, Fribourg und Genf am deutlichsten.

Im Vergleich zu den Beschwerden unter dem KUVG, die sich auf knapp die Hälfte der Kantone verteilten, wurde im Zeitraum von 1996 bis 1999 unter dem KVG in praktisch allen Kantonen mit Ausnahme der Kantone Appenzell Innerrhoden und Ausserrhoden, Glarus und Uri mindestens eine Beschwerde eingereicht. Die Zunahme der Beschwerdetätigkeit war in den Kantonen Thurgau, Fribourg und Genf am grössten. Bemerkenswert ist auch die deutliche Zunahme der Beschwerden in der Westschweiz, die seitens des BSV u.a. auch auf die dBB zurückgeführt werden können.

5.1.2. Beschwerdeführer

Die Beschwerden der kantonalen Versichererverbänden haben deutlich zugenommen. Ihr Anteil an den gesamten Beschwerden hat sich von 50% auf 80% erhöht.

Die Beschwerden werden hauptsächlich von Krankenversicherer- oder Leistungserbringerverbänden geführt. Die prozentuale Verteilung der Beschwerdeführer der Beschwerden unter dem KUVG resp. KVG zeigt folgendes Bild:



1) KUVG: Verein Konsumentinnenforum Sektion Zürich; KVG: Einzelner Patient

Figur 13: Anzahl Beschwerdeführer in Prozentangaben unter dem KUVG und dem KVG: Die Beschwerden der Krankenversicherer haben unter dem KVG anteilmässig um rund 30% auf 80% zugenommen.

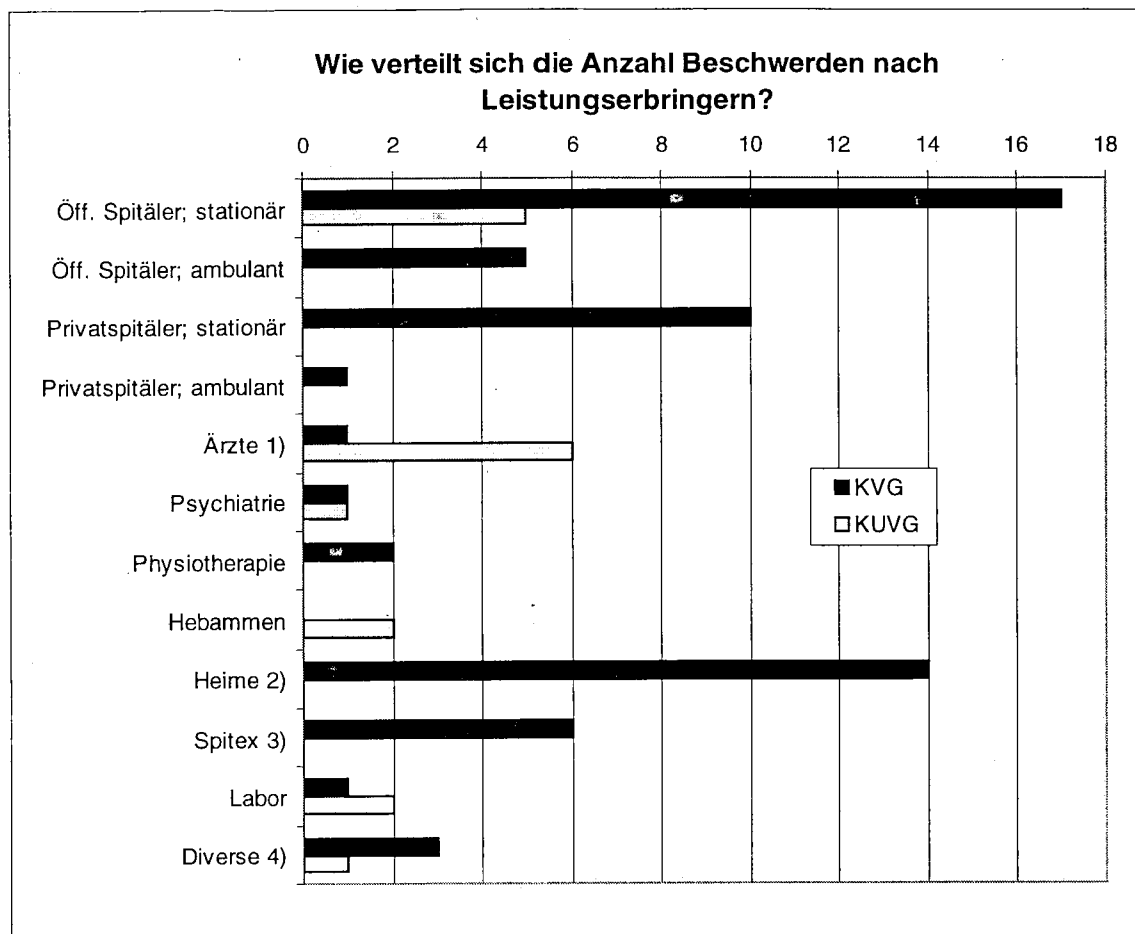
Im Vergleich zu den Beschwerden unter dem KUVG haben die Beschwerden der Krankenversichererverbände unter dem KVG anteilmässig von rund 50% auf 80% deutlich zugenommen. Die Beschwerden der Leistungserbringer auf Erhöhung der Tarife waren unter dem KUVG prozentual mit rund 40% deutlich stärker vertreten (KVG: 17%). Bei den Beschwerden unter dem KVG haben in fünf Fällen sowohl die Krankenversicherer als auch die Leistungserbringer eine Beschwerde eingereicht. Absolut betrachtet, haben sowohl die Beschwerden der Versicherer als auch diejenigen der Leistungserbringer zugenommen. Dabei haben jedoch die Beschwerden der Versicherer mit 9 (KUVG) auf 51 (KVG) viel deutlicher zugenommen als diejenigen der Leistungserbringer, die von 7 (KUVG) auf 11 (KVG) nur eine leichte Zunahme verzeichnen konnten.

5.1.3. Beschwerden nach Leistungserbringer

Zugenommen haben die Beschwerden vor allem bei den Tarifen bei öffentlichen Spitälern, den Heimen, den Privatspitälern. Eine geringere Zunahme ist bei den Beschwerden betreffend die ambulanten Spitaltarife und der Spitex zu verzeichnen.

Figur 14 zeigt die Aufteilung der Beschwerden nach Leistungserbringern unter dem KUVG resp. dem KVG²⁸ (absolute Angaben):

28 Bei drei Beschwerden sind je zwei Leistungserbringer betroffen.



- 1) Ärztetarife, psychotherapeutische und zahnärztliche Leistungen
- 2) Krankenpflege stationär (Kranken- und Pflegeheime, Krankenpflege in Spitälern)
- 3) Spitalexterne Krankenpflege
- 4) KUVG: Diabetesberatung; KVG: Chiropraktik, Ernährungsberatung, Ambulanztransport

Figur 14: Aufteilung der Beschwerden nach Leistungserbringern unter dem KUVG und dem KVG.

Unter dem KUVG wurden Tarifbeschwerden hauptsächlich in den Bereichen der stationären Behandlung in öffentlichen Spitälern und der Ärzte (Ärztetarife) eingereicht. Unter dem KVG sind die Spitzenreiter die öffentlichen Spitäler (stationär), die Heime und die Privatspitäler (stationär). Die Beschwerden betreffend die Ärzte haben merklich abgenommen. In den Bereichen öffentliche Spitäler (ambulant), Privatspitäler (stationär), Heime und Spitex wurden erst unter dem KVG Beschwerden eingereicht. Massgebend dafür war der Einbezug der Krankenpflege in die obligatorischen Pflichtleistungen und die Regel, dass die Versicherten die effektiven Betriebskosten resp. die Kosten der Pflegeleistungen nach KVG zu decken haben.

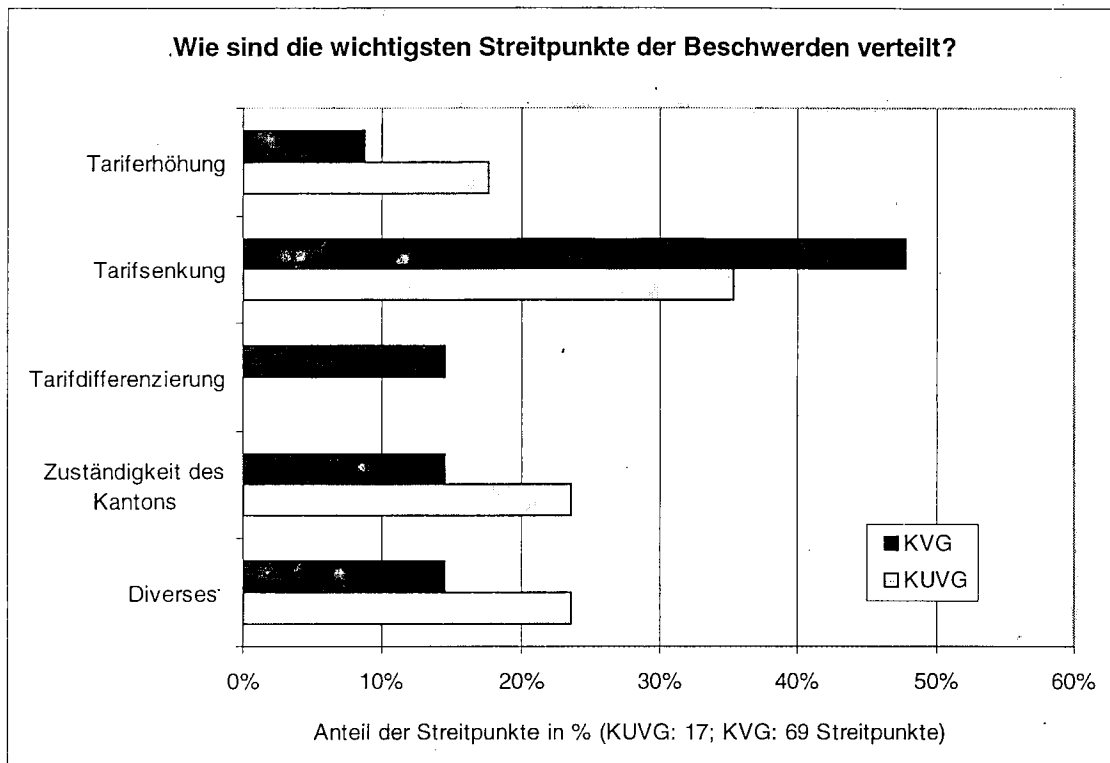
Die prozentuale Verteilung der Beschwerden in den Leistungsbereichen zeigt, dass die Beschwerden im Bereich der stationären Behandlung in öffentlichen Spitälern mit knapp 30% anteilmässig unter dem KVG gleich bedeutend geblieben sind wie unter dem KUVG. In den Bereichen öffentliche Spitäler (ambulant), Privatspitäler (stationär), Heime und Spitex sind die Beschwerden unter dem KVG anteilmässig gemessen an allen Beschwerden unter dem KUVG resp. KVG von 0% auf rund 10% (Spitex) bis 23% (Heime) deutlich angestiegen.

5.1.4. Streitpunkte

Sowohl unter dem KUVG wie dem KVG überwiegen die Anträge auf Senkung von kantonal festgesetzten Tarife. Mit dem KVG haben jedoch die Anträge auf Tarifsenkungen zu- und die Anträge auf Tarifierhöhungen abgenommen.²⁹ Die Anträge auf Tariffdifferenzierung haben zugenommen.

Hauptsächliche Streitpunkte waren sowohl unter dem KUVG wie dem KVG die Anträge auf Erhöhung resp. Senkung von kantonal festgesetzten Tarifen sowie das Anfechten der Zuständigkeit der kantonalen Behörden zur Tariffestsetzung. Mit dem KVG kam neu die Forderung nach der Differenzierung der Tarife nach den einzelnen Leistungserbringern innerhalb der Bereiche gemäss deren effektiven Betriebskosten hinzu. Absolut haben alle diese Streitpunkte unter dem KVG im Vergleich zum KUVG zugenommen. Die anteilmässige prozentuale Verteilung dieser Streitpunkte unter dem KUVG und dem KVG stellt sich wie folgt dar:

²⁹ Die Anträge der Beschwerdeführer beziehen sich immer auf kantonal festgesetzte Tarife. In der Folge wird vereinfachend nur noch von Anträgen auf Tarifsenkungen resp. -erhöhungen gesprochen.



Figur 15: Anteil der wichtigsten Streitpunkte in Prozenten unter dem KUVG resp. dem KVG: Auffallend ist die prozentuale Zunahme der Anträge auf Senkung von kantonal festgesetzten Tarifen unter dem KVG auf 48%.

Auffallend ist die anteilmässige prozentuale Zunahme der Anträge auf Tarifsenkungen unter dem KVG von 35% auf 48% (absolut Zunahme von 6 auf 32 Anträgen auf Tarifsenkungen). Diese Zunahme hängt insbesondere mit der deutlichen Erhöhung der Beschwerden der Krankenversichererverbände zusammen. Die Differenzierung der Tarife gemäss den effektiven Kosten der jeweiligen Leistungserbringer ist mit dem KVG als Streitpunkt neu hinzugekommen und weist eine entsprechende Steigerung des prozentualen Anteils der Beschwerden auf rund 14% auf. Sowohl bei den Anträgen auf Tarifierhöhung und den Anfechtungen der Zuständigkeit des Kantons sind unter dem KUVG im Vergleich zum KVG anteilmässig geringe Abnahmen zu verzeichnen.

Die übrigen Streitpunkte der Beschwerden umfassen vor allem die Forderung nach der Festsetzung oder der Genehmigung eines Tarifs durch den Regierungsrat sowie den Antrag auf Aufhebung eines Tarifentscheids aus verfahrensrechtlichen Gründen. Mit dem KVG ist zusätzlich die Anfechtung der Vertragsverlängerung hinzugekommen. In

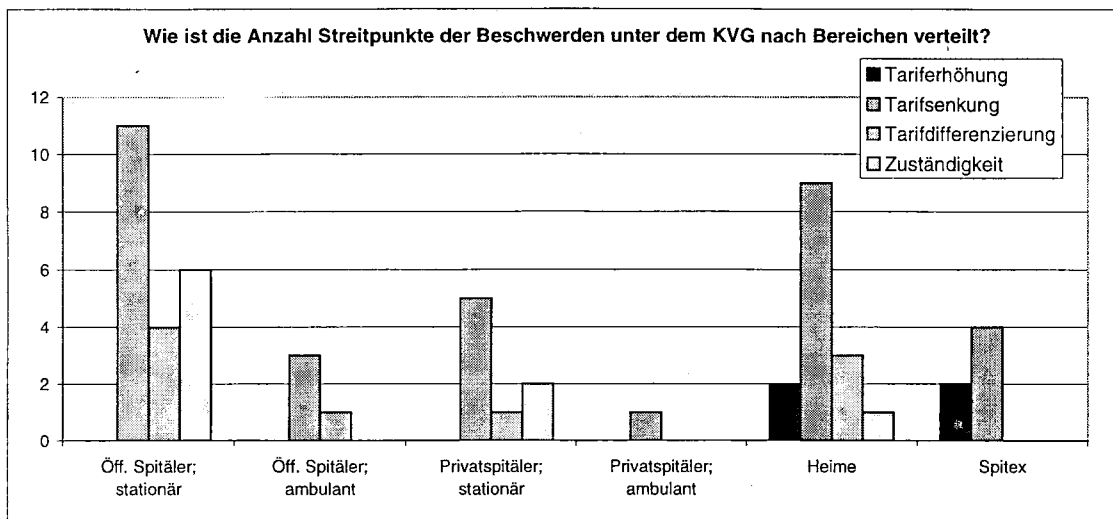
einem Fall wurde eine andere Tarifstruktur beantragt (Bereich Heime: Forderung einer Pauschale für die zusätzlich zu verrechnenden Leistungen).

Wichtigster Streitpunkt der Beschwerden unter dem KUVG waren Anträge auf Tarifsenkungen aufgrund von tieferen Kostenannahmen.

Bei den 17 Tarifbeschwerden unter dem KUVG ging es vorwiegend um die Forderung nach Tarifsenkungen. Wichtigster Grund für diese Forderungen war die Annahme von tieferen Kosten aufgrund von Abgrenzungsstreitigkeiten (pflichtige Kosten). Bei den Ärztetarifen machten die Beschwerdeführer vor allem eine Verletzung des Gebots der Billigkeit (resp. der wirtschaftlichen Tragbarkeit) geltend. Tarifierhöhungen wurden von den Leistungserbringerverbänden bei den Ärzte- und den Hebammentarifen gefordert. Geltend gemacht wird die Verletzung des Gebots der Billigkeit aufgrund der gestiegenen Kosten und der Ungleichbehandlung im Vergleich zu anderen Leistungserbringern.

Unter dem KVG forderten die Versicherer hauptsächlich Tarifsenkungen aufgrund von mangelhaften Kostengrundlagen seitens der Leistungserbringer in den Bereichen öffentliche Spitäler, Heime, private Spitäler. Bei den öffentlichen Spitälern sind zudem die ausgewiesenen anrechenbaren Kosten als zu hoch kritisiert worden.

Die massgeblichen Streitpunkte (Forderungen nach Tarifsenkung resp. Tarifierhöhung, Differenzierung der Tarife, Zuständigkeit des Kantons) der Beschwerden unter dem KVG verteilen sich wie folgt auf die wichtigsten Leistungsträger (absolute Angaben):



Figur 16: Verteilung der Streitpunkte der Beschwerden unter dem KVG auf die einzelnen Leistungserbringer. Senkungen von behördlich festgesetzten Tarifen werden vor allem bei den öffentlichen Spitälern (stationär) und den Heimen gefordert, Tarifierhöhungen nur bei den Krankenpflegeleistungen.

Die Krankenversichererverbände forderten Tarifsenkungen unter dem KVG vor allem bei den öffentlichen Spitälern (stationär), den Heimen, den privaten Spitälern (stationär) sowie bei der Spitex. Tabelle 4 zeigt die Gründe für die Anträge auf Tarifsenkungen, bezogen auf die einzelnen Leistungserbringer:

Leistungsträger	Gründe für die Anträge auf Senkung von kantonal festgesetzten Tarifen
Öffentliche Spitäler (stationär)	<ul style="list-style-type: none"> • Kostengrundlagen: Die anrechenbare Kosten sind zu hoch. Die Deckungsquote darf bei ungenügender Transparenz der Kostengrundlagen nicht 50% der anrechenbaren Kosten erreichen; Verstoss gegen das Gebot der Wirtschaftlichkeit (11 Beschwerden).
Öffentliche Spitäler (ambulant)	<ul style="list-style-type: none"> • Die Kostengrundlagen genügen für eine Erhöhung des Taxpunktwertes nicht (3 Beschwerden).
Privatspitäler (stationär)	<ul style="list-style-type: none"> • Forderung nach Anwendung der Deckungsquotenregelung für subventionierte Spitäler (4 Beschwerden). • Die Deckungsquote von 100% darf bei einer mangelhaften Kostengrundlage durch die Tarife nicht erreicht werden (3 Beschwerden). • Die anrechenbaren Kosten sind zu hoch (2 Beschwerden). • Der Tarif ist im Vergleich zu den Pauschalen im öffentlichen Bereich zu hoch. (1 Beschwerde).

Leistungsträger	Gründe für die Anträge auf Senkung von kantonal festgesetzten Tarifen
Privatspitäler (ambulant)	<ul style="list-style-type: none"> Die Tarifierhöhung ist nicht sachgerecht und widerspricht dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit (1 Beschwerde).
Heime	<ul style="list-style-type: none"> Kostengrundlagen: Bei einer mangelhaften Kostentransparenz kann der Rahmentarif nicht ausgeschöpft werden; Verletzung der wirtschaftlichen Tragbarkeit (7 Beschwerden). Annahme einer zu hohen Kostenstruktur und damit Verletzung der wirtschaftlichen Tragbarkeit (1 Beschwerde). Tarifierhöhungen bei Nacht- und Wochenarbeit ist unzulässig (1 Beschwerde).
Spitex	<ul style="list-style-type: none"> Annahme günstigerer Kostenstrukturen (1 Beschwerde). Die mangelhafte Datengrundlage erlaubt keine Erhöhung der Tarife. Verstoss gegen das Gebot der Wirtschaftlichkeit (2 Beschwerden). Der Tarif umfasst Leistungen, die nicht pflichtig sind (1 Beschwerde). Das Zeitbudget ist zu hoch (1 Beschwerde).

Tabelle 4: Gründe für die Senkung von kantonal festgesetzten Tarifen bei Tarifbeschwerden an den Bundesrat unter dem KVG. Wichtigster Grund sind die mangelhaften Datengrundlagen, die für eine Tarifierhöhung nicht ausreichen.

Wichtigster Grund bei den Forderungen nach Tarifsenkungen waren bei allen betrachteten Leistungsträgern die noch mangelhaften Kostengrundlagen (einheitliche Methodik; Kostenstellenrechnung), die für eine Erhöhung der Tarife nicht ausreichten. Bei der stationären Behandlung in öffentlichen Spitälern gaben die Beschwerdeführer als Gründe bei allen 11 Beschwerden zu hohe anrechenbare Kosten und die mangelhaften Datengrundlagen an, die für eine Ausschöpfung der Deckungsquote des maximalen Anteils der Versicherer von 50% der anrechenbaren Kosten der allgemeinen Abteilung nicht ausreichen. Bei den Privatspitälern (stationär) wurde in einigen Fällen Anspruch erhoben, gemäss der Spitalfinanzierungsregel nur 50% der anrechenbaren Kosten der allgemeinen Abteilung tragen zu müssen.

Tarifierhöhungen wurden hauptsächlich bei den Heimen und der Spitex seitens der Leistungserbringer gefordert.

Tariferhöhungen seitens der Leistungserbringerverbände wurden bei den Heimen und bei der Spitex gefordert.³⁰ Die Beschwerdeführer verlangten eine volle Kostendeckung der Tarife, den Einbezug der übrigen betrieblichen Kosten und die Abstützung auf ihre Berechnungsgrundlagen.

Die Differenzierung der Tarife wurden von den Versicherern zur besseren Abstützung auf die effektiven Kosten gefordert.

Die Differenzierung der Tarife nach den effektiven Kosten der Leistungserbringer wurde hauptsächlich bei den öffentlichen Spitälern (stationär), der Spitex und den Heimen gefordert. Grund für diese Forderung sind die oft unterschiedlichen Kosten der einzelnen Leistungserbringer. Mit einer Differenzierung sollen den effektiven Kosten besser Rechnung getragen werden.

Die Zuständigkeit des Kantons zur Festsetzung der Tarife wurde vor allem bei den öffentlichen Spitälern (stationär) angefochten. Dabei machten die Beschwerdeführer mehrheitlich geltend, dass kein vertragsloser Zustand bestanden habe, weil der Vertrag nicht gekündigt worden war.

5.1.5. Verhaltensänderungen der Tarifpartner und der Kantone

Die Zunahme der Anzahl der Tarifbeschwerden ist hauptsächlich auf das KVG zurückzuführen.

Der Vergleich der Tarifbeschwerden zeigt, dass die Anzahl der Beschwerden unter dem KVG enorm zugenommen hat. Sowohl die Leistungserbringer wie die Versicherer haben in kurzer Zeit ihre Beschwerdetätigkeit erhöht. Besonders ausgeprägt war die Zunahme der Beschwerden von 9 auf 51 jedoch bei den Versicherern, die den Beschwerdeweg hauptsächlich mit der Forderung nach Tarifsenkung beschritten. Die Forderung seitens der Leistungserbringer nach Tariferhöhungen spielte demgegenüber eine viel geringere Rolle. Die Analyse der Tarifbeschwerden und der Interviews zeigt, dass die Zunahme der Tarifbeschwerden praktisch ausschliesslich durch das KVG verursacht worden sind. Folgende Gründe sind für die Zunahme der Beschwerden der Versicherer massgebend:

³⁰ Tariferhöhungen wurden in zwei zusätzlichen Beschwerden bei den Ärztetarifen und der Ernährungsberatung gefordert. Auf diese Beschwerden wird jedoch nicht näher eingegangen.

1. Kostendruck, härtere Verhandlungskultur und vermehrte Tariffestsetzungen durch die Kantone

Der Kostendruck, der auf den Versicherern und den Leistungserbringern lastet, hat zu einer härteren Verhandlungskultur geführt, in der die Tarifpartner im Vergleich zur Situation unter dem KUVG viel schneller bereit sind, den Beschwerdeweg zu beschreiten. Die härtere Verhandlungskultur hat zur vermehrten Kündigung von Verträgen, weniger einvernehmlichen Lösungen und damit zur Zunahme der Tariffestsetzungen seitens der Kantone geführt. Unter dem KUVG mussten nur selten aufgrund eines vertragslosen Zustands hoheitliche Tarife festgesetzt werden.

2. Offene Fragen aufgrund der neuen Regelungen des KVG bei der Tariffestsetzung

Das KVG enthält neue Bestimmungen betreffend die Festsetzung der Tarife, bei denen offene Fragen und damit ein Interpretationsspielraum besteht. In einer ersten Phase der Gesetzesanwendung muss damit durch Bundesratsentscheide eine rechtliche Praxis entwickelt werden. Diese Praxis ist aufgrund der Beschwerden der Versicherer bisher vor allem im stationären Bereich (private und öffentliche Spitäler) sowie den Heimen entwickelt worden. Die Gründe, die von den Versicherern für die Senkung von behördlich festgesetzten Tarifen geltend gemacht werden, zeigen, dass vor allem folgende offene Fragen geklärt werden mussten:

- Berechnung der anrechenbaren Kosten bei den privaten und öffentlichen Spitälern;
- Erfordernisse zur Erreichung der Kostentransparenz bei den Spitälern und den Heimen,
- Kriterien zur Beurteilung der wirtschaftlichen Tragbarkeit von Tariferhöhungen bei Spitälern und Heimen.

Weitgehend geklärt sind die Fragen, wie die anrechenbaren Kosten zu berechnen und die wirtschaftliche Tragbarkeit zu beurteilen ist. Hier hat sich eine Praxis des Bundesrates resp. des Preisüberwachers entwickelt. Weiterhin offen sind jedoch die Definition der Erfordernisse zur Erreichung der Kostentransparenz und der davon abzuleitende Anteil der von den Versicherern zu übernehmenden Kosten.

Die neue Bestimmung, dass die Tarifstrukturen von Einzelleistungstarifen gesamtschweizerisch zu regeln sind sowie die hängigen Beschwerden betreffend die Taxpunktswerte in den Bereichen Physiotherapie und Hebammen lassen vermuten,

dass auch im ambulanten Bereich mit einer beträchtlichen Anzahl von neuen Beschwerden zu rechnen ist.

3. Politische Tariffestsetzungen der Kantone

Die Mehrheit der Kantone versucht, aufgrund der finanziellen Belastung die Spitaltarife so festzusetzen, dass 50% der anrechenbaren Kosten der subventionierten Spitäler durch die Versicherer getragen werden. Sowohl die Versicherer als auch die Bundesbehörden erachten eine sofortige Übernahme von 50% der anrechenbaren Kosten subventionierter Spitäler durch die Versicherer als überrissen und nicht gerechtfertigt. Gemäss der vom Preisüberwacher vorgeschlagenen und vom Bundesrat gestützten Praxis sind Zustimmungen zu allfälligen Erhöhungen von Spitaltarifen u.a. vom Grad der vorhandenen Kostentransparenz abhängig. Auch in weiteren Bereichen werden die Entscheide der Kantone (Tariffestsetzungen und -genehmigung) von den Versicherern und den Leistungserbringern als politisch beurteilt. Ausschlaggebend kann dabei die Haltung des Regierungsrates zu den jeweiligen Leistungserbringern sein.

4. Zusätzliche Leistungsbereiche

Durch die Leistungsausweitung, insbesondere auf die Pflegeheime und die Spitex, müssen mehr Verträge genehmigt werden, was aufgrund der teilweise strittigen Fragen (Berechnung der Kosten der Pflegeleistungen nach KVG; wirtschaftliche Tragbarkeit) unter dem KVG zur Erhöhung der Tarifbeschwerden beigetragen hat.

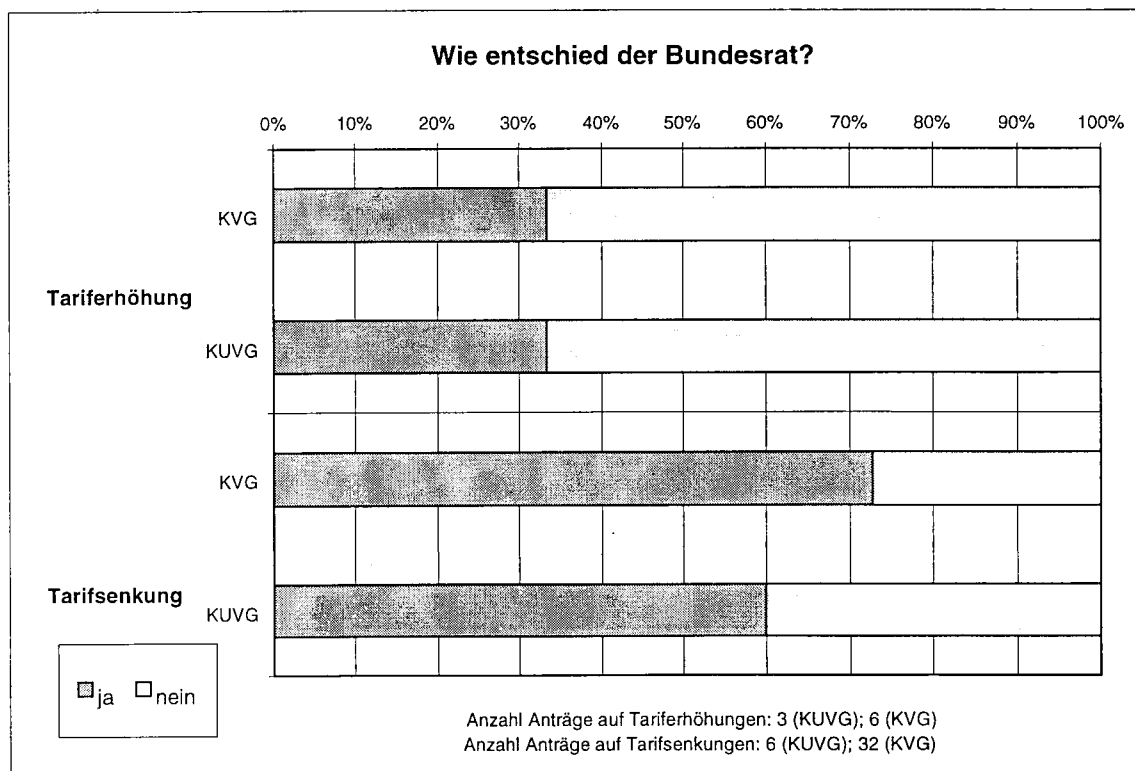
5.2. Tarifentscheide

Im Folgenden werden die Tarifentscheide des Bundesrates, die Auswirkungen des KVG auf die Haltung der sich mit den Beschwerden befassenden Bundesämter (Bundesamt für Sozialversicherungen und Bundesamt für Justiz) sowie die Rolle und den Einfluss des Preisüberwachers dargestellt.

5.2.1. Tarifentscheide des Bundesrats

Der Bundesrat ist unter dem KVG anteilmässig mehr Anträgen der Versicherer auf Senkung von kantonal festgesetzten Tarifen gefolgt. Absolut betrachtet, haben sich die positiven Entscheide zugunsten von Tarifsenkungen versechsfacht.

Der Bundesrat nimmt mit seinen Entscheiden vor allem auf die Tariffhöhen Einfluss. Ein Vergleich der Entscheide unter dem KUVG und dem KVG zeigt, dass der Bundesrat anteilmässig mit 70% von 32 Anträgen auf Senkung kantonal festgesetzter Tarife zugestimmt und jeweils je 60% der Anträge auf Tarifierhöhungen abgelehnt hat. Figur 17 stellt die Entscheide des Bundesrates prozentual betreffend die Tarifierhöhungen und -senkungen über alle Beschwerdebereiche dar:



Figur 17: Entscheide des Bundesrates betreffend die Tarifbeschwerden unter dem KUVG resp. KVG. Unter dem KVG entschied sich der Bundesrat anteilmässig mit über 70% vergleichsweise stärker für die Senkung kantonal festgesetzter Tarife als unter dem alten Gesetz. Absolut betrachtet, haben sich die Entscheide zugunsten von Tarifsenkungen versechsfacht.

Tarifierhöhungen

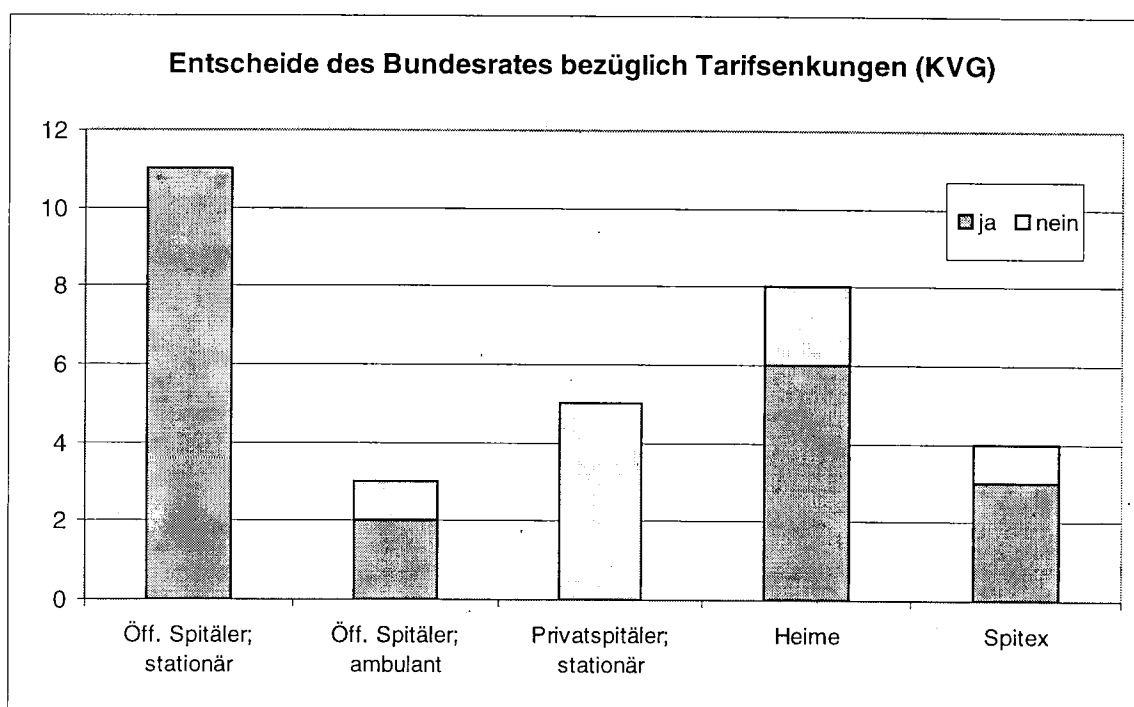
Unter dem KUVG hiess der Bundesrat von drei Anträgen auf Tarifierhöhungen einen gut. Dieser betraf den Taxpunktwert für Hebammen, der aufgrund der Annahme eines höheren Basisstundensatzes leicht erhöht wurde. Die übrigen Begehren lehnte der Bundesrat ab.

Der Bundesrat stimmte unter dem KVG zwei Anträgen auf Tarifierhöhungen zu. Diese betrafen die stationäre Krankenpflege (Verpflichtung zur Vergütung der Vollkosten) und die kantonale Festsetzung des Taxpunktwertes für die Ernährungsberatung (Begründung für einen tieferen Tarif fehlte). Die Ablehnungen erfolgten wegen ungenügenden Kostengrundlagen für eine Tarifierhöhung (Krankenpflege stationär, Spitex), nicht zu berücksichtigende Leistungen (Krankenheime) und als plausibel erachteten Berechnungen (Spitex).

Tarifsenkungen

Gründe für die Gutheissung von Beschwerden für Tarifsenkungen waren unter dem KUVG vor allem die Berücksichtigung von Leistungen, die nicht pflichtig waren (Ärzte und Hebammen) sowie die Verletzung der wirtschaftlichen Tragbarkeit einer Tarifierhöhung.

Die Entscheide des Bundesrates betreffend Tarifsenkungen unter dem KVG verteilen sich wie folgt auf die einzelnen Leistungserbringer:



Figur 18: *Entscheide des Bundesrates unter dem KVG betreffend Senkung kantonal festgesetzter Tarife. Der Bundesrat hiess die Anträge auf Tarifsenkungen bei der stationären Behandlung in öffentlichen Spitälern, den Heimen, in der Spitex sowie der ambulanten Behandlung in öffentlichen Spitälern grösstenteils gut.*

Entscheidend für die ausnahmslose Zustimmung zu Tarifsenkungsanträgen bei der stationären Behandlung öffentlicher Spitäler waren die ungenügenden Kostengrundlagen der Spitäler und das Ausweisen von zu hohen anrechenbaren Kosten.

Der Bundesrat hiess die Beschwerden im Bereich der stationären Behandlung in öffentlichen Spitälern durchwegs gut. Entscheidend waren dafür die vom Bundesrat entwickelte Praxis, dass die den Tarifen anzurechnenden Kosten auch bei noch fehlender Verpflichtung zur Erstellung einer Kostenstellenrechnung und einer Leistungsstatistik ausgewiesen werden müssen und die Einhaltung der Bedingungen für Tarifierhöhungen:

1. Vorliegen von transparenten Grundlagen für die Ermittlung der anrechenbaren Kosten,
2. Erfüllung der Kriterien für die Bestimmung der anrechenbaren Kosten,
3. Wirtschaftliche Tragbarkeit muss gegeben sein.

Dabei übernahm der Bundesrat bei mangelhaften Kostengrundlagen die vom Preisüberwacher empfohlenen Richtwerte für die jeweiligen Abzüge.³¹ Die maximale Deckungsquote von maximal 50% der anrechenbaren Kosten der allgemeinen Abteilung subventionierter Spitäler durch die Versicherer lässt sich gemäss der Praxis des Bundesrates nur rechtfertigen, wenn praktisch volle Kostentransparenz besteht. Da die anrechenbaren Kosten in den betrachteten Spitälern zu hoch und die Kostentransparenz mangelhaft war, folgte aufgrund der entwickelten Praxis eine Gutheissung der Beschwerden.

Bei den Heimen und der Spitex waren hauptsächlich die mangelhaften Datengrundlagen für die hohe Zustimmung zu Tarifsenkungen bestimmend.

Auch im Bereich der Heime anerkannte der Bundesrat die Forderungen nach Tarifsenkungen wegen ungenügenden Kostengrundlagen fast durchwegs. Massgebende Tarifobergrenze bildet dabei bei mangelhafter Kostentransparenz der vom Bundesrat in Kraft gesetzte Rahmentarif. Bei den Beschwerden betreffend Spitex waren verschiedene Gründe für die Gutheissung der Beschwerden verantwortlich, wie mangelnde Datengrundlagen, Berücksichtigung nicht pflichtiger Leistungen, Annahme eines zu hohen Zeitbudgets.

Die Anträge auf Tarifsenkungen bei den privaten Spitälern lehnte der Bundesrat durchwegs ab.

Folgende Gründe waren für die Ablehnungen der Anträge auf Tarifsenkungen bei privaten Spitälern wesentlich: Einerseits wurde die Forderung nach einer Deckungsquote von 50% der anrechenbaren Kosten der allgemeinen Abteilung, die durch die Versicherer zu tragen wäre, bei diesen Spitälern zurückgewiesen. Andererseits waren die ungenügenden Kostengrundlagen, mit denen die Versicherer ihre Forderungen untermauerten, hauptsächlich für die Abweisungen verantwortlich.

Der Bundesrat stimmte rund 70% der Anträge auf Tariffdifferenzierung aufgrund der mangelhaften Vergleichbarkeit der betreffenden Betriebe zu.

Die Differenzierung der Tarife nach den effektiven Kosten der einzelnen Leistungsträger wurde erst mit dem KVG gefordert. Gemäss der Praxis des Bundesrates sind die Tarife einzeln zu berechnen, wenn keine betriebliche Vergleichbarkeit durch vergleich-

31 Siehe Kapitel 5.2.2.

bare Kostenstrukturen der Leistungen vorhanden ist. Der Bundesrat stützt sich bei der Beurteilung auf die Empfehlung des Preisüberwachers ab. Die Beschwerdeführer forderten eine Tariffdifferenzierung bei den öffentlichen Spitälern, den Heimen und der Spitex. Der Bundesrat erachtete in 70% der Fälle die Differenzierung nach den effektiven Kosten als erforderlich. Die entsprechenden Beschwerden wurden gutgeheissen und zur Überarbeitung an die Kantone zurückgewiesen. In den restlichen 30% der Fälle wurde eine Gruppentaxe aufgrund der vergleichbaren Kostenstrukturen oder mangelnder Kostengrundlagen vorerst als vertretbar erachtet.

5.2.2. Rolle und Einfluss des Bundesrates

Der Einfluss des Bundesrates hat sich verstärkt. Er hat einen Beitrag zur Stabilisierung der Tarife, vor allem im stationären Bereich, geleistet.

Der Einfluss des Bundesrates hat sich durch die Zunahme der Anzahl der Tarifbeschwerden und die Forderung nach Eindämmung der Gesundheitskosten mit dem KVG grundsätzlich verstärkt. Dabei stützt er sich in seiner Praxis im Wesentlichen auf die vom Preisüberwacher abgegebenen Empfehlungen. Der Bundesrat hat durch die Zunahme der Zustimmungen zu den Tarifsenkungsanträgen der Versicherer einen Beitrag zur Stabilisierung der Tarife, vor allem im stationären Bereich, geleistet. Dies wird durch die Ansicht der Bundesbehörden (BSV und BJ) gestützt, die davon ausgehen, dass der Bundesrat die Tarife unter dem KVG in seinen Beschwerdeentscheiden stärker gesenkt hat als unter dem KUVG und das Gebot der wirtschaftlichen Tragbarkeit stärker beachtet. Zudem legt er heute bei seinen Entscheiden die Tarife selber fest, wenn er über genügend Datengrundlagen verfügt. Dies hilft, Unsicherheiten betreffend die Tarife zu verhindern und war unter dem KUVG nicht Praxis.

Die vom Preisüberwacher vorgeschlagenen und vom Bundesrat gestützten Tarifberechnungsgrundsätze werden in der Praxis weitgehend angewendet.³²

Das BSV, das BJ und der Preisüberwacher stellen fest, dass die vom Preisüberwacher vorgeschlagenen und vom Bundesrat gestützten Tarifberechnungsgrundsätze mit einer gewissen Zeitverzögerung auch von den Kantonen und den Leistungserbringern in den Verhandlungen angewendet werden. Das KVG und die Praxis des Bundesrates

32 Siehe auch Kapitel 5.2.3.

haben gemäss den Bundesbehörden auch eine präventive Wirkung, indem vergleichsweise weniger Beschwerden auf Tarifierhöhung eingereicht worden sind. Zudem konnten durch die konsequente Praxis die Datengrundlagen der Leistungserbringer verbessert werden.

Die Entscheide des Bundesrates sind sehr umstritten. Die Entscheide werden vor allem seitens der Spitalverbände und der Kantone als unsachlich, oftmals widersprüchlich und politisch gefärbt kritisiert. Alle Akteure bekunden mit den zeitlichen Verzögerungen bei den Tarifentscheiden grosse Mühe.

Die Entscheide des Bundesrates sind seitens der Tarifpartner sehr umstritten. Folgende Kritikpunkte werden von den befragten Personen geltend gemacht:

- Die Leistungserbringer (v.a. Spitalverbände), Versicherer und Kantone sind einhellig der Ansicht, dass es oft zu lange dauert, bis die Tarifentscheide vorliegen. Damit werden wichtige Beschlüsse verzögert, was zu administrativen Zusatzaufwendungen und zu einer gewissen Rechtsunsicherheit führt.
- Die Entscheide sind nach Ansicht der Kantone, der Spitalverbände und einem Teil der Versicherer zu wenig sachbezogen. Dies wird auf das fehlende Fachwissen des Bundesrates und seiner sich mit den Beschwerden befassenden Ämter (BSV, BJ) sowie auf die Abstützung auf die als unsachlich kritisierten Tarifprüfungsgrundsätze des Preisüberwachers zurückgeführt.
- Mehrere Tarifentscheide des Bundesrates werden von den Kantonen, den Spitalverbänden und auch einem Teil der Versicherer als nicht konsistent und widersprüchlich bezeichnet. Eine klare Linie wird vermisst.
- Die Entscheide werden als politisch gefärbt beurteilt. Dem Bundesrat wird vorgeworfen, alles daran zu setzen, damit die Prämien nicht weiter ansteigen.

Die nicht sachbezogenen Entscheide des Bundesrates führen nach Ansicht mehrerer Kantone und Tarifpartner zu Rechtsunsicherheit, die nur durch mehrere Entscheide zu den selben Fragen gemindert werden kann.

Die Versicherer sind durch die Entscheide des Bundesrates wesentlich gestärkt worden.

Die Versicherer sind durch die Entscheide des Bundesrates und dadurch, dass dieser grösstenteils der Beurteilungspraxis des Preisüberwachers gefolgt ist, im Spitalbereich gestärkt worden.³³ Für sie ist die Linie des Bundesrates in diesem Bereich recht klar.

Auswirkungen des KVG auf den Einfluss des BSV und des BJ im Tarifbereich

Das BSV muss zu mehr Aspekten Stellung nehmen. Einerseits bezieht sich dies auf die neuen Leistungsbereiche und die gesamtschweizerischen Tarifstrukturen, andererseits müssen aufgrund des neuen Gesetzes viel mehr Fragen beantwortet werden. Das BJ bereitet die Entscheide des Bundesrates vor. Die Verzögerungen bei den Entscheiden des Bundesrates sind aus der Sicht des BJ darauf zurückzuführen, dass die insgesamt Anzahl der Beschwerden an den Bundesrat zugenommen hat. Neben den Tarifbeschwerden, die den kleineren Teil der Beschwerden ausmachen, hat sich insbesondere die Anzahl der Planungsbeschwerden stark erhöht. Zudem benötigt die Instruktion aufgrund von Verzögerungen seitens der Parteien mindestens 4 Monate.

Die Stellungnahmen des BSV und die Vorbereitung der Entscheide seitens des BJ wird von einigen befragten Kantonen und Versicherern als formaljuristisch und zu wenig fachbezogen beurteilt.

5.2.3. Rolle und Einfluss des Preisüberwachers

Da Tarifverträge kartellistische Absprachen darstellen, kann der Preisüberwacher Tariffestsetzungen der Behörden unter dem Blickwinkel des Preismissbrauchs gemäss den Bestimmungen des Preisüberwachungsgesetzes überprüfen. Dabei kann er beantragen, auf die Preiserhöhung ganz oder teilweise zu verzichten oder einen missbräuchlich beibehaltenen Preis zu senken. Bei seiner Prüfung der Tarife berücksichtigt er die Entwicklung der Preise und der Kosten, die besonderen Marktverhältnisse sowie die wirtschaftliche Tragbarkeit der Tarife. Bevor die Behörden einen Tarif genehmigen oder festsetzen, haben sie den Preisüberwacher zu konsultieren.

33 Vgl. auch Kapitel 3.1.1.

Unter dem KUVG nahm der Preisüberwacher nur zu wenigen Beschwerden Stellung.

Unter dem KUVG überprüfte der Preisüberwacher nur wenige Beschwerden. Aufgrund der dringlichen Bundesbeschlüsse, die eine weitgehende Tarifeinfrierung zur Folge hatten, war seine Rolle weniger wichtig. Der Preisüberwacher nahm unter dem KUVG zu zwei Anträgen für Erhöhungen von Ärztetarifen Stellung auf Einhaltung des Gebots der Billigkeit. In beiden Fällen lehnte der Preisüberwacher eine Erhöhung der Tarife aufgrund der Verletzung des Gebots der Billigkeit ab. Gemäss seiner Praxis entsprach eine generelle Tariferhöhung dann dem Gebot der Billigkeit, wenn sie nicht weiter ging als die allgemeine Teuerung und dem Gerechtigkeits- bzw. dem Gleichbehandlungsgrundsatz nicht zuwider lief.

Mit dem KVG hat der Preisüberwacher deutlich an Einfluss gewonnen. Dieser beschränkte sich jedoch bisher hauptsächlich auf die stationären Spitaltarife.

Mit dem KVG hat der Preisüberwacher in den Bereichen, in denen er sich äusserte, enorm an Gewicht gewonnen. Bedeutend ist der Einfluss des Preisüberwachers insbesondere bei den stationären Spitaltaxen, die seit Inkraftsetzung des KVG den Schwerpunkt seiner Arbeiten im Gesundheitswesen darstellt. Von den insgesamt 12 Tarifbeschwerden, zu denen sich der Preisüberwacher bis Mitte 1999 unter dem KVG äusserte, betrafen 10 Fälle die stationäre Behandlung in öffentlichen Spitälern. Diese betrafen fast ausschliesslich Anträge der Versicherer auf Senkung von kantonal festgesetzten Tarifen.

Der Preisüberwacher hat bei den stationären Spitaltaxen durch die Erarbeitung von Tarifberechnungsgrundsätzen wichtige Vollzugsfragen geklärt.

Im stationären Spitalbereich bestand gemäss dem Preisüberwacher ein grosses Vakuum, das durch die von ihm entwickelte Praxis für den Umgang mit den noch nicht voll transparenten Kostenrechnungen der Spitäler gefüllt hat. Mit den vom Preisüberwacher vorgeschlagenen Grundsätzen für die Tarifberechnung (resp. die Tarifprüfung), die vom Bundesrat gestützt worden sind, hat der Preisüberwacher offene Vollzugsfragen bei der Festsetzung von stationären Tarifen geklärt, insbesondere die Präzisierung der anrechenbaren Kosten und die Transparenzerfordernisse (RPW 1997/5):

- In formeller Hinsicht stützt der Bundesrat die Anhörungspflicht: Eine unterlassene Konsultation des Preisüberwachers stellt eine Verletzung vom Bundesrecht dar.

- Tarifierhöhungen müssen wirtschaftlich tragbar bleiben. Deshalb gilt für Spitäler, bei denen die Versicherer heute noch bedeutend weniger als 50% der anrechenbaren Kosten der allgemeinen Abteilung übernehmen, der Grundsatz, dass die Pauschalen nicht in einem Schritt auf 50% angehoben werden dürfen.
- Spitaltarife müssen in der Übergangszeit bis zur Bereitstellung der gesetzlich geforderten Kostentransparenz differenziert beurteilt werden. Mangelhafte Kostentransparenz ist für sich kein ausreichendes Argument, um Tarifierhöhungen zum Vornherein abzulehnen: Je höher die durch die Spitäler ausgewiesene Kostentransparenz ist, desto höher darf die von den Versicherern zu übernehmende Deckungsquote festgelegt werden. Nur bei voller Kostentransparenz dürfen den Versicherern 50% der anrechenbaren Betriebskosten der allgemeinen Abteilung verrechnet werden.
- Akutspitäler gelten als genügend ausgelastet, wenn die Bettenbelegung 85% (Spitäler mit Notfallstation), respektive 90% (Spitäler ohne Notfallstation) erreicht.
- Die Kosten für Lehre und Forschung sind stets auszuscheiden.
- Solange die Spitäler die Kosten der verschiedenen Abteilungen nicht ausweisen können, gilt der Grundsatz, dass allgemein versicherte Personen mindestens 2% weniger Kosten verursachen als halbprivat oder privat versicherte Patienten. Die Tagespauschalen sind entsprechend tiefer anzusetzen.
- In Zukunft ist von der Festsetzung von Gruppentaxen (gleiche Tagestaxen für mehrere Spitäler) in der Regel abzusehen.

In allen überprüften Fällen betreffend die stationäre Behandlung in öffentlichen Spitälern lehnte der Preisüberwacher eine Tarifierhöhung ab. Da ihm der Bundesrat in seiner Praxis gefolgt ist, haben sich die Grundsätze in der Praxis durchsetzen können und zu einer Stabilisierung der Spitaltarife beigetragen.

In allen der vom Preisüberwacher nach dieser Praxis überprüften Fällen empfahl er eine Reduktion der anrechenbaren Kosten, eine in Abhängigkeit der Kostentransparenz abhängige Reduktion des durch die Versicherer zu übernehmenden Kostenanteils auf bis zu 43% sowie die Aufhebung von Gruppentaxen. Da ihm der Bundesrat in seinen Entscheiden praktisch immer gefolgt ist, konnte der Preisüberwacher damit in den meisten untersuchten Fällen eine Erhöhung der Spitaltaxen verhindern. Weitere Erfolge konnte der Preisüberwacher bei den Empfehlungen zu kantonalen Entscheiden erzielen, die nicht Gegenstand von Tarifbeschwerden an den Bundesrat waren.

Gemäss dem Preisüberwacher werden die Tarifberechnungsgrundsätze schweizweit angewendet. Dadurch sind die stationären Tarife kaum mehr gestiegen. Die Unterstützung durch den Bundesrat hat die Anwendung der Grundsätze vor allem bei den Kantonen und den Spitälern erheblich erhöht. Der Befolgungsgrad seitens der Kantone und der Leistungserbringer hat als Folge der grösseren Beschwerdebereitschaft der Versicherer, die sich gestärkt fühlen, und der Bestätigung der Empfehlungen des Preisüberwachers durch den Bundesrat, zugenommen. Die Kantone weigern sich gemäss dem Preisüberwacher in der Regel nicht mehr, die Auslastung ihrer Spitäler korrekt zu berechnen und allfällige Überkapazitäten auszuweisen. Sie können mit Verweis auf die Praxis des Preisüberwachers härtere Massnahmen durchsetzen (bspw. betreffend Umgang mit Überkapazitäten: Schliessung von Spitälern oder Spitalabteilungen). Auch bei den Spitälern hat der Preisüberwacher festgestellt, dass diese die Berechnungskriterien weitgehend anwenden (RPW 1998/5). Die Grundsätze haben zudem einen wichtigen Einfluss auf die Tarifverhandlungen, indem sich die Versicherer bei ihren Tarifberechnungen stark auf die Kriterien des Preisüberwachers abstützen, um damit möglichst Tariferhöhungen zu vermeiden.

Der Preisüberwacher hat gemäss seinen eigenen Aussagen bei den Spitälern einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der Kostentransparenz geleistet.

Aufgrund der konstanten und hartnäckigen Intervention sind gemäss dem Preisüberwacher die gelieferten Unterlagen der Spitäler schrittweise besser geworden. Der Preisüberwacher hat damit mit dem Bundesrat gemäss seinen eigenen Aussagen einen Beitrag zur Verbesserung der Kostentransparenz geleistet.

Die Empfehlungen des Preisüberwachers werden ebenfalls als unsachlich, widersprüchlich und politisch gefärbt kritisiert. Die Versicherer begrüssen das definitonische Wirken des Preisüberwachers.

Die Empfehlungen des Preisüberwachers werden jedoch von den Akteuren, insbesondere von den befragten Spitälern und den Kantonen, stark kritisiert. Von allen Parteien werden die Empfehlungen des Preisüberwachers als nicht sachgerecht und widersprüchlich beurteilt. Vorgeworfen wird dem Preisüberwacher auch, dass er seine Entscheidungen zu stark politisch trifft und möglichst eine Steigerung der Prämien verhindern will:

- Von den befragten Versicherern und Versichererverbänden werden die Tarifberechnungskriterien mit Genugtuung zur Kenntnis genommen und angewendet.

Das definitorische Wirken des Preisüberwachers wird begrüsst. Die Versicherer werden durch die entwickelte Praxis in den Verhandlungen erheblich gestärkt. Die Empfehlungen werden jedoch auch von einigen Versicherern als zum Teil nicht sachgerecht, politisch gefärbt und widersprüchlich beurteilt. Beispielsweise werden die normativen Abzüge als mangelhaft beurteilt.

- Die befragten Spitalverbände kritisieren, dass der Preisüberwacher mit dem KVG und der Unterstützung durch den Bundesrat einen politischen Einfluss erhalten hat, der ihm gar nicht zusteht. Als sehr problematisch wird erachtet, dass sich der Preisüberwacher zugunsten der Versicherer verhält und die Tarife aus politischen Gründen drückt. Die entwickelte Praxis wird grösstenteils als unsachlich und politisch motiviert beurteilt. Bestritten werden hauptsächlich die neuen Anforderungen an die Kostentransparenz, die Bettenauslastung sowie die vorzunehmenden Abzüge für die Aufwendungen aus Lehre und Forschung. Die Festlegung des Kostendeckungsgrads wird als willkürlich beanstandet.
- Die Kantone kritisieren die Empfehlungen des Preisüberwachers ebenfalls als unsachlich und politisch motiviert. Sie stellen sich insbesondere auf den Standpunkt, dass die Kostenbeteiligung der Versicherer bei den subventionierten Spitälern sofort auf 50% der anrechenbaren Betriebskosten erhöht werden muss.

Der Preisüberwacher hat sich in den letzten Jahren vermehrt den ambulanten Tarifen angenommen.

Der Preisüberwacher hat in den letzten Jahren vermehrt ambulante Tarife geprüft:

- Überprüfung des Tarifs für Magnet-Resonanzgeräte (MRI).
- Überprüfung und Empfehlung auf Senkung der Taxpunktwerte in den Bereichen Physio- und Ergotherapie.

5.3. Fazit

Aufgrund des KVG hat die Anzahl der Beschwerden an den Bundesrat enorm zugenommen. Die Beschwerden wurden zum überwiegenden Teil seitens der Versicherer gestellt, die in den Bereichen der stationären Behandlung in öffentlichen Spitälern, den Heimen und den privaten Spitälern die Senkung der von den Kantonen festgesetzten Tarifen verlangten. Hauptkritikpunkt waren die mangelhaften Kostengrundlagen sowie bei den Spitälern das Ausweisen von zu hohen anrechenbaren Kosten. Zugenom-

men haben auch die Anträge auf Tariffdifferenzierung seitens der Versicherer. Die Leistungserbringer stellten in weit geringerer Masse Anträge auf Tarifierhöhungen bei den Heimen und der Spitex. Sie forderten in diesen Bereichen vor allem eine volle Kostendeckung der Tarife.

Folgende Elemente des KVG sind für die Zunahme der Beschwerden in den Bereichen öffentliche Spitäler, Heime und Spitex verantwortlich:

- Bei den Tarifen betreffend die stationäre Behandlung in öffentlichen Spitälern führte der politische Kostendruck zu einer härteren Verhandlungskultur der Versicherer und der Leistungserbringer, was die Verhandlungen viel öfters scheitern liess. Durch die politische Tariffestsetzung der Kantone in ihrem eigenen finanziellen Interesse, provozierten diese darauf Beschwerden der Versicherer, die sich durch die entwickelte Praxis des Preisüberwachers, die vom Bundesrat gestützt wurde, gestärkt fühlten. Die Differenzen in den Verhandlungen entstanden hauptsächlich aufgrund der noch offenen Vollzugsfragen des KVG im Tarifbereich. Besonders umstritten waren die Erfordernisse zur Erreichung der Kostentransparenz und die Höhe der anrechenbaren Kosten.
- Mit dem KVG wird neu die betriebswirtschaftliche Bemessung der Tarife gefordert. Daraus leiteten die Versicherer ab, dass die Tarife der Spitäler und der Heime differenziert ausgewiesen werden müssen und beschritten den Beschwerdeweg, falls dies nicht der Fall war.
- Bei den Heimen und der Spitex verlangten die Versicherer Tarifsenkungen aufgrund mangelnder Kostengrundlagen. Die Leistungserbringer und die Kantone fordern demgegenüber, dass die Versicherer die effektiven Pflegekosten übernehmen. Mit den vom Bund erlassenen Rahmentarifen kehrte in diesem Bereich wieder etwas Ruhe ein.

Der Bundesrat ist in seinen Entscheiden zum überwiegenden Teil den Versicherern nach Tarifsenkungen in den Bereichen der stationären Behandlung in öffentlichen Spitälern, der Heime und der Spitex gefolgt. Die Anträge auf Tarifsenkungen in Privatspitälern hingegen, lehnte er durchwegs ab. Den Anträgen auf Tariffdifferenzierung stimmte er zum grossen Teil zu.

Die Bedeutung der bundesrätlichen Entscheide hat sich aufgrund dieses Anstiegs an Beschwerden und den zu klärenden offenen Vollzugsfragen erhöht. Indem der Bundesrat in den überwiegenden Fällen den Empfehlungen des Preisüberwachers gefolgt

ist, hat insbesondere dessen Einfluss im Tarifbereich enorm zugenommen. Dies wird auch von den Befragten bestätigt, die den Preisüberwacher als wichtigen neuen Akteur wahrnehmen. Mit seinen Stellungnahmen beschränkte sich der Preisüberwacher in einer ersten Phase jedoch in erster Linie auf die stationären Spitaltarife. In diesem Bereich hat er durch die Erarbeitung von Tarifberechnungsgrundsätzen wesentlich zur Klärung von offenen Vollzugsfragen beigetragen. Zudem hat der Preisüberwacher mit der permanenten Forderung nach besseren Datengrundlagen einen Beitrag zur Verbesserung der Kostentransparenz geleistet. Die Tarifberechnungsgrundsätze werden in der Praxis im Wesentlichen angewendet. Damit haben der Preisüberwacher und der Bundesrat den Einfluss der Versicherer gestärkt und einen nicht unbedeutenden Beitrag zur Stabilisierung der Spitaltarife geleistet.

Die Praxis des Preisüberwachers und des Bundesrates ist jedoch hauptsächlich seitens der Leistungserbringer und der Kantone umstritten. Die Tarifberechnungskriterien werden als unsachlich, die Empfehlungen des Preisüberwachers und vor allem die Entscheide des Bundesrates als widersprüchlich und politisch gefärbt kritisiert. Nach wie vor ungeklärt sind nach Ansicht der Kantone insbesondere die erforderlichen Unterlagen zur Erreichung der Kostentransparenz.

6. Auswirkungen auf die alternativen Versicherungsmodelle

Mit dem KVG wurden die Versicherungsmodelle mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer definitiv ins Gesetz übernommen. Durch folgende Massnahmen wurden die Möglichkeiten zur Weiterentwicklung und zur vereinfachten Einführung verbessert:

- Erleichterung des Abschlusses von verbandsunabhängigen Sonderverträgen im Bereich der alternativen Modelle,
- Möglichkeit, den Betrieb der alternativen Versicherungsmodelle organisatorisch aus den Versicherern auszugliedern.

Im Folgenden werden die Entwicklung der HMO (Gesundheitszentren) und der Hausarztmodelle dargestellt und die Gründe für diese Entwicklung sowie der Einfluss des KVG analysiert. Folgende Fragen werden untersucht:

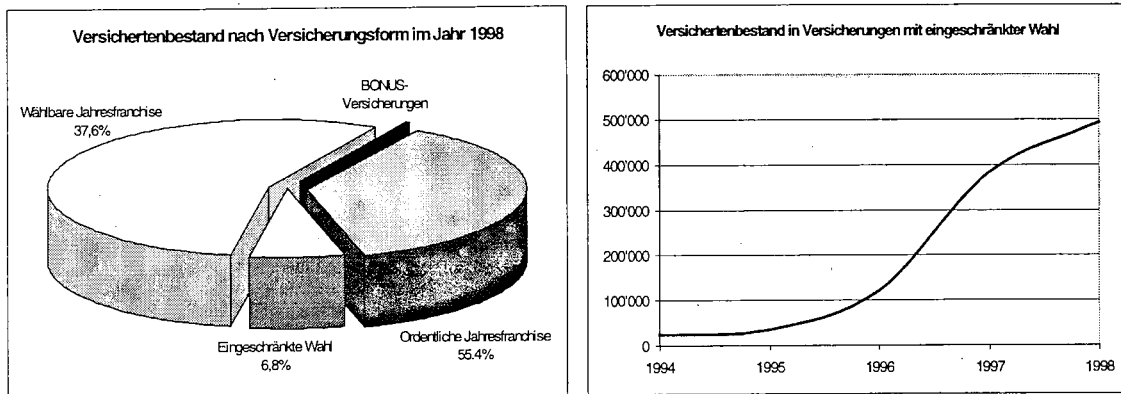
- Wie haben sich die alternativen Versicherungsmodelle entwickelt? Welches sind die Gründe für diese Entwicklung?
- Wie wird die zukünftige Entwicklung im Bereich der alternativen Versicherungsmodelle beurteilt?
- Wie werden die Verträge betreffend HMO und den Hausarztmodellen ausgestaltet?

6.1. Entwicklung im Bereich der alternativen Modelle

Die alternativen Versicherungsmodelle haben sich nicht bedeutend entwickelt. Der Anteil der Versicherten in diesen Modellen ist bescheiden. Das Wachstum hat sich in den letzten Jahren abgeschwächt. Die Versicherer zeigen sich nach einer anfänglichen Euphorie ernüchtert.

Die alternativen Versicherungsmodelle (HMO und Hausarztmodelle) haben sich nicht in dem von den Versicherern und dem Bund erwarteten Ausmass entwickelt. Einerseits existierten die heute vorherrschenden Modellformen grundsätzlich schon unter dem KUVG. Andererseits zeigt die folgende Figur 19, dass der Anteil der Versicherten

in den Modellen mit eingeschränkter Wahl mit 6,8% sehr tief und die Versichertenzahl nach einem deutlichen Anstieg in den Jahren 1996/97 eher stagnierend ist.



Figur 19: Der Anteil der Versicherten in den alternativen Versicherungsmodellen (HMO, Hausarztmodelle) ist bescheiden. Das Wachstum hat sich abgeschwächt (Quelle: BSV 1999).

Tabelle 5 zeigt, dass sich mit Stand vom 1.1.1999 mehr als drei Viertel der alternativ Versicherten für das Hausarztmodell entschieden haben:

Modellform	Anzahl Versicherte	Anteil in %
Hausarztmodell	350'982	78%
HMO-Gesundheitszentren	98'400	22%
Total	449'482	100%

Tabelle 5: Mehr als drei Viertel der in alternativen Versicherungsmodellen Versicherten haben das Hausarztmodell gewählt (Stand: 1.1.1999; Quelle: Managed-Care 1/99).

Als Gründe für die Erhöhung in den ersten Jahren werden die verstärkten Angebote der Versicherer und der Leistungserbringer sowie der Prämien Schub durch das KVG genannt. Bei den Angeboten hat sich u.a. aufgrund des Kostendrucks auf die Ärzte insbesondere die Anzahl der Hausarztnetzwerke in den Jahren 1996/97 enorm vergrößert. Nach dieser anfänglichen Dynamik, die auch auf eine gewisse Euphorie im Sinne einer besseren Steuerung des Gesundheitssystems zurückgeführt wird, hat sich eine Ernüchterung unter den Versicherern breit gemacht. Mehrere Versicherer sprechen bereits von einer eher rückläufigen Tendenz und untermauern dies mit folgenden Entwicklungen:

- Die SWICA hat aufgrund der hohen Fixkosten ein Gesundheitszentrum geschlossen.
- Die CSS hat sich praktisch aus den Hausarztmodellen verabschiedet. Weniger als 1% ihrer Kunden sind alternativ versichert.

Auf organisatorischer Ebene konnten die alternativen Versicherungsmodelle bei den Versicherern und den Ärzten eine gewisse Dynamik auslösen.

Eine gewisse Dynamik hat sich bei den Versicherern und den Leistungserbringern auf organisatorischer Ebene ergeben, indem durch das KVG Managed-Care-Organisationen und interne Managed-Care-Abteilungen der Versicherer gegründet worden oder neu im Bereich Managed-Care tätig sind, wie folgende Tabelle 6 zeigt:

Akteure	Neue Organisationsformen im Bereich Managed-Care	Beispiele
Versicherer	Gemeinsame Organisationen von Versicherern	COSAMA, Groupe Mutuel, SanaCare, Unimedes
	Interne Managed-Care-Abteilungen von Versicherern	Helsana, CSS, ÖKK, SWICA, Visana
Leistungserbringer	Betriebsgesellschaften im Auftrag von Leistungserbringern	Argomed AG, HAWADdoc AG, MediX Ärzte AG, Thurcare AG, WintiMed AG
	Managed-Care-Service-Organisationen	BlueCare, MediX Management AG

Tabelle 6: Durch das KVG sind im Bereich Managed-Care neue Organisationsformen auf Versicherer und Leistungserbringerseite gegründet oder neu tätig geworden (Quelle: Managed-Care 1/1999).

Die alternativen Versicherungsmodelle befinden sich im Experimentierstadium und eignen sich nur für ein eingeschränktes Marktsegment. Das KVG hat ihre Einführung nicht wesentlich verbessert.

Die alternativen Versicherungsmodelle befinden sich in einem Experimentierstadium, in dem vor allem Erfahrungen gesammelt werden. In der Westschweiz sind sie weniger gefragt als in der Deutschschweiz und praktisch nicht verbreitet. Eine Managed-Care Organisation macht jedoch darauf aufmerksam, dass die Schweiz in Europa als Vorreiter im Bereich Managed-Care gilt und Alternativen zu den Entwicklungen in den USA aufzeigt.

Nach den Versicherern eignen sich die heutigen Managed-Care-Modelle nur für ein eingeschränktes Marktsegment:

- Die HMO lohnen sich nur in grösseren Städten mit einer Mindestanzahl von Versicherten (StädterInnen und PendlerInnen).
- Die Hausarztmodelle können in den Agglomerationen bestehen, nicht jedoch auf dem Lande, wie ursprünglich vermutet wurde.

Gemäss den Versicherern hat das KVG die Einführung der alternativen Versicherungsmodelle nicht erheblich verbessert. Als wichtig wird die Erleichterung bei Sonderverträgen und die Möglichkeit der Gründung von externen Managed-Care-Organisationen genannt.

Als Haupthemmnisse für die Entwicklung dieser Modelle wird genannt, dass sich die Versicherten nicht gerne einschränken wollen und seitens der Leistungserbringer wenig Bereitschaft besteht.

Für die enttäuschende Entwicklung der alternativen Versicherungsmodelle werden von den befragten Versicherern und Behördenvertretern übereinstimmend folgende zwei Hauptgründe genannt:

1. Die Versicherten lassen sich nicht gerne in ihrer Spital- und Arztwahl einschränken und wünschen diese alternativen Produkte deshalb auch nicht. Dabei wird der persönlichen Komponente einen wichtigen Stellenwert beigemessen, indem die Versicherten in der Regel ihren Arzt nur wechseln, wenn es unbedingt notwendig ist (starke Patienten/Arzt-Bindung). Die finanzielle Schmerzgrenze ist heute noch nicht erreicht.
2. Seitens der Leistungserbringer besteht wenig Bereitschaft, sich an einem alternativen Modell zu beteiligen. Sie haben aufgrund des Kontrahierungszwangs keine Anreize, sich in Managed-Care-Modellen unnötig einschränken zu lassen. Die Leistungserbringer können unter den heutigen Rahmenbedingungen bei den alternativen Modellen kaum von zusätzlichen Vorteilen profitieren.

Seitens der Versicherer werden folgende weitere Gründe für die stagnierende Entwicklung erwähnt:

- Mehrere Versicherer sehen in der Beschränkung des Prämienrabatts auf 20% in den ersten fünf Jahren ein grosses Hemmnis. Mit dieser Beschränkung kann nicht die gewünschte Marktabdeckung und damit die notwendige Marktmacht erreicht werden. Generell wird erwähnt, dass mehr Anreize (auch für die schlechten Risiken) notwendig wären, um die Patienten/Arzt-Beziehung aufzulösen. Gemäss

dem BSV werden jedoch durchaus höhere Rabatte gewährt, wenn die Versicherer nachweisen können, dass sie effektiv höhere Kosteneinsparungen erzielen. Dies soll eine mögliche Entsolidarisierung bei zu hohen Prämienrabatten verhindern.

- Mit den bisherigen Modellen ist es nur gelungen, die guten Risiken in die HMO und Hausarztmodelle zu bewegen. Bei den guten Risiken kann jedoch praktisch kein Sparpotenzial ausgenützt werden. Die entstehenden Fixkosten können zu einer grossen Belastung werden. Dadurch können finanzielle Schwierigkeiten entstehen. Zudem müssen dadurch zusätzliche Zahlungen in den Risikoausgleich geleistet werden.
- Einige Versicherer zweifeln ernsthaft an der Wirtschaftlichkeit der besonderen Versicherungsmodelle. Dabei wird davon ausgegangen, dass der Prämienrabatt bei den HMO hereingeholt werden kann, die Hausarztmodelle jedoch defizitär sind.
- Ein Versichererverband kritisiert, dass die Datenlage seitens der Leistungserbringer nicht genügt, um vermehrt risikogerechtere Prämien zu berechnen. Hemmnis ist hier der Datenschutz und die Weigerung der Leistungserbringer, ihre Daten herauszugeben.
- Ein Versicherer erwähnt, dass die Bildung von Rückstellungen und Reserven bei der Neugründung von Managed-Care-Modellen eine enorme finanzielle Belastung darstellt.
- Als Hemmnis wird von einem Versicherer genannt, dass die HMO zu Beginn von der Presse und der Ärzteschaft als schlecht qualifiziert wurden („Billigmedizin“). Die Versicherten haben noch zu wenig Vertrauen in diese neuen Versicherungsformen.

Die alternativen Versicherungsmodelle werden von den Versicherern vorwiegend als Prämiensparmodelle geführt, um gute Risiken anzubinden. Dies führt dazu, dass kaum Kostenmanagement betrieben werden kann.

Die alternativen Versicherungsmodelle (insbesondere HMO) werden gemäss der Mehrheit der befragten Versicherer als Prämiensparmodelle geführt, mit denen Risiko-selektion und kein Kostenmanagement betrieben wird. Ziel ist die Anbindung guter Risiken (qualitatives Wachstum). So zielt die Werbung betreffend Managed-Care Modellen vor allem auf die junge Kundschaft, die wechselbereit ist, weil sie mit diesen Modellen Prämien sparen will. Eine grosse Versicherung erklärt die steigenden Versi-

chertenzahlen im Bereich der Managed-Care Modelle explizit mit den Prämienrabatten, mit denen die wechselwilligen Versicherten eingefangen werden konnten. Schlechte Risiken sind generell weniger bereit zu wechseln (hohe Treuerate) und noch weniger bereit, sich einschränken zu lassen. Um Kosten zu sparen, müssten vor allem die schlechten Risiken besser gemanaged werden und in die alternativen Modelle eintreten.

Gemäss den befragten Versicherern besteht unter den verschiedenen Managed-Care-Organisationen kaum Wettbewerb, weil sich die alternativen Versicherungsmodelle erstens noch nicht breit durchgesetzt haben und zweitens sehr ähnlich ausgestaltet sind. Ein gewisser Wettbewerb besteht jedoch bei den regionalen Hausarztmodellen:

Den Versicherern wird vorgeworfen, dass sie die neuen Möglichkeiten noch viel zu wenig nutzen.

Seitens des Bundes und der SDK wird den Versicherern vorgeworfen, dass sie die neuen Möglichkeiten, in denen sie ein grosses Potenzial sehen, viel zu wenig nutzen und keine neuen Ansätze entwickeln. Zusätzlich wird kritisiert, dass die Versicherer gar keine echten kosteneindämmenden Managed-Care-Modelle entwickeln wollen und die heutigen Modelle nur als „Verkaufsschlager“ anbieten.

Betreffend die zukünftige Entwicklung ist eine gewisse Orientierungslosigkeit seitens der Versicherer festzustellen. Ob sich die Modelle breit durchsetzen, ist ungewiss. Die Modelle werden jedoch weiterentwickelt. Bei den Ärzten ist eine neue Dynamik festzustellen.

Betreffend die zukünftige Entwicklung der Managed-Care-Modelle ist seitens der Versicherer unklar, ob eine Breitenwirkung in den für diese Modelle geeigneten Marktsegmenten ausgelöst werden kann. Nach der ersten Ernüchterung ist eine gewisse Orientierungslosigkeit seitens der Versicherer festzustellen. Dabei gehen die Ansichten betreffend die zukünftigen Chancen dieser Modelle auseinander. Während einige grosse Versicherer sehr vorsichtig geworden sind, gehen andere Versicherer und Managed-Care-Organisationen davon aus, dass die heutigen Kostensparmodelle, denen allgemein keine grosse Zukunft vorausgesagt wird, eine gute Grundlage für die zukünftige Entwicklung der alternativen Modelle bilden. Dabei wird vor allem auf folgende Aspekte hingewiesen:

- Bei den Ärzten konnte durch die Sensibilisierung für alternative Versicherungsmodelle ein Prozess und eine gewisse Dynamik ausgelöst werden. Die organisie-

ren sich aufgrund des gestiegenen Kosten- und Mengendrucks vermehrt in Netzwerken und beginnen, die ökonomischen Folgen ihrer sowie der nachgelagerten Behandlungen zu berücksichtigen. Damit konnte ein gewisser Bewusstseinswandel ausgelöst werden. Die an den heutigen Modellen teilnehmenden Ärzte sind zum grossen Teil bereit für eine Weiterentwicklung.

- Mehrere Versicherer arbeiten an der Weiterentwicklung der Managed-Care-Modelle. Sie gehen davon aus, dass mit den alternativen Modellen ein Prozess in Richtung von Globalbudgets für die integrale Behandlung von Versichertenkollektiven mit klarer Zuordnung der Verantwortung eingeleitet werden kann. So planen beispielsweise mehrere Versicherer die Einführung einer Kopfpauschalen (Capitation-Modell) in der ambulanten Behandlung. Weitere versuchten, die nachgelagerten Leistungserbringer besser einzubinden³⁴ und die Positionierung dieser Modelle zu verbessern. Dabei sind Qualitätsanstrengungen zentral.
- Mehrere Versicherer sind der Überzeugung, dass die Kostensituation durch die Einbindung der schlechten Risiken innerhalb eines Versicherers durch Marketingmassnahmen und entsprechende Anreize deutlich verbessert werden könnte. So gibt ein Versicherer an, mittels Marketing die eigenen schlechten Risiken in die HMO bewegen zu wollen. Mittels der Optimierung der Behandlungspfade durch ein gezieltes Fallmanagement könnten die beanspruchten Leistungen wesentlich gesenkt werden.
- Der Prämiendruck zwingt die Versicherten immer mehr, Sparmöglichkeiten auszuschöpfen.

6.2. Gestaltung der Tarifverträge

Die Versicherer haben sich mit ihren Verbänden darauf geeinigt, dass das Aushandeln der Verträge im Bereich Managed-Care den Versicherern selbst oder ihren gemeinsamen Managed-Care-Organisationen obliegt. Die Verträge bei den alternativen Modellen sind Sonderverträge, weil sie von den Verbandsverträgen abweichen. Erstaunlich ist, dass die Verträge in diesem Bereich den Kantonen nicht zur Genehmigung unterbreitet werden. Ein Versicherer führt dies auf Unwissenheit zurück und erwähnt, dass

³⁴ Bsp.: Hausarztnetz in Liechtenstein, in dem Spezialisten eingebunden werden konnten; Integriertes Managed-Care Thurgau, das die gesamte Behandlungskette integriert und Schnittstellen optimieren soll; Einbindung von Spezialisten in einem Hausarztmodell in Genf, die ein Teil des Risikos tragen.

teilweise in den Verträgen betreffend Hausarztmodelle klar KVG-widrige Bestimmungen enthalten sind.³⁵

Während bei den HMO Versichertenpauschalen vereinbart werden, wird bei den Hausarztmodellen mit den üblichen Arztтарifen abgerechnet. Die Leistungserbringer haben einen Teil des finanziellen Risikos zu tragen. Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Praxis sind wichtig.

Die Tarifierungsformen unterscheiden sich zwischen den HMO und den Hausarztmodellen, was einen Einfluss auf die Lenkungsmöglichkeit hat:

- Bei den HMO werden die Leistungserbringer vom Gesundheitszentrum angestellt und durch eine Versichertenpauschale finanziert (Capitation-Modell). Diese Kopfpauschale wird nach Alter, Geschlecht, Grossrisiken und regionalen Besonderheiten differenziert. Ergänzend wird mit den üblichen Tarifen zur Berechnung der effektiven Kosten eine Schattenrechnung geführt. Fallpreispauschalen existieren bei den HMO noch nicht. Bei den HMO ist der betriebswirtschaftliche Handlungsspielraum durch die Anstellung der Ärzte und deren Erfolgsbeteiligung wesentlich grösser als bei Hausarztssystemen.
- Bei den Hausarztmodellen wird nach den normalen Arztтарifen abgerechnet. Die Ärzte werden mehrheitlich mit einer Pauschale für die zusätzlichen administrativen Aufwendungen entschädigt und zur Qualitätsarbeit (Erfahrungsaustausch und Weiterbildung) verpflichtet. Eine Managed-Care-Organisation finanziert Qualitätszirkel unter den Ärzten. Mehrere Versicherer und Managed-Care-Organisationen sind an der Entwicklung von Capitation-Modellen im Bereich der Hausärzte beteiligt. Zusätzlich werden die Ärzte am Risiko, d.h. an den erzielten Einsparungen im Vergleich zur Prämienreduktion, beteiligt.

6.3. Fazit

Das KVG hat die Möglichkeiten zur Weiterentwicklung und zur vereinfachten Einführung der alternativen Versicherungsmodelle (HMO, Hausarztmodelle) verbessert und damit den Handlungsspielraum der Versicherer in diesem Bereich erhöht. Die Entwicklung des Versichertenbestandes zeigt jedoch, dass sich die alternativen Versiche-

³⁵ Bspw. stimmen die Versicherer in einem Vertrag den Ärzten zu, Patienten abzulehnen.

rungsmodelle nicht bedeutend entwickelt und breit durchgesetzt haben. Der Anteil der Versicherten in diesen Modellen ist bescheiden. Das Wachstum hat sich nach einer anfänglichen Dynamik deutlich abgeschwächt, so dass von den Akteuren bereits von einer Stagnation gesprochen wird. Die Versicherer zeigen sich nach einer anfänglichen Euphorie ernüchtert.

Die alternativen Versicherungsmodelle befinden sich im Experimentierstadium und eignen sich nur für ein eingeschränktes Marktsegment. Als Haupthemmnisse für die Entwicklung dieser Modelle werden übereinstimmend genannt, dass sich die Versicherten nicht gerne einschränken wollen und seitens der Leistungserbringer aufgrund der heutigen Rahmenbedingungen (v.a. Kontrahierungszwang) wenig Bereitschaft besteht. Als weitere Gründe werden von den Versicherern die Beschränkung des Prämienrabatts durch das KVG auf 20% und die zweifelhafte Wirtschaftlichkeit genannt, die insbesondere auf die Ausgestaltung dieser Modelle als Prämiensparmodelle zurückzuführen ist. Damit konnten bisher hauptsächlich gute Risiken zu einem Wechsel bewegt werden.

Die zukünftige Entwicklung der alternativen Versicherungsmodelle ist ungewiss. Unter den Versicherern ist eine gewisse Orientierungslosigkeit festzustellen. Einigkeit besteht darin, dass die heutigen Prämiensparmodelle die erste Generation von Modellen darstellen und keine Zukunft haben. Während ein Teil der Versicherer betreffend die alternativen Modelle sehr vorsichtig geworden ist, arbeiten mehrere Versicherer an der Weiterentwicklung dieser Modelle in Richtung Kosten- und Qualitätsmanagement.

Obwohl sich die alternativen Modelle noch nicht durchgesetzt haben, ist durch sie ein Prozess bei den Versicherern und den Ärzten ausgelöst worden. Die Versicherer haben Kompetenzen im Bereich Managed-Care aufgebaut und arbeiten an der Entwicklung dieser Modelle weiter. Bei den Ärzten, die sich an Hausarztmodellen beteiligen, konnte eine Sensibilisierung hinsichtlich ihrer ökonomischen Verantwortung und damit ein gewisser Bewusstseinswandel ausgelöst werden, der zu einer spürbaren Dynamik seitens der Ärzte geführt hat. Insgesamt ist davon auszugehen, dass sich die alternativen Modelle bei einer Weiterentwicklung und unter geänderten Rahmenbedingungen durchaus bedeutend verbreiten könnten. Folgende Faktoren sind dabei wesentlich:

- Weiterentwicklung der Modelle (Kostenmanagement und Qualitätssicherung) und gute Positionierung im Marketing.

- Erhöhung des Prämiendrucks auf die Versicherten; Erhöhung des Kostendrucks auf die Leistungserbringer.
- Aufhebung des Kontrahierungszwangs. Dies würde den Druck auf die Leistungserbringer erhöhen und damit ihre Bereitschaft steigern, ihre Leistungen im Rahmen eines Managed-Care Modells anzubieten.

7. Globalbudgets

Die Kantone können als finanzielles Steuerungsmittel einen Gesamtbetrag für die Finanzierung von Spitälern oder Heimen festlegen (Art. 51 KVG). Diese Globalbudgets sind gemäss KVG eine Tarifierungsform und umfassen die gesamten Kosten der Leistungserbringer. Von diesen Globalbudgets gemäss KVG sind zwei weitere Formen von Globalbudgets zu unterscheiden:

- Von den vielen Kantonen werden Globalbudgets für die vom Kanton zu finanzierenden Spitalkosten verwendet. Diese Globalbudgets haben jedoch keinen direkten Bezug zur Tarifierung
- Umfassende Globalbudgets, welche die gesamten Kosten aller Leistungserbringer umfassen, werden in der Schweiz nicht angewendet..

Im Folgenden werden die Entwicklungen der ersten zwei Formen und die Erwartungen gegenüber der dritten Form dargestellt. Da sich die Analyse der Globalbudgets ausschliesslich auf die durchgeführten Interviews stützt, ist im Rahmen dieser Arbeit nur eine Grobbeurteilung möglich. Folgende Fragen stehen dabei im Vordergrund:

- Welche Arten von Globalbudgets werden in den untersuchten Kantonen für die vom Kanton zu finanzierenden Spitalkosten verwendet?
- In welchen Kantonen bestehen Globalbudgets für die gesamten Spitalkosten im Sinne des KVG? Wie sind die Globalbudgets ausgestaltet? Welche Auswirkungen hatte das KVG auf diese Globalbudgets?
- Wie werden Globalbudgets über die gesamten Kosten aller Leistungserbringer eingeschätzt?

7.1. Globalbudgets im Spitalbereich

In der Schweiz bestehen mit Ausnahme der Westschweizer Kantone Wallis, Waadt, Jura und Neuenburg keine Globalbudgets nach KVG, die im Voraus festgelegt werden und bei Spitälern sowohl die Kosten der öffentlichen Hand als auch die der Versicherer umfassen. In fast allen Kantonen haben sich aber „Globalbudgets“ zur Finanzierung der von den Kantonen zu tragenden Kosten durchgesetzt. Diese Globalbudgets haben den Charakter von Defizitgarantien, die eingegrenzt Überschreitungen ermöglichen, weisen jedoch keinen direkten Bezug zur Tarifierung auf.

7.1.1. Globalbudgets für die vom Kanton zu finanzierenden Kosten

Die Bemühungen der Kantone betreffend ihren eigenen Globalbudgets zeigen, dass ein Benchmarking zwischen den Spitälern aufgrund der heute in vielen Spitälern vorhandenen Kostenstellenrechnungen durch eine Verknüpfung mit Diagnosecodes möglich ist und angewendet wird.

Praktisch alle in die Untersuchung miteinbezogenen Kantone verfügen über mindestens ein Globalbudgetsystem zur Finanzierung der von ihnen zu übernehmenden Kosten. Da diese Entwicklung jedoch nicht durch das KVG, sondern durch die neuen Finanzierungsformen in den Kantonen im Zusammenhang mit dem New Public Management entstanden ist, werden diese Systeme nur in allgemeiner Form dargestellt und für den Tarifbereich wichtige Aspekte hervorgehoben.³⁶

Die Globalbudgets für die vom Kanton zu finanzierenden Kosten im Spitalbereich werden leistungsbezogen vereinbart. Bei einer Mehrheit dieser Budgets werden aufgrund der Kosten des vergangenen Jahres prospektiv verbindliche Leistungsmengen (v.a. nach Pflorgetagen oder Leistungsmengen) vereinbart, von denen nur aufgrund einer Veränderung von exogenen Faktoren abgewichen werden kann. In einem Kanton werden durch ein fallbezogenes Benchmarking nach AP-DRG-Codes teilweise Sparvorgaben für die Spitäler berechnet, um die finanziellen Anreize hinsichtlich von Rationalisierungen zu erhöhen. Tarifliche Veränderungen werden als exogene Faktoren gehandhabt und üben damit grundsätzlich keinen Einfluss auf die Finanzierungsvorgaben aus. Gemäss den befragten Kantonen haben die Globalbudgets zu einer klaren Erhöhung des Kostenbewusstseins der Ärzte geführt.³⁷

7.1.2. Globalbudgets für die gesamten Spitalkosten

Im Folgenden werden die Erfahrungen der Westschweizer Kantone mit den Globalbudgets über die gesamten Spitalkosten dargelegt und die Beurteilungen der Akteure hinsichtlich dieser Budgets aufgezeigt.

36 Eine detailliertere Beschreibung der Globalbudgets in den untersuchten Kantonen befindet sich im Anhang 3.

37 Weitere Ausführungen zu den Auswirkungen der Globalbudgets auf die Kosten der Leistungserbringer siehe Kapitel 8.6.

Die Globalbudgets mehrerer Westschweizer Kantone für die gesamten Spitalkosten sind in den letzten Jahren nur bescheiden erhöht worden und haben zu einer Stabilisierung der Spitalkosten beigetragen. Sie sind jedoch auf einem vergleichsweise hohen Niveau festgelegt worden.

In den Kantonen Jura, Neuenburg, Waadt und Wallis bestehen seit mehreren Jahren unterschiedlich ausgestaltete Globalbudgets. Diese beziehen sich grundsätzlich auf die kantonalen resp. kantonal subventionierten Spitäler. Im Kanton Neuenburg besteht zusätzlich noch ein Globalbudget für psychiatrische Anstalten. Im Kanton Waadt wurden 1996 Globalbudgets für die Pflegeheime eingeführt.³⁸ Die Globalbudgets in den Westschweizer Kantonen sind variabel ausgestaltet und damit keine starren Globalbudgets im eigentlichen Sinne, bei denen keine Überschreitungen gemacht werden können.

In den Kantonen Jura, Neuenburg und Waadt wird für die jeweiligen Heilanstalten ein separates Budget zwischen den Spitälern, den Versicherern und teilweise dem Kanton (Waadt) verhandelt. Im Kanton Wallis wird demgegenüber zwar von der Seite des Kantons für jedes Spital ein Globalbudget bestimmt, die Verhandlungen mit den Versicherern finden aber über die Gesamtsumme aller Kosten der stationären Behandlung statt.

Bei Verhandlungen werden die vorjährigen Globalbudgets entsprechend der Lohn-, Fall-, und Preisentwicklung angepasst. Der Kostendruck, der von den Kantonen Jura und Neuenburg auf deren Spitäler ausgeübt wird, wird aufgrund der Defizitgarantie als eher gering eingeschätzt. Im Kanton Waadt besteht das Globalbudget aus einem fixen und einem variablen Teil, der allerdings nur um max. 10% angepasst werden darf. Der Kanton Wallis hat seit dem Jahr 2000 die Defizitgarantie aufgehoben.

Mit den eingeführten Globalbudgets konnte praktisch eine Stabilisierung der Kosten erreicht werden (nur geringe Erhöhung der Globalbudgets). Gemäss den Aussagen der kantonalen Vertreter wurden die Globalbudgets in der Regel auch eingehalten (z.B. VD: ± 1 bis 2%). Berücksichtigt werden muss jedoch, dass die Globalbudgets in den Westschweizer Kantonen auf vergleichsweise hohem Niveau festgelegt worden sind. Die Wirkungen auf den Staatshaushalt konnten in den Kantonen Jura, Neuenburg und Waadt nicht überprüft werden, insbesondere auch aufgrund der fehlenden statisti-

38 Siehe auch Anhang 4.

schen Grundlagen. Im Kanton Wallis werden die Effekte infolge der Eindämmung der Kosten im stationären Bereich, die auch positive Auswirkungen auf den Staatshaushalt hat, als positiv gewertet.³⁹

Die Erfahrungen mit den Globalbudgets werden von den Kantonen unterschiedlich beurteilt. Während mehrere Kantone die Globalbudgets weiterentwickeln wollen (insbesondere Einführung von Fallpauschalen), wendet der Kanton Waadt dieses System künftig nicht mehr an. Hauptprobleme sind die Schwierigkeit, die Budgets festzulegen und die mangelhaften Datengrundlagen.

Die Globalbudgets werden von den befragten kantonalen Vertretern unterschiedlich beurteilt.⁴⁰ Während die Erfahrungen in den Kantonen Jura, Neuenburg und Wallis mehrheitlich positiv gewertet werden, möchte der Kanton Waadt aufgrund der starren Struktur und der fehlenden Informationen betreffend die effektiven Kosten die Globalbudgets aufheben und die Abrechnung via Fallpauschalen vornehmen.

Folgende Stärken und Schwächen der Globalbudgets werden genannt:

Stärken	Schwächen
<ul style="list-style-type: none"> • Förderung der Effizienz und der Dynamik in den Spitälern. • Kosten sind für den Kanton im Voraus bekannt. • Möglichkeit, dass die Spitäler innerhalb des Globalbudgets selbst über die Mittelvergabe entscheiden können. • Möglichkeit zur Kosteneindämmung resp. zur Stabilisierung der Kosten. 	<ul style="list-style-type: none"> • Prospektive Budgets sind aufgrund der unsicheren Kostenentwicklung schwierig festzulegen. • Fehlende Daten betreffend die effektiven Kosten der Leistungserbringer. • Ausweichmöglichkeiten. • Globalbudgets können komplex und damit intransparent werden. • Verhandlungen können schwierig werden, weil die vom Preisüberwacher geforderten Angaben allenfalls nicht verfügbar sind.

Tabelle 7: Stärken und Schwächen der Globalbudgets.

Die zukünftigen Chancen der Globalbudgets werden wiederum unterschiedlich beurteilt. Der Kanton Waadt möchte aufgrund der systeminhärenten Mängel (fehlende Informationen, Verstärkung der Unterschiede zwischen den Anstalten) zukünftig auf

39 Weitere Ausführungen zu den Auswirkungen der Globalbudgets auf die Leistungserbringer und die Prämien siehe Kapitel 8.6.

40 Siehe auch Anhang 4.

Globalbudgets verzichten. In den anderen Kantonen wird vor allem die Einführung von Fallpauschalen sowie eine verbesserte Zusammenarbeit der Beteiligten gefordert.

Die Akteure lehnen Globalbudgets mehrheitlich ab, weil sie einen bedeutenden staatlichen Eingriff darstellen, politisch schwierig umzusetzen sind und zu Ausweichreaktionen oder Rationierungen führen können.

Die meisten Akteure sind gegenüber den Globalbudgets zur Finanzierung der gesamten Kosten skeptisch eingestellt, weil sie einen beträchtlichen staatlichen Eingriff bedeuten. Teilweise wurden Globalbudgets für die gesamten Spitalkosten andiskutiert, aber nicht weiterverfolgt (z.B. Kanton Zürich). Die Akteure vertreten folgende Positionen gegenüber diesen Globalbudgets:

- Die Versicherer vertreten gegenüber den Globalbudgets über die gesamten Spitalkosten eine negative Haltung, weil sie einen bedeutenden staatlichen Eingriff darstellen. Die Erfahrungen in den Westschweizer Kantonen beurteilen sie als Misserfolge. Ihrer Ansicht nach können mit diesen Globalbudgets keine Kosten gespart werden, weil die Festlegung des Leistungsniveaus schwierig ist und seitens der Spitäler Ausweichmöglichkeiten (ambulanter Bereich) bestehen. Zudem haben die Versicherer bei den politisch festgelegten Budgets praktisch keinen Einfluss.
- Bei den kantonalen Spitalverbänden sind die Meinungen geteilt. Während einerseits das Globalbudget als ein taugliches Instrument zur Kosteneindämmung erachtet wird (soweit es richtig ausgestaltet wird), wird es andererseits strikt abgelehnt, weil es politisch nicht umsetzbar ist, keine Steuerung zulässt und zu Rationierungen führen kann.
- Von den Kantonen werden Globalbudgets über die gesamten Spitalkosten zum Teil befürwortet. Gemäss den meisten Kantonen sollte der Fokus dabei auf der Finanzierung der gesamten Gesundheitskosten liegen.

7.2. Globalbudgets über die gesamten Kosten mehrerer Leistungserbringer

Auch Globalbudgets über alle Leistungsbereiche werden als interventionistisch und nicht zielführend abgelehnt.

Sowohl die Versicherer, die Spitalverbände wie die Kantone sind sich darin einig, dass, falls Globalbudgets eingesetzt werden, diese die gesamten Gesundheitskosten umfas-

sen müssten. Die Akteure sind jedoch aufgrund des massiven staatlichen Eingriffs auch gegenüber diesen umfassenden Globalbudgets sehr skeptisch. Von den ambulanten Leistungserbringern werden sie durchwegs abgelehnt. Folgende Argumente werden gegen eine Einführung von Globalbudgets über alle Leistungserbringer hinweg aufgeführt:

- Globalbudgets stellen einen staatlichen Eingriff dar und werden deshalb als Kampfmassnahme und als interventionistisch betrachtet.
- Zu wenig Anreize zu Kosteneinsparungen: Globalbudgets waren gemäss mehreren Versicherern sowohl in Deutschland als auch in der Schweiz kontraproduktiv, indem das verfügbare Budget auch ausgenutzt wurde und keine weitergehenden Anreize zu Kosteneinsparungen erfolgten. Ausserdem sind Globalbudgets nach einzelnen Versicherern administrativ schwierig zu handhaben.
- Das absolute Niveau der Leistungen ist schwierig festzulegen. Wird das Budget zu hoch angelegt, wird es auch voll ausgeschöpft. Ist es zu tief, werden Patienten abgeschoben oder es leidet die Qualität.
- Eine einvernehmliche Einigung über die Verteilung der Gelder unter den Leistungserbringern wird nur schwierig zu erreichen sein.
- Den Leistungserbringern steht mit einem Globalbudget nur ein bestimmter Betrag zur Verfügung. Wird dieser im Verlauf des Jahres aufgebraucht, sind negative Auswirkungen auf die Qualität der Leistungen zu befürchten. Gespart wird insbesondere bei den Personalkosten. Darunter leiden hauptsächlich die Patienten. Mit der Zeit stellen sich aufgrund der knappen Mittel auch Rationierungsfragen.
- Insbesondere für die ärztlich verordneten Therapien werden Globalbudgets als problematisch erachtet. Die Ärztinnen und Ärzte würden gemäss mehreren Leistungserbringerverbänden viele Leistungen im Bereich der Physiotherapie, Ergotherapie oder auch Mutterschaft selbst durchführen oder durch schlecht ausgebildetes Personal durchführen lassen.

Eine Minderheit der befragten Versicherer ist zusammen mit der MTK der Ansicht, dass Globalbudgets unter bestimmten Voraussetzungen zu einer Kosteneindämmung beitragen könnten.

Eine Minderheit der befragten Versicherer ist zusammen mit der MTK der Ansicht, dass Globalbudgets, wenn sie mit einem klaren Leistungsauftrag gekoppelt wären (Globalbudget für die totalen Kosten inkl. Investitionen, Ausbildung etc.), zu einer Kosteneindämmung beitragen könnten. Globalbudgets müssten aber insbesondere im ambulanten Bereich landesweit eingeführt werden. Dazu müsste allerdings auf diagnosebezogene Unterlagen zurückgegriffen werden können. Ausserdem wären noch weitere statistische Grundlagen zu erarbeiten. Wichtig wären insbesondere klar festgelegte Qualitätssicherungsmaßnahmen. Auch müssten teure und unwirtschaftliche Leistungserbringer ausgeschlossen werden.

Globalbudgets könnten sich in Zukunft vermehrt im Rahmen von HMO durchsetzen.

Generell werden Globalbudgets in Zukunft nur Chancen innerhalb von geschlossenen Kreisen wie z.B. bei HMO zugebilligt. Dort könnte für sämtliche Leistungen ein Betrag bestimmt werden.

7.3. Fazit

Globalbudgets für stationäre Einrichtungen gemäss KVG, die sowohl die Kosten der öffentlichen Hand als auch die der Versicherer umfassen, sind erst in der Westschweiz eingeführt worden. Das KVG konnte keine Impulse zur Verbreitung der von den Kantonen festgesetzten Globalbudgets in der ganzen Schweiz leisten. In der deutschen Schweiz erfolgt aber zunehmend eine Umstellung der herkömmlichen Defizitfinanzierung auf leistungsorientierte Globalkredite, die nur aufgrund exogener Faktoren angepasst werden können. Diese Kredite sind in der Regel mit Leistungsaufträgen gekoppelt und werden bislang positiv bewertet. Die Bemühungen zeigen insbesondere, dass ein Benchmarking aufgrund der heute in vielen Spitälern vorhandenen Kostenstellenrechnungen durch eine Verknüpfung mit Diagnosecodes möglich ist und angewendet wird.

Globalbudgets, die die gesamten Spitalkosten umfassen, werden aufgrund des staatlichen Interventionismus und der bisherigen Erfahrungen mehrheitlich von den Akteuren abgelehnt. Aufgrund der geführten Interviews können folgende Folgerungen gezogen werden:

- Grösste Schwierigkeit bei Globalbudgets ist die Festlegung eines angemessenen Leistungsniveaus. Die zukünftig effektiv anfallenden Kosten sind sehr schwierig vorzusehen. Wird das Globalbudget zu hoch angesetzt, resultieren keine Einsparungen, weil das Budget auch ausgeschöpft wird. Wird es zu tief angesetzt, besteht die Gefahr einer Abnahme der Leistungsqualität (Gefahr von Rationierungen).
- Aufgrund der Schwierigkeit, das künftige Leistungsniveau vorzusehen, werden die Budgets oft mit Transferzahlungen (Defizitgarantien, etc.) ergänzt. Mit dieser Ergänzung können die Leistungskosten jedoch nicht wirksam eingedämmt werden. Zudem ergeben sich Ausweichreaktionen, wenn die Budgets nicht über den stationären und ambulanten Bereich gemeinsam festgelegt werden. Die Mehrheit der Befragten Versicherer und Leistungserbringer ist der Ansicht, dass das Globalbudget nicht zu Kosteneinsparungen, sondern nur zu Kostenverlagerungen führt.
- Während mehrere Westschweizer Kantone die Globalbudgets weiterentwickeln wollen (insbesondere durch die Einführung von Fallpauschalen) wendet der Kanton Waadt dieses System aufgrund der Schwierigkeit der Budgetfestlegung und der mangelhaften Datengrundlagen künftig nicht mehr an.

Globalbudgets über alle Leistungsbereiche werden ebenfalls mehrheitlich als interventionistisch und nicht zielführend abgelehnt. Als Hauptschwierigkeiten werden die Festlegung des Leistungsniveaus und die Aufteilung des Budgets auf die verschiedenen Leistungserbringer erachtet. Befürchtet werden Qualitätseinbussen und Rationierungen. Ganz abgelehnt werden Globalbudgets seitens der ambulanten Leistungserbringer. Eine Minderheit der befragten Versicherer ist andererseits der Auffassung, dass Globalbudgets über alle Bereiche mit klar festgelegten Qualitätssicherungsmaßnahmen und dem Ausschluss von unwirtschaftlichen Leistungserbringern durchaus einen Beitrag zur Kosteneindämmung leisten könnten.

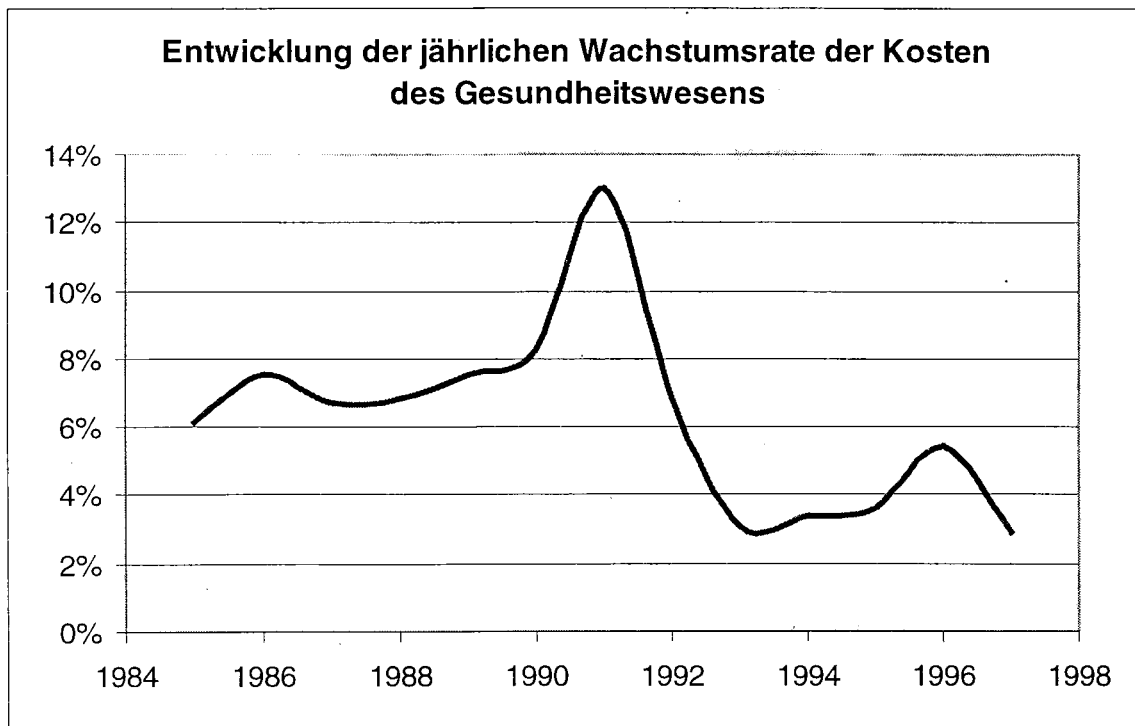
8. Einfluss der Tarifierung auf die Gesundheitskosten

Vom erhöhten Handlungsspielraum im Tarifbereich wird ein Beitrag zur Eindämmung des Kostenanstiegs im Gesundheitswesen erwartet. Dabei muss unterschieden werden zwischen den Kosten der Leistungserbringer und den Ausgaben, die sich für die Akteure ergeben, die diese Kosten finanzieren (Prämien der Versicherten, Steuergelder der Kantone, eigene Beiträge der Versicherten). Im Folgenden wird aufgrund der Interviews qualitativ beurteilt, inwiefern die Änderungen im Tarifbereich die Kosten der Leistungserbringer und die Prämien der Versicherer beeinflusst haben. Nach einer Darstellung der Entwicklung der Kosten der unterschiedlichen Leistungserbringer werden folgende Fragen beantwortet:

- Wie ist der Einfluss der Entwicklungen im Tarifbereich auf die Kosten der Leistungserbringer und die Prämien grundsätzlich zu beurteilen?
- Welche Auswirkungen hatte die Entwicklung in der Höhe der Tarife, die Tarifierungsformen und die alternativen Versicherungsmodelle auf die Kosten?
- Welche Auswirkungen hatten die Globalbudgets seitens der Kantone auf die Kosten?

8.1. Entwicklung der Gesundheitskosten

Die Kosten des Gesundheitswesens haben sich zwischen 1985 und 1997 verdoppelt und erreichten 1997 38,0 Mia. Fr., was 10,2% des Bruttoinlandprodukts (BIP) beträgt. Figur 20 zeigt die Entwicklung der jährlichen Wachstumsrate von 1985 bis 1997:



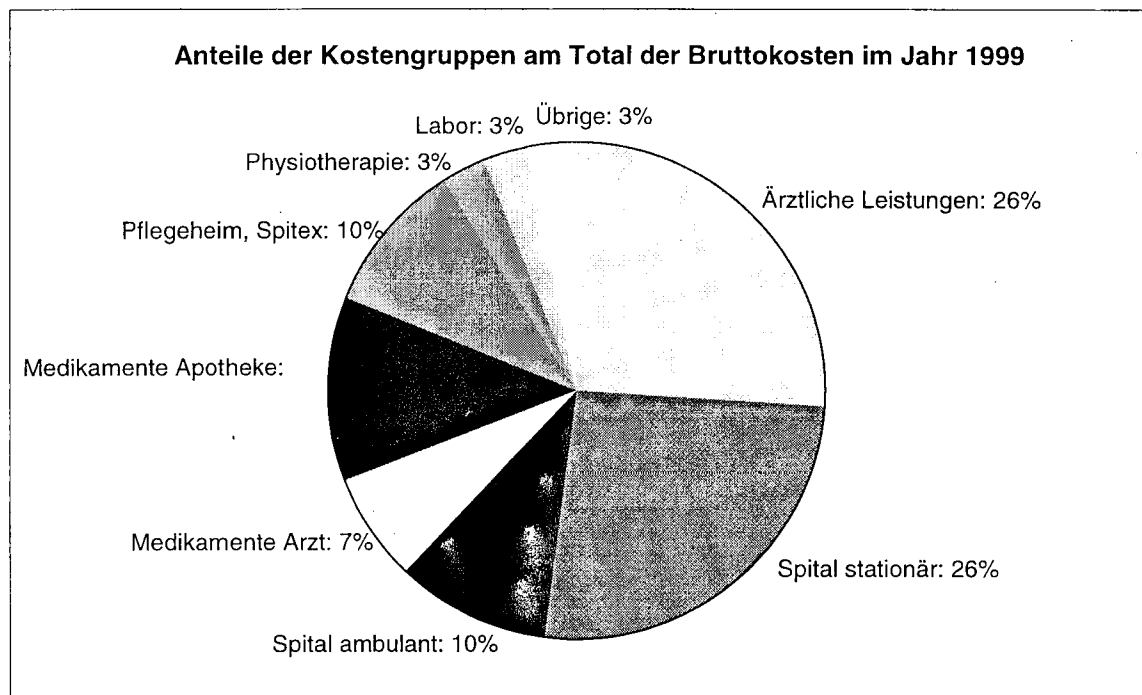
Figur 20: Die Gesundheitskosten steigen weiter an. Das Wachstum konnte jedoch seit Anfang der 90er Jahre von 8% bis 12% auf 2% bis 4% gesenkt werden (Quelle: BFS 1999).

Das Wachstum der Gesundheitskosten konnte verlangsamt werden.

Nachdem die durchschnittliche jährliche Wachstumsrate von einer Größenordnung von 6,1% bis 8,3% in den Jahren 1985 bis 1990 im Jahre 1991 auf 13,0 % gestiegen war, reduzierte sie sich in den folgenden Jahren mit Ausnahme des Jahres 1996 auf 3% bis 4%. Das BFS führt die Verlangsamung des Wachstums auf die dringlichen Bundesbeschlüsse gegen die Kostenerhöhungen, die Verlangsamung der allgemeinen Teuerung sowie auf das KVG zurück.

Die bedeutendsten Kostengruppen sind die Ärzte sowie die stationäre Spitalbehandlung mit rund je einem Viertel der totalen Kosten.

Figur 21 zeigt die Anteile der einzelnen Kostengruppen an den totalen Bruttokosten im Jahr 1999:



Figur 21: Die bedeutendsten Kostengruppen sind die Ärzte sowie die stationäre Spitalbehandlung mit rund je einem Viertel der totalen Bruttokosten (Quelle: BSV 1999a; Schätzung für das Jahr 1999, basierend auf den Angaben der Versicherer).

Die bedeutendsten Kostengruppen sind die Ärzte sowie die stationäre Spitalbehandlung mit einem Anteil von rund 26% an den gesamten Bruttokosten. Diese werden gefolgt von den Medikamenten mit insgesamt 19%, und der ambulanten Spitalbehandlung sowie der Gruppe Pflegeheime/Spitex mit rund 10%.

Die Gesundheitskosten werden zukünftig weiterhin zunehmen, vor allem im ambulanten Bereich und bei den Medikamenten.

Die Kosten des Gesundheitswesens werden gemäss den Prognosen der Versicherer im Rahmen der Prämien genehmigung weiter ansteigen (BSV 1999a). Während in den Leistungsbereichen stationäre Spitalbehandlung, Ärzte, Pflegeheime und Spitex eine Abflachung dieses Wachstums erreicht werden konnte, werden die Kosten im ambulanten Spitalbereich und bei den Medikamenten weiterhin überdurchschnittlich zunehmen:

- Bei der stationären Spitalbehandlung sind die Kosten praktisch stabil. Erwartet wird eine Zunahme der Kosten von 1999 auf 2000 um 2,5%. Die Kapazitäts- und

Leistungsverlagerungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich und die Pflege haben sich jedoch bisher nicht kostendämmend ausgewirkt.

- Die Kosten im Bereich ambulante und teilstationäre Spitalbehandlung werden aufgrund der Verlagerungen aus dem medizinischen Bereich und als Folge des medizinischen Fortschrittes weiter überdurchschnittlich ansteigen. Für 1999 auf 2000 wird eine Zunahme um 5,8% prognostiziert.
- Bei den Ärzten wird mit einer Zunahme um 3,9% eine Abflachung der Kostensteigerung erwartet, die seit Jahren ausschliesslich auf Mengenerweiterungen zurückgeführt wird.
- Aufgrund des weiteren Mengenanstiegs wird bei den Medikamenten trotz den erfolgten Preissenkungen des Bundes ein weiterer Kostenanstieg von 4% bis 5% erwartet.
- Bei den Pflegeheimen und der Spitex zeichnet sich eine Abflachung der Kostenzunahmen ab (Erwartete Zunahme 1999 auf 2000: 2,7% bis 2,8%).

Bei den Prämien konnte ebenfalls eine Abschwächung des Anstiegs erzielt werden.

Die Prämien sind in den letzten Jahren ebenfalls durchwegs angestiegen. Nach dem einmaligen Prämien Schub aufgrund der Leistungsausweitung des KVG konnte in den folgenden Jahren jedoch ein deutlich geringerer Prämienanstieg erreicht werden, als es in den Achtziger- und in den frühen Neunzigerjahren bis zu den dringlichen Bundesbeschlüssen üblich war. Die durchschnittliche Prämiensteigerung auf 2000 betrug 3,8% (BSV 1999a).

8.2. Grundsätzliche Beurteilung

Die Entwicklung der Gesundheitskosten wird hauptsächlich von der Anzahl Leistungserbringer, dem medizinischen Fortschritt, der demographischen Entwicklung und der Anspruchshaltung der Versicherten bestimmt. Zentraler Parameter ist die Mengenentwicklung.

Die Kosten des Gesundheitswesens werden von vielen Faktoren bestimmt. Folgende Faktoren werden für die Kostenentwicklung resp. -steigerung als zentral erachtet:

- Anzahl Leistungserbringer: Die Leistungserbringer haben ein Interesse, so zu wirtschaften, dass sie ein möglichst hohes Einkommen erzielen. Mengenausweitungen, sind deshalb ein „natürliches Phänomen“ und ökonomisch rational. Bisher wurde

die Anzahl der Leistungserbringer, vor allem im ambulanten Bereich, nicht wesentlich eingeschränkt.

- **Medizinischer Fortschritt:** Der medizinische Fortschritt im Gesundheitsbereich wird laufend vorangetrieben. Neue Technologien (bspw. Gentechnologie, Informationstechnologien) werden neue Behandlungsmöglichkeiten mit den entsprechenden Kostenfolgen bewirken.
- **Demographische Entwicklung:** In den westlichen Ländern werden immer mehr Menschen älter, was entsprechende Folgen auf die medizinische und vor allem pflegerische Nachfrage hat.
- **Anspruchshaltung der Versicherten:** Die Versicherten sind nicht bereit, sich im Krankheitsfall einschränken zu lassen. Dies hat entsprechende Folgen auf die Behandlungskosten.

Die Kostensteigerung kann damit als eine Folge des hoch entwickelten Angebots (Anzahl Leistungserbringer, technologischer Stand) und einer ungebremsen Nachfrage seitens der Versicherten (demographische Entwicklung, Anspruchshaltung) zurückgeführt werden. Zentraler Faktor ist dabei anerkanntermassen die sich daraus ergebende Mengenausdehnung.

Die Steuerungsmöglichkeiten der Gesundheitskosten über die Tarifierung sind sehr beschränkt. Die Veränderungen im Tarifbereich haben aus Sicht der Akteure aufgrund der Ausweichmöglichkeiten nicht unbedingt zu Kosteneinsparungen, sondern zu Kostenverlagerungen und eine Kompensation durch eine Mengenausweitung geführt.

Durch die Tarifierung kann grundsätzlich nur der Preis einer Leistung, nicht jedoch die Mengenausdehnung beeinflusst werden. Aufgrund dieser beschränkten Steuerungsmöglichkeiten ist von Massnahmen und Änderungen im Tarifbereich nur ein sehr bescheidener Einfluss auf die Kostenentwicklung zu erwarten. Die Mehrheit der befragten Behördenvertreter, Versicherer und Leistungserbringer schätzen dementsprechend den Beitrag der Massnahmen im Tarifbereich zur Kosteneindämmung aufgrund der Ausweichmöglichkeiten als sehr gering ein. Sie gehen davon aus, dass die Massnahmen im Tarifbereich grösstenteils nicht zu Kosteneinsparungen, sondern zu Kostenverlagerungen und einer Kompensation durch eine Mengenausweitung geführt haben. Durch diese Ausweichreaktionen konnten die Tarifeindämmungen (v.a. im stationären Bereich) kompensiert werden. Eine abweichende Haltung vertritt der Preisüberwacher,

der davon ausgeht, dass bei einer Reduktion des Tarifanstiegs die Einkommenserwartungen der Leistungserbringer abnehmen, was zu einer Reduktion des Angebots führt.

Die Ausweichreaktionen auf Änderungen in der Tarifierung können durch zwei Mechanismen erklärt werden:

1. Die Leistungserbringer versuchen, weiterhin ein möglichst hohes Einkommen zu erzielen, was vor allem Mengenausweitungen führt.
2. Die Kantone versuchen aufgrund ihrer finanziellen Lage, möglichst wenig Kosten zu tragen, woraus Kostenverlagerungen resultieren. Diese Kostenverlagerungen haben sich vor allem durch die neu eingeführten Spitalfinanzierungsregel ergeben, indem die Kantone die Verlagerung von der stationären zur ambulanten oder teilstationären Spitalbehandlung bewusst fördern, weil die Versicherer in diesen Bereichen die vollen Kosten finanzieren müssen. Neben geringeren Kosten für die Kantone und höheren Profite seitens der Spitäler kann die Verlagerung vom stationären zum ambulanten Bereich jedoch auch zu Auslastungsproblemen und damit zu einer Reduktion der Tarife sowie zu einer Reduktion der zusatzversicherten Patienten führen.

Die Spitallisten und der Budgetdruck seitens der Kantone haben zu Einsparungen geführt.

Ein massgeblicher Beitrag zur Kosteneindämmung im Spitalbereich konnte gemäss den befragten Kantonen und Spitalverbänden durch Kapazitätseinschränkungen mittels der Spitallisten und den Kostendruck über die Budgets erzielt werden. Der erhöhte Druck in diesen Bereichen hat zu Spitalschliessungen und zu einem massgeblich erhöhten Effizienzdruck auf die Spitäler geführt.

Der Prämienanstieg konnte durch das KVG abgeschwächt werden.

Die Prämien sind durch das KVG angestiegen. Verantwortlich dafür waren der Wegfall der Bundessubventionen an die Versicherer und die Finanzierung neuer Leistungen (v.a. Pflegeheime und Spitex), welche die Kosten der Leistungserbringer um 10,7% erhöht haben. Durch den verstärkten Druck der Versicherer auf die Tarife, die zurückhaltende Genehmigungen von Tariferhöhungen und die Rahmentarife im Pflege- und im Spitex-Bereich konnte der Prämienanstieg abgeschwächt werden.

Gemäss mehreren Versicherern könnten sich folgende Entwicklungen zukünftig in spürbarem Masse auf die Tarife und damit auf die Prämien auswirken:

- Nicht kostenneutrale Umsetzung des TarMed,
- Übernahme der Pflegekosten gemäss KVG durch die Versicherer.

Im Folgenden wird detaillierter auf die Auswirkungen der Änderungen der Tariffhöhen, der Tarifierungsformen, der alternativen Versicherungsmodelle und der Globalbudgets seitens der Kantone auf die Gesundheitskosten eingegangen.

8.3. Höhe der Tarife

Wie im Kapitel 4.3. gezeigt wird, hat das KVG tendenziell zu einer Reduktion des Anstiegs der Tarife in den verschiedenen Leistungsbereichen geführt. Im Folgenden wird dargelegt, wie sich dies auf das Verhalten der Leistungserbringer und den entsprechenden Kosten ausgewirkt hat.

Der erhöhte Druck auf die Spitaltarife durch die Versicherer und den Bundesrat hat keine spürbaren Kostenreduktionen, sondern hauptsächlich Kostenverlagerungen bewirkt.

Die öffentlichen Spitäler sind seit Inkrafttreten des KVG mit einem deutlich höheren Kostendruck konfrontiert, der durch die schwierige finanzielle Lage der Kantone sowie die Spitallisten zu erklären ist. Gemäss den befragten Kantonen und Spitalverbänden hat die überwiegende Anzahl der Kantone jedoch auch den Kostendruck aufgrund der durch die härtere Verhandlungskultur der Versicherer und die Entscheide des Bundesrates bewirkten geringeren Tariferhöhungen resp. -stabilisierungen u.a. über die Budgets an die Spitäler weitergegeben. Erzielen die öffentlichen Spitäler Defizite, so werden diese jedoch grundsätzlich in allen Kantonen von den Spitalträgern (hauptsächlich Kantone und Gemeinden) übernommen. Zu berücksichtigen gilt es dabei, dass die Spitäler mit den zusatzversicherten Patienten Gewinne erzielen, mit denen sie allfällige Defizite im Bereich der obligatorischen Krankenversicherung teilweise kompensieren können.

In einer ersten Phase hat der Kostendruck gemäss den befragten Spitalverbänden und Kantonen zu gewissen Sparmassnahmen, vor allem im Lohnbereich, geführt. Der Druck hat jedoch bei den öffentlichen Spitälern keine spürbaren Kostenreduktionen sondern hauptsächlich Kostenverlagerungen und zum Teil Qualitätseinbussen bewirkt:

- Der erhöhte Kostendruck hat, zusammen mit der Regelung der Spitalfinanzierung, eine deutliche Verlagerung der Leistungen vom stationären in den teilstationären und ambulanten Bereich (ambulante Behandlung; Spitex) bewirkt. In diesen Bereichen sind Kompensationsmassnahmen (Tariferhöhungen und Mengenausweitungen) eher möglich. Als Folge sind die Kosten im stationären Bereich in etwa stabil geblieben, während sie im ambulanten Bereich in den letzten Jahren deutlich zugenommen haben. Kostenverlagerungen finden teilweise auch durch die gezielte Privatisierung von Spitälern statt.
- Die tieferen Budgets haben zu Kostenverlagerungen durch den Abbau von teuren Leistungen zu Einsparungen beim Pflegepersonal und in der Ausbildung geführt.
- Zusätzlich wird versucht, reduzierte Mittel über eine Tariferhöhung bei den Zusatzversicherungen zu kompensieren.

Bei den Privatkliniken konnten aufgrund der laufend ausgeschöpften Rationalisierungspotenziale durch den Druck auf die Tarife keine weiteren Kosteneinsparungen erzielt werden.

Bei den Privatkliniken bewirken Tarifeindämmungen gemäss den befragten Verbänden keine zusätzlichen Kosteneinsparungen, weil die Privatkliniken seit jeher gezwungen sind, jegliche Rationalisierungsmassnahmen umzusetzen. Die Versicherer erreichten bei den privaten Spitälern teilweise Tarife, die nicht kostendeckend sind. Die Spitäler müssen die entstehenden Kosten über die Zusatzversicherungen oder einen Finanzierungsfonds decken.

Der Tarifdruck im ambulanten Bereich wird über Mengenausweitungen kompensiert.

Praktisch alle befragten Versicherer und Versichererverbände gehen davon aus, dass Tarifeindämmungen im ambulanten Bereich über eine Mengenausweitung kompensiert werden. Auf die Mengenentwicklung im ambulanten Bereich können die Versicherer über die Tarifierung kaum Einfluss nehmen. Als besonders wichtig wird eine kostenneutrale Umsetzung des TarMed erachtet, auf den die Versicherer und der Preisüberwacher gemäss ihren eigenen Aussagen einen signifikanten Einfluss ausgeübt haben.

Bei den Pflegeheimen und der Spitex wird seitens der Versicherer davon ausgegangen, dass die Tariferhöhungen eine leichte Kostenerhöhung zur Folge gehabt hat.

Bei den Pflegeheimen und der Spitex, die mit dem KVG neu in die Krankenversicherung aufgenommen worden sind, hat sich vor allem die Finanzierung der Leistungen verändert, indem die Versicherer einen massgeblichen Teil der Leistungen übernehmen müssen. Da die Versicherer vor allem im Bereich der Heime anerkanntermassen noch nicht die vollen Pflegekosten gemäss KVG übernehmen, ist die Finanzierung der Pflegekosten umstritten.

Betreffenden Einflüsse der Tarifierung sind die befragten Heimverbände und Spitex-Organisationen der Ansicht, dass diese praktisch keinen Einfluss auf die Leistungserstellung und die Kosten ausgeübt hat. Die Spitex-Organisationen betonen, dass durch das KVG keine Mengenausweitung stattgefunden hat. Die Versicherer gehen andererseits davon aus, dass die Tariferhöhungen in diesen Bereichen eine gewisse Kostenerhöhung zur Folge gehabt hat.

Die durch die Auslandpreisvergleichsregel bewirkte Senkung von Medikamentenpreisen ist teilweise über eine Mengenausweitung und neue teure Produkte kompensiert worden.

Über den durch das KVG resp. der entsprechenden Verordnung (KLV Art. 35) festgeschriebenen Auslandpreisvergleich konnte eine Senkung der Medikamentenpreise bewirkt werden, was zu jährlichen Kosteneinsparungen in dreistelliger Millionenhöhe geführt hat.⁴² Jedoch wird vermutet, dass die tieferen Preise über eine Mengenausweitung und teurere Produkte mindestens teilweise kompensiert werden.

8.4. Tarifierungsformen

In mehreren Bereichen sind neue Tarifierungsformen eingeführt worden und werden erprobt. Wesentlich sind dabei die neuen Tarife auf gesamtschweizerischer Ebene und die Entwicklungen bei den Tarifen der stationären Spitalbehandlung. Im Folgenden wird der Frage nachgegangen, welche Anreize diese zur Kosteneinsparung setzen und welche Erfolge erzielt werden konnten.

42 Siehe auch Kapitel 3.3.

Bei den gesamtschweizerisch festgelegten Tarifen muss davon ausgegangen werden, dass die eingeführten Mengenbeschränkungen aufgrund der weiteren Kostenerhöhungen nur teilweise wirksam gewesen sind.

Die Einführung einheitlicher Tarifstrukturen bei den Einzelleistungstarifen hat die administrativen Aufwendungen der Versicherer und der Leistungserbringer durch eine einfachere Abrechnung gesenkt und die Vergleichbarkeit der Leistungen wesentlich erhöht. Entscheidend ist jedoch der Einfluss auf die Mengenentwicklung. Bei verschiedenen Tarifen wurden mit den Einzelleistungstarifen Sitzungs- resp. Besuchsbeschränkungen eingeführt (Physiotherapie, Ergotherapie, Logotherapie und Hebammen). Zudem muss die Leistungsberechtigung gegenüber den Versicherern begründet werden. Aufgrund der kurzen Zeit der Einführung dieser Tarife, kann deren Wirkungen noch nicht beurteilt werden. Die PhysiotherapeutInnen geben an, dass der Behandlungsumfang abgenommen hat und dadurch trotz den zusätzlich angebotenen Leistungen eine Stabilisierung der Mengenentwicklung erreicht werden konnte. Trotzdem sind in diesem Bereich, in dem tariflich ein Schritt weg vom Einzelleistungstarif hin zur Pauschalisierung gemacht worden ist, die Kosten wieder gestiegen. Bezüglich des TarMed besteht seitens der Versicherer eine gewisse Hoffnung, dass die gesamtschweizerische Struktur, die nach betriebswirtschaftlichen Grundsätzen erstellt wurde, zu einer verbesserten Transparenz und damit zu einer Kosteneindämmung führt.

Im Spitex-Bereich hat das KVG vor allem durch die neue eingeführte Bedarfsabklärung zu einer Stabilisierung der Mengenentwicklung beigetragen. Als wichtige zusätzliche Faktoren werden vom Spitex-Verband Schweiz das Qualitätsmanagement und der Ausbildungsstand der Pflegenden genannt.

Die Spitäler haben sich den neuen Pauschalisierungsformen weitgehend angepasst. Ertragseinbussen werden durch Ausweichreaktionen kompensiert, was zu Kostenverlagerungen geführt hat. Zum Teil konnten durch die neuen Tarifierungsformen seitens der Spitäler Ertragserhöhungen erzielt werden.

Die Versicherer gehen mehrheitlich davon aus, dass die Leistungserbringer den neuen Pauschalisierungsformen anpassen und durch folgende Ausweichreaktionen kompensieren, was zu einer Kostenverlagerung führt:

- Behandlung von mehr Fällen durch frühere Entlassungen und Abschiebungen in den ambulanten Bereich. Dadurch nehmen die Kosten der ambulanten Vor- und Nachbehandlung (Spitex, teilstationärer und ambulanter Bereich) zu.

- Kompensation durch Tagespauschalen in Bereichen, in denen keine neuen Pauschalisierungsformen bestehen.
- Forderung von höheren Pauschalen in einem späteren Jahr aufgrund der Einnahmeausfälle durch die Reduktion der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer.

Kritisiert wird von den Versichererverbänden insbesondere, dass zur Berechnung der neuen Pauschalisierungsformen die Ist-Kosten anstelle von Plankosten verwendet werden, was zu Kostenerhöhungen führen kann. Teilweise wird den Spitälern vorgeworfen, dass sie durch den Systemwechsel einen höheren Kostendeckungsgrad erreichen und damit ihre Erträge optimieren wollen. Die Versicherer fordern klare Leitplanken wie die Tarifierung aufgrund von Standards und ein aussagekräftiges Benchmarking zur Verhinderung von negativen Kostenfolgen.

Auch die Kantone gehen davon aus, dass durch die neuen Pauschalisierungsformen anfangs vor allem eine Kostenverlagerung in den ambulanten Bereich stattfindet (nachsorgende Pflege, Spitex, Ärzte). Dies führt anfänglich zu höheren Kosten für die Versicherer, die jedoch mit der Zeit über sinkende Fallpauschalen ausgeglichen werden können. Gemäss einem Spitalverband ist es ganz natürlich, dass die Spitäler versuchen, ihre Erträge zu maximieren und Ertragseinbussen durch Ausweichreaktionen zu umgehen. Zur Einhaltung der vom Kanton vorgegebenen Budgets ist es für die Spitäler wesentlich einfacher, über Mengenausweitungen und Verlagerungen die Einnahmen zu erhöhen als Kosten zu reduzieren. Es wird erwähnt, dass die neuen Pauschalisierungsformen das ökonomische Denken innerhalb der Spitäler gefördert haben.

Von den Fallpreispauschalen werden Prozessoptimierungen und damit Kosteneinsparungen erwartet.

Im Kanton Aargau wird erwartet, dass mit dem neu entwickelten Fallpreispauschalenmodell, in dem Standards von der Diagnose bis zur Nachbehandlung definiert worden sind (Modellintegrierter Patientenpfad), durch richtige Anreize die Prozessoptimierungen verbessert werden können.

Gruppentaxen sollen den Wettbewerb unter den Spitälern fördern.

Mehrere Spitalverbände sind der Ansicht, dass es mit Gruppentaxen, die im Spitalbereich vermehrt festgelegt werden, eher möglich ist, durch ein Benchmarking die vergleichsweise teuren Spitäler zu Rationalisierungsmassnahmen zu bewegen. Damit

könnten nach ihrer Sicht wettbewerbliche Verhältnisse hergestellt und ein Beitrag zur Eindämmung der Tarife geleistet werden.

8.5. Alternative Versicherungsmodelle

Von den alternativen Versicherungsmodellen ist zur Zeit kaum ein Beitrag zur Kosteneindämmung zu erwarten.

Der Einfluss der alternativen Versicherungsmodelle auf die Kosten der Leistungserbringer ist aufgrund der geringeren Verbreitung dieser Modelle grundsätzlich sehr gering. Die HMO bringen nach einer verbreiteten Ansicht nur marginale Korrekturen. Es muss jedoch berücksichtigt werden, dass mit den alternativen Versicherungsmodellen ein längerfristiger Prozess in Gang gesetzt worden ist, der eine gewisse Zeit benötigt, um effektiv relevante Einsparungen erzielen zu können.

Kosteneinsparungen werden in den Managed-Care-Modellen hauptsächlich wie folgt erzielt:

- Durch die Begleitung des Patienten durch den Gate-Keeper (Hausarzt oder Angestellter einer HMO) können Doppeluntersuchungen sowie unnötige Leistungsanspruhen vermieden werden.
- Der Gate-Keeper nimmt Einfluss auf die nachgelagerten Behandlungen (Patientensteuerung).
- Die Versicherer können die Leistungserbringer, mit denen sie zusammenarbeiten wollen, aussuchen und bestimmte Leistungs- und Qualitätsziele vereinbaren.

Die Einsparungen, die mit den heutigen Modellen gegenüber der konventionellen Versicherungsform erzielt werden können, werden auf 10% bis 15% geschätzt.

Betreffend die Wirtschaftlichkeit werden die alternativen Versicherungsmodelle unter Berücksichtigung der Prämienrabatte von den befragten Versicherern als nicht sehr erfolgreich beurteilt. Dabei werden die Hausarztmodelle schlechter beurteilt als die HMO. So schätzt die Mehrheit der Versicherer die Hausarztmodelle als defizitär ein. Dies wird durch die ersten Abschätzungen, welche die Abweichungen im Risikokollektiv berücksichtigen, bestätigt. Die Kosteneinsparung wird von der SanaCare risikobereinigt auf 15%, von der Unimedes auf 12% beziffert. Bei den HMO geht die Mehrheit der befragten Versicherer davon aus, dass diese mindestens eine Kostenersparnis

in der Höhe der Prämienersparnis erzielen und damit nicht defizitär betrieben werden. Die mangelhafte Wirtschaftlichkeit der alternativen Versicherungsmodelle wird seitens der Versicherer wie folgt begründet:

- Bei den bestehenden Prämiensparmodellen wechseln hauptsächlich die guten Risiken, mit denen keine Kosten reduziert werden können, weil sie nur wenig Kosten verursachen. Wechseln die guten Risiken innerhalb eines Versicherers, kann dies dazu führen, dass die Prämien der normalen Grundversicherung aufgrund der gewährten Prämienreduktion erhöht werden müssen. Wechseln gute Risiken von anderen Versicherern in die Modelle, müssen zusätzliche Beiträge in den Risikoausgleich bezahlt werden.
- Die Aufwendungen für die Rückstellungen und Reserven sind in den ersten 3 bis 5 Jahren beträchtlich.
- Bei den Hausarztmodellen wird zusätzlich geltend gemacht, dass die Leistungsbeanspruchung weniger gut gesteuert werden als bei den HMO. Die Ärzte und Patienten ändern ihr Verhalten kaum. Den Ärzten wird vorgeworfen, dass sie ihre wirtschaftliche Verantwortung nur ungenügend wahrnehmen oder Kosteneinsparungen durch Mengenausweitungen (bspw. bei den Medikamenten) kompensieren. Zudem ist die Einbindung der nachfolgenden Leistungserbringer noch relativ schwach entwickelt.

8.6. Globalbudgets

Beim Einfluss der Globalbudgets auf die Spitalkosten muss unterschieden werden zwischen den Globalbudgets für die vom Kanton zu finanzierenden Spitalkosten und denjenigen Globalbudgets, die die gesamten Kosten der Leistungserbringer umfassen und damit eigentliche Globalbudgets gemäss KVG im Sinne einer Tarifierungsform darstellen.

Über die Globalbudgets für die von den Kantonen zu finanzierenden Spitalkosten haben die Kantone einen erheblichen Druck auf die öffentlichen Spitäler ausgeübt, was zu Kosteneinsparungen und zu einem veränderten Kostenbewusstsein der Spitäler geführt hat.

Bei den Globalbudgets, die nur die von den Kantonen zu finanzierenden Spitalkosten umfassen, schätzen die meisten Kantone die Wirkung betreffend Kosteneinsparungen

als hoch ein. Durch den Budgetdruck konnten bei den Spitälern Rationalisierungsmassnahmen und dadurch Kosteneinsparungen erzielt werden. Die Budgets konnten zum grössten Teil eingehalten werden. Hingewiesen wird auch auf das durch die Globalbudget bewirkte erhöhte Kostenbewusstsein der Spitäler und der Ärzte. Während in einem Kanton die Spitäler versuchen, die finanziellen Anreize für Rationalisierungsmassnahmen auszunutzen, ist in einem anderen Kanton für jede Kostenstelle eine verantwortliche Person ernannt worden. Auch bei den Ärzten wird ein Umdenken festgestellt, indem sie die Kosten einer Behandlung vermehrt berücksichtigen.

Der grosse Druck seitens der Kantone über die Leistungsaufträge und die Budgets wird auch von den Spitälern wahrgenommen. Gemäss einigen Spitalverbänden hat der Druck mit dem KVG noch zugenommen. Die Kantone versuchen, sich möglichst zu entlasten.

Nach Ansicht der befragten Spitalverbände ist das Kostensparpotenzial bei den öffentlichen Spitälern weitgehend ausgeschöpft. Ein weiteres Optimierungspotenzial wird vor allem noch im organisatorischen Bereich gesehen (Verbesserung der Abläufe, vermehrte EDV-Unterstützung, Administration). In den Kantonen, in denen Kapazitäten abgebaut worden sind, sind die Spitäler im stationären Bereich gut ausgelastet und können kaum über Mengenausweitungen reagieren. Zusätzliche Kosteneinsparungen können damit nur noch über eine weitere Leistungsreduktion erzielt werden. Dies könnte jedoch zu erheblichen Qualitätseinbussen und zu Versorgungsengpässen führen.

Aufgrund der Erfahrungen in den Westschweizer Kantonen ist davon auszugehen, dass mit den Globalbudgets gemäss KVG, die die gesamten Spitalkosten umfassen, im Vergleich zu den übrigen Kantonen keine höheren Einsparungen erzielt werden konnten.

Beim Einfluss der in einigen Westschweizer Kantonen bestehenden Globalbudgets auf die Kosten gehen die Ansichten auseinander. Während einige Kantone von zusätzlichen Rationalisierungsmassnahmen und Kosteneinsparungen ausgehen, bezweifeln die Versicherer, dass mit den Globalbudgets Kosten eingespart werden konnten:

- Mit den Globalbudgets, die zum grössten Teil auch eingehalten wurden, konnte in den Westschweizer Kantonen praktisch eine Stabilisierung der Spitalkosten erreicht werden. Die Globalbudgets scheinen sich jedoch unterschiedlich auf die Leistungserbringer ausgewirkt zu haben. Während in den Kantonen Jura und Wallis

Rationalisierungsmassnahmen festgestellt werden konnten und im Kanton Neuenburg davon ausgegangen wird, dass das Globalbudget dazu beigetragen hat, die Aufenthaltsdauer zu reduzieren, wurden in den Kantonen Jura und Neuenburg jedoch auch Ausweichstrategien der Leistungserbringer festgestellt (Verlagerung in den ambulanten Bereich, ungerechtfertigte Defizitübernahme-Ansprüche, etc.). Einheitlich werden die Auswirkungen auf die Leistungsqualität beurteilt. Aufgrund von Umfragen und Evaluationen konnte festgestellt werden, dass die Behandlungsqualität aufgrund der Finanzierung durch Globalbudgets nicht beeinflusst worden ist.

- Die Versicherer werten die Globalbudgets in den Westschweizer Kantonen als Misserfolg und z.T. sogar als kontraproduktiv. Mit diesen als administrativ charakterisierten Globalbudgets finden gemäss den Versicherern nur Kostenverlagerungen statt (Verlagerungen in den ambulanten Bereich; Verzögerung der Kostenerhöhungen auf ein späteres Jahr). Die durch die Überschreitung der Globalbudgets ausgelösten Nachforderungen haben zu prämienvirksamen Nachzahlungen seitens der Versicherer geführt, die nicht voraussehbar waren. (z.B. Kanton Waadt). Die Spitalkosten werden in den betreffenden Kantonen weiterhin als hoch erachtet.

Aufgrund der mit den Globalbudgets inhärenten Schwierigkeiten, der variablen Ausgestaltung der Westschweizer Globalbudgets auf vergleichsweise hohem Niveau und den konkreten Erfahrungen in den Westschweizer Kantonen kann davon ausgegangen werden, dass der Kostendruck auf die Leistungserbringer im Vergleich mit anderen Kantonen mit kantonalen Budgets für die einzelnen Spitäler durch diese Globalbudgets nicht wesentlich erhöht und damit kaum zusätzliche Kosteneinsparungen erzielt werden konnten.

8.7. Fazit

Die Änderungen der Rahmenbedingungen des KVG im Tarifbereich haben bisher praktisch keinen Einfluss auf die Reduktion der Gesundheitskosten ausgeübt. Einerseits sind die Steuerungsmöglichkeiten der Gesundheitskosten über die Tarifierung sehr beschränkt, weil auf die Mengenentwicklung kaum Einfluss genommen werden kann. Andererseits haben die Veränderungen in der Tarifierung aufgrund der Ausweichmöglichkeiten seitens der Leistungserbringer aus Sicht der Akteure nicht unbe-

dingt zu Kosteneinsparungen, sondern zu Kostenverlagerungen und zur Kompensation allfälliger Einnahmefälle durch eine Mengenausweitung geführt:

- Der durch die Versicherer und den Bundesrat erhöhte Druck auf die Spitaltarife hat durch Kompensationsmassnahmen seitens der Spitäler (v.a. Verlagerungen in den ambulanten und den teilstationären Bereich) u.a. zu Kostenverlagerungen geführt. Den neuen Pauschalisierungsformen haben sich die Spitäler weitgehend angepasst. Ertragseinbussen werden durch Ausweichreaktionen kompensiert, was zu Kostenverlagerungen geführt hat. Zum Teil konnten durch die neuen Tarifierungsformen seitens der Spitäler auch Ertragserhöhungen erzielt werden.
- Bei den Privatkliniken konnten aufgrund der weitgehend ausgeschöpften Rationalisierungspotenziale keine weiteren Einsparungen erzielt werden.
- Im ambulanten Bereich wird davon ausgegangen, dass der Tarifdruck vor allem über eine Mengenausweitung kompensiert wird. Nach Angaben der entsprechenden Verbände haben in der Spitex und in der Physiotherapie keine Mengenausdehnungen stattgefunden.
- Die durch das KVG bewirkte Senkung der Medikamentenpreise ist teilweise über eine Mengenausweitung und neue teure Produkte kompensiert worden.

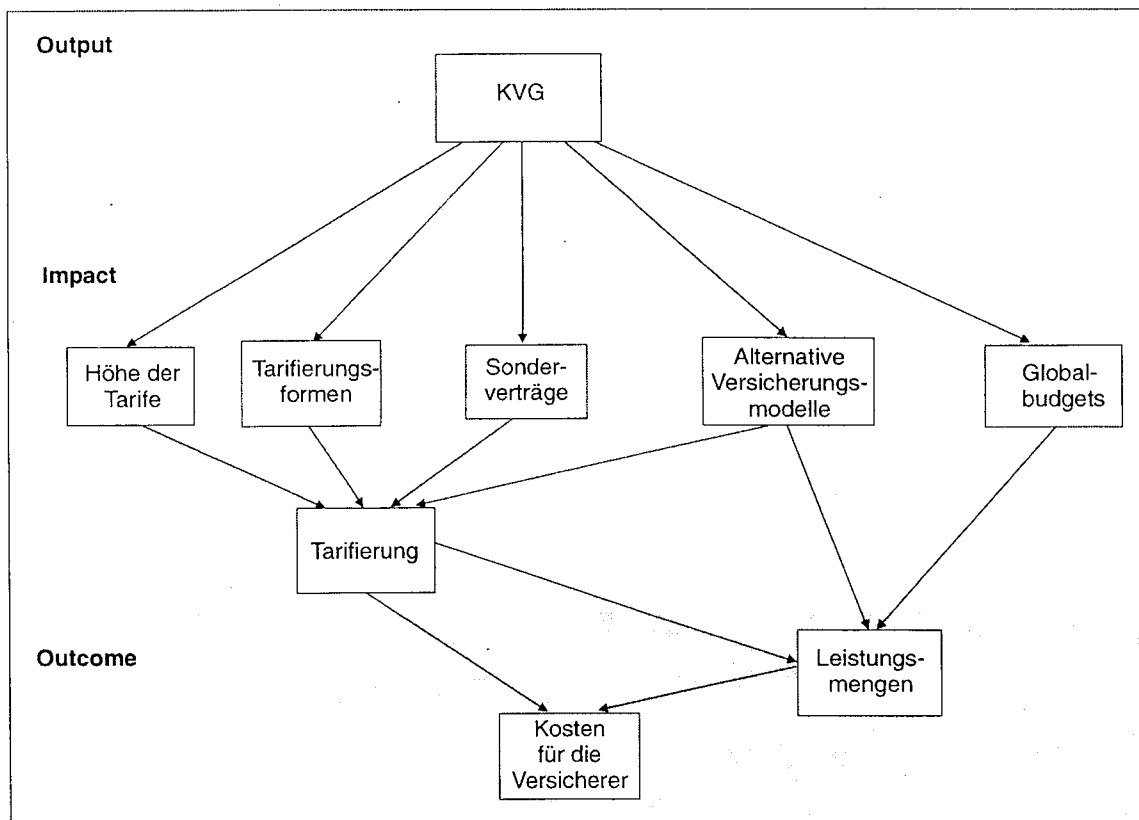
Von den alternativen Versicherungsmodellen, dessen Einsparpotenzial bei den bestehenden Modellen auf 10% bis 15% geschätzt wird, ist zur Zeit aufgrund der geringen Verbreitung und der vorwiegenden Ausgestaltung als Prämiensparmodelle kaum ein Beitrag zur Kosteneindämmung zu erwarten. Hingegen konnten mit den Globalbudgets seitens der Kantone ein erheblicher Druck auf die öffentlichen Spitäler ausgeübt und diese zu Rationalisierungsmassnahmen sowie zu einem veränderten Kostenbewusstsein veranlasst werden.

9. Synthese

Im Folgenden werden die Auswirkungen des KVG auf den Tarifbereich anhand folgender Fragestellungen zusammenfassend beurteilt:

1. Welche Änderungen hat das KVG im Tarifbereich bewirkt?
2. Inwiefern haben die Akteure den erhöhten Handlungsspielraum im Tarifbereich genutzt?
3. Welcher Beitrag haben die Änderungen im Tarifbereich zur Reduktion des Wachstums der Gesundheitskosten geleistet?

Zur Beurteilung dieser Fragen wird von folgenden in Figur 22 dargestellten Wirkungszusammenhängen ausgegangen:



Figur 22: Die Rahmenbedingungen des KVG beeinflussen die Höhe der Tarife, die Tarifierungsformen, die Sonderverträge, die alternativen Versicherungsmodelle und die Globalbudgets.

Der durch das KVG erweiterte Handlungsspielraum im Tarifbereich betrifft die folgenden Elemente mit Bezug zu den Gesundheitskosten:

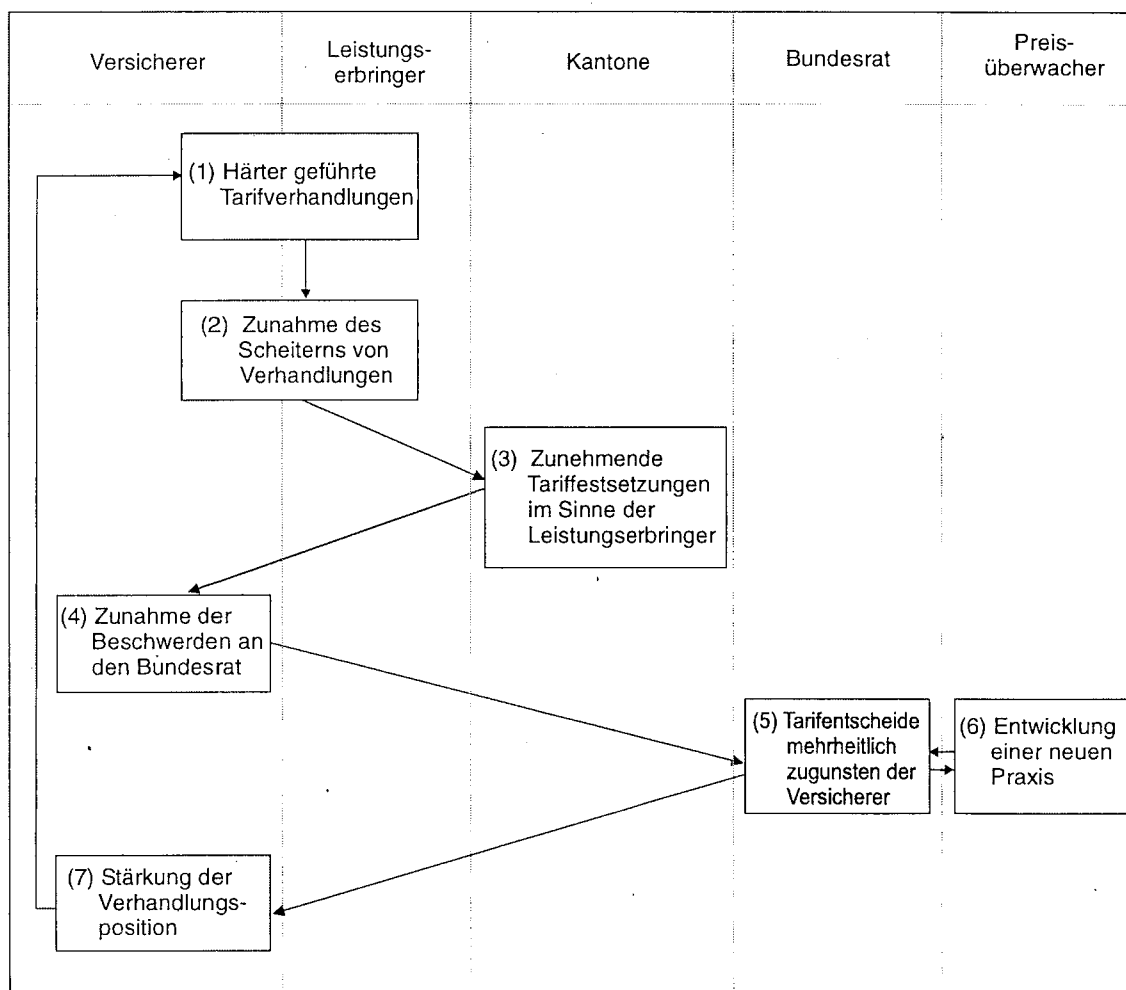
- In den Tarifverhandlungen und den Beschwerden an den Bundesrat stellt die Höhe des Tarifes einen zentralen Bestandteil dar. Der politische Druck des KVG auf die Gesundheitskosten sollte zu einem Druck auf die Tarife und entsprechend äusserst massvolle Tariferhöhungen führen.
- In den Verhandlungen können neue Tarifierungsformen entwickelt und anschliessend erprobt werden. Diese sollen durch geeignete Anreize zur möglichst rationalen und optimalen Leistungserstellung führen.
- Die Aufhebung des Verbandszwangs ermöglicht es, Sonderverträge auszuhandeln. Von diesen wird erwartet, dass sie den Wettbewerb, vor allem unter den Leistungserbringern, erhöhen und damit zur Reduktion der Gesundheitskosten führen.
- Von den alternativen Versicherungsmodellen (HMO, Hausarztmodelle), deren Einführung mit dem KVG verbessert worden ist, wird durch die Beschränkung der Wahl des Leistungserbringers ein Beitrag zur Reduktion der Gesundheitskosten erwartet.
- Mit dem KVG haben die Kantone die Möglichkeit, als finanzielles Steuerungsinstrument Globalbudgets für die Finanzierung von Spitälern und Heimen festzusetzen. Dadurch kann insbesondere auf die rationelle Leistungserstellung und die Mengenentwicklung Einfluss genommen werden.

Bei der Beurteilung der Auswirkungen des KVG auf den Tarifbereich sind auch Vollzugsaspekte zu beachten. So sind aufgrund der kurzen Einführungszeit des KVG, der noch offenen Vollzugsvorgaben und des hohen Zeitbedarfs zur Entwicklung und Erprobung neuer Tarifierungsformen und alternativer Versicherungsmodelle kurzfristig mit Ausnahme des Einflusses auf die Tarifhöhen und die Sonderverträge keine allzu grosse Auswirkungen erwarten.

Im Folgenden werden die Auswirkungen auf die oben dargestellten Elemente des Tarifbereichs dargestellt. Anschliessend folgen eine Gesamtbeurteilung und Empfehlungen zur Verbesserung der Rahmenbedingungen.

9.1. Auswirkungen auf die Höhe der Tarife

Die neuen Rahmenbedingungen haben seit der Einführung des KVG über die Tarifverhandlungen und die Tarifbeschwerden an den Bundesrat in erster Linie die Höhe der Tarife beeinflusst. Dabei hat sich folgender, in Figur 23 dargestellter Wirkungsmechanismus ergeben:



Figur 23: Härter geführte Tarifverhandlungen und die Tarifentscheide des Bundesrat tragen dazu bei, dass die Erhöhung der Tarife abgeschwächt werden konnte.

Das KVG hat die Tarifverhandlungen massgeblich verändert. Einerseits sind durch die neuen Leistungsbereiche (Pflegeheime, Spitex, etc.), die neue gesamtschweizerisch festzulegende Tarifstruktur bei Einzelleistungstarifen und die neuen Regelungen im Spitalbereich mehr Verhandlungen geführt worden. Andererseits werden die Verhandlungen durch den Kostendruck auf die Versicherer und Leistungserbringer sowie

die angespannte finanzielle Situation der Kantone wesentlich härter geführt (1). Dabei zielen die Leistungserbringer auf die Maximierung ihres Ertrags und die Versicherer resp. die Kantone auf die einen möglichst geringen Kostenanteil ab, den sie zu tragen haben. Die zunehmende Streitkultur sowie die neuen, zum Teil noch zu wenig geklärten tariflichen Anforderungen (Erfordernisse zur Erreichung der Kostentransparenz, betriebswirtschaftliche Bemessung, Regelung betreffend Spitalfinanzierung) und ungenügenden Datengrundlagen haben dazu geführt, dass die Verhandlungen viel öfters gescheitert sind (2). In der Folge sind die Tariffestsetzungen der Kantone wesentlich angestiegen (3). Da diese, vor allem in den Bereichen mit eigenem finanziellen Interesse (öffentliche Spitäler, Heime) die Tarife im Sinne der Leistungserbringer oder in Form eines Kompromisses festgelegt haben, ist die Anzahl Tarifbeschwerden, vor allem seitens der Versicherer hinsichtlich Tarifsenkungen, erheblich gestiegen (4). Der Bundesrat ist in seinen Entscheiden betreffend die Tarifsenkungen in den Bereichen der stationären Behandlung in öffentlichen Spitälern, der Heime und der Spitex zum überwiegenden Teil den Versicherern gefolgt (5). Die Anträge auf Tarifsenkungen in Privatspitälern hat er jedoch durchwegs abgelehnt. In seinen Entscheiden betreffend die öffentlichen Spitäler hat sich der Bundesrat massgeblich auf die vom Preisüberwacher erarbeiteten Beurteilungs- und Anforderungskriterien abgestützt, der dadurch enorm an Einfluss gewonnen hat (6). Die Versicherer sind durch die Praxis des Preisüberwachers wesentlich gestärkt worden, was ihre Streitbereitschaft gefestigt hat (7).

Der Einfluss der Akteure auf die Verhandlungen hat sich durch diesen Prozess wie folgt verändert:

- Der Einfluss der Versicherer auf die Verhandlungen ist durch die Unterstützung des Bundesrates resp. des Preisüberwachers (Forderung nach Kostentransparenz; Anwendung der Tarifberechnungsgrundsätze) deutlich gestiegen. Sie üben gegenüber den Leistungserbringern einen bedeutenden Druck in Richtung Stabilisierung der Tarife, vor allem im Spitalbereich, aus. Dabei nehmen die Versicherer selbst verstärkt Einfluss auf die Verhandlungen, die von ihren Verbänden geführt werden.
- Die Leistungserbringer werden von den Versicherern und im Bereich der öffentlichen Spitäler auch von den Kantonen unter Druck gesetzt. Mit Ausnahme der neuen Leistungserbringer, die durch das KVG gestärkt worden sind, befinden sie sich gegenüber der Situation unter dem KUVG („Basarsystem“) in einer schwächeren Verhandlungsposition.

- Die Kantone haben an Einfluss verloren und nehmen zunehmend eine Vermittlungsposition ein.
- Der indirekte Einfluss des Preisüberwachers und des Bundesrates ist durch die entwickelte Praxis und die Zunahme der Entscheide massiv gestiegen.

Der erhöhte Druck seitens der Versicherer und die Praxis des Bundesrates resp. des Preisüberwachers hat sich wie folgt auf die Höhe der Tarife und die Kosten in den einzelnen Leistungsbereichen ausgewirkt:

- Den grössten Einfluss haben die Versicherer und der Bundesrat auf die Tarife der stationären Behandlung in öffentlichen Spitälern ausgeübt. In diesem Bereich hat das KVG durch die Spitalfinanzierungsregel und die Bestimmung, dass die Tarife betriebswirtschaftlich zu bemessen sind, zu einem besonders angespannten Verhandlungsklima und einer hohen Anzahl Tarifbeschwerden geführt. Zudem versuchen die Versicherer, über Betriebsvergleiche und Benchmarkingbemühungen den Druck in den Verhandlungen zu erhöhen. Da der Bundesrat praktisch allen Anträgen der Versicherer auf Tarifsenkungen gefolgt ist, die entwickelten Tarifberechnungsgrundsätze in der Praxis weitgehend angewendet werden und der politische Druck seit den dringlichen Bundesbeschlüssen nur noch sehr moderate Tarifierhöhungen erlaubt, konnte durch das KVG ein Beitrag zur Stabilisierung der Spitaltarife geleistet werden. Da die Kantone diesen Kostendruck in der Regel über die Budgets weitergeben, sehen sich die Spitäler einem erhöhten Druck ausgesetzt. Da weitere Kostenreduktionen sehr schwer durchzusetzen sind, hat der Druck nicht unbedingt zu spürbaren Kosteneinsparungen, sondern vor allem zu Kostenverlagerungen geführt (hauptsächlich Verlagerung vom stationären in den ambulanten und den teilstationären Bereich).
- Bei den Privatkliniken haben die Versicherer ebenfalls einen grösseren Druck in den Tarifverhandlungen ausgeübt, sie sind mit ihren Anträgen auf Tarifsenkungen jedoch nicht durchgedrungen. Insgesamt konnten durch die bei den Privatspitälern laufend ausgeschöpften Rationalisierungspotenziale durch den Tarifdruck keine weiteren Kosteneinsparungen erzielt werden.
- Bei den Pflegeheimen und der Spitex folgte der Bundesrat aufgrund der noch ungenügenden Datengrundlagen zum überwiegenden Teil den Anträgen der Versicherer auf Tarifsenkungen. Zusätzlich konnte mit den vom Bundesrat erlassenen Rahmentarifen verhindert werden, dass sich die Tarife weiter erhöht haben. Da die Versicherer vor allem im Bereich der Heime anerkanntermassen noch nicht die

vollen Pflegekosten gemäss KVG übernehmen, ist die Höhe der Tarife weiterhin umstritten. Gemäss den jeweiligen Leistungserbringerverbänden hat die Tarifierung jedoch praktisch keinen Einfluss auf die Leistungserstellung und die Kosten ausgeübt.

- Im ambulanten Bereich sind die Tarife (mit Ausnahme der Ärztetarife) angestiegen. Die Zunahme konnte jedoch durch den Druck der Versicherer leicht eingedämmt werden. Grundsätzlich wird davon ausgegangen, dass der Tarifdruck im ambulanten Bereich über Mengenausweitungen kompensiert wird und damit keine Kosteneinsparungen bewirkt. In mehreren Bereichen (z.B. Ergotherapie, Hebammen) ist die Mengenausweitung auf die Zulassung freiberuflicher Leistungserbringer zurückzuführen.

Insgesamt ist festzuhalten, dass das KVG in verschiedenen Bereichen, vor allem in der stationären Behandlung öffentlicher Spitäler, eine weitere Zunahme der Tarife verhindert hat und aufgrund von Kompensationsmassnahmen der Leistungserbringer (Kostenverlagerungen und Mengenausdehnungen) keine spürbare Kosteneinsparungen erzielt werden konnten.

9.2. Auswirkungen auf die Tarifierungsformen

In mehreren Leistungsbereichen sind neue Tarifierungsformen eingeführt worden und werden erprobt. Festzustellen ist ein Trend in Richtung pauschalisierter Tarifierungsformen, der vom KVG gefördert, jedoch nicht ausgelöst worden ist. Im Folgenden wird auf die neuen Tarife auf gesamtschweizerischer Ebene und die Entwicklung bei den Tarifen der stationären Spitalbehandlung eingegangen. Dargelegt wird, welche Anreize mit den neuen Tarifierungsformen gesetzt werden und welche Erfolge betreffend Kosteneinsparung erzielt werden konnten.⁴³

- Bei den Einzelleistungstarifen im ambulanten Bereich mit neu gesamtschweizerischen Tarifstrukturen hat eine bescheidene Entwicklung hin zu neuen Tarifierungsformen stattgefunden. Neben dem Zeittarif in der Spitex und der Tarife mit pauschalen Komponenten in der Physiotherapie sowie bei den Ernährungs- und DiabetesberaterInnentarife haben sich gegenüber dem KUVG mit dem KVG nur

43 Auf die Tarifierungsformen im Rahmen der alternativen Versicherungsmodelle wird im Kapitel 9.4. eingegangen.

wenige Änderungen ergeben. Einerseits sind in der Psychiatrie neue Pauschalen oder Mischtarife, andererseits sind mit den Einzelleistungstarifen Sitzungs- resp. Besuchsbeschränkungen eingeführt worden. Aufgrund der festgestellten Kostenerhöhungen ist jedoch davon auszugehen, dass die eingeführten Mengenbeschränkungen mit Ausnahme des Spitex-Bereichs höchstens teilweise wirksam gewesen sind.

- Bei den Spitaltarifen sind weiterhin zu 75% Tagespauschalen vorherrschend. Festzustellen ist jedoch ein deutlicher Trend in Richtung von Fallpauschalen. Da Tagespauschalen von allen Akteuren als ungeeignet beurteilt werden, wird sich dieser Trend in Zukunft im Spitalbereich noch verstärken. Die neuen Formen befinden sich jedoch noch in der Experimentierphase und haben sich bisher noch nicht breit durchgesetzt. Der Trend geht grundsätzlich in Richtung von diagnosebezogenen Fallpauschalen, wobei hier allerdings noch Anstrengungen in der Bereitstellung von Datengrundlagen unternommen werden müssen. In der Zwischenzeit werden zur Zeit von vielen Spitälern Abteilungspauschalen und vor allem Mischformen vereinbart. Bezüglich des Einflusses der neuen Pauschalisierungsformen auf das Leistungsangebot ist davon auszugehen, dass sich die Spitäler den neuen Formen angepasst haben und Ertragseinbussen (bspw. durch eine Reduktion der Aufenthaltsdauer) durch Ausweichreaktionen (v.a. Abschiebung in die vor- und nachgelagerten Bereiche) kompensieren, was zu Kostenverlagerungen führt. Kosteneinsparungen durch Prozessoptimierungen werden in Zukunft vor allem durch umfassende Fallpreispauschalen und Gruppentaxen erwartet, mit denen für vergleichbare Spitäler versucht wird, teilweise wettbewerbliche Verhältnisse herzustellen.

Damit kann festgehalten werden, dass das KVG neue Pauschalisierungsformen vor allem im Spitalbereich gefördert hat, diese bisher jedoch aufgrund der Ausweichreaktionen nicht zu spürbaren Kosteneinsparungen geführt haben.

9.3. Auswirkungen auf Sonderverträge

Der neue Handlungsspielraum bei den von Verbandsverträgen abweichenden Sonderverträgen ist von den Tarifpartnern in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

(OKP) praktisch nicht genutzt worden. Die Tarife werden mit Ausnahmen des Bereichs der alternativen Versicherungsmodelle⁴⁴ immer noch von den jeweiligen Verbänden verhandelt und vereinbart. Sonderverträge sind nur in einer vernachlässigbaren Anzahl abgeschlossen worden und haben zur Zeit keine Bedeutung in den Tarifverhandlungen. Die gegenseitige Entkartellierung hat damit nicht stattgefunden. Sonderverträge liegen in der OKP im Gegensatz zum Bereich der Zusatzversicherungen nicht im Interesse der Tarifpartner und der Kantone. Hemmnisse sind vor allem der hohe administrative Aufwand, das mangelnde finanzielle Interesse der Leistungserbringer, die Gleichbehandlung der subventionierten Spitäler sowie die grössere Verhandlungsmacht der Versicherer, wenn sie gemeinsam verhandeln. Der Handlungsspielraum bei Sonderverträgen hat damit keine Wirkungen in Richtung Tarif- und Kosteneindämmung zur Folge gehabt.

9.4. Auswirkungen auf die alternativen Versicherungsmodelle

Die alternativen Versicherungsmodelle (HMO, Hausarztmodelle) haben sich durch das KVG, das die Möglichkeiten zur Weiterentwicklung und zur vereinfachten Einführung verbessert hat, nicht bedeutend weiterentwickelt. Der Anteil der Versicherten in diesen Modellen ist bescheiden. Das Wachstum hat sich nach einer anfänglichen Dynamik deutlich abgeschwächt. Die alternativen Versicherungsmodelle befinden sich im Experimentierstadium. Haupthemmnisse sind, dass sich die Versicherten nicht gerne einschränken wollen und seitens der Leistungserbringer nur beschränktes Interesse besteht, diese neuen Modelle mitzuentwickeln und anzubieten. Zudem zeigen sich mehrere Versicherer ernüchert und sind betreffend die weitere Entwicklung skeptisch. Aufgrund der stagnierenden Entwicklung der alternativen Versicherungsmodelle auf einem relativ bescheidenen Niveau haben diese Modelle trotz der erzielten Einsparungen gegenüber der konventionellen Versicherungsform von 10% bis 15% noch keinen wesentlichen Beitrag zur Kosteneindämmung geleistet. Bei mehreren Versicherern und Ärzten konnte jedoch ein Prozess und eine spürbare Dynamik in Richtung von Managed-Care-Modellen festgestellt werden. Eine Weiterentwicklung dieser Modelle in Richtung Kostenmanagement und Qualitätssicherung statt Prämiensparmodellen und

44 Siehe Kapitel 9.4.

geänderte Rahmenbedingungen (erhöhter Prämien- und Kostendruck; Aufhebung des Kontrahierungszwangs) könnten bei diesen Modellen jedoch durchaus wieder zu einer gewissen Dynamik führen.

9.5. Auswirkungen auf die Globalbudgets

Das KVG hat bisher keine wesentliche Verbreitung von vom Kanton festgesetzten Globalbudgets zur finanziellen Steuerung von Spitälern oder Pflegeheimen bewirkt. Globalbudgets, die die gesamten Spalkosten umfassen sind erst in mehreren Westschweizer Kantonen eingeführt worden (Waadt, Neuenburg, Wallis, Jura). Aufgrund der Erfahrungen in diesen Kantonen ist davon auszugehen, dass im Vergleich zu den übrigen Kantonen keine höheren Einsparungen bei den Spitälern erzielt werden konnten. Mit diesen in fast allen Kantonen bestehenden „Globalbudgets“ für die vom Kanton zu finanzierenden Kosten konnte ein erheblicher Druck auf die öffentlichen Spitäler ausgeübt werden, was zu Kosteneinsparungen und zu einem veränderten Kostenbewusstsein der Spitäler geführt hat.

Globalbudgets werden mehrheitlich von den Akteuren abgelehnt, weil sie interventionistisch und schwierig zu vollziehen sind (Festlegung der Budgets, Aufteilung auf die Leistungsträger, Gefahr von Qualitätseinbussen bei Leistungsüberschreitungen).

9.6. Gesamtbeurteilung

Das KVG hat seit seiner Einführung im Jahr 1996 insgesamt nur bescheidene Auswirkungen im Tarifbereich ausgelöst. Massgeblich ausgewirkt hat es sich vor allem auf die Tarifverhandlungen, die wesentlich härter geführt werden, und die Bundesratsbeschwerden, die enorm zugenommen haben. Der gestiegene Druck der Versicherer in den Tarifverhandlungen sowie die Unterstützung durch die Bundesratsentscheidung führte zu einer Abschwächung der Tarifzunahmen, vor allem betreffend die stationären Tarife öffentlicher Spitäler. Durch Ausweich- und Kompensationsreaktionen konnten jedoch keine spürbaren Kosteneinsparungen erzielt werden. Die Einführung neuer Pauschalisierungsformen ist durch das KVG unterstützt, jedoch durch die Akteure nicht entscheidend weiter getrieben worden. Skeptisch zeigen sich hier vor allem die Versicherer, die neue Tarifierungsformen dann begrüßen, wenn sie zu echten Ko-

steneinsparungen führen. Die ersten Erfahrungen haben jedoch gezeigt, dass die neuen Tarifierungsformen bei den Spitälern ebenfalls zu Kompensationsmassnahmen führen.

Der mit dem KVG eröffnete Handlungsspielraum im Bereich der Sonderverträge und der alternativen Versicherungsmodelle wurde kaum oder nur zögerlich genutzt. Der Wettbewerb unter den Leistungserbringern konnte damit durch die Tarifierung bisher noch nicht spürbar erhöht werden. Während an Sonderverträgen kein Akteur wirklich interessiert ist, könnten die alternativen Versicherungsmodelle bei einer Weiterentwicklung und geänderten Rahmenbedingungen eine neue Dynamik erhalten. Globalbudgets stossen aufgrund ihres interventionistischen Charakters sowie der mit ihnen verbundenen Vollzugsprobleme auf sehr geringes Interesse seitens der Akteure.

Neben den bescheidenen kurzfristigen Auswirkungen konnten mit dem KVG im Tarifbereich jedoch Prozesse ausgelöst werden, die längerfristig bedeutendere Auswirkungen haben könnten. Folgende Prozesse konnten ausgelöst oder unterstützt werden:

- Die Versicherer haben mit dem Preisüberwacher im Tarifbereich an Gewicht gewonnen. Damit wird, vor allem bei den Spitälern und den Heimen, ein Druck auf die Tarife, die Verbesserung der Datengrundlagen sowie die betriebswirtschaftliche Bemessung der Tarife ausgelöst.
- Das KVG hat der Diskussion um neue Tarifierungsformen zusätzlichen Schwung verliehen. Insbesondere werden mit neuen Pauschalisierungsformen im Spitalbereich und teilweise auch bei den ambulanten Einzelleistungstarifen mit gesamtschweizerischer Tarifstruktur Erfahrungen gesammelt.
- Die ersten Erfahrungen mit den alternativen Versicherungsmodellen haben bei den beteiligten Versicherern und Leistungserbringern das Bewusstsein für die ökonomischen Folgen der Leistungen und neue Formen der Gesundheitsversorgung erhöht. Damit ist eine Grundlage für die Weiterentwicklung dieser Modelle geschaffen worden.

9.7. Empfehlungen

Im Folgenden werden aufgrund der Untersuchung und der geführten Interviews Empfehlungen zur Verbesserung der Rahmenbedingungen im Tarifbereich abgegeben. Im Mittelpunkt steht dabei die Frage, inwiefern die Rahmenbedingungen verbessert werden könnten, damit die Tarifierung verstärkt zu einer qualitativ hochstehenden und

zweckmässigen gesundheitlichen Versorgung zu möglichst günstigen Kosten beitragen könnte.

Grundsätzlich muss betont werden, dass die mit dem KVG gesetzten Rahmenbedingungen den Akteuren bereits einen grossen Spielraum für Weiterentwicklungen im Tarifbereich bieten. Neben fehlenden Vorgaben oder präzisierter Ausführungsbestimmungen seitens der Behörden sind vor allem fehlende Anreize an die Akteure und gegenläufige Interessen Hemmnis für eine schnellere Weiterentwicklung im Tarifbereich. Der Kostendruck auf Versicherer, Leistungserbringer und Kantone hat dazu geführt, dass jede Partei in erster Linie ihre Kosten- bzw. Ertragssituation verbessern will und damit nur ein beschränkter Wille besteht für gemeinsame Weiterentwicklung in folgenden Bereichen:

- Die Datengrundlagen bei den Leistungserbringern (v.a. Spitäler) sollten zur Weiterentwicklung der Tarifierungsmodelle verbessert werden. Dies scheitert jedoch am Willen der Leistungserbringer, die entsprechenden Daten (diagnosebezogene Angaben) bekanntzugeben und teilweise auch am Willen der Versicherer, weil diese höhere Kosten befürchten. Aufgrund von fehlenden Daten sind bis anhin auch vertiefte Benchmarkinganstrengungen gescheitert.
- Bei den alternativen Versicherungsmodellen ist neben den schwierigen Rahmenbedingungen (Versicherte lassen sich nicht gerne einschränken) vor allem auch fehlender Umsetzungswille seitens der Leistungserbringer und zum grossen Teil auch seitens der Versicherer festzustellen.

Mit der Tarifierung sollten insbesondere Anreize zur Verhinderung von Ausweichreaktionen wie Verlagerungen der Leistungen und Mengenausweitungen gegeben werden. Geeignete Tarifierungsformen wie Zeittarife, Konsultationsbeschränkungen und verstärkte Bedürfnisnachweise bei ambulanten Tarifen sowie integrierte Fallpreispauschalen, die die gesamte Behandlungskette umfassen, sollten gefördert werden. Mit der Tarifierung könnten Anreize gesetzt werden, dass die Behandlungen vermehrt über verschiedene Leistungsbereiche optimiert werden (Bspw. Kombination von Spitälern und Rehabilitationskliniken) und damit echte Kosteneinsparungen erzielt werden können.

In den folgenden Bereichen könnte ein Beitrag zur Verbesserung der Rahmenbedingungen resp. zur Klärung der Ausführungsvorschriften geleistet werden.

9.7.1. Tarifierung

Klare Vorgaben seitens des Bundes

Die noch fehlenden Vorgaben seitens des Bundes erschweren die Verhandlungen und führen zu Beschwerden an den Bundesrat. Mit dem Erlassen und der Klärung von fehlenden Vorgaben könnte er die Verhandlungen entkrampfen:

- Der Bund sollte möglichst schnell die Vorgaben betreffend die Anforderungen an die Kostenrechnung von Spitälern und Heimen klären. Das Fehlen dieser Vorgaben führt dazu, dass die Anforderungen an die Kostentransparenz der den Tarifberechnungen zugrunde gelegten Betriebskosten nicht geklärt sind, die Spitäler ganz unterschiedlich entwickelte Kostenrechnungen führen, die keine Vergleiche zulassen und generell zu wenig Druck zur Verbesserung der Datengrundlagen ausgeübt werden kann. Die Anforderungen an die Kostenrechnungen sollten so festgelegt werden, dass aussagekräftige Vergleiche und damit ein Benchmarking unter den Leistungserbringern möglich ist. Klare und verbindliche Vorgaben betreffend Kostenrechnung bzw. hinsichtlich der Transparenz von Leistungen und Kosten werden neben den Versicherern und Kantonen auch von einigen Spital- und vor allem Heimverbänden gefordert.
- Während sich bei den Spitälern die Frage der durch die Versicherer zu übernehmenden Kosten eine Praxis herausgebildet hat, sind im Heim- und Spitexbereich die Berechnungsgrundlagen für die von den Versicherern zu übernehmenden Pflegekosten noch unklar. Entsprechende Regelungen werden vor allem von den Heim- und Spitexverbänden gefordert.

Beschleunigung und Verbesserung der Bundesratsentscheide

- Alle Akteure kritisieren die Verzögerungen seitens des Bundesrates bei seinen Tarifentscheiden. Dies führt zu Rechtsunsicherheit und zu zusätzlichen administrativen Aufwendungen.
- Der Bundesrat hat zum Teil widersprüchliche Entscheide gefällt⁴⁵ und erst nach mehreren Beschwerden eine feste Praxis entwickelt. Eine schnellere Klärung der Praxis könnte zur Verbesserung der Rechtssicherheit beitragen.

45 Bspw. betreffend den ambulanten Spitaltarifen (Entscheide TG und BL).

Entflechtung der Rollen der Kantone

Die Doppelrolle der Kantone bei den öffentlichen Spitälern als Leistungserbringer resp. Finanzierer von Leistungen und als Genehmigungs- resp. Festsetzungsbehörde hat zu Interessenskonflikten und Tariffestsetzungen der Kantone im Interesse der Leistungserbringer geführt. Dies belastete die Tarifverhandlungen und führte zu einer Zunahme der Bundesratsbeschwerden. Die Rolle des Kantons sollte deshalb entflechtet werden. Dies wird hauptsächlich auch von den Versicherern verlangt.

Verbesserung des Verhandlungsklimas

Die Behörden sollten die Tarifpartner dazu auffordern, wieder vermehrt miteinander zu verhandeln und gemeinsame Lösungen zu entwickeln. Mit geklärten Vorgaben könnte vor allem der Bund wesentlich zu dieser Verbesserung beitragen.

Förderung von Tarifmodellen mit den richtigen Anreizen

Die Behörden könnten die Tarifpartner bei der Entwicklung und Erprobung von neuen Tarifmodellen mit indirekten Massnahmen unterstützen (Information und Beratung, Ausbildung). Wichtig wäre bei den Einzelleistungstarifen eine Weiterentwicklung in Richtung einer Mengenbegrenzung (vermehrte Anwendung von Pauschal- und Zeittarifen), bei den Spitaltarifen in Richtung von integrierten patientenbezogenen Tarifmodellen, welche die vor- und nachgelagerten Behandlungsstufen miteinbeziehen. In einigen Kantonen (ZH, AG) werden neue Tarifierungsformen in den Tarifgesprächen gefördert.

Vereinfachung der Administration

Sowohl die Leistungserbringer als auch die Versicherer beklagen die durch das KVG verursachten erhöhten administrativen Aufwendungen im Tarifbereich. Die Behörden sollten darauf achten, diesen Aufwand so gering als möglich zu halten.

9.7.2. Finanzierung

Neuregelung der Spitalfinanzierung

Die bestehende Regel der Spitalfinanzierung hat wesentlich zur Verschlechterung des Verhandlungsklimas im Spitalbereich beigetragen, indem sowohl Versicherer als auch die Kantone darauf abzielen, einen möglichst geringen Teil der Kosten zu tragen. Dies hat zu gegensätzlichen Forderungen in den Verhandlungen und zu Kostenverlagerun-

gen vom stationären in den ambulanten Bereich geführt. Zudem besteht durch diese Regelungen eine Wettbewerbsverzerrung zwischen öffentlichen und privaten Spitälern. Eine Neuregelung der Spitalfinanzierung im Sinne einer Gleichstellung der Leistungserbringer im Spitalbereich (öffentlich/privat; stationär/ambulant) wird von allen Akteuren gefordert und ist bereits in der politischen Diskussion. Mehrere Befragte verlangen zusätzlich eine Spitalfinanzierung, die vom Typus des Versicherten (allgemein vs. zusatzversicherte Patienten) unabhängig ist. Zusätzlich wird vorgeschlagen, die heute objekt- in eine subjektbezogene Finanzierung umzugestalten.

9.7.3. Übrige Bereiche mit Bezug zur Tarifierung

Aufhebung des Kontrahierungszwangs

Die überwiegende Mehrheit der befragten Versicherer und Behördenvertreter fordern die Aufhebung oder wesentliche Lockerung des Kontrahierungszwangs. Von der Aufhebung des Kontrahierungszwangs werden Impulse für die Verhandlung von Sonderverträgen und zur Verbreitung der alternativen Versicherungsmodelle erwartet. Allerdings sind hier flankierende Massnahmen notwendig, um qualitativen und regionalen Aspekten (Gewährleistung einer flächendeckenden Grundversorgung) genüge zu tragen.

Eindämmung des Föderalismus

Vor allem seitens der Versicherer, aber auch von einzelnen befragten Kantonen und Spitalverbänden wird neben der Aufhebung der Doppelrolle der Kantone eine Eindämmung des Föderalismus in folgenden Bereichen gefordert:

- Anwendung von einheitlichen Tarifierungsformen pro Leistungsbereich,
- Regionale oder gesamtschweizerische Spitalplanung resp. koordinierte Leistungsplanung.

Anhang

Anhang 1: Massnahmen im KVG

Die Ziele des KVG sollen hauptsächlich mit folgenden Massnahmen erreicht werden:⁴⁶

Ziele	Massnahmen	Beschreibung
Stärkung der Solidarität	Versicherungsobligatorium	Durch die Beteiligung aller Personen soll eine umfassende und gerechte Solidarität erreicht werden.
	Volle Freizügigkeit	Die Möglichkeit zu einem freien Wechsel des Versicherers soll zu einem Wettbewerb unter den Versicherern führen und damit die Solidarität zwischen den Risiken gewährleisten.
	Einheitsprämie	Innerhalb eines Versicherers soll es mit Ausnahme der Prämienabstufung zwischen Erwachsenen, jungen Erwachsenen und Kindern und bei Prämien für besondere Versicherungsformen in einer bestimmten Region keine Prämienunterschiede mehr geben. Die Einheitsprämie gilt unabhängig von Alter und Geschlecht der Versicherten.
	Prämienverbilligung	Zur gezielten Entlastung von Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen wird ein individuelles Prämienverbilligungssystem eingeführt.
	Risikoausgleich	Der Risikoausgleich soll die Kostenunterschiede pro Versichertem zwischen den einzelnen Versicherern ausgleichen, soweit diese auf eine unterschiedliche Alters- und Geschlechterstruktur des Versichertenbestandes zurückzuführen ist. Ziel ist die Erhaltung der Kassenvielfalt für die angestrebte Wettbewerbsordnung.
	Spitalfinanzierung	Die Finanzierung der stationären Leistungen erfolgt bei subventionierten Spitälern zum Teil durch die Kantone.
Leistungsver-sorgung	Qualitätssicherung	Verpflichtung der Leistungserbringer zur Qualität (inkl. Kontrolle).
	Leistungsumfang	Aufnahme von Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in die Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV).
Kostendämp-fung	Förderung des Wettbewerbs	Durch die Förderung des Wettbewerbs zwischen Versicherern (Freizügigkeit; neue Versicherungsformen) und Leistungsanbietern (Vertragsfreiheit) sollen die Kosten gedämpft werden.
	Spitalplanung	Spitäler sind zur Tätigkeit zu Lasten der Krankenversicherung zugelassen, falls sie der Spitalplanung entsprechen und auf einer Liste aufgeführt sind. Damit wird eine bedarfsgerechte Spitalversorgung angestrebt.

46 Der Massnahmenkatalog ist nicht abschliessend.

Ziele	Massnahmen	Beschreibung
	Besondere Versicherungsformen	Neue Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers (HMO-, PPO- oder Hausarztmodelle) sowie Bonus-Versicherungen und die wählbare Jahresfranchise sollen den Wettbewerb unter den Kassen fördern und zur Kostendämpfung beitragen.
	Finanzierungsvorschriften	<ul style="list-style-type: none"> • Vorschriften und Kontrolle der Verwaltungskosten, • Kostenbeteiligung der Versicherten (Franchise und Selbstbehalt), • Genehmigung von Tarifverträgen und -strukturen.
	Prämiengenehmigung	Der Bund genehmigt die Festsetzung der Versicherungsprämien.

Tabelle 8: Wichtigste Massnahmen im Rahmen des KVG.

Anhang 2: Interviewpartner

1. Persönliche Interviews

In Tabelle 9 sind die Partner der 52 persönlichen Interviews dargestellt:

Akteure	Organisationen	GesprächspartnerInnen	
Behörden	Bundesbe- hörden	Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV)	Frau S. Schneider, Herren H. Balmer und R. Flück
		Bundesamt für Justiz (BJ)	Frau M. Thiévent Schlup, Herr N. Wieser
		Preisüberwachung	Herren Dr. R. Corazza und M. Jung
		Wettbewerbskommission (WEKO)	Herren Dr. P. Gugler und S. Dozio
	Kantone	Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK)	Frau A. Müller Imboden
		AG	Herren D. Maag, T. Holliger, E. Trommsdorff
		AI/AR	Herr R. Arnold
		BE	Herr Dr. E. Schätti
		GE	Frau T. Laverrière, Frau P. de Vos
		SH	Herr Dr. M. Schärner
		TG	Herr Dr. J. Weilenmann
		VD	Herr M. Surbeck
	ZH	Frau Dr. I. Vautravers, Herr R. Bürgi	
	Versicherer	Krankenversichererverbände	Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer (KSK)
Aargauischer Krankenkassen-Verband (AKV)			Frau R. Humbel Näf
Kantonalverband bernischer Krankenversicherer (KVBK)			Herr P.-M. Vallon
Fédération genevoise des assureurs-maladie (FGAM)			Herr B. Markwalder
Verband Krankenversicherer St.Gallen-Thurgau (KST)			Herr G. Heuberger
Verband Zürcher Krankenversicherer (VKZ)			Herr Dr. G. Geser
Zentralschweizer Krankenversicherer-Verband (ZKV)			Herr F. Wolfisberg

Akteure	Organisationen	GesprächspartnerInnen	
		Fédération vaudoise des assureurs-maladie (FVAM)	Herr M. C. Poget
	Krankenversicherervereinigungen	Conférence des caisses-maladie romandes (COSAMA)	Herren V. Claivaz, J.-P. Diserens (Assura), F. Germann
		Unimedes	Herren H. Gautschi und M. Gfeller
Versicherer	CSS	Helsana	Herren A. Rippmann und P. Gyger
		Konkordia	Herr H.P. Rindlisbacher
		Sanitas	Herr W. Günther
		SWICA	Herr C. Langer
		Visana	Herren Fürer und Boss
		Wincare	Herren R. Meyer und R. Schellenberg
		SanaCare (Managed-Care Organisation)	Herr Dr. G. Mathis
Leistungserbringer	Leistungserbringerverbände	Spitalverband H+	Herr Dr. Ch. Haudenschild
		Vereinigung Aargauischer Krankenhäuser (VAKA)	Herr D. Kalberer
		Verband Bernischer Krankenhäuser (VBK)	Herren Dr. D. Mühlemann und Joder
		Fédération vaudoise des hôpitaux (FHV)	Herr Matthys
		Verband Zürcher Krankenhäuser (VZK)	Herr W. Rufer und A. Mühlemann (Direktor Spital Uster)
		Vereinigung Privatspitäler	Herr Dr. U. Wanner
		Association vaudoise des cliniques privées (AVCP)	Herren M. Walther und J.-M. Bovy
		Vereinigung der Privatkliniken des Kantons Zürich (VPKZ)	Herren P. Binder und B. Huber (Direktor Pyramide, Klinik am See)
		Schweizer Heimverband (SHV)	Frau M. Müller-Jakob
		Heimverband Schweiz, Sektion Aargau	Herr H. Lütold
		Verband Berner Alterseinrichtungen (VBA)	Herr P. Keller

Akteure	Organisationen	GesprächspartnerInnen	
	Fédération genevoise des établissements médio-sociaux (FEGEMS)	Herrn Wampfler, Curchod und Berg	
	Spitex-Verband Schweiz	Frau B. Mazenauer	
	Spitex-Verband Kanton Bern	Herr P. Catani	
	Schweizerischer Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger (SBK)	Herr U. Weyermann	
	Schweizerischer Hebammenverband (SVH)	Frau Müller	
	Deutschschweizer Logopädinnen- und Logopädenverband (DLV)	Frau Baud, Frau Sonderegger, Herr Frutig	
	ErgotherapeutInnen Verband Schweiz (EVS)	Frau E. Kuster	
	Schweizer Physiotherapeuten-Verband (SPV)	Herr E. Mischler	
	Schweizerische Zahnärztesgesellschaft (SSO)	Herr Weber	
Leistungserbringer	Öffentliches Spital	Inselspital	Herr Dr. P. Saladin
Diverse	SUVA	Eidg. Medizinaltarifkommission	Frau G. Nobel, Herr H. Plüss

Tabelle 9: GesprächspartnerInnen der Interviews.

2. Telefonische Interviews

Tabelle 10 stellt die Gesprächspartner der vier telefonischen Interviews, die zu den Erfahrungen mit den Globalbudgets befragt wurden, dar:

Institution	Organisation	Gesprächspartner
Kantone	JU	Herr N. Pétremand
	NE	Herr O. Linder
	VD	Herren T. Blanc und Poget
	VS	Herr Ch. Willa

Tabelle 10 Gesprächspartner der telefonischen Interviews.

3. Gesprächsleitfaden der Interviews mit den kantonalen Versichererverbänden

1. Generelle Beurteilung des KVG

- Wie beurteilen sie die Stärken und die Schwächen des KVG?
- Haben sich die **Handlungsmöglichkeiten** der Versicherer und ihrer Verbände mit dem KVG geändert?

2. Einfluss des KVG auf die Tarifverhandlungen und die Tarifverträge

- Hat sich das **Verhalten der Tarifpartner** in den Tarifverhandlungen mit dem KVG geändert? Gibt es Beispiele? Wird der Grundsatz der Wirtschaftlichkeit vermehrt beachtet?
- Hat sich die Gestaltung der Tarife in Bezug auf **Tarifhöhe und Tarifierungsarten** seit Einführung des KVG verändert? Welche Position vertritt der kantonale Versichererverband?
- Hat das KVG zu mehr **Wettbewerb im Tarifbereich** geführt? Wie wird die Entwicklung bei den Sonderverträgen und den Benchmarking-Möglichkeiten beurteilt?
- Wie beurteilen Sie die Entwicklung der **Globalbudgets**? Sind diese geeignet, kosteneindämmendes Verhalten zu fördern?

3. Einfluss des KVG auf die besonderen Versicherungsformen

- Wie wird die Entwicklung bei den **besonderen Versicherungsformen** (HMO, Hausarztmodell) beurteilt? Warum sind sie nicht mehr verbreitet?
- Spielt der **Wettbewerb** im Bereich der Versicherungsmodelle mit beschränkter Wahl der Leistungserbringer?

4. Verhalten der Behörden

- Hat das KVG zu einer **Änderung der Praxis** bei den kantonalen Behörden und dem Bundesrat bei den Tarifentscheiden geführt?

5. Einfluss des KVG auf die Gesundheitskosten

- Wie hat sich das geänderte **Wettbewerbsverhalten** der Versicherer auf die Kostenentwicklung (Prämien; Kosten der Leistungserbringer) ausgewirkt? Welchen Beitrag leisten die besonderen Versicherungsformen zur Kosteneindämmung?

- Wie haben sich die Änderungen im **Tarifbereich** (Tarifhöhe und Tarifierungsformen, behördlich festgesetzte Tarife, kantonale Globalbudgets,) auf die Prämien, das Verhalten und die Kosten der **Leistungserbringer** ausgewirkt? Konnte ein Beitrag zur Erhöhung der Effizienz der Leistungserstellung und der Eindämmung der Mengenentwicklung geleistet werden? Werden die richtigen Anreize gesetzt?
6. **Verbesserungsmöglichkeiten**
- Wie müssten die Rahmenbedingungen geändert werden, damit der Wettbewerb unter den Versicherern und im Tarifbereich stärker zum Spielen käme?

Anhang 3: Globalbudgets zur Finanzierung der Spitalkosten des Kantons

Im Folgenden werden die Arten von Globalbudgets zur Finanzierung der vom Kanton zu übernehmenden Kosten der Leistungsträger in den untersuchten Kantonen dargestellt:

- Die aargauischen Kantonsspitäler Aarau und Baden verfügen je über einen 4-jährigen Globalkredit. Die Kredite betreffen den ganzen Spitalbetrieb ohne Nebenbetriebe wie die Cafeteria. Sie setzen sich aus vier Produktgruppen (Planung und Steuerung, Patientenbetreuung, Ausbildung und Forschung, Bereitschaftsdienst) zusammen, die jeweils über klar definierte Anpassungsmodalitäten verfügen, was die Mengenausweitungen betreffen (Anpassungen aufgrund exogener Faktoren wie Anzahl Fälle, Anzahl Pflgetage, Personalkosten etc.). Die Finanzierung der Regionalspitäler erfolgt über leistungsbezogene Budgets, die nach Abteilungen differenziert werden. Die Budgets basieren auf den Angaben des Vorjahres, wobei keine Mengenbeschränkung vorgesehen ist, d.h. das Budget steigt oder sinkt je nach Anzahl Fälle. Die restlichen Spitäler verfügen über die herkömmliche Defizitdeckung. Die Erfahrungen mit den Globalkrediten sind gemäss dem Kanton positiv, die Kosten für den Kanton sind in den Kantonsspitäler zwar angestiegen, konnten mit den höheren Erträgen aber wettgemacht werden. Das Kostenbewusstsein konnte klar gesteigert werden, auch wenn gewisse Leistungen ausgebaut wurden. Keine Auswirkungen sind auf Ebene der Qualitätssicherung zu machen. Die Patientenbefragung geben darüber nur ungenügend Auskunft, weil keine standardisierte Befragung über alle Spitäler durchgeführt wird. In Zukunft ist eine diagnosebezogene Abgeltung durch die Kantone in Entwicklung. Die Mengenentwicklung kann aus der Sicht des Kantons nur eingedämmt werden, wenn keine Anreize zu Leistungsausweitungen mehr bestehen (wie etwa in den Regionalspitälern).
- Im Kanton Zürich wurde 98/99 pilotmässig für 9 Spitäler (LORAS-Spitäler) ein leistungsorientiertes System für die Abgeltung in Angriff genommen, das nun für alle Akutspitäler eingeführt worden ist und ab 2001 auch für die Psychiatrischen Kliniken gelten wird. Dabei werden vom Kanton die aufgrund der letzten Jahre errechneten Leistungen mit einem Globalbudget bezahlt. Die Budgets setzen sich aus den fallabhängigen Leistungen (d.h. der stationären Versorgung), den fallunabhängigen Leistungen (wie Vorhalteleistungen für Notfallbereitschaft, Aus-

Weiter- und Zusatzausbildung) und den Neben- und Mehrleistungen (für teilstationäre und ambulante Versorgung) zusammen. Die Budgets sind verbindlich und nur aufgrund nicht beeinflussbarer Faktoren (z.B. Erhöhung der Taxen) anpassbar. Am Anfang des Budgetierungsprozesses wird ein qualitativer Leistungsauftrag auf Basis der Spitalliste durch einen mehrjährigen Rahmenkontrakt vereinbart. Auf Basis der Ist-Zahlen vom Vorjahr und der Hochrechnungstrends des laufenden Jahres (Spitalplanung, Preise, Teuerung, Pflege Lohn) werden prospektive verbindliche Leistungsmengen für das Jahr 2000 (in einem Jahreskontrakt) vereinbart. Für jedes Spital wird ein Leistungsauftrag vereinbart. Aufgrund eines Benchmarking, der die Schwere der behandelten Fälle berücksichtigt (AP-DRG-gewichtete Pflage tage), werden die Kosten der Spitäler miteinander verglichen und teilweise Sparvorgaben (gegenüber dem Benchmark und nicht Durchschnitt) abgeleitet. Bis anhin gab es noch keine harten Vorgaben, da das Projekt LORAS erst auf das Jahr 2000 auf alle Spitäler angewandt wird. Auch ist der Kostendruck im 2000 nicht mehr so hoch wie zuvor. Bei überdurchschnittlichen Kosten haben die Spitäler 5 Jahre Zeit, sich zu verbessern (gegenüber dem Benchmark um jeweils 20% pro Jahr). Da 97/98 das erste Mal solche verbindlichen Budgets vereinbart wurden, sind erst Trends zu verzeichnen. Die Budgets konnten aber unter Berücksichtigung der exogenen Faktoren (Reduktion Arbeitspensum bei Assistenzärzten, ausserordentliche Lohnerhöhung bei Pflegepersonal) eingehalten, teilweise sogar unterschritten werden. Finanzielle Anreize zur Rationalisierung sind gegeben. Wenn ein Budget aus den eigenen Anstrengungen des Spitals unterschritten wird, verbleibt der Gewinn im Spital (Mitspracherecht der GD). Problematisch erscheint dem Kanton der ambulante Bereich, welcher langsam der Kontrolle entgleitet. Hier hat gemäss den Erfahrungen eine Mengenausweitung stattgefunden.

- Der Kanton Bern kennt ebenfalls seit Jahren Globalbudgets, das die durch den Kanton zu finanzierenden Kosten der Leistungsträger umfasst. Aufgrund der Patientenzahlen, der Personallöhne etc., werden die Kosten für jedes Spital einzeln erhoben und ein (Defizit-) Globalbudget festgelegt.
- Der Kanton Appenzell Ausserrhoden kennt seit 1995 ein sogenanntes Globalkreditsystem. Es umfasst nur die kantonalen Spitäler Herisau und Heiden sowie die kantonale Psychiatrische Klinik Herisau. Die Globalkredite basieren auf den Leistungsaufträgen und einem Mengengerüst. Die Höhe wird jedes Jahr festgesetzt aufgrund den Vorgaben des Regierungsrates, den vorgesehenen Investitionen, der

Zunahme der Sach- und Personalkosten, der Analyse der laufenden Rechnung sowie besonderer Entwicklungen wie Erweiterungen des Leistungsauftrages oder der Lohnentwicklung. Das bestimmte Budget ist verbindlich und an ein Bonus-Malus-System gekoppelt (Anpassungen nur aufgrund der Veränderung exogener Faktoren). Mit diesem System wurden gemäss Angaben des Kantons sehr gute Erfahrungen gemacht. Seit der Einführung 1995 sind die Budgets praktisch stabil geblieben. Nachtragskredite mussten keine gewährt werden. 1999 erfolgte erstmals eine Budgeterhöhung infolge der Anpassung der Löhne des Pflegepersonals und der verkürzten Arbeitszeiten der Assistenzärzte. In den Spitälern hat das Budget einiges bewegt, indem für jede Kostenstelle eine verantwortliche Person bezeichnet wurde. Die Ärzte beurteilen die Kosten einer Behandlung vermehrt (auch wenn sich sehr schnell ethische Fragen stellen). Generell wird ein Umdenken bei den Ärzten und dem Personal festgestellt. Die Patienten sind heute Kunden; die verstärkte unternehmerische Autonomie und Flexibilität wird ausgenutzt. Mit dem Globalkreditsystem konnten zwar keine direkte Einsparungen erzielt werden, doch hat sich eine Stabilisierung der Budgets eingestellt. Die Einnahmen- und Ausgabenschwankungen werden flexibler aufgefangen.

- Im Kanton Thurgau wurden die bisherigen vier kantonalen Krankenanstalten (Kantonsspitäler Frauenfeld und Münsterlingen, Psychiatrische Klinik Münsterlingen, Thurgauer Klinik St. Katharinental) auf das Jahr 2000 in eine Aktiengesellschaft überführt. Der Kanton Thurgau ist zu 100% Hauptaktionär. Der Kanton Thurgau ist dabei zu einer leistungsbezogenen Finanzierung übergegangen. Konsequenz ist; je mehr Leistungen nachgefragt werden, desto mehr muss der Kanton bezahlen. In Bezug auf Entwicklung und Wirkung der leistungsbezogenen Budgets sind noch keine Aussagen zu machen.

Anhang 4: Globalbudgets in den Westschweizer Kantonen

1. Ausgestaltung und Entwicklung der Globalbudgets in den vier Westschweizer Kantonen

	Jura	Neuenburg	Waadt	Wallis
Ausgestaltung und Leistungsbereiche der Globalbudgets	<ul style="list-style-type: none"> Ein Globalbudget wurde nur für Spitäler aufgestellt (administrativ haben sich die drei Spitäler zusammengetan). Globalbudget teilt sich in zwei Bereiche auf: jeweils ein prospektives Budget für die Versicherer und für den Kanton. 	<ul style="list-style-type: none"> Zwei getrennte Globalbudgets für die Bereiche Spitäler und Psychiatrie. Globalbudgets gelten nur für die Versicherer. Der Kanton kommt für die Defizite der Spitäler auf. 	<ul style="list-style-type: none"> Globalbudget ohne Defizitgarantie für Spitäler (fixer und variabler Teil, der um max. 10% angepasst werden kann), seit 20 Jahren. Globalbudgets für die Heime wurden 1996 eingeführt, sind aber infolge einer Beschwerde seit 1997 blockiert. 	<ul style="list-style-type: none"> Globalbudget für die Spitäler, in die der Kanton nicht eingreift. Globalbudget über alle subventionierten Spitäler, das die Grundlage für die Kostenübernahme der Versicherer ist.
Verhandlung, Leistungsniveaus und Vorgaben für Globalbudget. Überwälzung des Kostendruckes der Kantone auf die Leistungserbringer.	<ul style="list-style-type: none"> Die Globalbudgets werden zwischen den Spitälern und den Versicherer verhandelt und mit einem Tarifvertrag beschlossen. Der Kanton übernimmt momentan 52% der Kosten, das mit einem Budget für Investitionen ergänzt wird. Der Kostendruck ist noch ungenügend, weil der Kanton die Defizite übernimmt. 	<ul style="list-style-type: none"> Die Verhandlungen zwischen Spitälern und Versicherern sind seit 3 Jahren blockiert. Der Kostendruck wird nicht als bedeutend betrachtet, weil der Kanton für die Defizite aufkommt. Der Anteil der Versicherer an den Kosten ist von 46% im Jahr 1997 auf 43% im Jahr 1999 gesunken. 	<ul style="list-style-type: none"> Die Globalbudgets werden zwischen dem Kanton, den Leistungserbringern und den Versicherern verhandelt. Die vorjährigen Globalbudgets werden aufgrund Lohnentwicklung, Änderungen des Leistungsauftrages oder gesetzlichen Auflagen angepasst. 	<ul style="list-style-type: none"> Die Verhandlungen für das Globalbudget des nächsten Jahres finden zwischen Spitälern, Versicherern und Kanton statt. Die Anzahl der Behandlungen wird vorgängig festgelegt, eine Überschreitung muss gerechtfertigt werden. Ab dem Jahr 2000 gibt es keine Defizitgarantie mehr.
Entwicklung der Globalbudgets	<ul style="list-style-type: none"> Stabilisierung 	<ul style="list-style-type: none"> Die Budgets sind infolge des Abbruchs der Verhandlungen seit drei Jahren unverändert. 	<ul style="list-style-type: none"> Die Globalbudgets wurden in den letzten Jahren nur geringfügig erhöht. 	<ul style="list-style-type: none"> k. A.

Tabelle 11: Ausgestaltung und Entwicklung der Globalbudgets in den vier Westschweizer Kantonen.

2. Auswirkungen der Globalbudgets in der Westschweiz

	Jura	Neuenburg	Waadt	Wallis
Konnten mit den Globalbudgets Mittel seitens der Kantone und der Versicherer eingespart werden?	<ul style="list-style-type: none"> • Es ist nicht möglich, die Auswirkungen der Globalbudgets auf den Staatshaushalt zu beziffern. • Sicher ist, dass die Prämien aufgrund der Verlagerungen in den ambulanten Bereich nicht stabilisiert werden konnten. 	<ul style="list-style-type: none"> • Keine Effekte auf den Staatshaushalt. • Der Einfluss auf die Prämien ist deutlich feststellbar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Es konnten aufgrund fehlender statistischer Grundlagen keine Auswirkungen auf die Staatsausgaben und die Prämien festgestellt werden. 	<ul style="list-style-type: none"> • In den letzten Jahren konnten die Kosten im stationären Bereich eingedämmt werden (geringste Prämienzunahme in der ganzen Schweiz). Dies hat natürlich auch positive Auswirkungen auf den Staatshaushalt.
Welche Wirkungen haben die Globalbudgets bei den LE ausgelöst?	<ul style="list-style-type: none"> • Die Spitäler haben infolge der Globalbudgets Rationalisierungsmassnahmen durchgeführt (Harmonisierungen, gemeinsame Einkäufe, Qualitätsmanagement etc.). • Das Kostenbewusstsein ist gestiegen. • Die Spitäler versuchten, die Globalbudgets zu umgehen, indem ungerechtfertigte Defizitübernahme-Ansprüche gestellt resp. ambulanten Behandlungen erhöht wurden. • Aufgrund Umfragen keine Abnahme der Qualität festgestellt. 	<ul style="list-style-type: none"> • Das Globalbudget war zwar ein Faktor für die Abnahme der Aufenthaltsdauer, hatte aber keinen Einfluss auf Personalfragen. • Verlagerungen in den ambulanten Bereich konnten festgestellt werden. • Die Qualität der Leistungen wurde nicht beeinflusst. 	<ul style="list-style-type: none"> • Die bedeutendsten Produktivitätssteigerungen wurden in den 90er Jahren gemessen. • Die Qualität der Leistungen scheint nicht beeinflusst worden. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aufgrund der Einführung von gleich hohen Fallpauschalen für alle Spitäler wurden einzelne Spitäler gezwungen, ihre Betriebskosten zu senken. • Eine Evaluation hat ergeben, dass kein Qualitätsabbau festgestellt werden konnte.

Tabelle 12: Auswirkungen der Globalbudgets in der Westschweiz.

3. Erfahrungen und Verbesserungsmöglichkeiten

	Jura	Neuenburg	Waadt	Wallis
Erfahrungen mit Globalbudgets, Stärken und Schwächen	<ul style="list-style-type: none"> • Vorteile: Freiheit in der Spitalführung, Effizienz- und Dynamik-Förderung (Spitäler), Kenntnisse über die Kosten im Vorhinein (Kanton). • Nachteile: Prospektiver Charakter (Reelle Entwicklung voraussehen ist schwierig), zurückhalten von Infos etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Erfahrungen waren bis anhin positiv (auch weil aufgrund der Forderungen der Versicherer eine Blockierung der Globalbudgets stattfand) • Trotz Blockierung wird auf Fallpauschalen umgestellt. 	<ul style="list-style-type: none"> • Grösstes Problem im waadtländer System ist der Mangel an Informationen (effektive Kosten). • Das System verstärkt die Unterschiede zwischen den Leistungserbringern, verhindert die Messung der Performance und ist zu wenig dynamisch. 	<ul style="list-style-type: none"> • k. A.
Verbesserungsmöglichkeiten	<ul style="list-style-type: none"> • Umstellung auf Fallpauschalen (ohne Einfluss auf die Globalbudgethöhe). 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Regeln des Globalbudgets sollten vermehrt eingehalten werden. • Die Versicherer sollten an der Führung der Anstalten beteiligt sein. 	<ul style="list-style-type: none"> • Eine Modernisierung des Systems ist nicht möglich, ein neues System müsste her. • Im Rahmen der Neuorientierung der Gesundheitspolitik 2002 soll das System der Globalbudgets verlassen werden. 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Verantwortlichen sind der Ansicht, dass das Globalbudget eine Eindämmung der Kosten bewirkt hat. • Damit verbunden ist allerdings die Einführung von neuen Abgeltungssystemen (Fallpauschalen). • Bessere Zusammenarbeit aller Beteiligten.

Tabelle 13 Erfahrungen und Verbesserungsmöglichkeiten gemäss den befragten kantonalen Vertretern.

Glossar

- Abweichende Vereinbarungen:** Verträge, die von Verbandsverträgen abweichende Bestimmungen umfassen oder Tarifverträge, die sich ganz von Verbandsverträgen unterscheiden (Sonderverträge).
- Besondere Versicherungsformen:** Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers (HMO-, PPO- oder Hausarztmodelle) sowie Bonus-Versicherungen und die wählbare Jahresfranchise (Art. 62 KVG). Diese Versicherungsformen wurden bereits unter dem KUVG eingeführt und sollen den Wettbewerb unter den Kassen fördern und zur Kostendämpfung beitragen.
- Bonus-Versicherung:** Versicherung, deren Prämie sich reduziert, wenn der Versicherte während eines Kalenderjahres keine Leistungen des Versicherers in Anspruch nimmt (Art. 62 KVG). Die Reduktion beträgt nach einem Prämienstufensystem höchstens 45%.
- Capitation:** Versichertenpauschale. Diese Tarifierungsform wird zur Zeit hauptsächlich im Rahmen der HMO angewendet.
- Einheitsprämie:** Innerhalb eines Versicherers soll es mit Ausnahme der Prämienabstufung zwischen Erwachsenen, jungen Erwachsenen und Kindern und bei Prämien für besondere Versicherungsformen in einer bestimmten Region keine Prämienunterschiede mehr geben. Die Einheitsprämie gilt unabhängig von Alter und Geschlecht der Versicherten (Art. 61 KVG).
- Einzelleistungstarif:** Für die einzelnen Leistungen werden Taxpunkte festgelegt (Tarifstruktur) und mit dem jeweiligen Taxpunktwert multipliziert. Art. 43 KVG bestimmt, dass die Tarifpartner die Tarifstruktur gesamtschweizerisch einheitlich regeln müssen. Wenn sie sich nicht einigen können, so legt der Bundesrat die Tarifstruktur fest.

- Freizügigkeit:** Die Versicherten können unter den Versicherern frei wählen (Art. 4 KVG). Die Versicherer müssen in ihrem örtlichen Tätigkeitsbereich jede versicherungspflichtige Person aufnehmen.
- Globalbudget:** Die Kantone können als finanzielles Steuerungsmittel einen Gesamtbetrag für die Finanzierung von Spitälern oder Pflegeheimen festsetzen (Art. 51 KVG).
- Grundsatz der Effizienz:** Die Leistungen im Rahmen der Krankenpflegeversicherung müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein (Art. 56 KVG).
- Grundsatz der Wirtschaftlichkeit:** Die Tarifpartner haben auf eine betriebswirtschaftliche Bemessung und eine sachgerechte Struktur der Tarife sowie auf deren wirtschaftlichen Tragbarkeit zu achten (Art. 43 und 46 KVG).
- Hausarztmodell:** Die Versicherten verpflichten sich, im Krankheitsfall stets ihren Hausarzt zu konsultieren. Dieser berät sie über den Beizug eines allfälligen Spezialisten, den Eintritt in ein Spital sowie über allfällige chirurgische Eingriffe.
- HMO (Health Maintenance Organisationen):** Gesundheitskassen, welche eine längerfristige Verantwortung für die Versicherten übernehmen und auch Präventions- und Gesundheitsförderung umfassen. Der Versicherer unterhält eine Gruppenpraxis, der verschiedene Ärzte und andere Medizinalpersonen angehören. Die Versicherten verpflichten sich, im Krankheitsfall zuerst den Arzt oder die Ärztin in der HMO-Praxis zu konsultieren.
- Leistungserbringer:** Personen oder Organisationen, die Leistungen gemäss der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbringen: ÄrztInnen; ApothekerInnen; ChiropraktikerInnen; Hebammen; Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag von ÄrztInnen Leistungen erbringen, und Organisationen, die solche Personen beschäftigen; Laboratorien; Abgabestellen für Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung oder Behandlung dienen; Spitäler; Ein-

- richtungen, die der teilstationären Krankenpflege dienen; Pflegeheime; Heilbäder.
- Managed-Care-Modelle: Alternative Versicherungsmodelle wie HMO, Hausarztssysteme und PPO.
- Pauschaltarif: Der Pauschaltarif kann sich je Patient (Patientenpauschale wie Fall- oder Tagespauschale) oder auf die Versorgung je Versicherungengruppe (Versichertenpauschale) beziehen (Art. 43 KVG).
- PPO (Preferred Provider Organisationen): Die Versicherten müssen sich auf Leistungserbringer (Ärzte, Spitäler, usw.) beschränken, mit denen der Versicherer besonders kostengünstige Tarifverträge abgeschlossen hat.
- Prospektives Globalbudget: Aufgrund der in der Vergangenheit erbrachten Leistungen und der zu erwartenden Bedürfnisse festgelegte Versichertenpauschalen (Art 43 KVG).
- Rahmentarif: Tarifspannweite, die die Genehmigungsbehörde bei der Genehmigung eines Tarifvertrags mit einem oder mehreren Ärztenverbänden festsetzt und bei Wegfall des Tarifvertrags zur Anwendung kommt (Art 48 KVG). Bei den Pflegeheimen und der Spitex ist der Rahmentarif ein Grenztarif (Art. 9a KLV)
- Risikoausgleich: Der Risikoausgleich soll die Kostenunterschiede pro Versichertem zwischen den einzelnen Versicherern ausgleichen, soweit diese auf eine unterschiedliche Alters- und Geschlechterstruktur der Versichertenbestandes zurückzuführen ist (Art. 105 KVG). Ziel ist die Erhaltung der Kassenvielfalt für die angestrebte Wettbewerbsordnung.
- Spitalfinanzierung: Die Finanzierung der stationären Leistungen der öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitälern erfolgt durch die Versicherten über die Prämien und die öffentliche Hand (dualles Finanzierungssystem). Die Kantone übernehmen bis zur Hälfte der anrechenbaren Kosten der allgemeinen Abteilung (Art 49 KVG).

- Spitalplanung:** Spitäler sind nur zugelassen, wenn sie einer kantonalen Planung entsprechen. Damit soll eine bedarfsgerechte Spitalversorgung erreicht werden (Art. 39 KVG).
- Spitex:** Spitalexterne Dienste, die eine Organisation der Krankenpflege und Hilfe zu Hause sind und in besonderen Vereinigungen organisiert sind.
- Tarifschutz:** Die Leistungserbringer halten die vereinbarten Preise und Tarife ein und dürfen keine weiteren Vergütungen berechnen.
- Tarifvertrag:** Vertrag zwischen Versicherern und Leistungserbringern über Tarife und Preise, der vereinbart oder in den vom Gesetz bestimmten Fällen von der zuständigen Behörde (Kantonsregierung oder Bundesrat) festgesetzt wird. Parteien eines Tarifvertrags sind einzelne oder mehrere Leistungserbringer oder deren Verbände einerseits sowie einzelne oder mehrere Versicherer oder deren Verbände andererseits.
- Verbandszwang:** Regelung, die Verbandsverträge automatisch und obligatorisch die Tarifbeziehungen der Verbandsmitglieder regelt.
- Versicherte:** Personen, die dem Versicherungsobligatorium unterstehen
- Versicherer:** Krankenkassen im Sinne von Art. 12 KVG, private Versicherungseinrichtungen, die dem Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) unterstehen, die Krankenversicherung durchführen und über eine Bewilligung nach Art. 13 KVG verfügen.
- Versicherungsobligatorium:** Jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz muss sich für die Krankenpflege versichern.
- Vertragsfreiheit:** Es besteht kein Verbandszwang. Die Tarifbindung von Verbandvertragen gilt nur für die dem Vertrag beigetretenen Mitgliedern. Man kann Verbandsmitglied sein, aber durchaus einen anderen als den Verbandstarifvertrag abgeschlossen haben.
- Wählbare Jahresfranchise:** Die Versicherer können den Versicherten die Möglichkeit geben, sich stärker an den Kosten zu beteiligen als dies im KVG

vorgeschrieben ist (Beträge zwischen Fr. 300.- und Fr. 1'500.- anstelle von Fr. 150.-).

Zeittarif:

Vergütung der Leistungserbringer erfolgt aufgrund des benötigten Zeitaufwandes.

Literatur

- AKV 1999a: Ärztetarif, Vertrag und Tarif, Aargauischer Krankenkassen-Verband, Aarau.
- AKV 1999b: Heilanstalten, Aargauischer Krankenkassen-Verband, Aarau.
- AKV 1999c: Übrige Vertragspartner, Aargauischer Krankenkassen-Verband, Aarau.
- BFS 1999: Kosten des Gesundheitswesens, Detaillierte Ergebnisse 1997 und Entwicklungen seit 1960, Neuchâtel.
- Borner K./Holzherr W. 1968: Krankenversicherung, Das Verhältnis der Krankenkassen zu den Personen, die an der Durchführung der Krankenversicherung mitwirken, Bern.
- BSV 1998: Wirkungsanalyse KVG, Ausführungsplan, Bern.
- BSV 1999a: KV-Prämien 2000, Mässige Erhöhung der Grundversicherungsprämien im fünften KVG-Jahr; in: Soziale Sicherheit 5/1999.
- BSV 1999b: Statistik über die Krankenversicherung 1998, Neuchâtel.
- Bundesrat 1991a: Botschaft über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991, Bern.
- Bundesrat 1991b: Botschaft über befristete Massnahmen gegen die Kostensteigerung und die Entsolidarisierung in der Krankenversicherung vom 6. November 1991, Bern.
- Bundesrat 1992: Botschaft über befristete Massnahmen gegen die Kostensteigerung in der Krankenversicherung (neues Massnahmenprogramm 1993-94) vom 19. August 1992, Bern.
- Bundesrat 1994: Botschaft über die Verlängerung von drei Bundesbeschlüssen in der Krankenversicherung vom 27. April 1994, Bern.
- Bundesrat 1998: Botschaft betreffend den Bundesbeiträge in der Krankenversicherung und die Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 21. September 1998, Bern.
- Ebert B. 1987: Überblick über die gegenwärtigen Zuständigkeiten und Verfahren bei der Tarifbildung und Tarifierung im schweizerischen Gesundheitswesen, in: Schweiz. Institut für Gesundheits- und Krankenhauswesen: Tarifgestaltung im schweizerischen Gesundheitswesen – eine aktuelle Rundschau, Aarau.
- INFRAS 1999a: Evaluation KVG: Auswirkungen Tarifbereich, Systemanalyse, Arbeitspapier vom 5. Oktober 1999, Zürich.

- INFRAS 1999b: Wirkungsanalyse KVG: Die Auswirkungen des KVG im Tarifbereich, 1. Arbeitsbericht: Analyse der Tarifverträge und der Tarifbeschwerden an den Bundesrat (Dokumentenanalyse), Arbeitspapier vom 25. November 1999, Zürich.
- INFRAS 2000: Wirkungsanalyse KVG: Die Auswirkungen des KVG im Tarifbereich, 2. Arbeitsbericht: Beurteilung der Auswirkungen durch Schlüsselakteure, Arbeitspapier vom 8. Februar 2000, Zürich.
- KKV 1999: Adressverzeichnis, Tarife, Verträge, Kantonaler Krankenkassenverband Schaffhausen, Schaffhausen.
- KSK 1999a: Tarife und Verträge KSK, Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer, Solothurn.
- Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer (KSK) 1999b: Tagestaxen in Heilanstalten, Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer, Solothurn.
- Kantonalverband Bernischer Krankenversicherer (KVBK) 1998: Krankenversicherung im Kanton Bern, Kantonalverband Bernischer Krankenversicherungen, Bern.
- Maurer A. 1981: Schweizerisches Sozialversicherungsrecht, Band II, Bern.
- Maurer A. 1996: Das neue Krankenversicherungsrecht, Basel und Frankfurt am Main.
- Recht und Politik des Wettbewerbs (RPW) 1997/5: Preisüberwachung: Jahresbericht 1997, Bern
- Recht und Politik des Wettbewerbs (RPW) 1998/5: Preisüberwachung: Jahresbericht 1998, Bern
- Veröffentlichungen der Schweizerischen Kartellkommission und des Preisüberwachers (VKKP) 1/1997: Preisüberwachung: Jahresbericht 1996, Bern
- VZKV 1999: Verträge des Kantons Zürich, Verband Zürcher Krankenversicherer, Zürich 1999 Biedermann D., Gross J., Köcher G. (Hrsg.) 1999: Krankenversicherung und Gesundheitswesen – wie weiter? Bern.
- Wettbewerbskommission (Weko) 1999: Wettbewerbskommission stellt Verfahren ein; Einlenken der Ärztesgesellschaft Zürich, Medienmitteilung vom 9.9.1999, www.wettbewerbskommission.ch

Beiträge zur sozialen Sicherheit

In dieser Reihe veröffentlicht das Bundesamt für Sozialversicherung Forschungsberichte (fett gekennzeichnet) sowie weitere Beiträge aus seinem Fachgebiet. Bisher wurden publiziert:

Aspects de la sécurité sociale

Sous ce titre, l'Office fédéral des assurances sociales publie des rapports de recherche (signalés en gras) ainsi que d'autres contributions relevant de son champ d'activité. Ont déjà été publiés:

Aspetti della sicurezza sociale

Sotto questo titolo, l'Ufficio federale delle assicurazioni sociali pubblica dei rapporti di ricerca (segnalati in grassetto) nonché altri contributi inerenti alla sua sfera d'attività. La maggior parte dei rapporti appare in tedesco e in francese.

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Forschungsbericht: Wolfram Fischer, Möglichkeiten der Leistungsmessung in Krankenhäusern: Überlegungen zur Neugestaltung der schweizerischen Krankenhausstatistik. Nr. 1/94	EDMZ* 318.010.1/94 d
Rapport de recherche: Wolfram Fischer, Possibilités de mesure des Prestations hospitalières: considérations sur une réorganisation de la statistique hospitalière. N° 1/94	OCFIM* 318.010.1/94 f
Rapport de recherche: André Bender, M. Philippe Favarger, Dr. Martin Hoesli: Evaluation des biens immobiliers dans les institutions de prévoyance. N° 2/94	OCFIM* 318.010.2/94 f
Forschungsbericht: Hannes Wüest, Martin Hofer, Markus Schweizer: Wohneigentumsförderung – Bericht über die Auswirkungen der Wohneigentumsförderung mit den Mitteln der beruflichen Vorsorge. Nr. 3/94	EDMZ* 318.010.3/94 d
Forschungsbericht: Richard Cranovsky: Machbarkeitsstudie des Technologiebewertungsregister. Nr. 4/94	EDMZ* 318.010.4/94 d
Forschungsbericht: BRAINS: Spitex-Inventar. Nr. 5/94	EDMZ* 318.010.5/94 d
Rapport de recherche: BRAINS: Inventaire du Spitex. N° 5/94	OCFIM* 318.010.5/94 f
Forschungsbericht: Jacob van Dam, Hans Schmid: Insolvenzversicherung in der beruflichen Vorsorge. Nr. 1/95	EDMZ* 318.010.1/95 d

* EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern

* OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne

* UCFSM = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna

** BSV = Bundesamt für sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern

** OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne

** UFAS = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Forschungsbericht: BASS: Tobias Bauer. Literaturrecherche: Modelle zu einem garantierten Mindesteinkommen. Nr. 2/95	EDMZ* 318.010.2/95 d
Forschungsbericht: IPSO: Peter Farago. Verhütung und Bekämpfung der Armut: Möglichkeiten und Grenzen staatlicher Massnahmen. Nr. 3/95	EDMZ* 318.010.3/95 d
Rapport de recherche: IPSO: Peter Farago. Prévenir et combattre la pauvreté: forces et limites des mesures prises par l'Etat. N° 3/95	OCFIM* 318.010.3/95 f
Bericht des Eidgenössischen Departementes des Innern zur heutigen Ausgestaltung und Weiterentwicklung der schweizerischen 3-Säulen-Konzeption der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge. Oktober 1995	EDMZ* 318.012.1/95 d
Rapport du Département fédéral de l'intérieur concernant la structure actuelle et le développement futur de la conception helvétique des trois piliers de la prévoyance vieillesse, survivants et invalidité. Octobre 1995	OCFIM* 318.012.1/95 f
Rapporto del Dipartimento federale dell'interno concernente la struttura attuale e l'evoluzione futura della concezione svizzera dei 3 pilastri della previdenza per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità. Ottobre 1995	UCFSM* 318.012.1/95 i
Universität Zürich, Interdisziplinäre Vorlesungsreihe 1995/96: Das neue KVG – Was ändert sich im Gesundheitswesen? Die Referate. Teil I	BSV** 96.217
Universität Zürich, Interdisziplinäre Vorlesungsreihe 1995/96: Das neue KVG – Was ändert sich im Gesundheitswesen? Die Referate. Teil II	BSV** 96.538
Interdepartementale Arbeitsgruppe "Finanzierungsperspektiven der Sozialversicherungen" (IDA FiSo 1): Bericht über die Finanzierungsperspektiven der Sozialversicherungen (unter besonderer Berücksichtigung der demographischen Entwicklung). Nr. 1/96	EDMZ* 318.012.1/96 d
Groupe de travail interdépartemental "Perspectives de financement des assurances sociales" (IDA FiSo): Rapport sur les perspectives de financement des assurances sociales (eu égard en particulier à l'évolution démographique). N° 1/96	OCFIM* 318.012.1/96 f
Forschungsbericht: Laura Cardia-Vonèche et al.: Familien mit alleinerziehenden Eltern. Nr. 1/96	EDMZ* 318.010.1/96 d
Rapport de recherche: Laura Cardia-Vonèche et al.: Les familles monoparentales. N° 1/96	OCFIM* 318.010.1/96 f
Bericht der Arbeitsgruppe "Datenschutz und Analysenliste / Krankenversicherung". Nr. 2/96	BSV** 96.567
Rapport du groupe de travail "Protection des données et liste des analyses / assurance-maladie". N° 2/96	OFAS** 96.568

* EDMZ	= Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern
* OCFIM	= Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne
* UCFSM	= Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna
** BSV	= Bundesamt für sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern
** OFAS	= Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne
** UFAS	= Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Berufliche Vorsorge: Neue Rechnungslegungs- und Anlagevorschriften; Regelung des Einsatzes der derivativen Finanzinstrumente; Verordnungstext / Erläuterungen / Fachempfehlungen. Nr. 3/96	EDMZ* 318.010.3/96 d
Prévoyance professionnelle: Nouvelles prescriptions en matière d'établissement des comptes et de placements. Réglementation concernant l'utilisation des instruments financiers dérivés. Texte de l'ordonnance / commentaire / recommandations. N° 3/96	OCFIM* 318.010.3/96 f
Previdenza professionale: Nuove prescrizioni in materia di rendiconto e di investimenti. Regolamentazione concernente l'impiego di strumenti finanziari derivati. N° 3/96	UCFSM* 310.010.3/96 i
Forschungsbericht: Martin Wechsler, Martin Savioz: Umverteilung zwischen den Generationen in der Sozialversicherung und im Gesundheitswesen. Nr. 4/96	EDMZ* 318.010.4/96 d
Forschungsbericht: Wolfram Fischer: Patientenklassifikationssysteme zur Bildung von Behandlungsfallgruppen im stationären Bereich. Nr. 1/97	EDMZ* 318.010.1/97 d
Forschungsbericht: Infrass: Festsetzung der Renten beim Altersrücktritt und ihre Anpassung an die wirtschaftliche Entwicklung. Überblick über die Regelungen in der EU. Nr. 2/97	EDMZ* 318.010.2/97 d
Forschungsbericht: Heinz Schmid: Prämien genehmigung in der Krankenversicherung. Expertenbericht. Nr. 3/97	EDMZ* 318.010.3/97 d
Rapport de recherche: Heinz Schmid: Procédure d'approbation des primes dans l'assurance-maladie. Expertise. N° 3/97	OCFIM* 318.010.3/97 f
Forschungsbericht: Eine Zusammenarbeit zwischen IPSO und Infrass: Perspektive der Erwerbs- und Lohnquote. Nr. 4/97	EDMZ* 318.010.4/97 d
Forschungsbericht: Stefan Spycher, BASS: Auswirkungen von Regelungen des AHV-Rentenalters auf die Sozialversicherungen, den Staatshaushalt und die Wirtschaft. Nr. 5/97	EDMZ* 318.010.5/97 d
Forschungsbericht: Günther Latzel, Christoph Andermatt, Rudolf Walther, BRAINS: Sicherung und Finanzierung von Pflege- und Betreuungsleistungen bei Pflegebedürftigkeit. Band I und II. Nr. 6/97	EDMZ* 318.010.6/97 d

* EDMZ	= Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern
* OCFIM	= Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne
* UCFSM	= Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna
** BSV	= Bundesamt für sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern
** OFAS	= Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne
** UFAS	= Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Interdepartementale Arbeitsgruppe "Finanzierungsperspektiven der Sozialversicherungen (IDA FiSo) 2": Analyse der Leistungen der Sozialversicherungen; Konkretisierung möglicher Veränderungen für drei Finanzierungsszenarien.	EDMZ* 318.012.1/97 d
Groupe de travail interdépartemental "Perspectives de financement des assurances sociales (IDA FiSo) 2": Analyse des prestations des assurances sociales; Concrétisation de modifications possibles en fonction de trois scénarios financiers.	OCFIM* 318.012.1/97 f

* EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern

* OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne

* UCFSM = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna

** BSV = Bundesamt für sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern

** OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne

** UFAS = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Publikationen zur Untersuchung "Neue Formen der Krankenversicherung"	
Publications relatives à l'étude des nouvelles formes d'assurance-maladie	
Übersicht – Synthèse	
Forschungsbericht: Rita Baur, Wolfgang Hunger, Klaus Kämpf, Johannes Stock (Prognos AG): Evaluation neuer Formen der Krankenversicherung. Synthesebericht. Nr. 1/98	EDMZ* 318.010.1/98 d
Rapport de recherche: Rita Baur, Wolfgang Hunger, Klaus Kämpf, Johannes Stock (Prognos AG): Rapport de synthèse: Evaluation des nouveaux modèles d'assurance-maladie. N° 1/98	OCFIM* 318.010.1/98 f
Materialienberichte / Befragungen – Dossiers techniques / Enquêtes	
Forschungsbericht: Rita Baur, Doris Eyett (Prognos AG): Die Wahl der Versicherungsformen. Untersuchungsbericht 1. Nr. 2/98	EDMZ* 318.010.2/98 d
Forschungsbericht: Rita Baur, Doris Eyett (Prognos AG): Bewertung der ambulanten medizinischen Versorgung durch HMO-Versicherte und traditionell Versicherte. Untersuchungsbericht 2. Nr. 3/98	EDMZ* 318.010.3/98 d
Forschungsbericht: Rita Baur, Doris Eyett (Prognos AG): Selbstgetragene Gesundheitskosten. Untersuchungsbericht 3. Nr. 4/98	EDMZ* 318.010.4/98 d
Forschungsbericht: Rita Baur, Armin Ming, Johannes Stock, Peter Lang (Prognos AG): Struktur, Verfahren und Kosten der HMO-Praxen. Untersuchungsbericht 4. Nr. 5/98	EDMZ* 318.010.5/98 d
Forschungsbericht: Johannes Stock, Rita Baur, Peter Lang (Prognos AG); Prof. Dr. Dieter Conen: Hypertonie-Management. Ein Praxisvergleich zwischen traditionellen Praxen und HMOs. Nr. 6/98	EDMZ* 318.010.6/98 d
Materialienberichte – Dossiers techniques	
Forschungsbericht: Stefan Schütz et al.: Neue Formen der Krankenversicherung: Versicherte, Leistungen, Prämien und Kosten. Ergebnisse der Administrativdatenuntersuchung, 1. Teil. Nr. 7/98	EDMZ* 318.010.7/98 d
Forschungsbericht: Herbert Känzig et al.: Neue Formen der Krankenversicherung: Alters- und Kostenverteilungen im Vergleich zu der traditionellen Versicherung. Ergebnisse der Administrativdatenuntersuchung, 2. Teil. Nr. 8/98	EDMZ* 318.010.8/98 d
Rapport de recherche: Gabriel Sottas et al.: Données administratives de l'assurance-maladie: Analyse de qualité, statistique élémentaire et base pour les exploitations. N° 9/98	OCFIM* 318.010.9/98 f
Die Fragebogen der Versichertenbefragung (5 Teile) sind erhältlich bei: Bundesamt für Sozialversicherung, Sektion Statistik, Hr. Herbert Känzig, 3003 Bern (Tel. 031 / 322 91 48)	

* EDMZ	= Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern
* OCFIM	= Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne
* UCFSM	= Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna
** BSV	= Bundesamt für sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern
** OFAS	= Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne
** UFAS	= Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Forschungsbericht: Tobias Bauer, (BASS): Kinder, Zeit und Geld. Eine Analyse der durch Kinder bewirkten finanziellen und zeitlichen Belastungen von Familien und der staatlichen Unterstützungsleistungen in der Schweiz Mitte der Neunziger Jahre. Nr. 10/98	EDMZ* 318.010.10/98 d
Forschungsbericht: Tobias Bauer (BASS): Auswirkungen von Leistungsveränderungen bei der Arbeitslosenversicherung. Im Auftrag der IDA FiSo 2. Nr. 11/98	EDMZ* 318.010.11/98 d
Forschungsbericht: Stefan Spycher (BASS): Auswirkungen von Leistungsveränderungen bei der Witwenrente. Im Auftrag der IDA FiSo 2. Nr. 12/98	EDMZ* 318.010.12/98 d
Forschungsbericht: André Müller, Felix Walter, Renger van Nieuwkoop (ECOPLAN); Stefan Felder: Wirtschaftliche Auswirkungen von Reformen der Sozialversicherungen. DYNASWISS – Dynamisches allgemeines Gleichgewichtsmodell für die Schweiz. Im Auftrag der IDA FiSo 2. Nr.13/98	EDMZ* 318.010.13/98 d
Forschungsbericht: S.P. Mauch, R. Iten, S. Banfi, D. Bonato, T. von Stokar (INFRAS); B. Schips, Y. Abrahamsen (KOF/ETH): Wirtschaftliche Auswirkungen von Reformen der Sozialversicherungen. Schlussbericht der Arbeitsgemeinschaft INFRAS/KOF. Im Auftrag der IDA FiSo 2. Nr. 14/98	EDMZ* 318.010.14/98 d
Forschungsbericht: Spartaco Greppi, Raymond Rossel, Wolfram Strüwe (BFS): Der Einfluss des neuen Krankenversicherungsgesetzes auf die Finanzierung des Gesundheitswesens. Bericht im Rahmen der Wirkungsanalyse KVG. Nr. 15/98	EDMZ* 318.010.15/98 d
Rapport de recherche: Spartaco Greppi, Raymond Rossel, Wolfram Strüwe (OFS): Les effets de la nouvelle loi sur l'assurance-maladie dans le financement du système de santé. Rapport établi dans le cadre de l'analyse des effets de la LAMal. N° 15/98	OCFIM* 318.010.15/98 f
Bundesamt für Sozialversicherung (Herausgeber), Forum 1998 über das Rentenalter / sur l'âge de la retraite. Die Referate / Les exposés des conférenciers (April/avril 1998), Nr. 16/98	EDMZ* 318.010.16/98 df
Forschungsbericht: Robert E. Leu, Stefan Burri, Peter Aregger: Armut und Lebensbedingungen im Alter. Nr. 17/98	EDMZ* 318.010.17/98 d
Prof. Dr. Thomas Koller: Begünstigtenordnung zweite und dritte Säule. Gutachten. Nr. 18/98	EDMZ* 318.010.18/98 d
Prof. Dr. Thomas Koller: L'ordre des bénéficiaires des deuxième et troisième piliers. Rapport d'expertise. N° 18/98	OCFIM* 318.010.18/98 f

* EDMZ	= Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern
* OCFIM	= Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne
* UCFSM	= Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna
** BSV	= Bundesamt für sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern
** OFAS	= Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne
** UFAS	= Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Forschungsbericht: Mikroökonomische Effekte der 1. BVG-Revision. Schlussbericht. INFRAS. Nr. 19/98 d	EDMZ* 318.010.19/98 d
Rapport de recherche: INFRAS: Effets microéconomiques de la 1 ^{re} révision de la LPP. Rapport final N° 19/98	OCFIM* 318.010.19/98 f
Forschungsbericht: Makroökonomische Effekte der 1. BVG-Revision. Schlussbericht. KOF/ETHZ, Zürich. Nr. 20/98 d	EDMZ* 318.010.20/98 d
Rapport de recherche: KOF/ETHZ: Effets macroéconomiques de la 1 ^{re} révision de la LPP. Rapport final N° 20/98	OCFIM* 318.010.20/98 f
Forschungsbericht: Die sozialpolitische Wirksamkeit der Prämienverbilligung in den Kantonen; Dr. Andreas Balthasar; Interface Institut für Politikstudien; Nr. 21/98 d	EDMZ* 318.010.21/98 d
Rapport de recherche: Dr. Andreas Balthasar (Interface Institut d'études politiques): Efficacité sociopolitique de la réduction de primes dans les cantons. N° 21/98	OCFIM* 318.010.21/98 f
Forschungsbericht: Stefan Spycher (BASS): Wirkungsanalyse des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung. Nr. 1/99	EDMZ* 318.010.1/99 d
Forschungsbericht: Kurzfassung von 1/99. Nr. 2/99	EDMZ* 318.010.2/99 d
Rapport de recherche: Condensé du n° 1/99. N° 2/99	OCFIM* 318.010.2/99 f
Rapport de recherche: Institut de santé et d'économie ISE en collaboration avec l'Institut du Droit de la Santé IDS: Un carnet de santé en Suisse? Etude d'opportunité. N° 3/99	OCFIM* 318.010.3/99 f
Forschungsbericht: Inhaltsanalyse von Anfragen bei PatientInnen- und Versichertenorganisationen. Dr. med. Karin Faisst MPH, Dr. med. Julian Schilling, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich. Nr.4/99	OCFIM* 318.010.4/99 d
Bundesamt für Sozialversicherung (Herausgeber). Bedarfsleistungen an Eltern. Öffentliche Fachtagung, Referate / Congrès de spécialistes ouvert, Exposés. Zürich. Nr. 5/99	OCFIM* 318.010.5/99 df
Forschungsbericht: Die ärztliche Beurteilung und ihre Bedeutung im Entscheidungsverfahren über einen Rentenanspruch in der Eidg. Invalidenversicherung. Ruth Bachmann, Cornelia Furrer (Interface, Institut für Politikstudien). Nr. 6/99	EDMZ* 318.010.6/99 d

* EDMZ	= Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern
* OCFIM	= Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne
* UCFSM	= Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna
** BSV	= Bundesamt für sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern
** OFAS	= Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne
** UFAS	= Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Forschungsbericht: Christopher Prinz, Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung, Wien: Invalidenversicherung: Europäische Entwicklungstendenzen zur Invalidität im Erwerbsalter. Band 1 (Vergleichende Synthese). Nr. 7/99	EDMZ * 318.010.7/99 d
Forschungsbericht: siehe Nr. 7/99. Band 2 (Länderprofile). Nr. 8/99	EDMZ * 318.010.8/99 d
Forschungsbericht: Bekämpfung sozialer Ausgrenzung. Band 3. Sozialhilfe in Kanada und in der Schweiz. (OECD). Nr. 9/99	EDMZ * 318.010.9/99 d
Forschungsbericht: Karin Faisst, Julian Schilling, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich: Qualitätssicherung – Bestandsaufnahme. Nr. 10/99	EDMZ * 318.010.10/99 d
Forschungsbericht: Neue Finanzordnung mit ökologischen Anreizen: Entlastung über Lohn- und MWST-Prozente? Ecoplan. Nr. 1/00	EDMZ * 318.010.1/00 d
Forschungsbericht: Freie Wahl der Pensionskasse: Teilbericht. PRASA. Nr. 2/00	EDMZ * 318.010.2/00 d
Forschungsbericht: Stefan Spycher, BASS: Reform des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung? Studie 2: Empirische Prüfung von Vorschlägen zur Optimierung der heutigen Ausgestaltung. Nr. 3/00	EDMZ * 318.010.3/00 d
Forschungsbericht: Wilhelmine Stürmer, Daniela Wendland, Ulrike Braun, Prognos: Veränderungen im Bereich der Zusatzversicherung aufgrund des KVG. Nr. 4/00	EDMZ * 318.010.4/00 d
Forschungsbericht: Spartaco Greppi, Heiner Ritzmann, Raymond Rossel, Nicolas Siffert, Bundesamt für Statistik: Analyse der Auswirkungen des KVG auf die Finanzierung des Gesundheitswesens und anderer Systeme der sozialen Sicherheit. Nr. 5/00	EDMZ * 318.010.5/00 d
Rapport de recherche: Spartaco Greppi, Heiner Ritzmann, Raymond Rossel, Nicolas Siffert, Office fédéral de la Statistique: Analyse des effets de la LAMal dans le financement du système de santé et d'autres régimes de protection sociale. N° 5/00	OCFIM* 318.010.5/00 f
Bundesamt für Sozialversicherung (Herausgeber). Tagungsband der Arbeitstagung des Eidg. Departement des Innern: Massnahmen des KVG zur Kostendämpfung / La LAMal, instrument de maîtrise des coûts / Misura della LAMal per il contenimento dei costi. N° 6/00	EDMZ * 318.010.6/00 dfi
Forschungsbericht: Auswirkungen des KVG im Tarifbereich; INFRAS, Zürich. Nr. 7/00	EDMZ* 318.010.7/00 d

*EDMZ	= Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern
*OCFIM	= Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne
*UCFSM	= Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna
**BSV	= Bundesamt für sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern
**OFAS	= Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne
**UFAS	= Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna