



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

BEITRÄGE ZUR SOZIALEN SICHERHEIT

*Wirkungsanalyse KVG :
Synthesebericht*

Forschungsbericht Nr. 16/01

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

Autor: Bundesamt für Sozialversicherung
Effingerstrasse 20
3003 Bern

Auskünfte: Martin Wicki
Bundesamt für Sozialversicherung
Effingerstrasse 20
3003 Bern
Tel. 031/322 90 25
Fax 031/322 24 25
E-mail: martin.wicki@bsv.admin.ch

ISBN: 3-905340-42-9

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, Vertrieb Publikationen, CH - 3003 Bern
<http://www.bbl.admin.ch/bundespublikationen>

Bestellnummer: [318.010.16/01d 1.02 800](#)

Wirkungsanalyse Krankenversicherungsgesetz

Synthesebericht

Bundesamt für Sozialversicherung

Bern, Dezember 2001

Vorwort des Bundesamtes für Sozialversicherung

Mit Artikel 32 der Verordnung über die Krankenversicherung wurde das Bundesamt für Sozialversicherung beauftragt, die Auswirkungen des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) zu evaluieren. Seit 1997 sind rund 25 Studien von unabhängigen wissenschaftlichen Expertinnen und Experten zur Wirkung der wichtigsten Massnahmen, zum Verhalten der zentralen Akteure und zur Erreichung der mit dem KVG gesteckten Ziele durchgeführt worden. Mit dem vorliegenden Synthesebericht schliesst das Bundesamt für Sozialversicherung die Evaluation der Einführungsphase des KVG ab.

Mit der Einführung des KVG ist ein grundsätzlicher Systemwechsel vollzogen worden, mit welchem der ganzen Bevölkerung der Zugang zu einer für alle wirtschaftlich tragbaren, qualitativ hochstehenden und umfassenden medizinischen Versorgung innerhalb der obligatorischen Krankenpflegeversicherung garantiert werden soll. Angesichts der Komplexität des Gesundheitswesens, der zahlreichen unterschiedlichen Massnahmen sowie der verschiedenen Zielsetzungen des KVG musste sich die Wirkungsanalyse auf bestimmte wesentliche Punkte beschränken. Insgesamt darf festgestellt werden, dass es gelungen ist, die grossen Zusammenhänge zu erfassen. Es ist allerdings anzumerken, dass es der Mangel an soliden und genügend differenzierten Daten manchmal nicht erlaubt hat, die von den Akteuren im Feld berichteten Trends empirisch zu belegen. Zudem hat das KVG in vielen Bereichen Veränderungsprozesse ausgelöst, welche heute noch nicht abgeschlossen sind. Schliesslich konnten bestimmte Bereiche nicht untersucht werden, und in verschiedenen Themenbereichen sind Vertiefungsstudien wünschbar.

Die Ergebnisse der Untersuchungen zeigen auf, dass die Ziele der Stärkung der Solidarität und einer angemessenen Leistungsversorgung in der sozialen Krankenversicherung mit dem KVG erreicht werden konnten. Hingegen liegen die Kostensteigerungen in der selben Grössenordnung wie vor Einführung des KVG. Die Studien stellen zwar fest, dass das KVG auch im Bereich der Kostendämpfung positive Impulse gegeben habe, dass diese jedoch nicht genügten und durch Ausweichreaktionen der verschiedenen Akteure kompensiert würden.

Die Expertinnen und Experten haben verschiedene Empfehlungen zur Optimierung des KVG formuliert, welche eine wertvolle Entscheidungsgrundlage für die Weiterentwicklung des KVG darstellen. Das Bundesamt für Sozialversicherung hat diese analysiert und im Hinblick auf die verschiedenen Zielsetzungen des KVG auf ihre Tauglichkeit geprüft. Teilweise sind sie bereits in die Arbeiten zur ersten und zweiten Teilrevision des KVG eingeflossen. Zahlreiche weitere werden aufgenommen und sollen umgesetzt werden. Bei einigen kommt das Bundesamt zu anderen Einschätzungen als die Experten und Expertinnen, weshalb sie nicht weiterverfolgt werden.

Das Bundesamt für Sozialversicherung will auch in Zukunft Studien zur Entwicklung des Gesundheitswesens im Allgemeinen und der Krankenversicherung im Speziellen durchführen. In nächster Zeit soll dabei die Untersuchung der Kostenentwicklung und ihrer Determinanten im Vordergrund stehen.

O. Piller

Direktor des Bundesamtes für Sozialversicherung

Avant-propos de l'Office fédéral des assurances sociales

L'art. 32 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie charge l'Office fédéral des assurances sociales d'évaluer les effets de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal). Depuis 1997, des experts scientifiques indépendants ont réalisé environ 25 études portant sur les mesures les plus importantes, le comportement des principaux acteurs et l'atteinte des objectifs que s'était fixés la LAMal. Le présent rapport de l'Office fédéral des assurances sociales met un terme à l'évaluation de la phase d'introduction de la loi.

L'introduction de la LAMal a entraîné un véritable changement de système, dont le but est de garantir à l'ensemble de la population l'accès, au sein de l'assurance obligatoire de base, à des soins médicaux financièrement supportables, de grande qualité et complets. Bien que la complexité du système de santé publique, le grand nombre de mesures et la diversité des objectifs de la LAMal aient contraint l'analyse des effets à se limiter à un certain nombre de points essentiels, on peut, de manière générale, conclure qu'elle est parvenue à traiter l'ensemble de la question. Toutefois, le manque de données solides et suffisamment précises n'a pas toujours permis de confirmer empiriquement les tendances signalées par les différents acteurs sur le terrain. En outre, la LAMal a déclenché, dans de nombreux domaines, des processus de changements qui ne sont pas encore achevés à l'heure actuelle. Enfin, certaines questions n'ont pas pu être abordées et différents sujets nécessitent des études plus approfondies.

Les résultats des études montrent que la LAMal a atteint ses objectifs dans deux domaines: le renforcement de la solidarité et la fourniture de soins appropriée dans l'assurance-maladie de base. En revanche, son introduction n'a pratiquement pas influé sur l'augmentation des coûts. Selon les études, même si les impulsions en matière de maîtrise des coûts se sont avérées positives, elles n'ont pas été suffisantes et elles ont été compensées par des réactions de contournement chez différents acteurs.

Les experts ont formulé diverses recommandations visant à optimiser la LAMal, qui constituent une précieuse base de décision pour son développement futur. L'Office fédéral des assurances sociales a analysé ces recommandations et évalué leur pertinence par rapport aux différents objectifs de la loi. Quelques-unes d'entre elles ont déjà été intégrées aux deux premières révisions partielles de la LAMal; de nombreuses autres sont reprises et doivent être appliquées. Enfin, pour certaines recommandations, l'Office aboutit à des conclusions différentes de celles des experts; il n'en tiendra donc pas compte.

L'Office fédéral des assurances sociales a l'intention de réaliser des études sur l'évolution du système de santé publique en général et de l'assurance-maladie en particulier. Ces études porteront en priorité sur l'évolution des prix et les divers facteurs qui l'influencent.

O. Piller

Directeur de l'Office fédéral des assurances sociales

Premessa dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali

L'articolo 32 dell'ordinanza sull'assicurazione malattie incarica l'Ufficio federale delle assicurazioni sociali di valutare gli effetti della legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal). Dal 1997 ad oggi specialisti indipendenti hanno eseguito circa 25 studi scientifici relativi agli effetti dei provvedimenti più importanti, al comportamento dei principali interessati ed al raggiungimento degli obiettivi perseguiti dalla nuova legge. Con il presente rapporto di sintesi l'Ufficio federale delle assicurazioni sociali conclude la valutazione della fase introduttiva della LAMal.

Con l'introduzione della LAMal il sistema è stato riformato nelle sue fondamenta nell'intenzione di garantire alla popolazione un'assistenza sanitaria completa, di qualità e finanziariamente accessibile a tutti nel quadro dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Considerati la complessità della sanità pubblica ed il numero e la specificità dei provvedimenti previsti dalla LAMal e degli obiettivi ad essa sottesi, l'analisi degli effetti ha dovuto essere limitata ad alcuni punti essenziali. Nel complesso la contestualizzazione dei fatti analizzati può dirsi riuscita. Bisogna tuttavia osservare che la carenza di dati certi e sufficientemente differenziati talvolta non ha consentito di documentare empiricamente le tendenze rilevate dagli interessati. Inoltre, in molti settori la LAMal ha avviato trasformazioni tuttora in corso. Infine non si sono potuti esaminare alcuni settori, mentre per diversi altri sono auspicabili approfondimenti.

I risultati degli studi dimostrano che grazie alla LAMal nel quadro dell'assicurazione sociale malattie è stato possibile rafforzare la solidarietà e garantire un'assistenza sanitaria adeguata. Per contro, i costi hanno continuato a crescere allo stesso ritmo che caratterizzava il diritto previgente. Secondo gli studi, la LAMal avrebbe dato impulsi positivi anche in relazione al contenimento dei costi. Questi tuttavia, già di per sé insufficienti, verrebbero del tutto resi vani dalle reazioni delle parti interessate, che tenderebbero ad ignorarli.

Le diverse raccomandazioni formulate dagli specialisti rappresentano una preziosa base decisionale per il perfezionamento della LAMal. L'Ufficio federale delle assicurazioni sociali le ha analizzate e ne ha esaminato la praticabilità in considerazione dei diversi obiettivi della LAMal. Alcune sono già confluite nei lavori relativi alla prima e alla seconda revisione parziale della LAMal, numerose altre sono state approvate e dovranno essere realizzate. Alcune, infine, non verranno approfondite, in quanto l'Ufficio federale giunge a conclusioni diverse da quelle degli specialisti.

L'Ufficio federale delle assicurazioni sociali intende svolgere anche in futuro studi in merito all'evoluzione della sanità pubblica in generale e dell'assicurazione malattie in particolare. Prossimamente sarà prioritaria l'analisi dell'evoluzione dei costi e dei fattori che la determinano.

O. Piller

Direttore dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali

Foreword by the Federal Office for Social Insurance

Article 32 of the Sickness Insurance Ordinance mandates the Federal Office for Social Insurance to evaluate the impact of the Federal Law on Sickness Insurance (Krankenversicherungsgesetz KVG). Since 1997, approximately 25 studies conducted by independent experts have investigated the KVG's principal measures, the reactions and attitudes of the main players, and the extent to which the targeted goals have been reached. This summary report concludes the evaluation of the KVG's introductory phase by the Federal Office for Social Insurance.

The introduction of the KVG operated a fundamental systemic change in Swiss health care. The law aims to provide the entire population with economically viable, top quality, comprehensive health care services covered by mandatory health insurance. Owing to the complexity of the health care system, and the profusion of measures and objectives defined by the KVG, an assessment of its impact has to focus on the most essential issues. The present report successfully pinpoints them, and the ways in which they inter-relate. Unfortunately, a lack of reliable and precise data thwarted empirical confirmation of some trends reported by players in the field. Also, the KVG has set off a process of change that is ongoing and therefore impossible to analyse in definitive terms for the time being. Some issues were not investigated at all, and others require more in-depth studies.

The results show that the KVG has indeed boosted solidarity, and that it ensures adequate health services within the basic insurance system. On the down side, health costs continue to rise at the same rate as prior to the introduction of the new law. According to the studies, the KVG indeed has a cost damping effect, although this effect is not strong enough, and is often foiled by evasive moves made by concerned parties.

The experts have formulated a number of recommendations aiming to improve the KVG. These should provide a sound decision-making basis for further developments relative to the law. The Federal Office for Social Insurance has examined them closely, with a view to both their feasibility and the targeted aims. Some have already been incorporated into the first and second partial revisions of the KVG. Others will be dealt with and implemented in the future. In some cases the Federal Office for Social Insurance arrives at different conclusions than the experts, and therefore does not follow their recommendations.

The Federal Office for Social Insurance intends to continue monitoring developments in the health care system in general, and health insurance in particular. In the near future, the studies will focus on the evolution of costs and the factors that determine it.

O. Piller

Director of the Federal Office for Social Insurance

Zusammenfassung

Mit dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG), welches am 1. Januar 1996 in Kraft getreten ist, wurde die schweizerische Krankenversicherung umfassend reformiert. Angesichts der hohen gesellschaftlichen Bedeutung dieser Neuerungen und der zahlreichen Unsicherheiten betreffend die zu erwartenden Entwicklungen wurde in der Verordnung zum Gesetz die Pflicht zur wissenschaftlichen Überprüfung der Wirkungen festgehalten. Im vorliegenden Bericht sind die Ergebnisse der in diesem Zusammenhang von 1997 bis 2001 durchgeführten Arbeiten von verwaltungs-externen Expertinnen und Experten dargestellt und synthetisiert. Darauf aufbauend prüft das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) die Tauglichkeit der vorgeschlagenen Empfehlungen und skizziert die möglichen weiteren Entwicklungsschritte.

Wurden die Ziele erreicht?

Das KVG und damit die obligatorische Krankenpflegeversicherung verfolgt drei Zielsetzungen: Erstens ist eine Stärkung der Solidarität unter den Versicherten beabsichtigt. Zweitens soll eine qualitativ hochstehende medizinische Versorgung sichergestellt werden. Und drittens soll die Kostenentwicklung gedämpft werden.

Hinsichtlich der *Stärkung der Solidarität* zwischen Jung und Alt, Gesund und Krank sowie Arm und Reich weisen die verfügbaren Evaluationen von aussenstehenden Expertinnen und Experten darauf hin, dass mit der Einführung des KVG verschiedene Mängel der vorangegangenen gesetzlichen Regelung behoben werden konnten. Die unter dem alten Gesetz zu beobachtende Entsolidarisierung konnte wirkungsvoll verringert werden. Dazu beigetragen haben das Obligatorium, die volle Freizügigkeit, die einheitliche Prämie innerhalb einer Versicherung und einer Region, der Risikoausgleich und schliesslich die individuelle Prämienverbilligung für Personen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen. Obwohl im Gesetz keine verbindliche Zielgrösse definiert ist, kommt die Wirkungsanalyse zum Schluss, dass das Solidaritätsziel im Wesentlichen erreicht wurde. Allerdings wurden auch verschiedene Defizite konstatiert, die es bei der Weiterentwicklung zu beheben gilt. So hat der Risikoausgleich zwar die Risikoselektion durch die Versicherer vermindert, er konnte sie aber nicht vollständig unterbinden. Die individuelle Prämienverbilligung entlastet die unteren Einkommensschichten zwar wirksam, in Kantonen mit hohen Prämien aber ungenügend. Zudem wurde der Vollzug in einzelnen Kantonen bemängelt. Insbesondere wird die Information der Bevölkerung über ihr Recht auf Prämienverbilligung als zum Teil ungenügend erachtet. Ein Problem besteht auch darin, dass verschiedene Massnahmen, welche die Solidarität in der sozialen Krankenversicherung sicherstellen, notwendigerweise die ökonomischen Anreize für Versicherte, Versicherer und Leistungserbringer verändern. So stellt sich etwa die Frage, ob eine Erweiterung des Risikoausgleichs nicht den Wettbewerb zwischen den Versicherern einschränkt und die Entwicklung einer Einheitskasse einleitet. Auch ist zu vermuten, dass die Ausgestaltung der Prämienverbilligung die Motivation der Versicherten, sich für einen günstigen Versicherer und ein günstiges Versicherungsmodell zu entscheiden, beeinflussen kann. Die Evaluationen unterstreichen, dass bei Änderungsvorschlägen auf eine ausgewogene Berücksichtigung des Solidaritätsziels und der wettbewerblichen Ausrichtung des KVG zu achten sei.

Auch im Hinblick auf die *Bereitstellung einer qualitativ hochstehenden medizinischen Versorgung* für die ganze Bevölkerung weisen die Expertinnen und Experten darauf hin, dass mit dem Krankenversicherungsgesetz wichtige Lücken geschlossen werden konnten.

Zu erwähnen sind insbesondere die Pflege zu Hause und in Pflegeheimen sowie die unbeschränkte Leistungspflicht bei Spitalaufenthalten. Der Leistungsumfang kann heute – auch im internationalen Vergleich – als umfassend beurteilt werden, und der Zugang der Versicherten zu den Leistungen ist gewährleistet. Die Evaluation zeigte jedoch, dass die Eidgenössische Leistungskommission (ELK) den Kostenfolgen ihrer Entscheidungen in der Regel zu wenig Beachtung schenkt. Die Expertinnen und Experten stellten fest, dass die Kostenfolgen, die sich aus den durch die ELK behandelten Leistungen ergeben, nur grob geschätzt werden können. In ihrer Untersuchung weisen sie aber weiter darauf hin, dass der Anteil der von der Kommission angenommenen Leistungen an den jährlichen Veränderungen der Krankenversicherungsausgaben in jedem Fall nur wenigen Prozenten entspricht, sodass in diesem Zusammenhang nicht von einem massgeblichen Einfluss auf die Kostenentwicklung gesprochen werden kann. Dennoch empfehlen die Fachleute, die Kostenfolgen der Entscheidungen des Eidgenössischen Departements des Innern in Zukunft systematischer zu schätzen und zu überwachen. Zudem haben die Untersuchungen gezeigt, dass die Qualitätssicherung im Gesundheitswesen noch wenig entwickelt ist. Schliesslich wurde ermittelt, dass die Integration von präventiven Leistungen in die obligatorische Krankenpflegeversicherung teilweise dazu geführt hat, dass sich Kantone aus der Finanzierung von Kampagnen zurückgezogen haben. Dies hat die Verbreitung der Prävention beeinträchtigt.

Das dritte Hauptziel des KVG ist darauf ausgerichtet, die *Kostenentwicklung* zu bremsen. Diesbezüglich hat das Gesetz in den Augen der Expertinnen und Experten die Erwartungen nicht erfüllt. Es wurde festgestellt, dass das Ausgabenwachstum in den Bereichen Medikamente, ambulante Spitalbehandlung, Pflegeheime und Spitex-Dienstleistungen besonders gross war. Einen relevanten Einfluss des KVG auf die Entwicklung der globalen Gesundheitskosten konnten die verfügbaren Wirkungsanalysen nicht feststellen. Die Steigerungsrate lag zwar leicht unter dem Mittel der vier vorangegangenen Jahre, aber deutlich über der durchschnittlichen Jahreststeuerung von 0,8 Prozent beziehungsweise der Entwicklung der Reallöhne.

Internationale Vergleiche weisen darauf hin, dass die steigenden Gesundheitskosten in allen entwickelten Staaten Anlass für Reformen des Gesundheitswesens bilden. Dabei zeigt sich, dass weder deregulierte Systeme, wie sie die Vereinigten Staaten kennen, noch staatliche Systeme, wie das in Frankreich praktizierte Modell, die Steigerungsraten längerfristig haben senken können. Die Entwicklung der schweizerischen Gesundheitskosten weicht nicht von den international festzustellenden Trends ab. Dagegen zeigen die Untersuchungen, dass sich das schweizerische System im internationalen Vergleich durch einen hohen Leistungsstandard, eine gute Zugänglichkeit für alle Bevölkerungsschichten zu den Leistungen und eine hohe Wahlfreiheit der Versicherten, Patientinnen und Patienten in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung auszeichnet. Expertinnen und Experten erwarten vom KVG daher in den nächsten fünf bis zehn Jahren relevante Beiträge zur Erhöhung der Effizienz des schweizerischen Gesundheitssystems.

Haben sich die konzeptionellen Grundlagen bewährt?

Das KVG setzt Erwartungen in das Verhalten der Akteure. Wie die verfügbaren Untersuchungen von Expertinnen und Experten zeigen, haben diese ihre Rollen aber nur zum Teil wahrgenommen. Oft haben sie ihre angestammte Position verteidigt. Die Leistungserbringer blieben dem Wettbewerb wenig ausgesetzt. Auch ist deren Entwicklung stark von den Kantonen beeinflusst, welche in einem Interessenkonflikt zwischen ihrer Funktion als Spitalbetreiber und als Tarifgenehmigungsbehörde stehen. Die Krankenversicherer und die Versicherten ihrerseits machten von den neuen Versicherungs-

modellen wenig Gebrauch. Die Versicherten haben zwar umfangreiche Wahlmöglichkeiten, scheinen aber mit ihren Versicherungslösungen zufrieden zu sein und sehen daher keine Veranlassung zu Veränderungen. Von den alternativen Versicherungsmodellen ist zurzeit kein Beitrag zur Kosteneindämmung festzustellen. Mit dem KVG wurden die Versicherer aufgefordert, sich verstärkt wettbewerbsfähig zu verhalten und sich von „Verwaltern“ zu „Unternehmern“ zu entwickeln. Diese Veränderungen sind zwar in Gang gekommen, aber noch wenig weit entwickelt. Erst am Anfang steht auch die strukturierte Qualitätssicherung durch Versicherer und Leistungserbringer. Und auch die Änderungen der Rahmenbedingungen des KVG im Tarifbereich haben bisher praktisch keinen Einfluss auf die Reduktion der Gesundheitskosten ausgeübt.

Trotz diesen Vorbehalten kommen die vorliegenden Untersuchungen mehrheitlich zum Schluss, dass sich die konzeptionellen Grundlagen des KVG bewährt haben, da verschiedene positive Entwicklungen in Gang gekommen sind. Die verfügbaren Studien machen aber auch deutlich, dass das KVG verschiedene problematische Anreize setzt, die dazu führen, dass die marktwirtschaftliche Steuerung nicht ausreichend funktioniert, um die Kostenentwicklung wirksam einzudämmen. Die Expertinnen und Experten orten entscheidende Verbesserungsmöglichkeiten in folgenden neun Bereichen:

Managed Care

Erstens streichen die Evaluationen heraus, dass alles unternommen werden sollte, was zu einem vermehrten Einsatz von *Managed-Care-Organisationen* führt. Verschiedene heute geltende Bestimmungen beeinträchtigen jedoch deren Verbreitung. So wird unterstrichen, dass die Versicherer gegenwärtig kaum daran interessiert sind, weil die Abgaben an den Risikoausgleich zum Teil höher sind als die Prämieinnahmen. Zudem wirkt sich die Vorschrift, dass HMO¹ in den ersten fünf Jahren nur 20 Prozent der Kosteneinsparungen in Form tieferer Prämien weitergeben dürfen, hemmend auf die Verbreitung aus. Auch schmälert der Kontrahierungszwang das Interesse der Ärztinnen und Ärzte an diesen Versicherungsmodellen. Schliesslich wird ein kontinuierliches Monitoring mit jährlicher Berichterstattung und statistischen Erhebungen notwendig, um die Entwicklung neuer Versicherungsformen zuverlässig verfolgen zu können.

Stellungnahme des BSV: Der Bundesrat hat bereits in seiner Botschaft zur ersten Teilrevision des KVG festgehalten, dass er besondere Versicherungsformen (wie die Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer oder die Versicherung mit wählbarer Jahresfranchise) als wirksame Instrumente betrachtet, um zu einer Verlingerung der Kostensteigerung in der Krankenversicherung beizutragen. Die zweite Teilrevision des KVG sieht vor, dass die Versicherer verpflichtet werden, solche Modelle flächendeckend in der ganzen Schweiz anzubieten. Die Forderung nach einer Anpassung des Risikoausgleichs ist im Zusammenhang mit der grundsätzlichen Diskussion zu dessen Berechnungsgrundlagen zu sehen.

Das BSV teilt die Ansicht der Expertinnen und Experten, dass Massnahmen zur Förderung der Verbreitung derartiger Modelle ergriffen werden müssen, welche auch Anpassungen der gesetzlichen Bestimmungen verlangen werden. Allerdings ist zu beachten, dass die Solidarität der Versicherten in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erhalten bleibt. Das BSV beabsichtigt daher, in erster Linie die Anreize zur Entwicklung solcher Modelle für die Versicherer und die Leistungserbringer zu verstärken. Zudem wird die bessere Information der Versicherten als sehr wichtig erachtet.

¹ HMO: Health-Maintenance-Organisationen

Schliesslich betrachtet es das BSV als notwendig, die Forschung in diesem Bereich zu intensivieren. Auch hat es keine Einwände gegen ein kontinuierliches Monitoring mit jährlicher Berichterstattung und statistischen Erhebungen, wie dies vorgeschlagen wurde.

Spitalfinanzierung

Zweitens vertreten verschiedene Expertinnen und Experten die Ansicht, dass die *Spitalfinanzierung* neu geregelt werden muss. Das heutige System führt in ihren Augen dazu, dass die kantonalen Subventionen nur einem Teilbereich des Gesundheitswesens zufließen, was zu Verzerrungen und Fehlanreizen führt. Aus diesem Grund verlangen sie, den Übergang zu einem monistischen System vorzubereiten. Ziel ist es, den Spitälern einen einzigen Finanzierer gegenüberzustellen. Die Kantone richten ihre Beiträge an die Versicherer aus, wodurch der Interessenkonflikt der Kantone zwischen der Aufsichtspflicht und der Leistungserbringung entschärft wird. Die anstehende zweite Teilrevision des KVG gehe in dieser Hinsicht in die richtige Richtung, löse aber das Kernproblem nicht.

Stellungnahme des BSV: Der Ständerat schlägt in der zweiten Teilrevision des KVG vor, dass der Bundesrat fünf Jahre nach Inkraftsetzung des revidierten Gesetzes eine Vorlage zum Übergang zu einem monistischen System in der Spitalfinanzierung zu unterbreiten hat. Im Zuge dieser Arbeiten wird eine vertiefte Auseinandersetzung mit verschiedenen Varianten monistischer Systeme notwendig sein, um abzuklären, wie die Finanzflüsse in Zukunft auszugestaltet sind, um die Anreize für Versicherer und Spitäler richtig zu setzen, und in welcher Weise die Rolle der Kantone als Garant der medizinischen Versorgung der Bevölkerung zukünftig zum Tragen kommt. Dabei ist nicht zuletzt zu prüfen, wie der Risikoausgleich auszugestaltet ist.

Kontrahierungszwang

Drittens wird in den Evaluationen verschiedentlich die Abschaffung des *Kontrahierungszwangs* empfohlen. Gegenwärtig bestehen für Leistungserbringer auf Grund der Pflicht der Versicherer, mit den zugelassenen Leistungserbringern Tarifverträge abzuschliessen (was gemeinhin als Kontrahierungszwang bezeichnet wird), wenig Anreize, wirtschaftliche Risiken zu übernehmen. Mit der Aufhebung dieser Regelung würden die Versicherer die Zahl der Leistungserbringer, die zur Tätigkeit zu Lasten der Krankenversicherung zugelassen sind, spürbar vermindern. Allerdings ist zu bedenken, dass die Versicherten in der freien Wahl des Leistungserbringers eingeschränkt wären. Die Aufhebung des Kontrahierungszwangs könnte insbesondere für Chronischkranke, für welche die therapeutische Beziehung besonders wichtig ist, negative Auswirkungen haben.

Stellungnahme des BSV: Der Bundesrat hat in seiner Botschaft zur zweiten Teilrevision des KVG die generelle Aufhebung des Kontrahierungszwangs abgelehnt. Hingegen schlägt er eine auf über 65-jährige, im ambulanten Bereich tätige Leistungserbringer beschränkte Aufhebung vor. Anlässlich der Beratungen zur zweiten Teilrevision hat sich der Ständerat für eine generelle Aufhebung des Kontrahierungszwangs im ambulanten Bereich ausgesprochen und dementsprechende Vorschläge ausgearbeitet. Von Seiten der Verwaltung bleiben die Zweifel darüber bestehen, ob ohne Kontrahierungszwang die Versorgungssicherheit gewährleistet und eine Zweiklassenmedizin vermieden werden kann.

Risikoausgleich

Die Untersuchungen, welche sich mit dem *Risikoausgleich* beschäftigt haben, weisen darauf hin, dass die Einheitsprämie voraussetzt, dass dieser unter den Versicherten zeitlich unbegrenzt beibehalten wird. Die Expertinnen und Experten fordern aber einen gegenüber heute differenzierteren Ausgleich, da die Versicherten mit der heute geltenden Regelung in relativ starkem Masse Risikoselektion betreiben und somit das Solidaritätsziel aushöhlen könnten. Verlangt wird auch die Prüfung eines steuerfinanzierten Hochrisikopools. Dieser wäre in einem Bereich wirksam, in welchem finanzielle Anreize das Verhalten der Patientinnen und Patienten nicht beeinflussen.

Stellungnahme des BSV: Im Rahmen der zweiten Teilrevision des KVG schlägt der Bundesrat die Aufhebung der Befristung des Risikoausgleichs vor. Eine Verbesserung der Risikoformel wäre wünschenswert, doch ist die optimale Lösung in den Augen des BSV noch nicht gefunden worden. Weitere diesbezügliche Abklärungen sind jedoch im Gang und werden Anfang 2002 abgeschlossen. Dies betrifft auch die Frage, wie die Einrichtung eines Hochrisikopools oder eines Hochkostenpools realisiert werden könnte. Wie erwähnt, sind diese Fragen auch im Zusammenhang mit einer eventuellen Einführung eines monistischen Systems in der Spitalfinanzierung zu prüfen.

Prämienverbilligung

Die Expertinnen und Experten empfehlen eine Beibehaltung der Prämienverbilligung, verlangen aber einerseits eine Verringerung der Unterschiede in den kantonalen Vollzugssystemen und andererseits die Festlegung eines sozialpolitischen Wirkungsziels, dessen Einhaltung systematisch überprüft werden kann und soll. Zudem sollen Anreize geschaffen werden, welche sicherstellen, dass sich Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen kostengünstigen Versicherungen zuwenden.

Stellungnahme des BSV: Bezüglich der Vereinheitlichung des Vollzugs der Prämienverbilligung wurden bereits in der ersten Teilrevision des KVG gewisse Änderungen vorgenommen. Im Rahmen der zweiten Teilrevision des KVG schlägt der Ständerat die Einführung eines Sozialziels sowie die Erhöhung der für die Prämienverbilligung zur Verfügung stehenden Bundesgelder vor. Dieses Anliegen wird vom BSV unterstützt. Gleichzeitig vertritt das BSV die Ansicht, dass der Vollzug der Prämienverbilligung in den Kantonen mit Empfehlungen vereinheitlicht werden sollte.

Leistungen

Im Bereich der Leistungen schlagen die Expertinnen und Experten einerseits verschiedene Anpassungen beim Verfahren der Prüfung von Leistungen durch die Eidgenössische Leistungskommission vor. Es sollen die Einflussmöglichkeiten von Patientinnen und Patienten gestärkt, die Abläufe beschleunigt und die Beurteilung wirtschaftlicher Aspekte systematischer durchgeführt werden. Andererseits weisen die Expertinnen und Experten auf unerwünschte Entwicklungen im Bereich der Gesundheitsprävention hin und verlangen, dass der Bund diesbezüglich klarere Prioritäten setzt und dabei auch Vollzugsaspekte berücksichtigt.

Stellungnahme des BSV: Die Empfehlungen der Evaluationen betreffend das Verfahren der Prüfung der Leistungen haben das BSV bereits veranlasst, verschiedene Modifikationen vorzunehmen, um bei der Beurteilung den finanziellen Auswirkungen neuer Leistungen besser Rechnung tragen zu können. Hingegen bestehen Vorbehalte gegenüber dem Anliegen, den Organisationen von Patientinnen und Patienten sowie von

Versicherten im Verfahren mehr Einfluss zu geben. Betreffend den Umfang der Leistungen, welche durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung abgedeckt werden, ist das BSV gegenwärtig zusammen mit der Eidgenössischen Leistungskommission daran, Prinzipien zu erarbeiten, welche die Aufteilung der Kosten von Präventionsleistungen zwischen Krankenversicherung und öffentlicher Hand besser regeln. Eine gegenüber heute weitergehende Übernahme von zahnmedizinischen sowie von Spitex-Leistungen scheint dem BSV jedoch nicht mit dem heutigen Kopfprämiensystem vereinbar zu sein.

Qualitätssicherung

Die Expertinnen und Experten verlangen, dass der Bund im Bereich der Qualitätssicherung eine wesentlich aktivere Rolle übernimmt und dafür auch finanzielle Mittel einsetzt. Er solle – zusammen mit den Leistungserbringern – eine klare und einheitliche Haltung vertreten und diese nach aussen kommunizieren. Zudem sollen alle geplanten oder bereits umgesetzten Qualitätssicherungs- und Qualitätsförderungsaktivitäten der Leistungserbringer zum Beispiel mit jährlich publizierten Qualitätsberichten transparent gemacht werden.

Stellungnahme des BSV: Das BSV vertritt die Ansicht, dass nicht der Weg zum Ziel (die Methode) vorgegeben, sondern die Erreichung des Ziels evaluiert werden soll. Damit verbunden ist die Forderung nach einer einheitlichen Messung und Beurteilung der Ergebnisqualität der medizinischen Leistungen. Das BSV will es den Vertragspartnern überlassen, die geeigneten Qualitätssicherungsmassnahmen zu definieren und einzuleiten. Im Rahmen der bundesrätlichen Kompetenz kann das BSV indessen tätig werden, wenn sich Vertragspartner nicht einigen können oder die Inhalte der Qualitätsverträge nicht den Anforderungen des BSV genügen.

Information der Versicherten

Die Studien weisen auf verschiedene Informationsdefizite der Versicherten hin. So fehle es oft an Grundinformationen, beispielsweise bezüglich der Möglichkeiten des Kassenwechsels, alternativer Versicherungsformen oder der Auswahl unterschiedlicher Franchisen. Weiter stellte die Untersuchung über den Informationsstand der Versicherten fest, dass zur Qualität und Performance der Krankenversicherer kaum Informationen vorhanden seien. Es wird die Herausgabe eines „Produktwegweisers“ angeregt, um die Markttransparenz zu steigern und volkswirtschaftlich sinnvolle Kassenwechsel zu erleichtern. Es wird empfohlen, die Organisationen der Patientinnen und Patienten sowie der Versicherten personell und materiell in die Lage zu versetzen, solche Aufgaben wahrnehmen zu können.

Stellungnahme des BSV: Auf Grund der Empfehlungen der Expertinnen und Experten wird das BSV seine Informationspolitik weiterentwickeln. Spezielle Beachtung werden die besonderen Versicherungsformen und die Möglichkeiten des Kassenwechsels erhalten. Zudem wird das BSV seine bereits bestehende Zusammenarbeit mit den Organisationen von Patientinnen und Patienten vertiefen. Ferner wird im BSV eine neue Dienststelle zur Behandlung von Versichertenanfragen geschaffen.

Spitalplanung

Verschiedene Evaluationen verlangen eine Optimierung und Beschleunigung der Spitalplanung. Der Bericht, der sich spezifisch mit dieser Thematik befasst, fordert, dass die Gesundheitsberichterstattung, wie sie in einigen Kantonen bereits praktiziert wird, auf

die ganze Schweiz ausgedehnt wird, um die Informationen über den zu erwartenden Bedarf an Spitalplätzen zu verbessern. Weiter wird betont, dass die gegenseitigen Beziehungen und Abhängigkeiten zwischen ambulantem, teilstationärem und stationärem Bereich derart intensiv sind, dass eine sektorale Teilplanung ohne Berücksichtigung der anderen Bereiche nicht zielführend sein könne. Verlangt wird eine Erweiterung der Spitalplanung in Richtung integrierter Versorgungsangebote. Schliesslich solle in der Spezialitäten- und Spitzenmedizin eine eidgenössische Spitalplanung erstellt werden.

Stellungnahme des BSV: Es wurde bereits verschiedentlich die Einführung einer gesamtschweizerischen Spitalplanung gefordert. Im Rahmen des Projekts „Neuer Finanzausgleich“ wird eine zwischen den Kantonen vereinbarte Lösung bezüglich der Spezialitäten- und Spitzenmedizin angestrebt; ein Bereich, in dem der Bund im Rahmen seiner Zuständigkeit zur Umschreibung des „Leistungskataloges“ ebenfalls Einfluss nimmt. Dieses Thema wird auch aufgenommen im Projekt „Nationale Gesundheitspolitik Schweiz“ von Bund und Kantonen, das einerseits das Instrument des Gesundheitsobservatoriums einführt, welches die Forderung nach einem Austausch der Gesundheitsberichterstattungen aufnimmt und diese auf nationaler Ebene institutionalisieren soll, und andererseits die Angebotsplanung als thematischen Schwerpunkt aufnimmt.

Résumé

La loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal), qui est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1996, a eu pour effet de réformer globalement le système suisse de l'assurance-maladie. Au vu de l'importance sociale des nouveautés introduites et des nombreuses incertitudes liées à l'évolution à venir, l'obligation d'un contrôle scientifique des effets de la nouvelle loi a été inscrite dans l'ordonnance correspondante. Le présent rapport reprend les résultats des travaux réalisés dans le cadre de la LAMal par des experts indépendants entre 1997 et 2001 et en fait la synthèse. Se fondant sur ces travaux, l'Office fédéral des assurances sociales procède à une évaluation des recommandations des experts et esquisse les développements à venir.

Les objectifs ont-ils été atteints ?

La LAMal et, dans son sillage, l'assurance obligatoire des soins visent trois objectifs. Premièrement, il y va de renforcer la solidarité entre les assurés. Deuxièmement, il s'agit d'assurer une offre de soins de haute qualité. Le troisième but visé est de freiner l'évolution des coûts.

S'agissant du premier objectif, à savoir une *solidarité accrue* entre les assurés jeunes et âgés, en bonne santé et malades, riches et pauvres, les évaluations effectuées par des experts indépendants mettent en évidence que l'introduction de la LAMal a permis de remédier à un certain nombre de carences inhérentes à l'ancienne loi. Le mouvement de désolidarisation, perceptible sous l'ancienne loi, a pu être jugulé. Différents éléments ont contribué à ce succès: le caractère obligatoire de l'assurance, le libre passage intégral, l'uniformité de la prime au sein d'une même compagnie d'assurance et d'une région, le mécanisme de compensation des risques et, enfin, le système des réductions de primes au bénéfice de personnes de condition modeste. Bien que la loi ne précise pas autrement l'objectif à atteindre, l'analyse des effets de la LAMal conclut que la solidarité est en grande partie réalisée. Plusieurs problèmes qu'il s'agira de résoudre par la suite ont cependant été relevés. Pour exemples: si la compensation des risques a permis de diminuer la sélection des risques par les assureurs, elle n'a toutefois pas réussi à écarter totalement cette pratique. La réduction individuelle de primes contribue certes à alléger efficacement la charge d'assurance des ménages de condition économique modeste, mais elle reste insuffisante dans les cantons où les primes sont élevées. Dans certains cantons, l'application de la LAMal suscite par ailleurs des critiques. Les experts estiment en particulier que l'information des assurés quant à leur droit de bénéficier d'une réduction de primes est parfois insuffisante. Les mesures destinées à garantir la solidarité posent également un problème, car certaines d'entre elles modifient nécessairement les incitations économiques visant les assurés, les assureurs et les fournisseurs de prestations. A cet égard, la question se pose de savoir si l'extension de la compensation des risques ne contribue pas à réduire la concurrence entre les assureurs et si cette mesure ne présage pas, à plus long terme, de l'institution d'une caisse unique. Il n'est pas exclu non plus que le système de réduction de primes ait un impact sur la motivation des assurés à opter pour un assureur plus avantageux ou un modèle d'assurance moins onéreux. Les évaluations soulignent l'importance de veiller, en cas de propositions de modification, à ce que soient respectés l'objectif de solidarité et la dimension de concurrence propres à la LAMal.

En ce qui concerne le deuxième objectif, à savoir une *offre de soins médicaux de qualité* pour l'ensemble de la population, les experts relèvent que la LAMal a permis de combler d'importantes lacunes. Ils mentionnent en particulier les soins prodigués à domicile et dans

les établissements médico-sociaux, ainsi que le remboursement illimité des prestations en cas d'hospitalisation. Même en comparaison internationale, l'étendue des prestations peut aujourd'hui être considérée comme complète et les assurés ont la garantie de pouvoir y accéder. L'évaluation a cependant relevé qu'en règle générale, la Commission fédérale des prestations (CFP) accordait trop peu d'importance aux incidences de ses décisions sur les coûts. Les experts ont constaté que les coûts découlant des prestations auxquelles la CFP avait donné son feu vert ne peuvent pas être évalués de manière détaillée. Mais leurs enquêtes mettent en évidence le fait que de toute manière, la part des prestations acceptées par la CFP à l'évolution annuelle des dépenses de l'assurance-maladie obligatoire ne se monte qu'à quelques petits pour-cent. Il est donc hors de propos d'évoquer à ce sujet une influence décisive sur la progression des coûts. Les spécialistes recommandent toutefois de procéder dorénavant à une estimation plus systématique des coûts engendrés par les décisions du Département fédéral de l'intérieur et de suivre leur progression.. Les études ont par ailleurs démontré qu'en matière de santé publique, la garantie de la qualité est encore peu développée. Enfin, on a pu observer que l'intégration de prestations de médecine préventive dans l'assurance obligatoire des soins a amené certains cantons à ne plus financer de campagnes, ce qui n'a pas été sans conséquence sur la diffusion des mesures préventives.

Le troisième objectif de la LAMal vise à maîtriser l'évolution des coûts. A cet égard, les experts estiment que la loi n'a pas eu les effets escomptés. En effet, l'augmentation des dépenses a été particulièrement marquée dans le domaine des médicaments, des soins hospitaliers ambulatoires, des établissements médico-sociaux et des prestations Spitex. Les analyses à disposition n'ont pas véritablement permis d'établir de lien de cause à effet entre la loi sur l'assurance-maladie et l'évolution globale des coûts de santé. Le taux de l'augmentation a été légèrement en deçà de la moyenne des quatre années précédentes, mais nettement au-delà de la hausse annuelle moyenne du coût de la vie (0,8 %) ou de celle des salaires réels.

Des comparaisons internationales mettent en évidence que dans tous les pays développés, la hausse des coûts de la santé engendre des réformes du système de santé. Force est donc de constater que ni les systèmes déréglementés, comme aux États-Unis par exemple, ni les systèmes centralisés, comme en France, n'ont réussi à freiner durablement la hausse des coûts. L'évolution observée en Suisse ne se démarque donc pas des tendances enregistrées dans d'autres pays. Les études mettent toutefois en relief, toujours par comparaison internationale, que le système suisse de l'assurance obligatoire des soins se distingue par la qualité élevée des prestations, la facilité d'accès aux prestations pour toutes les couches de la population et une grande liberté de choix pour les assurés et les patients. Pour ces raisons, les experts attendent de la loi sur l'assurance-maladie qu'elle contribue à rendre le système de santé suisse nettement plus performant dans les cinq à dix années à venir.

Les concepts de base ont-ils fait leurs preuves ?

La LAMal a misé sur un changement de comportement des différents acteurs dans le domaine de la santé. Mais il apparaît, à la lumière des études, que ces derniers n'ont pas tout à fait achevé leur reconversion, se contentant souvent de camper sur leurs positions. Les fournisseurs de prestations n'ont eu à subir que des pressions négligeables de la part de la concurrence. Leur sort est également intimement lié à la politique menée par les cantons qui, de par leur double fonction d'exploitant d'établissements hospitaliers et d'autorité chargée d'approuver les tarifs, ne sont pas à l'abri des conflits d'intérêts. Pour ce qui est des assureurs et des assurés, ceux-ci n'ont guère été intéressés par les nouvelles formes d'assurances. Les assurés disposent certes d'un vaste choix de possibilités, mais leur

assurance semble leur donner satisfaction et, dans l'ensemble, ils ne voient donc pas les avantages d'un changement. Jusqu'ici, les autres modèles d'assurances n'ont pas contribué à une meilleure maîtrise des coûts. La LAMal enjoint les assureurs d'être plus compétitifs et les invite à abandonner leur rôle d'*administrateurs* au profit de celui d'*entrepreneurs*. Si cette évolution est effectivement en cours, il faut néanmoins reconnaître que ce principe, comme celui d'une véritable garantie de la qualité de la part des assureurs et des fournisseurs de prestations, n'en est encore qu'à ses balbutiements. Enfin, les modifications apportées aux conditions-cadres de la LAMal en matière de tarifs n'ont encore eu que peu d'incidence sur une réduction des coûts de la santé.

En dépit de toutes ces réserves, la majorité des analyses disponibles concluent que les concepts de base ont permis d'amorcer des développements positifs et qu'à ce titre, ils ont fait la preuve de leur efficacité. Ces mêmes études relèvent néanmoins aussi l'existence, dans la LAMal, d'un certain nombre d'incitations peu compatibles avec le principe de l'économie de marché et les considèrent comme autant d'obstacles à une véritable maîtrise de l'évolution des coûts. Pour les experts, les neuf domaines suivants se prêtent à des améliorations décisives.

Managed care

Les évaluations relèvent que des mesures particulières devraient être mises en place afin d'inciter les assurés à se tourner davantage vers des *organisations de type managed care*. Certaines dispositions en vigueur actuellement vont toutefois à l'encontre d'une plus grande acceptation de ce type de structures. Les assureurs ne voient pas l'intérêt qu'ils auraient à se lancer dans une voie où la participation à la compensation des risques dépasse parfois les rentrées de primes. Par ailleurs, le fait que la formule HMO² permette, pendant les cinq premières années, de ne répercuter que 20 % des économies réalisées sous la forme de primes plus avantageuses ne favorise pas sa diffusion. A cela s'ajoute l'obligation de contracter, un élément qui dissuade les médecins de s'intéresser à ces modèles d'assurances. Enfin, les experts estiment qu'une étude rigoureuse de l'évolution des nouvelles formes d'assurances suppose l'introduction d'un système permanent de monitoring accompagné de rapports annuels et d'enquêtes statistiques.

Position de l'OFAS: Dans son message relatif à la 1^{ère} révision partielle de l'assurance-maladie, le Conseil fédéral avait déjà précisé qu'à ses yeux, les formes particulières d'assurances (telles l'assurance comportant un choix limité de fournisseurs de prestations ou l'assurance assortie de franchises annuelles à option) constituaient des instruments efficaces pour réduire les coûts de l'assurance-maladie. La deuxième révision partielle de la LAMal prévoit de contraindre les assureurs à offrir de telles formes d'assurances sur l'ensemble du territoire suisse. La proposition d'adapter la compensation des risques doit être considérée en relation avec la question fondamentale des bases de calcul applicables.

L'OFAS partage l'avis des experts. Il est d'avis que des mesures s'imposent pour encourager la diffusion des formes particulières d'assurances, ce qui se traduira par des adaptations des dispositions légales. Il conviendra toutefois de veiller à ce que ces mesures ne portent pas atteinte au principe de la solidarité entre assurés au sein de l'assurance obligatoire des soins. C'est pourquoi l'OFAS envisage au premier chef de renforcer les incitations visant les assureurs et les fournisseurs de prestations. Il accorde aussi une grande importance à l'amélioration de la politique d'information s'adressant aux assurés,

² HMO: organisations Health-Maintenance

à l'intensification de la recherche dans ce domaine et il soutient la proposition d'introduire un système permanent de monitoring accompagné de rapports annuels et d'enquêtes statistiques.

Financement des hôpitaux

Certains experts estiment que le *financement des hôpitaux* doit faire l'objet d'une nouvelle réglementation. D'après eux, les subventions cantonales ne bénéficient qu'à une partie du système de santé, ce qui débouche fatalement sur des distorsions et la création d'incitations inopportunes. Pour ces raisons, ils préconisent de préparer le passage à un système moniste. L'objectif visé serait que les hôpitaux n'aient qu'un seul interlocuteur financier. Les cantons verseraient leur participation directement aux assureurs, ce qui aurait pour effet d'aplanir quelque peu le conflit d'intérêts résultant de leur double fonction d'autorité de surveillance et de fournisseur de prestations. Les experts sont d'avis que sur ce point, la deuxième révision partielle de la LAMal va dans la bonne direction, mais qu'elle ne résout pas le problème de fond.

Position de l'OFAS: Dans le cadre de la deuxième révision partielle de la LAMal, le Conseil des États invite le Conseil fédéral à présenter cinq ans après l'entrée en vigueur de la loi révisée un projet prévoyant un financement des hôpitaux selon un système moniste. Les travaux en question nécessiteront un examen approfondi de différentes variantes de systèmes monistes afin d'établir quels types de flux financiers peuvent déboucher sur des incitations favorables pour les assureurs et les hôpitaux, et de quelle manière les cantons pourront jouer à l'avenir, auprès de la population, leur rôle de garants des soins médicaux. Il faudra également réexaminer le concept de la compensation des risques.

Obligation de contracter

Plusieurs évaluations recommandent de supprimer *l'obligation de contracter*. L'obligation faite aux assureurs de conclure des conventions tarifaires avec les fournisseurs agréés de prestations – principe connu sous le nom d'obligation de contracter – n'incite guère ces derniers à prendre des risques. Si l'on supprimait cette réglementation, les assureurs réduiraient nettement le nombre des fournisseurs de prestations qui travaillent à la charge de l'assurance-maladie obligatoire. Cette mesure signifierait toutefois pour les assurés une limitation de la liberté de choix du fournisseur de prestations. De plus, la suppression de l'obligation de contracter pourrait avoir des incidences négatives, en particulier pour les malades chroniques, car dans ces cas, le lien avec le thérapeute joue un rôle important.

Position de l'OFAS: Dans son message sur la deuxième révision partielle de la LAMal, le Conseil fédéral s'est opposé à une suppression générale de l'obligation de contracter. Il retient cependant le principe d'une suppression partielle, qui serait exclusivement applicable aux fournisseurs de prestations de soins ambulatoires âgés de plus de 65 ans. Dans le cadre des délibérations portant sur la 2^e révision partielle, le Conseil des États s'est prononcé en faveur d'une suppression générale de l'obligation de contracter et a formulé des propositions dans ce sens. Pour sa part, l'administration continue à douter que, sans obligation de contracter, il soit possible de garantir la sécurité des soins et d'éviter l'apparition d'une médecine à deux vitesses.

Compensation des risques

Les analyses consacrées à la *compensation des risques* relèvent que la prime unique suppose que cette mesure s'applique pour une période illimitée. Les experts recommandent toutefois une forme de compensation différente de celle en vigueur aujourd'hui et

précisent que les dispositions actuelles incitent les assureurs à pratiquer assez massivement la sélection des risques, ce qui, à terme, pourrait saper l'objectif de solidarité. Ils demandent également d'étudier la possibilité de financer un pool de gros risques au moyen des rentrées fiscales. Ce pool pourrait s'avérer efficace là où les incitations financières ne modifient pas le comportement des patients.

Position de l'OFAS: Dans le cadre de la deuxième révision partielle de la LAMal, le Conseil fédéral propose de supprimer la limitation dans le temps applicable à la compensation des risques. Une amélioration de la formule de la compensation est souhaitable, mais la solution optimale n'a pas encore été trouvée, estime l'OFAS. Des études sont en cours, qui devraient s'achever début 2002. Les études citées portent également sur la question de savoir comment réaliser un pool de gros risques ou un pool de coûts élevés. Ces questions doivent aussi, nous l'avons dit, être examinées en lien avec l'éventuelle introduction d'un système moniste de financement des hôpitaux.

Réduction des primes

Les experts recommandent le maintien de la réduction de primes, mais demandent d'une part une plus grande uniformisation des systèmes cantonaux d'exécution et, d'autre part, la définition d'un objectif social dont le respect peut et doit être systématiquement contrôlé. En outre, il y a lieu de créer des incitations permettant de garantir que les assurés de condition économique modeste choisissent véritablement des assurances avantageuses.

Position de l'OFAS: Pour ce qui est d'uniformiser l'exécution de la réduction de primes, un certain nombre de modifications ont déjà été introduites lors de la première révision partielle de la LAMal. Dans le cadre de la deuxième révision partielle de la LAMal, le Conseil des États propose l'introduction d'un objectif social ainsi qu'une augmentation des ressources fédérales destinées à la réduction de primes. L'OFAS appuie cette proposition. En même temps, l'office estime que des recommandations adressées aux cantons seraient à même d'uniformiser l'exécution de la réduction des primes.

Prestations

Dans le domaine des prestations, les experts demandent d'une part différentes adaptations de la procédure d'examen par la Commission fédérale des prestations: il serait notamment souhaitable de renforcer l'influence exercée par les patients, d'accélérer les procédures et d'effectuer systématiquement un examen du caractère économique des prestations. D'autre part, ils relèvent un certain nombre d'effets pervers en matière de prévention et invitent la Confédération à fixer des priorités claires et précises tenant compte aussi des problèmes liés à l'exécution.

Position de l'OFAS: L'office a déjà traduit dans les faits les recommandations des experts relatives à la procédure d'examen des prestations: ainsi, diverses modifications ont été mises sur rail afin de mieux tenir compte désormais des incidences financières de nouvelles prestations. Par contre des réserves subsistent face aux demandes des organisations de patients qui souhaitent obtenir davantage d'influence sur le processus de décision. Pour ce qui touche à l'étendue des prestations couvertes par l'assurance obligatoire des soins, l'OFAS élabore actuellement, de concert avec la Commission fédérale des prestations, des principes réglementant plus adéquatement la répartition des coûts de prestations de prévention entre l'assurance-maladie et les pouvoirs publics. S'agissant des prestations de la médecine dentaire et de SPITEX (soins à domicile), l'office est par contre d'avis qu'on ne peut pas les intégrer davantage dans le système de la prime par tête.

Garantie de la qualité

Les experts invitent la Confédération à être nettement plus active en matière de garantie de la qualité et à y consacrer des moyens financiers. Il est souhaitable que la Confédération et les fournisseurs de prestations adoptent ensemble une position claire et qu'ils la rendent publique. Enfin, les experts recommandent davantage de transparence en ce qui concerne les mesures envisagées ou déjà prises en matière de garantie et de promotion de la qualité, par exemple par la publication de rapports annuels à ce sujet.

Position de l'OFAS: L'office est d'avis que l'évaluation doit porter sur les résultats plutôt que sur la méthode employée de les obtenir. Cette approche suppose la possibilité de quantifier et de mesurer de manière uniforme les résultats obtenus par les prestations médicales. L'OFAS entend laisser les partenaires contractuels définir quelles mesures de garantie de la qualité ils estiment appropriées et les introduire. L'office se réserve toutefois le droit d'intervenir quand les parties ne parviennent pas à un accord ou que le contenu des contrats de qualité ne satisfait pas à ses exigences. L'OFAS est cependant habilité à intervenir, dans le cadre de la compétence du Conseil fédéral, quand les parties ne parviennent pas à un accord ou que le contenu des contrats de qualité ne satisfait pas à ses exigences.

Information des assurés

Les études dénoncent une carence en ce qui concerne l'information des assurés. Souvent, estiment les experts, il manque des informations essentielles comme la possibilité de changer de caisse, l'existence d'autres formes d'assurances ou encore le choix entre différentes franchises. En outre, l'étude portant sur l'information des assurés établit qu'il n'existe guère d'informations relatives à la qualité et aux performances des assureurs-maladie. Les experts proposent la création d'un "guide des produits" en vue d'améliorer la transparence du marché et de faciliter un changement de caisse obéissant aux lois économiques. Ils préconisent de mettre à la disposition des organisations de patients et d'assurés les ressources humaines et matérielles qui leur permettront d'assumer elles-mêmes ces tâches.

Position de l'OFAS: L'office suivra les recommandations des experts et développera encore sa politique d'information. Il mettra en particulier l'accent sur les formes particulières d'assurances et les possibilités de changer de caisse et approfondira la collaboration déjà existante avec les organisations de patients. Il prévoit en outre la création en son sein d'une nouvelle unité chargée de traiter les questions des assurés.

Planification hospitalière

Différentes évaluations demandent que la planification hospitalière soit améliorée et accélérée. Le rapport traitant spécifiquement de cette question recommande d'étendre à l'ensemble de la Suisse la pratique des rapports de santé qui existe dans certains cantons. De tels rapports fourniraient de précieuses informations sur les besoins à venir en matière de capacités hospitalières. Les experts relèvent également que les relations et dépendances mutuelles entre les secteurs ambulatoire, semi-hospitalier et hospitalier sont tellement marquées qu'une planification sectorielle ne tenant pas compte des autres secteurs ne présenterait guère d'intérêt. Ils demandent une extension de la planification hospitalière allant dans le sens d'une offre de soins intégrée. Enfin, ils estiment souhaitable que la médecine spécialisée et la médecine de pointe fassent l'objet d'une planification hospitalière à l'échelle suisse.

Position de l'OFAS: Le souhait d'une planification hospitalière à l'échelle suisse a déjà été formulé à plusieurs reprises. Une solution applicable à la médecine spécialisée et à la

médecine de pointe, élaborée conjointement par les cantons, est à l'étude dans le cadre du projet « Nouvelle péréquation financière », la Confédération exerçant une influence dans ces deux domaines également du fait de sa compétence en matière de catalogue des prestations. Cette problématique constitue au demeurant l'un des sujets de la « Politique nationale de la santé », un projet de la Confédération et des cantons qui a pour objectif d'une part d'introduire un observatoire de la santé dont la tâche consistera notamment à diffuser les rapports de santé élaborés par les cantons et à les institutionnaliser à l'échelle fédérale et, d'autre part, de répertorier l'offre de soins sous un angle thématique.

Riassunto

Con l'entrata in vigore il 1° gennaio 1996 della Legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal), l'assicurazione malattie svizzera è stata sottoposta ad una riforma completa. In considerazione dell'alto significato sociale di queste novità e delle numerose incertezze circa gli sviluppi auspicati, nella relativa ordinanza è stato stabilito l'obbligo della verifica scientifica degli effetti. Nel presente rapporto vengono presentati e sintetizzati i risultati dei lavori condotti in questo ambito tra gli anni 1997 e 2001 da parte di esperti esterni all'amministrazione. Su questa base l'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS) verifica l'idoneità delle raccomandazioni proposte e traccia una bozza delle possibili tappe di sviluppo successive.

Raggiungimento degli obiettivi

La LAMal e con essa l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie perseguono tre obiettivi: per prima cosa intende rafforzare la solidarietà tra assicurati. In secondo luogo dev'essere garantita un'assistenza medica di alta qualità. Infine va contenuta l'evoluzione dei costi.

Per quanto concerne il *rafforzamento della solidarietà* tra giovani ed anziani, o tra sani ed ammalati oppure tra benestanti e meno abbienti, le valutazioni fatte indicano che con l'introduzione della LAMal si è riusciti ad eliminare diverse carenze della regolamentazione giuridica precedente: la desolidarizzazione riscontrata è stata efficacemente ridotta. A ciò hanno contribuito l'obbligatorietà, il libero passaggio, l'unitarietà dei premi all'interno di un'assicurazione e di una regione, la compensazione dei rischi ed infine la riduzione dei premi per persone di modeste condizioni economiche. Nonostante nella legge non vi sia alcuna definizione quantitativa vincolante degli obiettivi, l'analisi degli effetti giunge alla conclusione che l'obiettivo della solidarietà sia stato raggiunto. Ad ogni modo sono state rilevate anche diverse lacune che bisognerà colmare nel corso degli sviluppi successivi. La compensazione dei rischi, per esempio, ha potuto ridurre, ma non eliminare completamente, la selezione dei rischi da parte degli assicuratori. Le riduzioni individuali dei premi sgravano efficacemente le fasce di reddito più basse, ad eccezione dei Cantoni in cui i premi sono alti e dove lo sgravio è insufficiente. Inoltre in alcuni Cantoni è stata criticata l'applicazione: in particolare è ritenuta in parte insufficiente l'informazione della popolazione riguardo al proprio diritto alla riduzione dei premi. Un problema è pure costituito dal fatto che diversi provvedimenti che garantiscono la solidarietà all'interno dell'assicurazione sociale malattie, modificano necessariamente gli incentivi economici proposti ad assicurati, assicuratori e fornitori di prestazioni. Ci si domanda quindi se un'estensione della compensazione dei rischi non limiti la concorrenza tra gli assicuratori e non apra piuttosto le porte all'introduzione di una cassa unica. C'è anche da attendersi che la regolamentazione della riduzione dei premi possa influire considerevolmente sulla motivazione degli assicurati a scegliere un modello assicurativo o di un'assicurazione convenienti. Gli studi sottolineano come le proposte di modifica vadano fatte tenendo in debita considerazione l'obiettivo di solidarietà e gli intendimenti concorrenziali della LAMal.

Anche in relazione allo scopo di *un'assistenza medica di alta qualità* estesa a tutta la popolazione, gli esperti constatano che la legge sull'assicurazione malattie ha potuto colmare importanti lacune. Vanno in particolare ricordate la cura a domicilio e nelle case di cura, così come l'obbligo illimitato di assumere prestazioni in caso di degenza ospedaliera. Paragonato a livello internazionale, il volume delle prestazioni può essere

considerato già fin d'ora completo; l'accesso alle prestazioni da parte degli assicurati è garantito. La valutazione mostrava tuttavia che generalmente la Commissione federale delle prestazioni generali (CP) non presta molta attenzione alle conseguenze sui costi delle proprie decisioni. Gli esperti hanno stabilito che i costi derivati dalle prestazioni trattate dalla CP possono essere stimati solo in modo approssimativo. Nel loro studio segnalano inoltre che le prestazioni accolte dalla commissione costituiscono comunque solo una minima percentuale delle variazioni della spesa annuale dell'assicurazione malattie: non è quindi più possibile parlare in questo contesto di un influsso determinante sui costi. Tuttavia gli specialisti consigliano, per il futuro, di sorvegliare e di stimare più sistematicamente le conseguenze sui costi implicate dalle decisioni del Dipartimento federale dell'interno.

Inoltre le analisi hanno mostrato come il controllo della qualità in ambito sanitario sia ancora poco evoluto. Infine si è rilevato che l'integrazione di prestazioni preventive nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie ha fatto in modo che alcuni Cantoni abbiano rinunciato a finanziare campagne. Ciò ha avuto delle ripercussioni sulla diffusione della prevenzione.

Il terzo obiettivo principale della LAMal è il contenimento dei *costi*. In questo senso il punto di vista degli esperti è che la legge non sia stata all'altezza delle aspettative. Si è constatato che l'aumento delle spese è stato particolarmente sostenuto negli ambiti dei medicinali, delle cure ambulatoriali ospedaliere, delle case di cura e delle prestazioni Spitex. Le analisi degli effetti disponibili non hanno potuto rilevare conseguenze importanti sullo sviluppo dei costi globali della sanità da parte della legge sull'assicurazione malattie. Nonostante il tasso d'incremento si situasse leggermente sotto la media dei quattro anni precedenti, esso è stato comunque nettamente al di sopra del tasso di rincaro medio annuale dello 0,8 per cento e dell'evoluzione dei salari reali.

Riscontri fatti a livello internazionale indicano che in tutti i paesi economicamente sviluppati l'aumento dei costi costituisce un'occasione per apportare riforme nell'ambito della sanità. Si osserva tuttavia che a lunga scadenza i tassi d'incremento non hanno potuto essere ridotti, né nel quadro di sistemi deregolamentati, come negli Stati Uniti, né come in Francia, nel caso di sistemi statali. L'aumento dei costi della sanità in Svizzera non si discosta dalla tendenza osservabile a livello internazionale. Per contro le analisi mostrano quanto il sistema svizzero si distingua, paragonato ad altri, per l'alto livello delle prestazioni, per la buona accessibilità a queste da parte di tutte le fasce della popolazione, e per l'ampia libertà di scelta garantita ad assicurati e pazienti nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Gli esperti prevedono, quindi, che nei prossimi cinque-dieci anni la legge sull'assicurazione malattie contribuirà sensibilmente a rendere più efficiente il sistema sanitario svizzero.

Validità dei concetti fondamentali

La LAMal punta molto sul comportamento degli operatori del settore. Questi ultimi, tuttavia, hanno solo in parte assunto il proprio ruolo, come dimostrano le ricerche degli esperti. Spesso hanno difeso le loro posizioni iniziali. I fornitori di prestazioni sono rimasti poco esposti alla concorrenza. Inoltre il loro sviluppo è stato fortemente influenzato dai Cantoni, ritrovatisi dal canto loro nella morsa di un conflitto d'interessi in quanto allo stesso tempo amministratori di ospedali e autorità che approvano le tariffe. Gli assicuratori-malattie e gli assicurati hanno fatto, da parte loro, scarso uso dei nuovi modelli assicurativi. Gli assicurati hanno moltissime possibilità di scelta, ma sono contenti delle proprie soluzioni assicurative e non vedono quindi motivi per cambiare. I modelli assicurativi alternativi non hanno per ora contribuito a controllare i costi. Con la LAMal

gli assicuratori sono stati invitati a comportarsi in modo più concorrenziale e a mutare il proprio ruolo da “amministratori” a “imprenditori”. Queste modifiche sono già state avviate, ma sono ancora poco sviluppate. La stessa cosa si dica per il controllo strutturato della qualità da parte degli assicuratori e dei fornitori di prestazioni. Inoltre, neppure i cambiamenti delle condizioni quadro della LAMal in ambito tariffario hanno avuto alcuna influenza concreta sulla riduzione dei costi della salute.

Nonostante queste riserve, le presenti analisi concludono perlopiù che i concetti fondamentali della LAMal si siano dimostrati validi, visti i diversi sviluppi positivi che sono stati avviati. I presenti studi mettono però anche in evidenza che la LAMal provoca diverse frizioni che non consentono all’economia di mercato di funzionare in modo da contenere efficientemente l’evoluzione dei costi. Gli esperti vedono opportunità di miglioramento nei nove ambiti seguenti:

Managed care

Le valutazioni evidenziano prima di tutto che deve essere utilizzato ogni mezzo perché si giunga ad un più largo coinvolgimento di *organizzazioni del tipo Managed care*, la cui diffusione è tuttavia ostacolata da diverse disposizioni attualmente in vigore. Viene così sottolineato che in questo momento gli assicuratori non hanno alcun interesse a che ciò avvenga, poiché le uscite dovute alla compensazione dei rischi sono, in parte, più alte rispetto alle entrate dovute ai premi. Inoltre la disposizione conformemente alla quale le HMO³ durante i primi cinque anni sono autorizzate a ridistribuire sotto forma di premi più bassi solo il 20 per cento dei risparmi sui costi, ne frena la diffusione. Inoltre l’obbligo di contrarre attenua l’interesse dei medici per questi modelli assicurativi. Infine, per poter seguire in modo attendibile l’evoluzione delle nuove forme assicurative, è necessario un monitoraggio continuo che contempli rapporti annuali e rilevazioni statistiche.

Parere dell’UFAS: nel suo messaggio sulla prima revisione parziale della LAMal, il Consiglio federale ha già chiarito di ritenere particolari forme di assicurazione (come l’assicurazione con scelta limitata dei fornitori di prestazioni o l’assicurazione con franchigia annua facoltativa) strumenti adatti a contribuire alla riduzione dei costi dell’assicurazione malattie. La seconda revisione parziale della LAMal prevede che gli assicuratori estendano la proposta di questi modelli a tutto il territorio della Svizzera. La richiesta di un adeguamento della compensazione dei rischi va visto nel contesto del dibattito di principio sulle basi di calcolo.

L’UFAS condivide il parere degli esperti, secondo cui bisogna introdurre dei provvedimenti per incoraggiare la diffusione di modelli analoghi, anche se questi dovessero comportare adeguamenti delle disposizioni di legge vigenti. Ad ogni modo bisogna fare sì che venga garantita la solidarietà tra gli assicurati coperti dall’assicurazione delle cure medico-sanitarie. L’UFAS è quindi intenzionato, per prima cosa, ad incentivare maggiormente gli assicuratori e i fornitori di prestazioni a sviluppare questi modelli. Non da ultimo viene considerata molto importante una migliore informazione degli assicurati.

Infine l’UFAS ritiene necessario intensificare la ricerca in questo ambito, come non ha nulla in contrario a che venga effettuato un monitoraggio continuo che contempli rapporti annuali e rilevazioni statistiche, così come è stato proposto.

³ HMO: organizzazioni Health-Maintenance

Finanziamento ospedaliero

In secondo luogo gli esperti sono dell'avviso che il *finanziamento ospedaliero* debba essere sottoposto ad una nuova regolamentazione. Secondo loro il sistema odierno fa sì che le sovvenzioni cantonali si concentrino su un solo settore dell'ambito sanitario, il che comporta alterazioni e stimoli controproducenti. Per questo richiedono che venga preparato il passaggio ad un sistema monistico. Lo scopo è che gli ospedali vengano sostenuti da un solo finanziatore. I Cantoni distribuiscono i propri contributi agli assicuratori, cosa che smorza il conflitto d'interessi esistente tra il compito di sorveglianza e quello di fornire prestazioni da parte dei Cantoni. L'imminente revisione parziale della LAMal andrebbe, sotto questo profilo, nella giusta direzione ma non risolverebbe il problema di fondo.

Parere dell'UFAS: nella seconda revisione parziale della LAMal il Consiglio degli Stati propone che il Consiglio federale presenti, a cinque anni dall'entrata in vigore della legge revisionata, un progetto per il passaggio ad un sistema monistico del finanziamento ospedaliero. Nel corso dell'elaborazione del progetto sarà necessario studiare in modo approfondito diverse varianti di sistema monistico, in modo da chiarire come i flussi del finanziamento andranno tracciati in futuro, perché possano motivare nel giusto modo assicuratori ed ospedali, così come bisognerà anche capire come i Cantoni potranno in futuro esercitare il loro ruolo di garanti dell'assistenza medica alla popolazione. Non da ultimo andrà verificato come bisognerà regolare la compensazione dei rischi.

Obbligo di contrarre

In terzo luogo, nelle presenti valutazioni si proporrà da più parti l'abolizione *dell'obbligo di contrarre*. In questo momento i fornitori di prestazioni non hanno molto interesse ad assumere rischi finanziari, visto l'obbligo degli assicuratori di concludere accordi tariffali con i fornitori di prestazioni riconosciuti (comunemente definito obbligo di contrarre). Venendo a mancare questo vincolo, gli assicuratori diminuirebbero sensibilmente il numero dei fornitori di prestazioni autorizzati ad esercitare a carico dell'assicurazione malattie. Va ad ogni modo considerato che gli assicurati verrebbero limitati nella libera scelta del fornitore di prestazioni. La revoca dell'obbligo di contrarre potrebbe avere conseguenze negative in particolare per i malati cronici, per i quali le relazioni terapeutiche hanno una particolare importanza.

Parere dell'UFAS: nel suo messaggio del 18 settembre 2000 concernente la revisione della legge federale sull'assicurazione malattie (in seguito: messaggio sulla seconda revisione parziale della LAMal), il Consiglio federale ha respinto la revoca generalizzata dell'obbligo di contrarre; propone, per contro, una revoca limitata per fornitori di prestazioni di età superiore ai 65 anni attivi nell'ambito ambulatoriale. Sulla base delle consultazioni concernenti la seconda revisione parziale, il Consiglio degli Stati si è pronunciato in favore di una revoca generalizzata dell'obbligo di contrarre in ambito ambulatoriale ed ha elaborato proposte di conseguenza. Da parte dell'amministrazione sono rimasti dubbi sulla possibilità di garantire l'assistenza e dunque di evitare un sistema sanitario a due velocità senza l'obbligo di contrarre.

Compensazione dei rischi

Le analisi in merito ricordano che il premio unitario presuppone che la compensazione dei rischi tra gli assicuratori venga mantenuta a tempo indeterminato. Gli esperti chiedono però una compensazione di rischi maggiormente differenziata poiché l'attuale regolamentazione permette agli assicuratori di praticare in misura relativamente larga la selezione dei rischi, rendendo così lettera morta lo scopo della solidarietà. Viene pure

richiesto di prendere in considerazione l'introduzione di un fondo per i rischi elevati finanziato dal gettito fiscale, che sarebbe efficace in un settore in cui gli incentivi finanziari non influiscono sul comportamento dei pazienti.

Parere dell'UFAS: nel quadro della seconda revisione parziale della LAMal, il Consiglio federale propone la revoca del limite temporale della compensazione dei rischi. Ferma restando l'auspicabilità di un miglioramento della formula dei rischi, l'UFAS ritiene tuttavia che la soluzione ottimale non sia ancora stata trovata. Sono però in corso chiarimenti in questo senso, che verranno conclusi all'inizio del 2002 ed hanno anche lo scopo di stabilire a quali condizioni sarebbe possibile creare un fondo per i rischi elevati o un fondo per i costi elevati. Come già detto in precedenza, questi punti sono da verificare anche in relazione ad un'eventuale introduzione di un sistema monistico per il finanziamento ospedaliero.

Riduzione dei premi

Gli esperti consigliano di mantenere la riduzione dei premi; da una parte richiedono, però, di ridurre le differenze tra i vari sistemi di esecuzione cantonali, dall'altra di fissare un obiettivo incisivo nel contesto della politica sociale ed il cui perseguimento dovrà e potrà essere verificato sistematicamente. Inoltre dovranno essere introdotti incentivi tali da garantire che gli assicurati di modeste condizioni economiche si rivolgano ad assicurazioni dai costi convenienti.

Parere dell'UFAS: per quanto concerne l'unificazione del sistema di esecuzione della riduzione dei premi, alcune modifiche sono già state introdotte nella prima revisione parziale della LAMal. Nel quadro della seconda revisione parziale della LAMal, il Consiglio degli Stati propone di fissare un obiettivo sociale così come l'aumento dei fondi federali a disposizione per la riduzione dei premi. L'UFAS sostiene questa proposta. Allo stesso tempo l'UFAS è dell'avviso che il sistema d'esecuzione dei Cantoni per la riduzione dei premi vada unificato attraverso proposte da parte della Confederazione.

Prestazioni

Nell'ambito delle prestazioni gli esperti propongono diversi adeguamenti della procedura d'esame delle prestazioni seguita dalla Commissione federale delle prestazioni generali. Bisogna rafforzare la possibilità dei pazienti di esercitare la propria influenza, snellire i processi e svolgere valutazioni più sistematiche degli aspetti economici. Si richiede inoltre che la Confederazione svolga un ruolo molto più attivo per quanto attiene alla garanzia della qualità impiegando allo scopo anche mezzi finanziari. In terzo luogo gli esperti segnalano sviluppi indesiderati nell'ambito della prevenzione sanitaria e chiedono che la Confederazione ponga priorità più chiare in merito e che consideri anche gli aspetti legati al sistema di esecuzione.

Parere dell'UFAS: dando seguito alle raccomandazioni contenute nelle valutazioni concernenti la procedura d'esame l'UFAS ha già apportato diverse modifiche per poter meglio tener conto nei propri giudizi delle conseguenze finanziarie delle nuove prestazioni. Per contro ci sono riserve concernenti la richiesta di aumentare l'influenza delle organizzazioni dei pazienti e degli assicurati nel quadro della procedura. Per quanto riguarda il volume delle prestazioni coperte dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, l'UFAS in collaborazione con la Commissione federale delle prestazioni generali sta attualmente elaborando principi che regolino meglio la distribuzione dei costi delle prestazioni di prevenzione tra l'assicurazione malattie e gli enti pubblici. Tuttavia l'UFAS reputa che un'estensione della copertura delle prestazioni

SPITEX o medico-dentarie non sia compatibile con l'odierno sistema dei premi individuali.

Garanzia delle qualità

Gli esperti chiedono che la Confederazione assuma un ruolo molto più attivo in questo settore e che impieghi all'occorrenza anche mezzi finanziari. Insieme ai fornitori di prestazioni dovrebbe seguire una linea ben precisa ed unitaria e comunicarla verso l'esterno. Inoltre tutte le attività pianificate o già intraprese dai fornitori di prestazioni al fine di garantire e promuovere la qualità dovrebbero essere rese trasparenti, p. es. mediante la pubblicazione di rapporti annuali.

Parere dell'UFAS: l'UFAS ritiene che il compito degli esperti non sia di suggerire un metodo per raggiungere lo scopo, ma di valutare in che misura lo scopo sia stato raggiunto. In questo senso aveva chiesto che la qualità dei risultati delle prestazioni mediche venisse valutata secondo parametri misurabili. L'UFAS desidera che siano le parti contraenti a definire ed introdurre i provvedimenti adeguati. Tuttavia l'UFAS potrà intervenire nel quadro delle competenze del Consiglio federale qualora le parti contraenti non dovessero riuscire ad accordarsi oppure se i contenuti dei contratti di qualità non dovessero soddisfare le sue esigenze.

Informazione degli assicurati

Gli studi registrano presso gli assicurati diverse lacune d'informazione. Ad esempio, spesso mancherebbero informazioni di base sulla possibilità di cambiare cassa, sulle forme assicurative alternative o sulla scelta tra diversi tipi di franchigie. Inoltre lo studio sul livello d'informazione degli assicurati ha rilevato che qualità e prestazioni degli assicuratori-malattie sono pressoché sconosciute. Per rendere più trasparente il mercato e per facilitare cambi di cassa economicamente ragionevoli, viene suggerita la pubblicazione di una "Guida dei prodotti". Si consiglia di fare in modo che le organizzazioni dei pazienti e degli assicurati siano in grado, materialmente e relativamente al personale, di assolvere compiti del genere.

Parere dell'UFAS: sulla base delle raccomandazioni degli esperti l'UFAS potenzierà la sua politica d'informazione dando grande rilevanza alle forme particolari di assicurazione ed alla possibilità di cambiare cassa malati. Rafforzerà inoltre la collaborazione con le organizzazioni dei pazienti. Infine creerà un'apposita unità per le domande degli assicurati.

Pianificazione ospedaliera

Sono diversi gli studi che invocano un'ottimizzazione ed un'accelerazione della pianificazione ospedaliera. Il rapporto che si occupa specificatamente di questa tematica richiede che il rendiconto sulla sanità, così come è già pratica corrente in alcuni Cantoni, venga esteso a tutta la Svizzera in modo da migliorare l'informazione concernente il fabbisogno previsto dei posti letto negli ospedali. Viene inoltre sottolineato che le relazioni e l'interdipendenza esistenti tra gli ambiti ambulatoriale, semiospedaliero ed ospedaliero sono tali da precludere qualsiasi pianificazione che non li consideri tutti. È richiesta l'estensione della pianificazione ospedaliera nel senso di un'offerta d'assistenza integrata. Infine, la medicina di punta e la medicina specializzata dovrebbero essere provviste di una pianificazione ospedaliera federale.

Parere dell'UFAS: la richiesta d'introdurre una pianificazione ospedaliera su tutto il territorio della Svizzera è stata già avanzata da più parti. Nel quadro del progetto "Nuova

perequazione finanziaria” viene perseguita una soluzione pattuita tra Cantoni concernente la medicina di punta e la medicina specializzata; si tratta di un ambito in cui anche la Confederazione esercita la sua influenza nel quadro delle proprie competenze relative alla definizione del catalogo delle prestazioni. Questo tema viene ripreso da Confederazione e Cantoni anche nel progetto Politica Nazionale Svizzera della Sanità che, da una parte, introduce lo strumento dell’osservatorio sanitario (il quale riprende a sua volta la richiesta che i Cantoni si scambino i resoconti sanitari e intende istituzionalizzare questi ultimi a livello nazionale), dall’altra rende centrale il tema della pianificazione dell’offerta.

Summary

The Federal Law on Sickness Insurance (Krankenversicherungsgesetz KVG) of 18 March 1994, which came into force on 1 January 1996, aims for a far-reaching reform of the Swiss health insurance system, with innovations likely to have great social impact. However, since there are many grey areas concerning potential developments generated by the law, the Ordinance (Verordnung) to the law provides for their regular monitoring and assessment. This report outlines and summarises the results of studies conducted by external experts between 1997 and 2001. It will be used by the Federal Office for Social Insurance to assess the proposed recommendations. It also outlines the steps that may be taken in the future.

Has the KVG reached its targeted goals ?

The KVG – and thus the system of obligatory basic health insurance – targets three main objectives. The first is to reinforce solidarity between the insured. The second is to ensure provision of quality health care. The third objective is to put a damper on rising costs in the health care system.

Concerning the consolidation of solidarity between various groups of the population – young and old, healthy and ill, rich and poor – the evaluations conducted by external experts indicate that the introduction of the KVG did away with various gaps that characterised earlier legislation. Indeed the growing lack of solidarity that prevailed under the old legislation has been successfully arrested. The elements that contributed to this were: the obligation to take out basic insurance (Obligatorium), the freedom to choose one's insurer, the introduction of uniform premiums for all persons insured in the same company in the same region, risk compensation, and individual premium reductions for persons with a modest income. Although the law set up no target threshold, the impact analysis concluded that solidarity has essentially been achieved. Nonetheless, it did point out certain lacks, which should be done away with in the future. For example, although risk compensation has cut down on risk selection by insurers, it has not eliminated it completely. Individual premium reductions are an effective aid for lower income groups, but are insufficient in cantons with very high insurance premiums. In certain cantons, implementation of the relevant provisions was found lacking, in particular as concerns information of policyholders on their rights to premium reduction. A further problem is that various measures introduced in order to ensure solidarity within the basic insurance scheme forcibly modify economic incentives for all the parties concerned: policyholders, insurers and service providers. For example, an extension of risk compensation may curtail competition between insurers, and even promote the development of a single fund. It is also more than likely that reduced premiums significantly lower the motivation for policyholders to switch to a cheaper insurer and/or a cheaper insurance scheme. The evaluations insist that recommendations should always attempt to balance out the element of solidarity with the KVG's basically market-oriented approach.

With reference to the provision of quality health care for the entire population, the experts think that the KVG has closed important gaps. This is particularly true for home and institutional care, and unlimited coverage of hospital stays. In an international comparison, the range of services covered by the KVG may be described as comprehensive, and the patients' access to them is guaranteed. The assessment has shown that, as a rule, the Eidgenössische Leistungskommission (Federal Commission for Health Insurance Benefits) is not attentive enough to the costs potentially generated by its decisions. The

experts concluded that these can only be roughly estimated. They call attention to the fact that the services approved each year by the Commission account for but a small percentage of the annual rise of health insurance costs, so that their influence on cost evolution is by no means decisive. Nonetheless, they recommend that the decisions taken by Commission (the Swiss Department of Home Affairs) be evaluated and monitored more systematically. The studies have also shown that quality assurance in the health care system is underdeveloped. Finally, they revealed that in certain cases the integration of preventive measures within basic insurance has prompted cantons to stop funding health promotion campaigns, a negative development.

The KVG's third main objective was to curtail rising health care costs. The experts consider that in this area the law has failed to meet expectations. They observed that expenditure for medication, outpatient treatment, nursing homes and Spitex (home care) services were especially high. Available impact analyses were unable to determine a relevant influence of the KVG on the development of global health care costs. Although they grew somewhat less than over the previous four years, their increase is still significantly higher than the annual price hike of 0.8 percent, or the growth of real wages.

International studies indicate that in all developed countries, exploding health care costs call for a reform of the health care system. They also show that neither highly deregulated systems, such as the United States, nor state-operated ones – e.g. the French model – have been able to curb this development. Rising health care costs in Switzerland are in line with international trends. On the up side, studies show that in comparison to other countries, the standards of Swiss health care are high, all sectors of the population enjoy good access to health care, and policyholders and patients have extensive freedom of choice within the limits set by the basic scheme. Experts expect the KVG to significantly improve the efficiency of the Swiss health care system within the next five to ten years.

Has the basic concept underlying the KVG proved effective ?

The KVG relies heavily on the participation of the various players involved. The studies show that they have not fully played their part, often preferring to maintain their traditional positions. Service providers still do not really have to compete; this situation is also influenced by the cantons, which are subject to a conflict of interest between their function as hospital operators on the one hand, and their normative role as a rate-approving authority on the other. Both insurers and the insured have as yet made little use of the new insurance models. Policyholders do have a wide range of choices, but being content with their present situation they often see no reason to switch. For the time being, it seems that alternative insurance models have not contributed to cost curtailment. The KVG prompted insurers to be more competitive and evolve from “administrators” to “entrepreneurs”. A certain move in this direction has been made, but it is by no means far-reaching enough. Structured quality assurance by insurers and service providers is only just beginning. Nor has the modified KVG framework relative to rates really influenced health care costs.

All these reservations notwithstanding, most of the studies conclude that the basic concept underlying the KVG has proved satisfactory, and has set off a number of positive developments. Yet the studies also show that the KVG introduced several questionable incentives which counteract effective cost containment by market mechanisms. The experts identified room for significant improvement in the following nine areas:

Managed Care

The evaluations make it clear that no efforts should be spared to promote *Managed Care-organisations*, which are hampered by current regulations. For example, since risk compensation contributions are sometimes higher than income from premiums, insurers are hardly interested in promoting managed care. Moreover, the rule that during the first five years HMO⁴ may pass on only 20% of savings in the form of lower premiums slows down their spread. Obligatory coverage for all physicians (Kontrahierungszwang), also acts as a damper on physicians' interest in these insurance models. Lastly, continuous monitoring with annual reporting and statistical surveys should be introduced to reliably track the development of new forms of insurance.

Position of the Federal Office for Social Insurance: In its Message on the first partial revision of the KVG, the Federal Council stated that it viewed special insurance models (those with a limited choice of service providers, or an optional annual deductible) as effective instruments to slow down rising health insurance costs. The second partial revision of the KVG stipulates that insurers will have the obligation to propose such models throughout Switzerland. Calls for an adjustment of risk compensation should be seen against the backdrop of the fundamental discussion on how such compensation is calculated.

The Federal Office for Social Insurance agrees with the experts that measures promoting alternative insurance models ought to be taken, even if they require amending current legal provisions. Care will have to be taken to guarantee the solidarity of all policyholders within the obligatory basic insurance system. The Office plans to reinforce incentives for insurers and service providers to develop these models. Better information of the insured is also considered of paramount importance.

Finally, the Office deems it necessary to step up research in this area. It approves continuous monitoring with annual reporting and statistical surveys, as recommended.

Hospital financing

Various experts think that *hospital financing* should be put on a new footing. According to them, cantonal subsidies only benefit certain sectors of the health care system, leading to distortions and counter-productive incentives. Their recommendation is to prepare the gradual introduction of a monopolistic system, in which hospitals would deal with a single payer. The cantons would pay their contributions directly to insurers, thus doing away with the present conflict of interest, in which cantons are in charge of both supervisory and service provision tasks. Although the pending second partial revision of the KVG represents a step in the right direction, it fails to solve the main problem.

Position of the FOSI: In the 2nd partial revision of the KVG, the Council of States (Upper Chamber) proposes that five years after the entry into force of the revised law, the Federal Council submit a draft law relative to the transition to a single-payer hospital financing system. Preliminary work for this draft will require looking into the different variants of such systems, in order to ascertain how best to set up financial flows so that they function as effective incentives for insurers and hospitals, and how cantons may fulfil their role as a health care guarantor in the future. Risk compensation will also have to be examined in this light.

⁴ HMO: Health-Maintenance Organizations

Obligatory coverage of services (Kontrahierungszwang)

The third problem area addressed in the evaluations relates to the abolition of the *obligation for insurers to reimburse*. Presently insurers are obliged to enter upon collective agreements with all authorised service providers (this is designated by the term *Kontrahierungszwang*). Consequently service providers have few incentives to assume economic risk. The abolition of this provision would significantly curtail the number of service providers approved by individual insurers. On the down side, it would limit patients' rights to freely choose their service provider, and might have negative consequences for the chronically ill, for whom the relational aspects of therapy are especially important.

Position of the FOSI: In its Message on the second partial revision of the KVG the Federal Council refused an across the board abolition of the duty to cover (Kontrahierungszwang). It proposes to apply it only to service providers in the outpatient sector aged over 65. In its debate on the 2nd KVG revision, the Council of State opted for a generalised abolition of obligatory coverage for outpatient services, and submitted corresponding proposals. Administrative players tend to harbour certain doubts relative to the implementation of such a move, fearing the deterioration of safe service provision, and the risk of an inequitable health care system.

Risk compensation

The studies that dealt with *risk compensation* pointed out that the uniform premium principle assumes that risk borne by insurers will be compensated indefinitely. Experts demand that compensation be more differentiated than it is at present, since current provisions may create room for insurers to largely select risk and to possibly undermine the targeted solidarity principle. They also recommend testing the introduction of a tax-financed high-risk pool, applicable in areas where financial incentives do not influence patient behaviour.

Position of the FOSI: As part of the 2nd KVG revision, the Federal Council proposes to do away with the time limit on risk compensation. An improved risk formula would be welcome, but the optimal solution has not yet been found. Relevant investigations are under way and should come to an end in early 2002. Solutions might include the introduction of a high-risk or high-cost pool, with recommendations on how to implement it. It has already been mentioned that these issues must also be examined in the light of the possible introduction of a single-payer hospital financing system.

Reduced premiums

The experts consider that the *reduced premium* system should be upheld, but propose to reduce the disparities between its implementation in the different cantons, and the definition of a targeted social effect, which could and should be systematically monitored. Incentives should also be introduced to ensure that policyholders in modest financial circumstances switch to more cost-effective insurance companies.

Position of the FOSI: Certain modifications aiming for more uniform implementation of premium reductions were already introduced in the 1st partial revision of the KVG. As part of the 2nd revision, the Council of States proposes the definition of a social target and an increase of federal funding earmarked for this aim. The FOSI agrees with this proposal. It is also of the opinion that the implementation of premium reduction should be made more uniform by means of recommendations to the cantons.

Services

The experts recommend that the process of testing and approving services by the Eidgenössische Leistungskommission (Federal Commission for Health Insurance Benefits) be modified and adapted. Patients should have a greater say, procedures should be stepped up and economic considerations should be assessed on a more systematic basis. Secondly, they highlight certain undesirable developments relative to health prevention, and call upon the federal authorities to define clearer priorities in this area, also with a view to implementation problems.

Position of the FOSI: The recommendations relative to benefits approval prompted the Office to introduce certain modifications allowing for better assessment of the financial impact of new services. However, it is not convinced that a greater say in these matters by patient and policyholders organisations is advisable. As for the range of services currently covered by basic health insurance, the Office together with the ELK Commission are at present jointly defining principles aiming to improve the distribution of costs of health prevention between insurers and public funding. The Office does not consider a more extensive coverage of dental or SPITEX services possible within the present per-capita premium system.

Quality assurance

The experts demand that the federal authorities play a much more active role relative to *quality assurance*, and that they earmark funding for this purpose. Together with the service providers, they should take a clear and uniform stand on this issue, and communicate it to the public. In addition to this, all quality assurance or quality promotion activities that are planned or already implemented by service providers should be rendered more transparent, for example by means of annual quality reports.

Position of the FOSI: The Office is of the opinion that not how the goal is reached should be evaluated (the method), but whether it has been reached. This calls for uniform benchmarks and assessments of the quality of results of medical services. The Office leaves it up to its partners to define and launch adequate quality assurance benchmarks. It would step in only if the partners are unable to agree, or if the content of the quality agreements does not correspond to its requirements.

Information of policyholders

The studies point out that policyholders are often *not well informed enough*. Many lack basic information on switching insurers, on alternative forms of insurance, or on the choice of different deductibles. Information concerning the quality of insurers' services is also lacking. It would be useful to publish a "product guide" for the insurance industry. This would achieve greater transparency in the market, and might increase the number of policyholders switching insurers with a positive effect for the national economy. Patient and policyholder organisations should be endowed with the human and material resources to put this project into practice.

Position of the FOSI: The Office will continue to develop its information policy on the basis of the recommendations voiced by the experts, with a special focus on alternative forms of insurance and the possibility to switch insurers. It will intensify its cooperation with patients' organisations and set up a new service, dealing specifically with queries by the insured.

Hospital planning

Various evaluations call for hospital planning to be optimised and speeded up. The study dealing with this issue recommends that health reporting, already implemented in certain cantons, be introduced throughout the country. This would significantly improve the level of information relative to the expected needs in hospital beds. A further point is that outpatient, short-term inpatient, and inpatient care are closely linked and inter-dependent, making it impossible to make plans for one sector without considering the others. Hospital planning should move towards integrated service offers. Finally, federal hospital planning should be introduced for highly specialised and advanced services.

Position of the FOSI: Calls for hospital planning at national level have been voiced on several occasions. The “new financial compensation” project aims for a solution jointly approved by the cantons for specialised and advanced medicine. This is an area in which federal authorities also exercise some influence, owing to their powers in defining approved health care services. The “Swiss National Health Policy” project, implemented at federal and cantonal level, also deals with this issue. It sets up a Health Observatory, which will function as a clearinghouse for health reporting, and institutionalise it at national level. Its second main function will be the planning of service provision (Angebotsversorgung).

Inhaltsverzeichnis

1.	Einführung	1
1.1	Das Krankenversicherungsgesetz: Ziele und wichtigste Entwicklungsschritte	1
1.2	Die Wirkungsanalyse: Ziele, Konzeption und Organisation.....	3
1.2.1	Ziele und Prinzipien der Wirkungsanalyse	3
1.2.2	Konzeption der Wirkungsanalyse	5
1.2.3	Organisation der Wirkungsanalyse	12
1.3	Aufbau des Syntheseberichts.....	12
2.	Was haben die einzelnen Massnahmen des KVG gebracht?	13
2.1	Versicherungspflicht	14
2.1.1	Ausgangslage	14
2.1.2	Resultate der Wirkungsanalyse.....	15
2.1.3	Neueste Entwicklungen und offene Fragen.....	16
2.2	Einheitsprämie und Prämiengenehmigung	17
2.2.1	Ausgangslage	17
2.2.2	Resultate der Wirkungsanalyse.....	18
2.2.3	Empfehlungen der Expertinnen und Experten.....	19
2.2.4	Neueste Entwicklungen und offene Fragen.....	19
2.3	Volle Freizügigkeit	20
2.3.1	Ausgangslage	20
2.3.2	Resultate der Wirkungsanalyse.....	21
2.3.3	Empfehlungen der Expertinnen und Experten.....	22
2.3.4	Neueste Entwicklungen und offene Fragen.....	22
2.4	Risikoausgleich.....	23
2.4.1	Ausgangslage	23
2.4.2	Resultate der Wirkungsanalyse.....	23
2.4.3	Empfehlungen der Expertinnen und Experten.....	27
2.4.4	Neueste Entwicklungen und offene Fragen.....	27
2.5	Prämienverbilligung	28
2.5.1	Ausgangslage	28
2.5.2	Resultate der Wirkungsanalyse.....	29
2.5.3	Empfehlungen der Expertinnen und Experten.....	33
2.5.4	Neueste Entwicklungen und offene Fragen.....	34

2.6	Spitalfinanzierung	35
2.6.1	Ausgangslage	36
2.6.2	Resultate der Wirkungsanalyse	36
2.6.3	Empfehlungen der Expertinnen und Experten.....	38
2.6.4	Neueste Entwicklungen und offene Fragen	39
2.7	Festlegung des Leistungsumfangs	40
2.7.1	Ausgangslage	40
2.7.2	Resultate der Wirkungsanalysen.....	43
2.7.3	Empfehlungen der Expertinnen und Experten.....	47
2.7.4	Neueste Entwicklungen und offene Fragen	49
2.8	Qualitätssicherung.....	50
2.8.1	Ausgangslage	50
2.8.2	Resultate der Wirkungsanalyse	51
2.8.3	Empfehlungen der Expertinnen und Experten.....	52
2.8.4	Neueste Entwicklungen und offene Fragen	53
2.9	Tarifbildung	54
2.9.1	Ausgangslage	54
2.9.2	Resultate der Wirkungsanalyse	55
2.9.3	Empfehlungen der Expertinnen und Experten.....	58
2.9.4	Neueste Entwicklungen und offene Fragen	58
2.10	Zulassung besonderer Versicherungsformen.....	59
2.10.1	Ausgangslage	59
2.10.2	Resultate der Wirkungsanalyse	60
2.10.3	Empfehlungen der Expertinnen und Experten.....	64
2.10.4	Neueste Entwicklungen und offene Fragen	64
2.11	Spitalplanung.....	65
2.11.1	Ausgangslage	65
2.11.2	Resultate der Wirkungsanalyse	65
2.11.3	Empfehlungen der Expertinnen und Experten.....	70
2.11.4	Neueste Entwicklungen und offene Fragen	71
3.	Wurden die Ziele des KVG erreicht?	73
3.1	Solidarität.....	73
3.1.1	Solidarität zwischen Gesunden und Kranken.....	73
3.1.2	Solidarität zwischen Einkommensklassen	75
3.1.3	Fazit	76

3.2	Leistungsversorgung.....	78
3.2.1	Festlegung des Leistungsbereichs	78
3.2.2	Sicherung von Qualität	79
3.2.3	Fazit	80
3.3	Kosten.....	81
3.3.1	Die Entwicklung der Kosten.....	81
3.3.2	Die Entwicklung der Finanzierung.....	90
3.3.3	Fazit	94
4.	Haben die wichtigsten Akteure den neuen Handlungsspielraum genutzt?.....	99
4.1	Versicherte.....	99
4.1.1	Wechselverhalten.....	99
4.1.2	Wahl besonderer Versicherungsformen	101
4.2	Versicherer	103
4.2.1	Kundenorientierung und Managed-Care-Modelle.....	103
4.2.3	Tarifverhandlungen und Tarife	104
4.2.4	Professionalisierung und innerbetriebliche Veränderungen.....	104
4.3	Leistungserbringer	106
4.3.1	Leistungsangebot.....	106
4.3.2	Professionalisierung und Marktorientierung	106
4.4	Kantone.....	107
4.4.1	Spitalplanung und Spitalfinanzierung.....	107
4.4.2	Prämienverbilligung und Prävention.....	108
4.4.3	Auswirkungen auf die Kosten	109
4.4.4	Tarife und Versicherungsobligatorium	109
4.5	Bund	110
4.5.1	Bundesrat.....	110
4.5.2	Eidgenössisches Departement des Innern.....	111
4.5.3	Bundesamt für Sozialversicherung	111
5.	Synthese und offene Fragen.....	113
5.1	Wurden die Ziele erreicht?	113
5.1.1	Solidarität.....	113
5.1.2	Leistungen.....	114
5.1.3	Kosten	114

5.2	Haben sich die konzeptionellen Grundlagen bewährt?.....	116
5.2.1	Managed Care	117
5.2.2	Spitalfinanzierung	117
5.2.3	Kontrahierungszwang.....	118
5.2.4	Risikoausgleich	118
5.2.5	Prämienverbilligung	118
5.2.6	Leistungen.....	119
5.2.7	Qualitätssicherung.....	119
5.2.8	Information der Versicherten.....	120
5.2.9	Spitalplanung.....	120
5.3	Wichtige offene Fragen.....	121
6.	Beurteilung der Vorschläge und einzuleitende Massnahmen.....	123
6.1	Besondere Versicherungsformen/Managed Care.....	123
6.2	Kontrahierungszwang	125
6.3	Spitalfinanzierung	126
6.4	Risikoausgleich.....	127
6.5	Prämienverbilligung.....	128
6.6	Leistungen.....	130
6.7	Qualitätssicherung.....	131
6.8	Information der Versicherten.....	132
6.9	Spitalplanung	133
6.10	Schlussfolgerung.....	134
	Literaturverzeichnis.....	135

1. Einführung

Mit dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG), welches am 1. Januar 1996 in Kraft getreten ist, wurde die schweizerische Krankenversicherung umfassend reformiert. Angesichts der hohen gesellschaftlichen Bedeutung dieser Neuerungen und der zahlreichen Unsicherheiten betreffend die zu erwartenden Entwicklungen wurde in der Verordnung zum Gesetz die Pflicht zur wissenschaftlichen Überprüfung der Wirkungen festgehalten. Im vorliegenden Bericht sind die Ergebnisse der in diesem Zusammenhang 1997 bis 2001 durchgeführten Arbeiten dargestellt und synthetisiert. Darauf aufbauend, nimmt das Bundesamt für Sozialversicherung eine Einschätzung der Vorschläge der Expertinnen und Experten vor.

Den Kern des Berichts bildet eine wissenschaftlich gestützte Gesamtbetrachtung der Entwicklungen, welche das Krankenversicherungsgesetz ausgelöst hat. Im Zentrum steht die Frage, ob und in welchem Umfang die Ziele des Krankenversicherungsgesetzes erreicht wurden.

In diesem einführenden Kapitel werden die Grundlagen der Wirkungsanalyse präsentiert. Ausgangspunkt bilden die Ziele und die wichtigsten Entwicklungsschritte des Krankenversicherungsgesetzes (Abschnitt 1.1). Anschliessend werden die Ziele, die Konzeption und die Organisation der Wirkungsanalyse beschrieben (Abschnitt 1.2). Schliesslich legen wir den Aufbau des Berichts in Abschnitt 1.3 kurz dar.

1.1 Das Krankenversicherungsgesetz: Ziele und wichtigste Entwicklungsschritte

Der Gesetzgeber verfolgt mit dem 1996 in Kraft getretenen Krankenversicherungsgesetz drei Hauptziele:⁵ Erstens soll die Solidarität zwischen Versicherten mit unterschiedlichem Krankheitsrisiko und mit unterschiedlichem Einkommen verstärkt werden. Zweitens geht es darum, eine qualitativ hochstehende, aber für alle finanziell tragbare medizinische Versorgung sicherzustellen und die Lücken in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu schliessen. Drittens soll der neue gesetzliche Rahmen zu einer massvollen Kostenentwicklung beitragen, indem kosteneindämmende Wettbewerbsmechanismen in einem definierten ordnungspolitischen Rahmen zum Zuge kommen sollten. Diese Zielsetzungen sind vor dem Hintergrund der Schwächen des alten Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes von 1911 (KUVG) zu sehen. Damals waren die Prämien nach Eintrittsalter abgestuft, Vorbehalte wegen bestehenden Erkrankungen waren möglich und Versicherte ab einem bestimmten Lebensalter mussten nicht aufgenommen werden. Diese Regelungen hatten zur Folge, dass ältere Versicherte den Versicherer kaum wechseln konnten: Zum einen hatten sie mit höheren Prämien zu rechnen, zum anderen wurden bestehende Erkrankungen für eine bestimmte Zeit aus dem Vorsorgeschutz ausgenommen. Dies führte zu einer zunehmenden Entsolidarisierung, indem vorwiegend junge, gesunde Versicherte zu Versicherern mit günstigen Prämien wechselten, was älteren Versicherten aus den genannten Gründen nicht möglich war. Weiter hatte das alte Gesetz wesentliche Lücken bezüglich der zu vergütenden Leistungen. Schliesslich fielen die Kostensteigerungen schon unter dem alten Gesetz höher aus als das Wirtschaftswachstum:

⁵ Siehe Botschaft des Bundesrats zur Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991 (BB1 1992 I 93).

In den Achtzigerjahren stiegen die Kosten pro Versicherten in der Krankenversicherung jährlich um durchschnittlich 7,2 Prozent, das Bruttoinlandprodukt pro Einwohner stieg um 5,2 Prozent.

Das 1996 eingeführte Krankenversicherungsgesetz beinhaltete ganz grundsätzliche Änderungen des Versicherungssystems. Alle in der Schweiz wohnenden Personen sind seither obligatorisch in der sozialen Krankenversicherung versichert. Alle durch eine Ärztin oder einen Arzt erbrachten oder verordneten Leistungen werden durch die Krankenversicherung übernommen, es sei denn, sie seien umstritten oder explizit ausgeschlossen worden. In umstrittenen Fällen entscheidet das Eidgenössische Departement des Innern auf Antrag der Eidgenössischen Leistungskommission über die Vergütungspflicht. Daneben bestehen für bestimmte ärztliche Leistungen wie Prävention sowie für nicht-ärztliche Leistungen Positivlisten; für Arzneimittel, Analysen sowie für Mittel und Gegenstände enthalten die Positivlisten Tarife oder Preise.

Die Versicherten können gegenwärtig zwischen gut hundert vom Bund anerkannten Versicherern frei wählen. Die Prämien sind Kopfprämien, die von den versicherten Personen getragen werden. Sie sind für die erwachsenen Versicherten innerhalb einer Versicherung und einer Region einheitlich. Da jeder Versicherer seine eigenen Prämien festsetzt, kommt es faktisch zu einer enormen Bandbreite der Prämien für die obligatorische Krankenpflegeversicherung. Um Personen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen zu entlasten, wurde eine individuelle Prämienverbilligung eingeführt, welche von Bund und Kantonen gemeinsam finanziert wird.

Als Kostendämpfungsmassnahmen sieht das Gesetz sowohl wettbewerbliche Elemente als auch staatliche Steuerungsmassnahmen vor. Die volle Freizügigkeit der Versicherten soll zu einem Wettbewerb unter den Versicherern führen, welche ihrerseits den Konkurrenzdruck an die Leistungserbringer weitergeben. In der obligatorischen Krankenpflegeversicherung können die Krankenversicherer allerdings keine Leistungen ausschliessen. Hingegen können die Versicherer besondere Versicherungsformen anbieten, welche Anreize für eine kostengünstige und effektive Behandlung beinhalten. Die Versicherten, welche sich diesen Modellen anschliessen, verzichten im Gegenzug auf die freie Wahl des Leistungserbringers zu Gunsten eines Prämienrabatts.

Bei den staatlichen Steuerungsmassnahmen ist zu unterscheiden zwischen solchen, welche die für den Wettbewerb notwendige Transparenz als Wettbewerbsvoraussetzung herstellen, und solchen, welche direkt in den Wettbewerb eingreifen. Ein direkter Eingriff in den Wettbewerb findet im Bereich der Spitäler durch die eingeführte Pflicht zur kantonalen Spitalplanung statt. Auf Grund einer bedarfsgerechten Planung sollen die Kantone dafür sorgen, dass die Bedürfnisse abgedeckt, gleichzeitig aber keine Überkapazitäten aufrechterhalten oder aufgebaut werden. Damit haben die Kantone eine Möglichkeit erhalten, den stationären Sektor zu steuern, müssen aber auch mindestens die Hälfte der Betriebskosten der öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitäler übernehmen.

Bereits kurz nach der Einführung des Gesetzes zeichnete sich ein Reformbedarf ab. Am 21. September 1998 hat der Bundesrat seine Botschaft zur *ersten* Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes verabschiedet. Die Kernpunkte dieser Vorlage betrafen die Kosteneindämmung und die Solidarität. Mit punktuellen Gesetzesänderungen wurden in der Praxis der Krankenversicherung festgestellte Mängel in den Bereichen Prämienverbilligung, Verhältnis Versicherte und Versicherer, Leistungen, Kostenbeteiligung, Aufsicht und Kostenkontrolle korrigiert. Die Revisionsvorschläge wurden von den Eidgenössischen Räten beraten und in der Frühjahrsession 2000 verabschiedet.

Die Thematik der Spitalfinanzierung war aus der ersten Teilrevision bewusst ausklammert worden. Seit dem Inkrafttreten des Gesetzes war zwischen Kantonen und Krankenversicherern umstritten, wie das Krankenversicherungsgesetz bezüglich der Beitragsleistung an medizinisch indizierte Spitalbehandlungen in der Halbprivat- oder Privat- abteilung von öffentlich oder öffentlich subventionierten Spitälern zu interpretieren sei. Mit der vom Bundesrat am 18. September 2000 vorgeschlagenen *zweiten* Teilrevision sollen die aufgetretenen Unklarheiten einer dauerhaften Lösung zugeführt werden. Zudem soll dem Rückzug der öffentlichen Hand aus der Spitalfinanzierung Einhalt geboten werden. Der Bundesrat schlägt den Übergang zu einer Vollkostenrechnung mit je hälftiger Finanzierung der Leistungen durch die Kantone und die Versicherer vor. Die zweite Teilrevision sieht zudem Änderungen im Bereich der Spitalplanung, bei den besonderen Versicherungsformen und beim Kontrahierungszwang vor. Weil die medizinische Entwicklung dazu geführt hat, dass Leistungen (insbesondere chirurgische Eingriffe), die früher im stationären Rahmen durchgeführt wurden, heute teilstationär oder ambulant erbracht werden, sind Schnittstellen entstanden, die sich laufend verändern. Der Bundesrat schlägt daher vor, die Planungspflicht auf die Einrichtungen, die teilstationäre Krankenpflege anbieten, auszudehnen. Allerdings sieht die vom Ständerat Anfang Oktober 2001 verabschiedete Vorlage vor, dass im gesamten KVG auf den Begriff „teilstationär“ verzichtet wird, was unter anderem zur Folge hätte, dass die Gesetzgebung im Planungsbereich nicht geändert würde. Weiter sollen die Versicherer verpflichtet werden, in der ganzen Schweiz besondere Versicherungsformen mit einer eingeschränkten Wahl der Leistungserbringer anzubieten. So wird sichergestellt, dass jeder und jede Versicherte die Möglichkeit erhält, ein solches Versicherungsmodell zu wählen. Trotz verschiedenen Vorbehalten sieht der Bundesrat im Weiteren vor, den Kontrahierungszwang der Versicherer mit Leistungserbringern, welche über 65 Jahre alt und im ambulanten Bereich tätig sind, aufzuheben.

1.2 Die Wirkungsanalyse: Ziele, Konzeption und Organisation

Schon im Vorfeld der Einführung des neuen Krankenversicherungsgesetzes war absehbar gewesen, dass das Gesetz Veränderungen für alle beteiligten Akteure mit sich bringen würde. Um die vielseitigen und komplexen Wirkungen fundiert beurteilen zu können, wurde in Artikel 32 der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) die Pflicht zur wissenschaftlichen Überprüfung der Wirkungen festgehalten und wurde das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) beauftragt, die entsprechenden Arbeiten an die Hand zu nehmen.

Die Direktionskonferenz des BSV hat einem leitenden Ausschuss die Gesamtverantwortung für das Projekt übertragen. Dieser hat nach verschiedenen Vorarbeiten 1998 einen Ausführungsplan verabschiedet, der die Ziele, die konzeptionellen Eckpfeiler und die Organisation der Wirkungsanalyse festhält (BSV 1998). Nachfolgend gehen wir auf diese Elemente ein.

1.2.1 Ziele und Prinzipien der Wirkungsanalyse

Im Rahmen der Umsetzung des Krankenversicherungsgesetzes wurde der Wirkungsanalyse ein erhebliches Gewicht beigemessen. Damit wird nicht nur der in Artikel 32 KVV verankerte Auftrag erfüllt. Die Wirkungsanalyse hat auch das Ziel, den Verantwortlichen und den übrigen Interessierten Informationen über den Vollzug und die Wirkungen des Gesetzes zu liefern. Die Absicht besteht darin, durch qualifizierte Grund-

lagen den Gesetzesvollzug und die Zielerreichung zu optimieren sowie die politische Diskussion auf zentrale Problembereiche zu lenken. Die Wirkungsanalyse will Grundsatzfragen klären und damit Informationen für die politische Entscheidungsfindung liefern. Sie kann und will die Entscheide jedoch nicht vorwegnehmen.

Der 1998 erarbeitete Ausführungsplan geht auch auf die Prinzipien der Wirkungsanalyse des KVG ein. Die Evaluationsforschung hat in den letzten Jahren in verschiedenen Politikbereichen erhebliche Erfahrungen sammeln können. Die Wirkungsanalyse des KVG baut auf diesen Erfahrungen auf. Sie stützt sich auf drei wesentliche Grundsätze, welche sich für den Erfolg von Politikevaluationen als entscheidend herauskristallisiert haben (Bussmann et al. 1997; Balthasar 2000a). Diese werden im Folgenden dargestellt.

Projektorientierung

Gute Evaluationen sind nicht nur wissenschaftlich korrekt konzipiert und durchgeführt, sondern auch praktisch nützlich. Sie konzentrieren sich auf präzise, sorgfältig abgegrenzte und auf Grund der vorhandenen Daten gut bearbeitbare Fragestellungen. Die verschiedenen kleineren Projekte bilden die Mosaiksteine, welche sich am Schluss zu einem ganzen Bild zusammenfügen werden. Der „direkte Weg“ über eine einzige „Gesamtevaluation“ hat sich in der bisherigen Erfahrung nicht als viel versprechend erwiesen (Balthasar 2000b).

Allerdings birgt die Beschränkung der Evaluation auf einzelne, klar abgegrenzte Fragestellungen auch die Gefahr, dass durch die Konzentration auf einzelne Teilbereiche das Ganze aus dem Blickfeld gerät. Dieses Problem ist bei der Evaluation des KVG besonders dringlich, weil die verschiedenen Elemente des Systems aufs Engste verknüpft sind. Einzelthemen müssen daher sehr sorgfältig ausgewählt und aufeinander abgestimmt werden. Dies war eines der Anliegen, die der Erarbeitung des Ausführungsplans für die Wirkungsanalyse des KVG zu Grunde lagen (vgl. Abschnitt 1.2.2).

Prozessorientierung

Die Evaluationsforschung geht von einer dynamischen, prozessorientierten Betrachtungsweise aus und unterscheidet insbesondere fünf Evaluationsgegenstände, die zeitlich nacheinander stehen. Den ersten Gegenstand bildet bereits die *Qualität der Konzeption* der Politik oder Massnahme. Evaluationen müssen prüfen, ob eine Politik konzeptionell so angelegt ist, dass sie überhaupt zielwirksam sein kann. Ein Beispiel aus der Wirkungsanalyse KVG ist die Untersuchung, welche sich mit dem Risikoausgleich beschäftigt (Spycher 1999).

Der zweite Gegenstand von Evaluationen thematisiert die *Vollzugsebene*. Dort wird unter anderem danach gefragt, ob und wie eine konzipierte Massnahme durch die Verwaltung implementiert wird. Insbesondere steht die Wirksamkeit und die Wirtschaftlichkeit des Vollzugs zur Debatte. Mit derartigen Fragen beschäftigte sich beispielsweise die Untersuchung des Vollzugs der Prämienverbilligung in den Kantonen (Balthasar et al. 2001a).

Der dritte Gegenstand der Wirkungsanalyse kreist um die Leistungen der Verwaltung, das heisst um den so genannten *Output*. Auch wenn solche Leistungen nachweisbar sind, können die Wirkungen noch auf sich warten lassen. Beispielhaft für diesen Typ von Wirkungsuntersuchungen ist die Analyse der Auswirkungen des KVG im Tarifbereich (Hammer et al. 2000).

Erst wenn die Leistungen dem Zielpublikum im erwarteten Ausmass zukommen, sind zielrelevante Wirkungen – so genannte *Impacts* – zu erwarten. Damit beschäftigt sich die

vierte Gruppe von Evaluationsgegenständen. Dazu gehört auch die Untersuchung zu den Auswirkungen des KVG auf die Versicherten (Peters et al. 2001). Impact-Studien fragen nach dem Verhalten der Zielgruppen, deren Handeln durch das Gesetz direkt beeinflusst wird.

Das KVG will letztlich Verhaltensänderungen bei den beteiligten Akteuren nur herbeiführen, um die zentralen politischen Ziele des Gesetzes zu erreichen. Die letzte Gruppe von Evaluationsgegenständen kreist um die gewünschten gesellschaftlichen Veränderungen, das heisst um die so genannten *Outcomes*. Es geht hier also darum zu klären, ob und in welchem Masse die ursprünglich intendierten gesellschaftlichen Wirkungen erreicht werden konnten. Hierfür ist die Studie beispielhaft, welche sich mit dem Einfluss des KVG auf die Finanzierung des Gesundheitswesens beschäftigt (Greppi et al. 1998).

Der Erfolg des Krankenversicherungsgesetzes wird davon abhängen, dass alle Stufen des Policy-Prozesses erfolgreich durchlaufen werden. Die Wirkungsanalyse muss Fragen auf allen Stufen stellen. Zudem ist zu beachten, dass je nach Zeitpunkt unterschiedliche Themen evaluierbar sind.

Partizipativer Ansatz

Evaluationen haben vielfach nicht nur auf Grund ihrer Resultate Wirkungen. Oft sind die Prozesse, die im Zuge der Untersuchungen eingeleitet werden, mindestens ebenso bedeutsam. Um sicherzustellen, dass der Evaluationsprozess bereits nutzbringend gestaltet wird, hat es sich als unabdingbar erwiesen, Evaluationen partizipativ anzulegen. Im Rahmen der Wirkungsanalyse des KVG bedeutet dies, dass die beteiligten und die betroffenen Akteurgruppen in den Planungs- und Evaluationsprozess einbezogen wurden. Damit wurde ein optimaler Informationsaustausch aufgebaut und ein Interesse an den Resultaten der Evaluation geschaffen. Dies trägt einerseits dazu bei, dass alle relevanten Informationen zur Verfügung gestellt werden. Andererseits ist dieses Interesse Voraussetzung dafür, dass Ergebnisse später auch umgesetzt werden.

Der partizipative Ansatz birgt allerdings die Gefahr, dass die für die Beurteilung staatlichen Handelns notwendige Distanz zwischen den Verantwortlichen und den Evaluatorminnen und Evaluatoren nicht mehr selbstverständlich ist. Deshalb wird im Falle der Wirkungsanalyse die *Fremdevaluation* der Selbstevaluation vorgezogen. Doch auch dann, wenn die Durchführung der Untersuchungen durch unabhängige Expertenteams erfolgt, sind deren Beurteilungen in vielen Fällen nicht frei von persönlichen Werthaltungen. Professionelle Standards, wie sie auch von der Schweizerischen Evaluationsgesellschaft (SEVAL) entwickelt wurden, helfen, dieses Problem zu bewältigen (Widmer et al. 2000). Das zentrale Anliegen ist die Herstellung von Transparenz bezüglich der Messlatten zur Beurteilung der Wirkungen staatlichen Handelns und bezüglich der angewandten Methoden der Datenerhebung und der Datenanalyse. Die Einhaltung der Standards trägt dazu bei, dass die von der Evaluation verlangte Bewertung von politischen Aktivitäten nicht nur wissenschaftlich korrekt und nachvollziehbar, sondern auch unabhängig von den Wertvorstellungen und Erwartungen der Auftraggeber erstellt wird.

1.2.2 Konzeption der Wirkungsanalyse

Wie wir dargestellt haben, birgt die Durchführung zahlreicher Evaluationen, welche sich mit einzelnen Fragen beschäftigen, die Gefahr, dass durch die Konzentration auf einzelne Teilbereiche das Ganze aus dem Blickfeld gerät. Die Evaluation des Krankenversicherungsgesetzes beruht daher auf einer Gesamtkonzeption, welche die Einzelthemen aufein-

ander abstimmt. Im Zentrum stehen die Einflussbeziehungen des Bundes und die Auswirkungen auf die verschiedenen Akteure im Hinblick auf die drei globalen Ziele des KVG. Zu fragen war, wie und mit welchem Erfolg der Bund die genannten Ziele im dargestellten komplexen Wirkungsgefüge zu erreichen suchte. Daraus ergaben sich die zentralen Fragen für die Wirkungsanalyse.

Stärkung der Solidarität

Die sozialpolitische Zielsetzung der Stärkung der Solidarität ist ein wesentliches Element des neuen Gesetzes. Sechs Einzelmassnahmen tragen zur Erreichung dieses Ziels bei:

- **Versicherungsobligatorium:** Das Obligatorium stellt eine rechtliche Neuerung dar. Angesichts der fast durchgängigen Versicherung der Bevölkerung hat es zwar keine faktische Veränderung bewirkt. Es stellt aber einen unabdingbaren Reformschritt dar, indem es verhindert, dass sich Gesunde ausserhalb der sozialen Krankenversicherung versichern und sich so der Solidarität zwischen Gesunden und Kranken entziehen. Im Prinzip verunmöglicht das Versicherungsobligatorium auch die Risikoselektion durch Privatversicherer in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.
- **Einheitsprämie/Prämiengenehmigung:** Innerhalb eines Versicherers darf 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. Insbesondere gilt diese Einheitsprämie unabhängig von Alter und Geschlecht der Versicherten. Das Bundesamt für Sozialversicherung muss die Prämien der Versicherer genehmigen.
- **Volle Freizügigkeit:** Im Rahmen einer obligatorischen Versicherung wird die Möglichkeit zum freien Wechsel des Versicherers gegeben.
- **Risikoausgleich:** Der Risikoausgleich, der bereits vor dem neuen KVG eingeführt worden ist, soll die Kostenunterschiede pro Versicherten zwischen den einzelnen Versicherern ausgleichen, soweit diese auf eine unterschiedliche Alters- und Geschlechterstruktur des Versichertenbestandes zurückzuführen ist. Ein zentraler Grund dafür ist die Erhaltung der Kassenvielfalt, die für eine angestrebte Wettbewerbsordnung als unerlässlich betrachtet wird. Der Risikoausgleich wurde auf zehn Jahre, also bis Ende 2005 befristet.
- **Prämienverbilligung:** Um die Solidarität zwischen Einkommensklassen zu fördern, wurde ein individuelles Prämienverbilligungssystem eingeführt. Die Beiträge werden von Bund und Kantonen geleistet. Anspruch auf Leistungen haben Haushalte, bei denen die Versicherungsprämien einen bestimmten Einkommensanteil beziehungsweise ein bestimmtes Einkommen übersteigen. Die Festsetzung der Bezugsberechtigung und der Vollzug der Prämienverbilligung obliegt den Kantonen.
- **Spitalfinanzierung:** Die Finanzierung der stationären Leistungserbringer erfolgt je nach Status des Spitals teilweise durch die Kantone, das heisst also aus Steuermitteln. Aus Gründen der Solidarität werden diese Kosten somit nicht voll über Kopfprämien beglichen.

Der Bund versucht, das Solidaritätsziel in erster Linie durch Einflussnahme auf Versicherer und Kantone zu erreichen. Dies wird aus der nachfolgenden Darstellung D 1.1 deutlich.

Die Massnahmen des Bundes zur Stärkung der Solidarität haben direkte Wirkungen auf die Versicherten. Über die Versicherer nimmt der Bund auf die Versicherten Einfluss, in-

dem er mit seinen Massnahmen die Prämienhöhe beeinflusst. Von der Festsetzung einer Höchstgrenze für Vergütungen stationärer Behandlungen ist ein indirekter Einfluss auf die stationären Leistungserbringer zu erwarten. Als zentrale Bereiche für Projekte der Wirkungsanalyse im Bereich der globalen Zielsetzung Solidarität wurden im Ausführungsplan die *Prämienverbilligung* und der *Risikoausgleich* bei den Versicherern bestimmt. Beide Massnahmen beeinflussen massgeblich die Prämienhöhe beziehungsweise beabsichtigen, zur Entlastung des Anteils der Gesundheitskosten für Personen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen beizutragen.

D 1.1: Wirkungsmatrix der Gesetzesregelungen zum Ziel „Solidarität“

Instrumente	Adressaten			
	Kanton	Versicherer	PatientInnen/ Versicherte	Leistungserbringer
Versicherungsobligatorium	Kontrolle der Versicherungspflicht	Aufnahmepflicht in obligatorische Krankenpflegeversicherung ohne Vorbehalte	Versicherungspflicht	–
Volle Freizügigkeit	–	Austrittsrecht und Pflicht zur Aufnahme in obligatorische Krankenpflegeversicherung ohne Vorbehalte	[indirekt: freie Wahl des Versicherers (Freizügigkeit)]	–
Einheitsprämie (Prämienfestsetzung)	–	Einheitsprämie (Abstufung je Versicherer nur zwischen Erwachsenen/Kindern sowie maximal 3 Regionen/Kanton)	[indirekt: Einheitsprämien]	–
Prämienverbilligung	Durchführung (und finanzielle Beteiligung)	–	[indirekt: Verbilligung der Prämien für Haushalte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen]	–
Risikoausgleich	–	Verpflichtung zum Risikoausgleich zwischen Versicherern	–	–
Spitalfinanzierung	Beiträge an die stationären Einrichtungen	–	–	–

Angemessene Versorgung mit qualitativ hochstehenden Leistungen

Zweites Ziel des Gesetzes ist es, für alle Versicherten eine qualitativ hochstehende, umfassende Versorgung mit Gesundheitsleistungen zu gewährleisten. Dazu sollen zwei Massnahmenbereiche beitragen:

- **Festlegung des Leistungsbereichs/Prävention:** Das Krankenversicherungsgesetz sichert im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung allen der Versicherungspflicht unterstellten Personen eine umfassende Versorgung zu. Wie erwähnt

werden alle nicht explizit von der Leistungspflicht ausgeschlossenen ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen von der Krankenversicherung übernommen, und die Leistungspflicht wird bei umstrittenen Leistungen durch die ELK abgeklärt und vom EDI entschieden.

- Der Bund verpflichtet die Leistungserbringer zur **Sicherung von Qualität** der Leistungen und kann diese kontrollieren.

Mit diesen Massnahmen wirkt der Bund direkt auf die Versicherten und die Leistungserbringer ein. Die direkten Einflüsse des Bundes auf Versicherte und Leistungserbringer werden durch indirekte Wirkungen auf diese Akteure verstärkt.

D 1.2: Wirkungsmatrix zum Ziel „Leistungsversorgung“

Instrumente	Adressaten			
	Kanton	Versicherer	PatientInnen/ Versicherte	Leistungs- erbringer
Festlegung des Leistungsbereichs/ Prävention	–	Leistungspflicht für Pflichtleistungen, Überprüfung der Voraussetzungen zur Kostenübernahme	Sicherung und Begrenzung der einheitlichen Pflichtleistungen	Sicherung und Begrenzung der Pflichtleistungen
Qualitätssicherung	–	Kontrolle im Einzelfall durch Vertrauensarzt nach Wirtschaftlichkeit (Art. 56 KVG)	[indirekt: Sicherung der Leistungsqualität; Beschränkung der Leistungen auf das Erforderliche]	Pflicht zur Qualitätssicherung (Art. 58 KVG) Pflicht auf die Wirtschaftlichkeit der Behandlung zu achten (Art. 56 KVG)

Zentrale Fragestellungen im Hinblick auf die Wirkungsanalyse kreisen bei diesem Ziel um den Bereich *Leistungen*, also um die Festlegung des Leistungsumfangs und der damit verbundenen Kosten. Als weiteres wichtiges Thema der Wirkungsanalyse wurde die *Prävention* festgelegt. Dabei ging es um Fragen nach dem Vollzug und der Wirksamkeit von Massnahmen zur Vorbeugung und zur Förderung der Gesundheit sowie um die Qualitätssicherung.

Kostendämpfung

Das dritte Hauptziel des neuen KVG ist auf die Kostenentwicklung gerichtet. Eine Dämpfung der Kostenentwicklung soll durch eine Steigerung der Wirtschaftlichkeit und durch die Kontrolle der Kosten erreicht werden. Die Angebotserweiterung auf Grund der gesetzlich verankerten Ausdehnung der obligatorisch versicherten Leistungen (insbesondere Spitex, zeitlich unbeschränkte Kostenübernahme im Spital, Pflegeheime) in der Krankenpflegeversicherung und auf Grund der medizinisch-technologischen Entwicklung führt zu einem permanenten Kostendruck. Mit dem Gesetz sollte eine massvolle Kostenentwicklung in erster Linie durch einen kostendämpfenden Wettbewerb erreicht werden, wozu verschiedene Massnahmen ergriffen wurden. Daneben kennt das Gesetz Bestimmungen, die in einem direkten Zusammenhang mit der Kostendämpfung stehen. Im Hinblick auf das Ziel „Kostendämpfung“ sind vor allem fünf Massnahmen wichtig:

- Die **freie Wahl des Versicherers**, welche die Versicherer zwingt, ihre Leistungen zu möglichst günstigen Prämien anzubieten.
- Die **Spitalplanung**, welche die Kantone verpflichtet, eine bedarfsgerechte Planung zu erarbeiten, die keine Überkapazitäten aufrechterhält.
- Massnahmen zur Sicherstellung der **Wirtschaftlichkeit** von Leistungen.
- Festschreiben einer **Kostenbeteiligung** der Versicherten an den durch sie ausgelösten Gesundheitskosten.
- Zulassung neuer **Versicherungsformen** (z. B. Managed Care, Wahlfranchisen) mit Auswirkungen auf die Prämienhöhe.

Zwischen den entscheidenden Akteuren im Bereich der Krankenversicherung besteht ein dichtes Geflecht von Einflussbeziehungen. Der stärkste Einfluss des Bundes hinsichtlich des Ziels der Kostendämpfung richtet sich auf Versicherer und Kantone (vgl. Darstellung D 1.3). Versicherer sind verpflichtet, sich an die gesetzlichen Vorschriften bezüglich Finanzierung und Verwaltungskosten zu halten, und sie unterliegen der Kontrolle durch den Bund (Art. 21 und 22 KVG). Zudem sieht das Gesetz die Zulassung von Modellen von Managed Care (HMO, Hausarztmodelle usw.) und die Wahl einer höheren Franchise mit einer festgelegten Prämienreduktion vor. Gegenüber den Kantonen hat der Bund Einfluss durch die Pflicht zur kantonalen Spitalplanung.

Auch beim Ziel der Kostendämpfung sind neben den direkten Wirkungsvektoren auch indirekte Wirkungen des Gesetzes von grosser Bedeutung. Im Zentrum steht die Wirkung, welche über die Versicherer auf die Versicherten ausgeübt wird, indem der Bund die Versicherungsprämien genehmigt und den „Leistungskatalog“ in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung festlegt. Ebenfalls indirekt über die Versicherer wirkt das Gesetz auf die ambulanten Leistungserbringer durch die Zulassung von Managed-Care-Modellen ein, mit welchen Versicherte durch Beschränkung der freien Wahl des Leistungserbringers ihre Prämienbelastung individuell reduzieren können. Starke indirekte Wirkung übt das Gesetz schliesslich über die Kantone auf die stationären Leistungserbringer aus, indem Erstere zur Spital- und auch Pflegeheimplanung verpflichtet werden.

D 1.3: Wirkungsmatrix zum Ziel „Kostendämpfung“

Instrumente	Adressaten			
	Kanton	Versicherer	PatientInnen/ Versicherte	Leistungserbringer
Freie Wahl des Versicherers	–	[indirekt: Wettbewerbsdruck]	Möglichkeit, den Versicherer frei zu wählen	[indirekt: Wettbewerbsdruck auf Versicherer wird durch diese weitergegeben]
Spitalplanung	Pflicht zur Spitalplanung	[indirekt: Einschränkung der Leistungspflicht]	[indirekt: Einschränkung des Angebots an stationären Leistungserbringern]	[indirekt: Druck auf verstärkte Wirtschaftlichkeit]
Managed Care/ Franchise	–	Zulassung von differenzierten besonderen Versicherungsformen	[indirekt: Angebotsvarianten]	–
Finanzierungsvorschriften	Genehmigung von Tarifverträgen	Vorschriften und Kontrolle der Verwaltungskosten	Kostenbeteiligung	–
Aufsichtsfunktion/Prämien genehmigung	–	Genehmigung der Prämien	Markttransparenz [indirekt: angemessene Prämienhöhe]	–

Als wichtigste Projekte der Wirkungsanalyse im Themenbereich „Kostendämpfung“ sind Untersuchungen zum Verhalten der Versicherten, zu den Massnahmen bei der Spitalplanung, zu Versicherungsmodellen und Tarifen zu nennen.

Konflikte zwischen den drei globalen Zielsetzungen

Bisher wurden die Fragestellungen von den drei Hauptzielen des neuen KVG ausgehend betrachtet. Es versteht sich aber von selbst, dass die erwähnten Massnahmen kaum je ausschliesslich auf ein einziges der drei Ziele einwirken. Ebenso offensichtlich ist, dass die drei Ziele in einem Spannungsverhältnis zueinander stehen. Bedeutend ist sicherlich der Gegensatz zwischen dem *Solidaritätsziel* und jenem der *Kostendämpfung* im Hinblick auf die Breite der Leistungspalette. Ist der Leistungsumfang in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gross, wird das Solidaritätsziel besser erreicht, wogegen das Kostendämpfungsziel zurückgestellt wird. Je stärker dagegen die Einschränkungen des Leistungsangebots sind, desto geringer sind die Kosten. Gleichzeitig könnte aber das Ziel der Solidarität beeinträchtigt werden, weil ältere oder wenig mobile Menschen in Randregionen benachteiligt würden. Bei der Kostenbeteiligung ist ebenfalls zu erwarten, dass mit zunehmender Höhe eine kostendämpfende Wirkung eintritt. Diese geht jedoch auf Kosten der Solidarität, weil sich nur Wohlhabende eine hohe Kostenbeteiligung leisten können. Schliesslich dürfte der erhöhte Konkurrenzdruck unter den Versicherern zu Versuchen der Risikoselektion führen.

Ein latenter Gegensatz besteht auch zwischen dem Ziel einer *angemessenen Leistungsversorgung* und jenem der *Kostendämpfung*. Einschränkungen bei der Definition von Leistungen können dem Ziel der allgemeinen Zugänglichkeit zu Leistungen hinderlich sein, dafür aber Kostenwirksamkeit entfalten und umgekehrt. Zwar gibt es etwa bei der

Ärztedichte ohne Zweifel einen Sättigungsgrad. Dieser wird jedoch von verschiedenen demografischen, ökonomischen und kulturellen Variablen beeinflusst, und die Beurteilung der Sättigung ist akteurabhängig.

Am wenigsten Widersprüche sind dagegen zwischen den Zielen der *Solidarität* und der *angemessenen Versorgung* mit qualitativ hochstehenden Gesundheitsleistungen zu erwarten. Je besser die Versorgung gewährleistet ist, desto wahrscheinlicher können auch Solidaritätsziele erreicht werden. Wenn hingegen der Zugang zu Leistungen eingeschränkt wird (z. B. durch die Spitalplanung oder die Verpflichtung zu Managed Care), könnte dies auf bestimmte Patientengruppen unsolidarische Wirkungen haben.

Die Zielkonflikte in den verschiedenen Regelungsbereichen legen es dem Gesetzgeber nahe, einen Gleichgewichtszustand zwischen den drei Hauptzielen anzustreben. Die Wirkungsanalyse nahm die Frage der Zielkonflikte systematisch auf und stellt daher diesbezüglich eine wichtige Informationsgrundlage dar.

Querschnittsthemen zu den veränderten Akteurrollen

Wurde bisher die Wirkungsanalyse von den Zielsetzungen des KVG her angegangen, so wurde in verschiedenen Querschnittsprojekten der Fokus auf die Akteure beziehungsweise Akteurgruppen gerichtet. Das Gesetz hat aber auch die Rollen der Akteure verändert. Zentrale Fragestellungen aus dieser Querschnittsperspektive sind auf die Wirkungen des Gesetzes auf das Kräftefeld der Akteurgruppen gerichtet. Wie wirken sich die verschiedenen Massnahmen diesbezüglich aus? Verhalten sich die Akteure entsprechend der marktwirtschaftlichen Doktrin? Und wo bestehen allfällige Markthemmnisse? Wie verändern sich die Finanzflüsse zwischen den Akteurgruppen? Die Projekte zu den Auswirkungen des KVG auf die Leistungserbringer, auf die Versicherer und auf die Versicherten beschäftigen sich mit diesen Themen (Hammer et al. 2001b; Hammer et al. 2001a; Peters et al. 2001).

Fragestellung ausserhalb der Wirkungsanalyse KVG

Obwohl im Rahmen der Wirkungsanalyse KVG 25 Untersuchungen erarbeitet wurden, mussten zahlreiche Fragen offen bleiben. Die Wirkungsanalyse KVG des BSV hat in erster Linie zentrale Themenbereiche aus der Sicht des Bundes abgedeckt. Die Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK) hat 1998 ebenfalls ein Evaluationsprogramm in Aussicht genommen, dieses allerdings bis heute nur zum Teil realisiert. Der Leitende Ausschuss der Wirkungsanalyse des BSV hat bewusst alle Fragen ausgeschlossen, welche Auswirkungen des KVG auf die Gesundheit der Versicherten betreffen. Für diese Thematik wird auf die Arbeiten des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) verwiesen, welches jährlich einen Bericht über den Gesundheitszustand der Bevölkerung veröffentlicht, der Fragen der Auswirkungen des KVG auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung tangiert. Das Bundesamt für Statistik (BFS) führt zudem Studien im Bereich der Analyse des Gesamtangebots des Gesundheitswesens durch. Das BSV war bestrebt, für den vorliegenden Synthesebericht alle verfügbaren Unterlagen zu berücksichtigen.

Dennoch bleiben aber viele wichtige Fragen offen. Einige davon sind in Abschnitt 5.3 zusammengestellt. Das BSV beabsichtigt daher, die Wirkungsanalyse des KVG weiterzuführen.

1.2.3 Organisation der Wirkungsanalyse

Die Organisation der Wirkungsanalyse lag in den Händen des „Leitenden Ausschusses Wirkungsanalyse KVG“. Dieser bestand aus Vertreterinnen und Vertretern des Bundesamtes für Sozialversicherung. Der Leitende Ausschuss war für die Festlegung von Schwerpunkten, für die fristgerechte Abwicklung und für die Information der Öffentlichkeit über das gesamte Projekt verantwortlich. Für die Realisierung der Projekte wurden in den Jahren 1997 bis 2001 insgesamt rund 1,5 Millionen Franken aufgewendet. Dem Ausschuss stand ein externer Evaluationsspezialist beratend zur Seite. Die einzelnen Projekte wurden von Evaluatorinnen und Evaluatoren von Hochschulen und privaten Instituten durchgeführt und – je nach Fragestellung – von Versicherern, Leistungserbringern und Kantonen sowie Vertretern der Wissenschaft begleitet. Alle Berichte wurden in der Reihe „Beiträge zur Sozialen Sicherheit“ des Bundesamtes für Sozialversicherung veröffentlicht (siehe Literaturliste).

1.3 Aufbau des Syntheseberichts

Mit dem vorliegenden Bericht werden die Ergebnisse dieser Untersuchungen zusammengefasst. Zuerst werden der Vollzug und die Wirkungen der einzelnen Massnahmen des KVG dargestellt (Kapitel 2). Kapitel 3 wendet sich der Frage zu, ob und in welchem Umfang die drei Ziele des Krankenversicherungsgesetzes erreicht wurden. Kapitel 4 richtet den Blick auf die Akteure und klärt ab, ob und in welchem Umfang diese ihren Handlungsspielraum zur Erreichung der Ziele des Gesetzes genutzt haben. Kapitel 5 fasst die Ergebnisse zusammen und stellt die Frage, ob sich die konzeptionellen Grundlagen des KVG bewährt haben. Den Abschluss der Ausführungen bildet eine Wertung der Empfehlungen der Expertinnen und Experten durch das Bundesamt für Sozialversicherung in Kapitel 6.

2. Was haben die einzelnen Massnahmen des KVG gebracht?

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Wirkungsanalyse bezüglich der einzelnen Massnahmen dargestellt, welche mit dem Krankenversicherungsgesetz eingeführt wurden. Eine erste Säule des Gesetzes stellt das *Obligatorium* in der Krankenpflegeversicherung dar (Abschnitt 2.1). Das Obligatorium wird ergänzt durch vom Bundesamt für Sozialversicherung *genehmigte Einheitsprämien* für Erwachsene, Jugendliche und Kinder (Abschnitt 2.2). Die Prämienhöhe unterscheidet sich nur zwischen den Versicherern und den Regionen, nicht aber nach Alter und Geschlecht. Diese Massnahme stellt eine wichtige Voraussetzung für die Solidarität in der Krankenversicherung dar. Damit wird verhindert, dass gesunde Versicherte innerhalb einer Versicherung eine eigene Risikogruppe bilden können – mit den entsprechenden Prämien erhöhungen für die übrigen Versicherten.

Die *volle Freizügigkeit* ermöglicht es allen Versicherten, die weiterhin bestehenden Prämien differenzen zwischen den Versicherern auszunutzen und zu einem günstigeren Versicherer zu wechseln (Abschnitt 2.3). Sie soll zu einem Wettbewerb unter den Versicherern führen, welche ihrerseits den Konkurrenzdruck an die Leistungserbringer weitergeben. Weiter wurde ein *Risikoausgleich* unter den Krankenversicherern eingerichtet, welcher alters- oder geschlechtsspezifische Kostenunterschiede zwischen den Risikogemeinschaften der Versicherer ausgleichen soll (Abschnitt 2.4).⁶ Zudem wurden die allgemeinen Subventionen für sämtliche Versicherte zu Gunsten eines Systems individueller *Prämienverbilligung* aufgehoben in der Absicht, Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen gezielt zu entlasten (Abschnitt 2.5). Schliesslich wurde festgelegt, dass die *Spitalfinanzierung* aus Gründen der Solidarität zum Teil durch die Kantone, das heisst also aus Steuermitteln, erfolgen soll (Abschnitt 2.6).

Auf der Leistungsseite wurde der *Leistungsbereich* der obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Gesetz festgelegt (Abschnitt 2.7). Insbesondere wurden eine zeitlich unbeschränkte Leistungspflicht bei einem Aufenthalt im Spital und die Übernahme von präventivmedizinischen Leistungen und von Pflegemassnahmen ausserhalb des Spitals – im Sinne der Abschaffung von Anreizen für einen Spitalaufenthalt – eingeführt. Gleichzeitig wurde das Vertrauensprinzip bezüglich Leistungen beibehalten: Alle durch eine Ärztin oder einen Arzt erbrachten oder verordneten Leistungen werden durch die Krankenversicherung übernommen, es sei denn, sie seien von der Seite der Krankenversicherer oder der Leistungserbringer umstritten. In diesen Fällen entscheidet das Eidgenössische Departement des Innern auf Antrag der Eidgenössischen Leistungskommission über die Vergütungspflicht der Krankenversicherer. Für alle Leistungen ausser den ärztlichen Untersuchungen und Behandlungen sowie Behandlungen durch Chiropraktorinnen und Chiropraktoren, das heisst also für Prävention, Mutterschaft, Zahnmedizin, Physio- und Ergotherapie, Krankenpflege im Pflegeheim oder zu Hause, Ernährungs- und Diabetesberatung, Logopädie, Mittel und Gegenstände, Analysen und Arzneimittel, gelten Positivlisten. Für Arzneimittel, Analysen sowie Mittel und Gegenstände enthalten diese zusätzlich

⁶ Der Risikoausgleich wurde mit dringlichem Bundesbeschluss schon per 1. Januar 1993 eingeführt, um die erwähnte Entsolidarisierung unter dem alten Kranken- und Unfallversicherungsgesetz von 1911 (KUVG) zu stoppen.

Tarife oder Preise. Weiter wurde dem Bundesrat die Kompetenz erteilt, *Qualitätssicherungsmassnahmen* einzuführen (Abschnitt 2.8).

Zur Kostendämpfung wurden im Gesetz sowohl wettbewerbliche Elemente als auch staatliche Steuerungsmassnahmen verankert. Die volle Freizügigkeit und die Konkurrenz unter den Krankenversicherern sollen den Wettbewerb verschärfen. Der Wettbewerbsdruck äussert sich hier durch eine entsprechend harte Haltung bei den *Tarifverhandlungen* mit den Leistungserbringern beziehungsweise deren Verbänden (Abschnitt 2.9). Die Versicherten können neu besondere Versicherungsformen wählen, welche beispielsweise Anreize für eine kostengünstige und effektive Behandlung beinhalten. Sie verzichten in diesem Fall auf die freie Wahl des Leistungserbringers zu Gunsten eines Prämienrabatts (Abschnitt 2.10).

Staatliche Steuerungsmassnahmen stellen die für den Wettbewerb notwendige Transparenz her oder greifen direkt in den Wettbewerb ein. Zur ersten Gruppe gehören insbesondere einheitliche Prämien und ein – innerhalb der oben genannten Grenzen – einheitlicher Leistungsumfang. Die Pflicht zur kantonalen *Spitalplanung* stellt einen direkten Eingriff in den Wettbewerb dar (Abschnitt 2.11). Auf Grund einer bedarfsgerechten Planung sollen die Kantone dafür sorgen, dass die Bedürfnisse abgedeckt, gleichzeitig aber keine Überkapazitäten aufrechterhalten oder aufgebaut werden.

Nachfolgend gehen wir auf die dargestellten Massnahmen im Einzelnen ein. Dabei stellen wir jeweils die Resultate der Wirkungsanalysen dar, halten die Empfehlungen der Expertinnen und Experten fest, skizzieren die Entwicklungen nach Abschluss der Untersuchungen und fassen die Einschätzung des Bundesamtes für Sozialversicherung zu den Vorschlägen der Expertinnen und Experten zusammen.

2.1 Versicherungsobligatorium

Gemäss Artikel 3 KVG ist die Krankenpflegeversicherung für die gesamte Bevölkerung obligatorisch. Das Versicherungsobligatorium für die Krankenpflegeversicherung gilt als wesentlicher Pfeiler der Solidarität zwischen Gesunden und Kranken, Jungen und Alten sowie zwischen höheren und tieferen Einkommensklassen. Nachfolgend wird die Frage nach dem Vollzug und nach der Wirksamkeit des Obligatoriums behandelt.

2.1.1 Ausgangslage

Die Einführung eines Versicherungsobligatoriums lässt sich gesundheitsökonomisch begründen (Breyer/Zweifel 1997, S. 160 ff.). Ausgehend von der Überlegung, dass es in einer reichen Gesellschaft nicht möglich sein wird, einem Schwerverkranken die Hilfe zu verweigern, auch wenn er nicht versichert ist, weisen Friedrich Breyer und Peter Zweifel auf die Trittbrettfahrerproblematik hin. Da die Rechnungen sowieso bezahlt werden, würden die Individuen jeglichen Anreiz verlieren, sich durch Abschluss einer Krankenversicherung selbst gegen das Krankheitsrisiko abzusichern. Mit dem Verzicht auf Versicherung sparen sie die Prämienausgaben ein und können – solange sie gesund bleiben – ein höheres Konsumniveau geniessen. „Wird der Personenkreis, der die von der Gesellschaft finanzierte Gesundheitsversorgung ausnutzt, zu gross, dann wird dieses System überfordert und seinem eigentlichen Zweck, denen zu helfen, die sich nicht selber helfen können, entfremdet. Um es vor der beschriebenen Ausbeutung durch ‚Trittbrettfahrer‘ zu bewahren, könnte das Prinzip der kostenlosen Behandlung von Bedürftigen durch dasjenige des Versicherungszwangs ersetzt werden. Alternativ könnte auch eine

hinreichend starke staatliche Subvention der Versicherungsprämien für Bedürftige denselben Zweck erfüllen“ (Breyer/Zweifel 1997, S. 161).

Mit der Einführung des Obligatoriums für die Krankenpflegeversicherung und der Prämienverbilligung für Personen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen hat das Krankenversicherungsgesetz beide Strategien kombiniert. In diesem Abschnitt gehen wir nun der Frage nach, wie die Versicherungspflicht durchgesetzt wurde und ob es auf diesem Weg gelungen ist, die Solidarität zu stärken.

2.1.2 Resultate der Wirkungsanalyse

Für die Kontrolle der Versicherungspflicht sind die Kantone zuständig (Art. 6 KVG). Sie können diese Aufgabe ganz oder teilweise an die Gemeinden delegieren. Allerdings muss sichergestellt sein, dass die Bevölkerung über das Obligatorium informiert wird.

Eine systematische Analyse unterschiedlicher Vollzugsmodelle und deren Stärken und Schwächen wurde im Rahmen der Wirkungsanalyse nicht durchgeführt. In der Untersuchung über den Vollzug der Prämienverbilligung in den Kantonen Basel-Stadt, Luzern, Neuenburg, Genf, Zürich und Appenzell Ausserrhoden konnte jedoch festgestellt werden, dass zwar alle diese Kantone die Bevölkerung über die Versicherungspflicht informiert haben, dass die Kontrolle aber sehr unterschiedlich gehandhabt wird.

Im Kanton Neuenburg zum Beispiel wird die Kassenzugehörigkeit der bei der Einwohnerbehörde gemeldeten Bevölkerung permanent kontrolliert. Demgegenüber verfügen die Behörden im Kanton Genf über keine Angaben betreffend die Kassenzugehörigkeit der Bevölkerung, sodass die Einhaltung der Versicherungspflicht auch nicht überprüft werden kann.

Im Kanton Zürich hat die Gesundheitsdirektion 1996 die Einhaltung der Versicherungspflicht kontrollieren lassen. Dazu wurden die Listen der Einwohnerkontrollen der Gemeinden mit den Mitgliederlisten der Krankenversicherer verglichen. Diejenigen Personen, die in einer Zürcher Gemeinde angemeldet waren, jedoch auf keiner Liste der Krankenversicherer aufgeführt waren, wurden angeschrieben. Diejenigen Personen, die sich nicht für Krankenpflege versichern wollten, wurden zwangsweise einem Krankenversicherer zugewiesen, sofern sie sich nicht befreien konnten. Bei einem Bestand von rund 1'190'000 Versicherten wurden 1998 1'640, 1999 1'140 und 2000 861 Personen einem Versicherer zugewiesen. Die Zwangszuweisung zu einem Krankenversicherer wurde vorgenommen, wenn die Versicherungspflichtigen nicht innerhalb einer Frist von drei Monaten bei der Wohngemeinde den Nachweis einer bereits bestehenden Versicherung für Krankenpflege in der Schweiz erbringen konnten. Es gilt zu beachten, dass jeweils 30 bis 40 Prozent der von der Zwangszuweisung betroffenen Personen nach Erhalt der Zuweisungsverfügung den Nachweis einer bereits bestehenden Krankenversicherung erbracht haben. Diese Zuweisungen wurden in der Folge aufgehoben.

Im Kanton Luzern wurde 1996 keine Überprüfung des Bestandes vorgenommen. Hingegen kontrollieren die Gemeinden bei Neugeborenen sowie Zuzügerinnen und Zuzüger die Einhaltung der Versicherungspflicht laufend. Bei einer Bevölkerung von rund 350'000 Personen mussten im Jahr 2000 42 Zwangszuweisungen vorgenommen werden. Bei diesem Verfahren wurde auch im Kanton Luzern die Erfahrung gemacht, dass doch noch eine Versicherung „auftauchte“. Zwangszuweisungen sind daher vielfach nicht nur mit sehr aufwändiger und mühsamer, sondern auch mit vergeblicher Arbeit verbunden.

Grundsätzlich gilt es festzuhalten, dass schon unter dem früheren Gesetz rund 97 Prozent der schweizerischen Wohnbevölkerung versichert waren. Die Versicherung erfolgte zum

Teil auf freiwilliger Basis, zum Teil auf Grund kantonaler Obligatorien und zum Teil, da Arbeitgeber den Beitritt in Kollektivverträge vorschrieben. Dennoch bedeutet die Einführung des Obligatoriums für die ganze Wohnbevölkerung einen wesentlichen qualitativen Unterschied zur alten Ordnung: Einerseits ist es heute nicht mehr möglich, dass „schlechte Risiken“, wie sie zum Beispiel alte Menschen oft darstellen, aus Kostengründen auf eine Versicherung verzichten (müssen). Andererseits können sich „gute Risiken“ – das heisst im Allgemeinen jüngere Leute mit guter Gesundheit – der Solidarität, die im Rahmen der Krankenpflegeversicherung besteht, nicht mehr entziehen. Sie gehören obligatorisch zur Versichertengemeinschaft und sind damit verpflichtet, die im Rahmen der Krankenpflegeversicherung entstehenden Kosten mitzutragen. Sie können nicht mehr, wie das bei der früheren Regelung möglich gewesen ist, ihr eigenes Risiko selber tragen oder sich bei einer privaten Versicherungsgesellschaft günstiger versichern (Bandi 1999).

Verschiedene Kantone stellen den Nutzen der Überprüfung der Versicherungspflicht allerdings in Frage, obwohl sie sich bewusst sind, dass es sich dabei um eine bundesrechtlich vorgeschriebene Aufgabe handelt. Sie argumentieren, dass sich der Aufwand angesichts der geringen Zahl von Personen, welche nicht versichert sind, nicht lohne. Zudem würden sich – zum Beispiel beim Rückgriff auf Angaben der Krankenversicherer – Fragen des Datenschutzes stellen, welche bis heute zum Teil ungeklärt geblieben sind. Dagegen ist allerdings einzuwenden, dass Artikel 82 ff. KVG eine eindeutige gesetzliche Grundlage für den Austausch relevanter Daten bildet.

Trotz diesen Vorbehalten steht die grundsätzliche Bedeutung des Obligatoriums auch bei den Kantonen nicht zur Diskussion. Sie wurde durch den „Fall Visana“ offensichtlich. 1998 hat sich dieser Krankenversicherer aus acht Kantonen zurückgezogen. Betroffen waren rund 104'000 Krankenversicherte. Die Mehrheit der Versicherten hat sich selbstständig einem neuen Versicherer angeschlossen. Schätzungsweise 7'000 Personen mussten von den Kantonen zugeteilt werden. Die Zuteilung erfolgte nach dem Zufallsprinzip durch die kantonalen Aufsichtsstellen. Trotz des beträchtlichen Aufwands bei Kantonen und Gemeinden traten keine grösseren Probleme beim Kassenwechsel ehemaliger Visana-Versicherter auf. In Einzelfällen kam es vor, dass Versicherer neuen Mitgliedern Aufnahmebestätigungen erst spät zustellten, sodass von den Behörden unnötige Zuteilungen eingeleitet wurden. Vereinzelt wurden Familienmitglieder und Ehepaare verschiedenen Versicherern zugeteilt, oder es wurden auf Grund veralteter Daten Personen, welche gar nicht mehr im zuständigen Kanton Wohnsitz hatten, einem Versicherer zugeteilt. Trotz diesen Schwierigkeiten sind die Verantwortlichen der Ansicht, dass der Transfer angesichts des für Kantone und Gemeinden grossen Aufwandes und der knappen Zeitspanne erfolgreich verlaufen ist. Die Zusammenarbeit zwischen den Kantonen, dem BSV und den betroffenen Versicherern wurde als konstruktiv geschildert.

2.1.3 Neueste Entwicklungen und offene Fragen

Das Versicherungsobligatorium wird heute kaum grundsätzlich in Frage gestellt. Dagegen ist der Umfang der Leistungen, welche in das Obligatorium eingeschlossen werden sollen, politisch umstritten (vgl. dazu Abschnitt 2.7). Wirtschaftsliberale Kreise fordern gar, die obligatorische Krankenpflegeversicherung nur noch für Grossrisiken vorzusehen und die ganze ambulante Medizin, die Psychotherapie, Physiotherapie, Alternativmedizin, Abdeckung der Pflegebedürftigkeit im Alter, Operationen über einer bestimmten Altersgrenze usw. der freiwilligen Versicherung zu überlassen (Nef 2000, S. 24). Das Resultat der Volksabstimmung vom 26. November 2000 zur Initiative „für tiefere Spitalkosten“ (Denner-Initiative) zeigt jedoch, dass das Obligatorium in der heutigen Ausgestaltung von

der Bevölkerung als wichtiger Bestandteil der Sozialversicherung anerkannt wird. Diese Volksinitiative wollte die obligatorische Krankenpflegeversicherung auf die Spitalleistungen beschränken. Der grosse Rest wäre nicht mehr gedeckt gewesen. Die Initiative wurde mit einem Nein-Stimmen-Anteil von 82 Prozent deutlich verworfen. Dieses Resultat wird auch von der repräsentativen Versichertenbefragung bestätigt, welche 2000 im Rahmen der Wirkungsanalyse KVG durchgeführt wurde. Der Umfang des „Leistungskatalogs“ wurde von der Hälfte der Befragten (49,9 Prozent) als gut bezeichnet. Rund zwei Fünftel der Versicherten (38 Prozent) waren für einen Ausbau der Leistungen in der Krankenpflegeversicherung. Zu Gunsten eines Abbaus des „Leistungskatalogs“ äusserten sich lediglich 6,9 Prozent der Befragten (Peters et al. 2001).

Offene Fragen bestehen gegenwärtig im Zusammenhang mit dem Vollzug der Kontrolle der Versicherungspflicht im Zuge der Inkraftsetzung des Abkommens über den freien Personenverkehr mit der Europäischen Union. Vor allem ist dafür zu sorgen, dass es gelingt, jene Bevölkerungsgruppen zu erfassen, welche durch die bilateralen Verträge der Schweiz mit der Europäischen Union neu der Versicherungspflicht unterstellt sind. Gemäss dem Abkommen sind verschiedene Personengruppen neu der schweizerischen Krankenversicherung zugewiesen.⁷ Dies hat zur Folge, dass diese in der Schweiz versicherungspflichtig sind. Je nach Wohnland gelten Ausnahmen, wonach die betroffenen Personen nach Wunsch im Wohnland krankenversichert bleiben können. Für die Durchführung der Obligatoriumskontrolle sieht die gesetzliche Grundlage vor, zwischen Personen mit einem aktuellen Anknüpfungspunkt an einen bestimmten Kanton und Personen ohne aktuellen Anknüpfungspunkt an die Schweiz zu unterscheiden. Für Erstere sind die Kantone, für Letztere ist der Bund zuständig. Mit der Änderung vom 3. Juli 2001 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) wird neu geregelt, wie die betroffenen Personen über ihre Versicherungspflicht informiert werden und wie ihr Beitritt zur Krankenversicherung kontrolliert wird.

2.2 Einheitsprämie und Prämien genehmigung

Im KVG gilt neu eine Einheitsprämie, das heisst es dürfen in der Krankenpflegeversicherung keine Prämienunterschiede mehr zwischen den Geschlechtern und verschiedenen Altersgruppen und ebenso wenig irgendwelche Vorbehalte gemacht werden. Dieser Grundsatz stärkt das Solidaritätsprinzip des Gesetzes.

2.2.1 Ausgangslage

Mit der Einführung des Krankenversicherungsgesetzes wurde das System der Kopfprämien des Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes (KUVG) beibehalten. Hingegen wurde das nach Eintrittsalter abgestufte Prämiensystem aufgehoben. Damit gilt für erwachsene Versicherte eine Einheitsprämie, unabhängig von Geschlecht und Alter. Tiefere Prämien dürfen grundsätzlich nur noch für Kinder und Jugendliche festgesetzt werden. Die Prämien unterscheiden sich jedoch nach Regionen und spiegeln das unterschiedliche Kostenniveau wider. Dabei konnten die Versicherer bisher innerhalb der

⁷ Diese Personengruppen sind: In der Europäischen Union wohnhafte Grenzgängerinnen und Grenzgänger und deren nicht erwerbstätige Angehörige, Rentnerinnen und Rentner mit einer schweizerischen Rente, nicht erwerbstätige Familienangehörige von Kurz- und JahresaufenthalterInnen, Familienangehörige von Niedergelassenen sowie Bezügerinnen und Bezüger einer Leistung der schweizerischen Arbeitslosenversicherung und deren nicht erwerbstätige Familienangehörige.

Kantone die Grenzen der Prämienregionen frei bestimmen, wobei die Festlegung nach den ausgewiesenen regionalen Kostenunterschieden und nicht nach kommerziellen Überlegungen erfolgen muss.

Die Einführung der Einheitsprämie stärkt die Solidarität zwischen gesunden und kranken Versicherten. Da die Versicherer keine risikogerechten Prämien mehr belasten können, setzt die Einheitsprämie allerdings auch Anreize, Risikoselektion zu betreiben, das heisst möglichst „gute Risiken“ anzuziehen und die „schlechten Risiken“ loszuwerden. Diese Anreize werden vor allem mit dem Risikoausgleich eingedämmt.

Die Festlegung der Prämien durch die Versicherer geschieht in zwei Schritten: Die Versicherer reichen im Spätsommer ihre Prämienvorstellungen beim BSV ein, welches die Prämien im Herbst für das Folgejahr genehmigen muss. Für die jährliche Berechnung der Prämien des kommenden Jahres stützen sich die Versicherer auf die zu erwartenden Prämieinnahmen (inkl. Rabatte für Wahlfranchisen und besondere Versicherungsformen), die laufenden Kosten für zu vergütende Leistungen, die Reserven und Rückstellungen (finanzielle Mittel zur Vergütung bereits erfolgter oder begonnener Leistungen aus dem Vorjahr) sowie auf den geplanten administrativen Aufwand (inkl. Werbung). Ein Gewinn darf aus der sozialen Krankenversicherung nicht erwirtschaftet werden.

Die Prämien genehmigung geht selten ohne harte Verhandlungen zwischen den Versicherern und dem BSV vonstatten. Von Seiten der Versicherer wird die Prämien genehmigung als wenig transparent oder politisch motiviert kritisiert und die vom BSV angewandte Methode zur Genehmigung der Krankenversicherungsprämien beanstandet. Schliesslich wird dem BSV vorgehalten, es verfüge nicht über die nötigen personellen Ressourcen und technischen Voraussetzungen, um die Angaben der Versicherer zu prüfen und die Prämien genehmigung korrekt vorzunehmen. Andererseits kritisiert das BSV die Prognosen, auf die sich die Versicherer stützen, und zweifelt gelegentlich daran, ob der Risikoausgleich richtig berücksichtigt wird. Umstritten ist auch die Höhe der Reserven, welche die Versicherer in die Rahmenplanung einbeziehen.

2.2.2 Resultate der Wirkungsanalyse

Im Rahmen der Wirkungsanalyse KVG wurden die Themenbereiche der Einheitsprämie und Prämienfestsetzung häufig angesprochen, vor allem im Projekt über die kantonalen Kostendifferenzen (Rüefli/Vatter 2001), in der Versichertenbefragung (Peters et al. 2001), im Projekt zu den Auswirkungen des KVG auf die Versicherer (Hammer et al. 2001a) und in jenem über den Risikoausgleich (Spycher 1999). Ein Projekt, das die Prämien genehmigung als solches evaluierte, wurde bisher nicht realisiert. Hingegen kann auf eine früher im Auftrag des BSV verfasste Expertise zurückgegriffen werden, welche das Verfahren der Prämien genehmigung begutachtete und vor allem technische und organisatorische Verbesserungen empfahl (Schmid 1997).

Gemäss dieser Expertise erwies sich bei der Einheitsprämie die Möglichkeit der Versicherer, die Grenzen ihrer Prämienregionen weitgehend frei festzulegen, als teilweise problematisch, weil sich für sie Chancen der Risikoselektion eröffnen. So kann ein Versicherer beispielsweise Gemeinden mit einer „ungünstigen“ Risikostruktur eng und gezielt aussondern und einer bestimmten Prämienregion zuschlagen.

Ein zweites Problem steht im Zusammenhang mit der Möglichkeit der Versicherten, eine höhere Jahresfranchise zu wählen und so auf ihre Prämie einen Rabatt zu erhalten. Es besteht nämlich die Vermutung, dass vor allem Gesunde mit entsprechend tiefen Gesundheitskosten von dieser Möglichkeit Gebrauch machen. Um negative Effekte dieser Option auf die Solidarität zu vermeiden, wollte der Bundesrat die Höhe dieser Rabatte begrenzen

(Botschaft vom 6. November 1991, BBl 1992 I 194 f.). Vor allem von Versicherern wird hingegen eine Erhöhung der Rabatte gefordert, da hohe Wahlfranchisen grosse Einsparungen ermöglichten. Eine Studie des BSV zeigt zwar, dass die Kosten von Versicherten mit Wahlfranchise tatsächlich unter den Prämieeinnahmen liegen (BSV 2000a). Sie musste jedoch offen lassen, welcher Anteil der Einsparungen aus einer Risikoselektion resultiert (in der Regel wählen gesunde Versicherte eine hohe Wahlfranchise) und welcher auf tatsächliche Verhaltensänderungen der Versicherten zurückzuführen ist.

2.2.3 Empfehlungen der Expertinnen und Experten

Zum Vollzug der Prämiegenehmigung wurde in der erwähnten Expertise eine Reihe technischer Vorschläge und Empfehlungen gemacht. So wurde festgehalten, dass die von den Versicherern zur Verfügung gestellten Dokumente vervollständigt werden müssten. Die Verwaltungskosten seien detailliert auszuweisen, Reserven, Provisionen und Durchschnittsalter der Versicherten vom Kanton festzulegen. Um logische und materielle Inkohärenzen bei den Daten der Krankenversicherer zu lokalisieren, sei ein standardisiertes Raster mit den relevanten Annahmen und Parametern bereitzustellen. Die Verwendung der Daten zum Risikoausgleich sei zu vereinheitlichen: Die Einnahmen und Ausgaben aus den besonderen Versicherungsformen müssten Berücksichtigung finden.

Das Projekt, welches die Auswirkungen des KVG auf die Versicherer behandelte und sich dabei vor allem auf die Sichtweise der Versicherer abstützte, empfahl, die Prämiegenehmigung generell analysieren zu lassen und dem Vorwurf der politischen Einflussnahme des BSV auf die Prämiegestaltung nachzugehen. Ebenso wurde in dieser Studie vorgeschlagen, dass bei einem Versichertenwechsel eine Übertragung der Reserveanteile zu prüfen sei, da die Versicherten mit ihren Prämien zur Äufnung der Reserven beigetragen hätten. Schliesslich solle die Forderung einiger Versicherer nach Erhöhung der maximalen Wahlfranchisen und nach entsprechender Gewährung grösserer Rabatte geprüft werden.

In der Wirkungsanalyse des Risikoausgleichs wurde empfohlen, die technische Voraussetzung zu schaffen, um exakt überprüfen zu können, ob die Versicherer den Risikoausgleich bei der Prämienberechnung korrekt berücksichtigen.

2.2.4 Neueste Entwicklungen und offene Fragen

Das Bundesamt für Sozialversicherung hat die technischen und organisatorischen Empfehlungen inzwischen entweder umgesetzt oder konkretisiert. Der Umstand, dass die Berechnungen der Prämien immer auf der Basis von Schätzungen erfolgen müssen, ist systemimmanent und lässt sich nicht ändern.

Eine Weiterentwicklung der Prämiegenehmigung erfolgte auch mit Änderung des KVG infolge von kantonalen Interventionen. Neu haben die Kantone bei der Beurteilung der Prämieeingaben eine direkte Beteiligung und erhalten Einsicht in die eingereichten Dokumente (Art. 21a KVG). Damit erhält das BSV eine grössere Informationsbasis, um bei den Versicherern intervenieren zu können.

Die Freiheit der Versicherer, ihre Prämienregionen in den Kantonen selbst festzulegen, wird mit der zweiten Teilrevision des KVG eingeschränkt, indem die Prämienregionen innerhalb der Kantone neu für alle Versicherer einheitlich vorgegeben werden (voraussichtlich ab 1. Januar 2003 wirksam). Damit soll verhindert werden, dass mit dem Festlegen der Regionen Risikoselektion betrieben wird. Zudem wird die Transparenz der Kosten in einer Prämienregion erhöht, was dem BSV direkte Vergleiche zwischen den Versicherern ermöglicht.

Die maximalen Prämienrabatte, welche für eine wählbare höhere Jahresfranchise gewährt werden, wurden eingeschränkt – im Gegensatz zur Empfehlung der Studie (Hammer et al. 2001a), welche die Forderung von Versicherern nach einer Erhöhung unterstützt. Einer befürchteten Entsolidarisierung soll so entgegengewirkt werden. Unklar bleibt, welchen Beitrag die Wahlfranchisen an die Kosteneindämmung leisten, da die Versicherten jedes Jahr wieder zur ordentlichen Franchise zurückkehren können, wenn grössere Kosten erwartet werden. Die Frage des Beitrags der Wahlfranchise zum Kostenziel ist empirisch zu prüfen. Eine massive Erhöhung der Prämienrabatte und der Jahresfranchise würde letztlich das solidarische Moment im Versicherungsobligatorium und die Einheitsprämie untergraben, da es zu einer Zweiteilung der Versicherten in eine erste Gruppe, die auf Grund ihres Gesundheitszustands eine gewisse Höhe jährlicher Kosten nicht vermeiden kann und entsprechend hohe Prämien zu bezahlen hat, und in eine zweite Gruppe, die sich auf Grund ihres guten Gesundheitszustands zu tiefen Prämien bloss für Grossrisiken versichert, kommen würde.

Um die Akzeptanz im Zusammenhang mit der Prämien genehmigung zu erhöhen und die Diskussion auf einer sachlichen Basis führen zu können, wird das BSV diesen Bereich durch ein entsprechendes Projekt überprüfen lassen.

Was die Empfehlung betrifft, bei einem Versichererwechsel die Übertragung der Reserveanteile zu prüfen, so gilt es, zwischen individueller und gesetzlicher Reserve zu unterscheiden. Die gesetzliche Reserve dient dazu, die Zahlungsfähigkeit des Versicherers zu garantieren. Die Höhe wurde mit einer Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung per 1. Januar 1998 – auf Grund von Gutachten – für Versicherer ab 250'000 Versicherten von 20 Prozent auf 15 Prozent reduziert. Aus der individuellen Perspektive geht es hingegen um die Frage der von den Versicherten eingebrachten Reserveanteile. Hier muss zwischen freiwilligem und erzwungenem Wechsel des Versicherers unterscheiden werden: Bei einem freiwilligen Wechsel ist eine Übertragung von Reserveanteilen nicht sinnvoll, weil empirisch belegt ist, dass die Bereitschaft, den Versicherer zu wechseln, bei „guten Risiken“ deutlich höher ist und dass eine solche Übertragung somit einen doppelten Gewinn für den aufnehmenden zu Lasten des abgebenden Versicherers darstellen würde. Bei erzwungenem Wechsel hingegen (erwähnt sei das Beispiel der Visana, die sich aus einigen für sie teuren Kantonen zurückzog, sodass die Versicherten einem andern Versicherer zugewiesen werden mussten) sollten Reserven übertragen werden. Festzuhalten ist dabei, dass damit das Prinzip nicht durchbrochen wurde, weil die Reserven nicht an die Versicherten gebunden sind, sondern an die Versicherer gehen.

2.3 Volle Freizügigkeit

In Artikel 70 KVG ist die volle Freizügigkeit aller Versicherten geregelt. Danach muss der Versicherer jede versicherungswillige Person aufnehmen und darf dabei keine Vorbehalte anbringen. Dieses Prinzip stellt ein wichtiges Element des Solidaritätsziels dar.

2.3.1 Ausgangslage

Das Krankenversicherungsgesetz garantiert den Versicherten die volle Freizügigkeit, unabhängig von Alter, Geschlecht oder Gesundheitszustand, das heisst, die Versicherer sind verpflichtet, Versicherte vorbehaltlos aufzunehmen. Weder dürfen beitragswillige Personen abgewiesen noch Einschränkungen der Versicherungsleistungen in irgendeiner Form gemacht werden. Die Versicherer können also in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht mehr über ein unterschiedliches Leistungsangebot konkurrenzieren,

sondern allein über die Prämien, ihre Dienstleistungen (Information, speditive Abwicklung usw.) und über das Anbieten von besonderen Versicherungsformen. Die Versicherten können zweimal pro Jahr ohne Angabe von Gründen den Versicherer wechseln, sofern sie die drei- (Mitte Jahr) beziehungsweise einmonatige (Ende Jahr) Kündigungsfrist einhalten.

Die Gewährung voller Freizügigkeit verfolgt also zum einen das Ziel, die Solidarität zwischen Gesunden und Kranken zu stärken. Zum andern wird damit das Ziel verfolgt, die Kostenentwicklung dadurch indirekt zu bremsen, dass die Versicherten zu den effizientesten Versicherern wechseln.

Wenngleich die Bestimmung, den Versicherten volle Freizügigkeit zu gewähren, heute kaum von jemandem bestritten wird und entsprechend keines der Projekte im Rahmen der Wirkungsanalyse diese Frage fokussierte, wurde in vielen Teilprojekten das Verhalten – insbesondere das Wechselverhalten – der Versicherten thematisiert.

In der Versichertenbefragung (Peters et al. 2001) und im Projekt über die Information der Versicherten (Baur/Heimer 2001) interessierte das BSV, wie die Versicherten die Änderungen zwischen altem (KUVG) und neuem Gesetz (KVG) wahrnehmen, wie sie diese Änderungen bewerten, wie sie über ihr Recht auf volle Freizügigkeit informiert sind und inwiefern sich ihr Verhalten gegenüber den Versicherern verändert hat.

2.3.2 Resultate der Wirkungsanalyse

Der Informationsgrad über das Recht der freien Wahl des Versicherers in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erwies sich in der Versichertenbefragung als hoch: Die grosse Mehrheit fühlte sich gut informiert über die Kündigungsbedingungen, und über 80 Prozent wussten, dass der Versicherer in der Krankenpflegeversicherung frei gewählt werden kann.

Demgegenüber gaben 85 Prozent der Befragten an, seit der Einführung des KVG den Versicherer nie gewechselt zu haben. Dabei war die Wechselquote in der Romandie und bei den grösseren Haushalten (vier oder mehr Personen) höher als in der deutschsprachigen Schweiz beziehungsweise in Kleinhaushalten, was mit einem stärkeren Kostenbewusstsein auf Grund einer höheren Prämienbelastung erklärt wird. Zudem wechseln jüngere Versicherte eher als ältere. Trotz der relativ geringen Wechselbereitschaft betonen die Autoren des Berichts über die Versichertenbefragung, dass der Preis (Prämienhöhe) als Marktelement grundsätzlich greife.

Die eher geringe Bereitschaft der Bevölkerung, den Versicherer zu wechseln, wird auf eine starke Bindung an den bisherigen Krankenversicherer zurückgeführt. Als Grund für die Wahl des Versicherers wird in der Deutschschweiz Familientradition (Kassenzugehörigkeit der Eltern) am häufigsten genannt. Erst an zweiter Stelle folgt die Prämienhöhe, in der Romandie ist dies hingegen die häufigste Nennung, knapp vor der Familientradition. Als direkte Gründe dafür, bisher den Versicherer nicht gewechselt zu haben, gab knapp die Hälfte der Antwortenden an, mit dem Versicherer zufrieden zu sein. Rund ein Fünftel gaben zu, aus Gewohnheit, Tradition oder Bequemlichkeit sich bisher nicht zu einem Wechsel entschlossen zu haben.

Die Studie über die Information der Versicherten stellt fest, dass zur Qualität und Performance der Krankenversicherer kaum zuverlässige Informationen vorhanden sind. Die Informationen beschränken sich in der Regel allein auf den eigenen Versicherer und auf ein „Hörensagen“ über andere. Die Medien informieren nur vereinzelt über dieses Thema, am ehesten dann, wenn ein grösserer Versicherer in Schwierigkeiten gerate.

Obwohl in der Versichertenbefragung die meisten Befragten über ihr Recht auf volle Freizügigkeit Bescheid wussten, bestand, wie auch aus der Analyse von Anfragen bei Patienten- und Versichertenorganisationen (Faisst/Schilling 1999a) hervorging, bei vielen Versicherten wenig Klarheit über die Abgrenzung zwischen Grund- und Zusatzversicherung, insbesondere darüber, dass sie die Zusatzversicherung bei einem andern Versicherer abschliessen können als die obligatorische Krankenpflegeversicherung. Besonders ältere Personen können sich einen Wechsel der Zusatzversicherung wegen Vorbehalten oder Verweigerung kaum mehr leisten, während ihre meist auf versicherungsmathematischen Berechnungen basierenden Prämien für die Zusatzversicherung zum Teil massiv gestiegen sind. Oft befürchten sie auch Nachteile bei einem Wechsel der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, obwohl Grund- und Zusatzversicherung strikt getrennt sein müssen.

2.3.3 Empfehlungen der Expertinnen und Experten

Die Expertinnen und Experten mehrerer Studien kommen zum Schluss, dass die Freizügigkeit zu wenig genutzt werde. Sie führen diese Tatsache teilweise auf ungenügende Markttransparenz zurück.

Da die relativ geringe Wechselbereitschaft der Versicherten von den Verfassern der Studie über die Auswirkungen des KVG auf die Versicherer auf Informationsmangel zurückgeführt wird, wird empfohlen, verstärkt Öffentlichkeitsarbeit über die Freizügigkeit zu betreiben, um die Wanderungsquote zu erhöhen (Hammer et al. 2001a).

Allerdings sollten die bestimmenden Akteure des KVG – nach Meinung der Fachleute – ihr Augenmerk und ihre Informationstätigkeit nicht allein auf die Preise und Prämien, sondern auch auf Qualität und Performance der Versicherer richten. In der Wirkungsanalyse über den Risikoausgleich wird die Herausgabe eines „Produktwegweisers“ angeregt, um die Markttransparenz zu steigern und die Zahl der volkswirtschaftlich sinnvollen Wanderungen zu erhöhen (Spycher 1999). Demgegenüber stellt die Studie über die Information der Versicherten fest, es könne nicht Aufgabe von Bund oder Kantonen sein, Qualitätsvergleiche unter Wettbewerbern anzustellen (Baur/Heimer 2001). Vielmehr wird empfohlen, die Organisationen der Patientinnen und Patienten sowie der Versicherten personell und materiell in die Lage zu versetzen, solche Aufgaben wahrnehmen zu können.

2.3.4 Neueste Entwicklungen und offene Fragen

Der Grundsatz der vollen Freizügigkeit bildet zusammen mit dem Obligatorium und der Einheitsprämie eine Einheit und die Grundlage des KVG-Systems. Die volle Freizügigkeit wird kaum von einem Akteur ernsthaft in Frage gestellt. Daher besteht hier grundsätzlich auch kein Änderungsbedarf. Immerhin wurde der Wechsel des Versicherers am Jahresende vereinfacht und es wurde den Versicherern untersagt, die obligatorische Krankenpflegeversicherung und die Zusatzversicherungen organisatorisch oder in der Werbung zu verbinden.

Hingegen müssen die in den Forschungsberichten erkannten Informationsprobleme ernst genommen werden und weitere Anstrengungen zur Aufklärung der Versicherten über ihr Recht auf freien Wechsel betrieben werden. Zwar ist der Versichererwechsel kein Ziel an sich, bringt er doch auch hohe administrative Kosten mit sich. Doch „sinnvoller“ Wechsel, der darin besteht, dass die Versicherten mit der Zeit zu den effizientesten Versicherern wechseln, sollte durch Marktinformation gefördert werden.

2.4 Risikoausgleich

Ein wichtiges Element zur Stärkung der Solidarität zwischen den Versicherten ist der Risikoausgleich zwischen den Versicherern, der bereits mit den dringlichen Bundesbeschlüssen in den Neunzigerjahren eingeführt wurde.

2.4.1 Ausgangslage

Als „Kostenexplosion“ wurden seit den Achtzigerjahren die im Vergleich zu andern Kennzahlen stärker wachsenden Kosten des Gesundheitswesens bezeichnet. Es zeigte sich in der Folge dieser Entwicklung eine deutliche Tendenz zur Entsolidarisierung: Kassen mit einer finanziell günstigen Versichertenstruktur – das heisst mit „günstigen Versicherten“ – konnten tiefe Prämien anbieten und lockten damit tendenziell junge, gesunde und mobile Mitglieder an, wodurch sich ihre Versichertenstruktur weiter verbesserte. Demgegenüber blieben die „schlechten Risiken“ in ihren angestammten Kassen und führten dort zu einem verstärkten Prämien Schub. Diese als Risikoselektion bezeichnete Entwicklung stellte die Solidarität zwischen jungen und alten beziehungsweise gesunden und kranken Versicherten in Frage. Grundlage einer solchen Entsolidarisierung war die fehlende Freizügigkeit im Kranken- und Unfallversicherungsgesetz, welche es den Kassen ermöglichte, Versicherte nur mit einem Vorbehalt aufzunehmen und die Prämien von der Dauer der Zugehörigkeit zur Kasse abhängig zu machen. Für kranke (also „teure“) und ältere Versicherte war somit ein Kassenwechsel mit grossen Risiken verbunden.

Mit einem dringlichen Bundesbeschluss wurde auf den 1. Januar 1993 ein Risikoausgleich als „befristete Massnahme gegen die Entsolidarisierung in der Krankenversicherung“ eingeführt. Mit Inkrafttreten des KVG im Jahr 1996 wurde der Risikoausgleich als zeitlich befristete Massnahme vom Dringlichkeitsrecht ins ordentliche Recht übergeführt. Ziel des Risikoausgleichs ist es, den Versicherern in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung die Anreize für die Risikoselektion, das heisst die bewusste Auswahl „kostengünstiger Versicherter“, zu entziehen und damit den kostensenkenden Wettbewerb zwischen den Versicherern möglichst wenig zu verzerren und zu behindern. Denn Risikoselektion benachteiligt die „schlechten Risiken“, bindet Ressourcen, die für die Kostensenkungen eingesetzt werden könnten, und verschiebt lediglich Kosten zwischen Versicherern, statt Kosten zu senken. Sie widerspricht deshalb dem Solidaritätsziel des KVG und ist volkswirtschaftlich unerwünscht.

Im schweizerischen Risikoausgleich werden zwei Faktoren – Geschlecht und Alter – in die pro Kanton durchgeführte Berechnung einbezogen. In der gesundheitsökonomischen Literatur wird jedoch bemängelt, dass damit Faktoren mit einer wesentlich höheren Prognosestärke ausser Acht gelassen werden. Entsprechend wurden auf politischer Ebene mehrere Vorstösse für eine Änderung der Risikoformel gemacht. Im Vordergrund stand der Einbezug von Indikatoren zum Gesundheitszustand der Versicherten.

Allerdings gilt es, sich bei allen Vorschlägen für eine Änderung der Ausgleichsformel immer das Ziel des Risikoausgleichs in Erinnerung zu rufen, nämlich prognostizierbare Risiken, aber keinesfalls einfach anfallende Kosten auszugleichen. Ein Kostenausgleich würde nämlich die Anstrengungen der Versicherer zur Kostensenkung unterlaufen.

2.4.2 Resultate der Wirkungsanalyse

Im Rahmen der Wirkungsanalyse KVG wurden zwei Studien zum Risikoausgleich realisiert. In einer ersten Untersuchung ging es darum, Funktionsweise und Wirkungen des heutigen Risikoausgleichsmodells darzustellen (Spycher 1999). Neben dieser eigentlichen Wirkungsanalyse wurden in einer prospektiven Evaluation mögliche Auswirkungen

alternativer Ausgleichsformeln auf die Risikostruktur der Versicherer mittels Versichererdaten abgeschätzt (Spycher 2000). Mit den beiden Studien lassen sich Fragen der Effektivität des Instruments und Möglichkeiten einer Verbesserung klären.

Grundlagen des Risikoausgleichs

Das schweizerische Modell des Risikoausgleichs bezieht die zwei Faktoren Geschlecht und Alter in die Berechnung ein. Der Risikoausgleich verlagert Kosten der relativ teureren älteren zu den jüngeren und von den weiblichen zu den männlichen Versicherten. Zur Berechnung des Ausgleichs werden aus dem Bestand der (erwachsenen) Versicherten jedes Kantons für beide Geschlechter je 15 Altersgruppen gebildet und die durchschnittlichen Kosten in den so entstandenen 30 Risikogruppen berechnet. Der Risikoausgleich gleicht nun die Differenzen zwischen den Durchschnittskosten der Risikogruppen aus. Versicherer mit einer „guten“ Risikostruktur sind Zahlende, jene mit „schlechter“ Risikostruktur Empfangende, wobei ein Versicherer in einem Kanton Zahlender, im andern Empfangender sein kann. Letztlich werden nur die Saldi ausgeglichen, und die Summe der Zahlungen und Empfänge ist ausgeglichen (Nullsummenspiel).

Vollzug des Risikoausgleichs

Da alle Versicherten einer Region, unabhängig davon, welche Gesundheitskosten sie auslösen, eine Einheitsprämie bezahlen, findet zwischen ihnen ein Transfer statt. Die Summe sämtlicher Solidaritätstransfers zwischen den einzelnen Risikogruppen – also auch die Transfers, die innerhalb der einzelnen Versicherer zwischen den unterschiedlich teuren Versichertengruppen gemacht werden – werden als Bruttovolumen des Risikoausgleichs bezeichnet. Dieses Bruttovolumen betrug 1999 3,4 Milliarden Franken. Allerdings wird zwischen den Versicherern nur der Saldo – also das so genannte Nettovolumen – ausgeglichen, womit jährlich eine Summe von rund 600 bis 700 Millionen Franken zwischen den Versicherern umgelagert wird. Die praktische Abwicklung dieses Ausgleichs wird von der Gemeinsamen Einrichtung der Versicherer vorgenommen, die als „Clearingstelle“ fungiert. Die Versicherer haben dieser Stelle genaue Daten über ihre Versichertenstruktur und deren Veränderung mitzuteilen. Die Ausgleichszahlungen werden sodann berechnet, negative Saldi von der Einrichtung eingefordert und positive den entsprechenden Versicherern überwiesen.

Der Risikoausgleich ist ein wichtiges Element des KVG zur Verwirklichung des Solidaritätsziels. Mit den zur Verfügung stehenden Datengrundlagen konnte der Risikoausgleich in den ersten fünf Jahren (1993–1997) die in ihn gesetzten Erwartungen, die Entsolidarisierung einzudämmen, erfüllen. Nicht erfüllt hat sich demgegenüber die ursprüngliche Erwartung einer kurz- oder mittelfristigen Strukturangleichung: Das Wanderungs- oder Wechselverhalten der Versicherten erwies sich als geringer als erwartet, und da – wie die Versichertenbefragung und die Studie zur Information der Versicherten zeigen – in erster Linie die „guten Risiken“, nicht aber die „schlechten“ wandern, konzentrieren sich erneut die „besseren Risiken“ bei den günstigeren Versicherern. Die Bruttostruktur der Versicherer bleibt damit bisher stark unausgeglichen. Somit kann auf das Instrument Risikoausgleich auch längerfristig nicht verzichtet werden. In Bezug auf die Wettbewerbsordnung stellte die Studie von Stefan Spycher fest, dass der Risikoausgleich ein notwendiges Korrekturlement darstelle, um unter den staatlichen Rahmenbedingungen (Versicherungspflicht und Aufnahmezwang) einen fairen Wettbewerb überhaupt zu ermöglichen (Spycher 1999).

Der Risikoausgleich hat den Druck der Versicherer, Risikoselektion zu betreiben, wesentlich reduziert. Allerdings kann auch mit diesem Instrument Risikoselektion nicht grund-

sätzlich ausgeschlossen werden. Der erste Bericht führt dies vor allem darauf zurück, dass neben dem Wohnkanton allein Alter und Geschlecht, nicht aber der eigentlich entscheidende Gesundheitszustand in die Formel für die Risikoberechnung einbezogen wird (Spycher 1999). Die Versicherer erhalten – in erster Linie über die Zusatzversicherungen – Informationen über den Gesundheitszustand, das Einkommen, den Bildungsstand, den Urbanitätsgrad. Damit können sie das Risikoprofil potenzieller Versicherter einschätzen. Dank der Pflicht in der sozialen Krankenversicherung, jede antragstellende Person in die Versicherung aufzunehmen, dürfte sich die Selektionspraxis vor allem auf die Mittel der zielgruppenspezifischen Werbung konzentrieren, doch sind gelegentlich auch weniger feine Praktiken der Selektion bekannt geworden (z. B. Mobbing, Maklerprämien für erfolgreiches „Wegwerben“ von „schlechten Risiken“).

Entgegen den von einigen Versicherern geäusserten Befürchtungen behindert der Risikoausgleich die Sparanreize nicht wesentlich. Die Untersuchung gelangt zum Schluss, dass es immer noch lohnenswert für die Versicherer ist, Kosten einzusparen. Allerdings wird die Entwicklung besonderer Versicherungsformen (z. B. HMO) gemäss der Studie durch den Risikoausgleich behindert, weil die Versicherten, die sich für solche Angebote entscheiden, zu stark zum Risikoausgleich beitragen müssten.

Wirkungen einer alternativen Ausgleichsformel

Den Hinweisen, dass die aktuelle Ausgleichsformel die Selektionsvorteile von Versicherern mit einer „guten“ Risikostruktur unvollständig abschöpfe und ausgleiche, wurde mit einem zweiten Projekt nachgegangen. Abgeklärt wurde, ob es realisierbare Verbesserungsvorschläge für die Ausgleichsformel gibt (Spycher 2000). Die Reformvorschläge stützen sich auf die internationale wissenschaftliche Diskussion. Modelle einer diagnoseabhängigen Berechnung der Formel wurden jedoch nicht weiterverfolgt, weil dazu in der Schweiz die Datengrundlagen fehlen.⁸ Mittels Modellrechnungen mit Daten von schweizerischen Versicherern wurden die zu erwartenden Wirkungen auf die Struktur und auf die Versicherer geschätzt. Im Besonderen wurden Vorschläge – mit verschiedenen Variationen – in fünf Modellkategorien untersucht:

- Heutiges Ausgleichsmodell prospektiv berechnet, statt wie heute retrospektiv;
- Verschiedene Varianten eines Hochrisikopools, wobei die Versicherer die Kosten der teuersten Versicherten in einen gemeinsam verwalteten Pool abgeben können;
- Berücksichtigung des Hospitalisierungsrisikos (stationäre Aufenthalte) als Indikator für den Gesundheitszustand;
- Besondere Berücksichtigung der Verstorbenen als Indikator für das unterschiedliche Mortalitätsrisiko, das die Versicherer finanziell stark belastet;
- Ausgleichsmodelle, die Hochrisikopool und Hospitalisierungsrisiko kombinieren.

Zum Vorschlag der *prospektiven Ausgestaltung*: Heute wird der definitive Risikoausgleich auf der Basis der Versichererdaten nach Abschluss des Geschäftsjahres – also retrospektiv – berechnet. Damit sind die effektiv entstandenen Kosten relevant. Da kein Unterschied zwischen den prognostizierbaren, also auf Grund der Risikostruktur der Versicherten entstehenden (z. B. als Folge einer chronischen Krankheit) und zufällig entstehenden

⁸ Ein Projekt von A. Holly unter dem Titel „Concurrence entre assureurs et compensation de risque“ im Rahmen des NFP 45 (Probleme des Sozialstaats) versucht hier derzeit, Abhilfe zu schaffen.

Kosten gemacht wird, reduziert ein solcher Ausgleich auch die Kostensparanreize. Das Risiko zufällig entstehender Kosten zu versichern, ist aber das Kerngeschäft jeder Versicherung, und ein Kostenausgleich würde Effizienzsteigerungen tendenziell in Frage stellen. Deshalb schlägt die Studie vor, auf ein prospektives Verfahren umzustellen, bei dem die entstehenden Kosten auf der Basis der Risikostruktur des Versichertenbestandes ex ante prognostiziert werden müssen und eine Korrektur nach Abschluss des Geschäftsjahres nur noch die Mutationen ausgleicht.

Eine *Risikoteilung* liesse sich vornehmen (Hochrisikopool), indem die Versicherer die vorhersehbaren Kosten sehr teurer Fälle vor dem Geschäftsjahr an einen Risikopool abtreten könnten. Die Schwelle könnte entweder bei einem absoluten Wert gesetzt werden oder einen bestimmten Prozentsatz der teuersten Versicherten umfassen. Die Einführung eines Pools würde, analog zur prospektiven Ausgestaltung, den Anreiz zur Risikoselektion vermindern, da die Versicherer ihre teuersten Fälle an den Pool abgeben könnten und somit nicht alleine davon betroffen wären. Entscheidend ist aber, dass nicht einfach die Kosten, sondern Fälle an den Pool abgegeben werden und dass in dieser Einrichtung ein konsequentes Fallmanagement betrieben wird.

Was die *Berücksichtigung eines Gesundheitsfaktors* betrifft, kann in der Schweiz (zumindest vorderhand) nicht auf Diagnosedaten zurückgegriffen werden. Ein auf Diagnosegruppen basierendes Risikoausgleichsmodell, das die vorhersehbaren Kosten sehr teurer Versicherungsfälle ausgleichen könnte, ist deshalb nicht realisierbar. Hingegen liesse sich das Hospitalisierungsrisiko schätzen, wenn bekannt ist, ob der oder die Versicherte bereits im Vorjahr einen stationären Aufenthalt hatte.

Ähnlich wie beim Hochrisikopool könnte ex post mit den Kosten der im Geschäftsjahr *Verstorbenen* vorgegangen werden, ist doch bekannt, dass die letzten Lebensmonate ausserordentlich kostenintensiv sind.

Der Einbezug eines Indikators für das Risiko einer Hospitalisierung würde das Umverteilungsvolumen erhöhen. Das Setzen falscher Anreize kann bei der Berücksichtigung der stationären Behandlungen im Vorjahr zwar nicht völlig ausgeschlossen werden, doch schätzt die Studie den Einfluss der Versicherer auf den Hospitalisierungsentscheid – ausser allenfalls beim HMO-Modell – als sehr gering ein. Bei den Hochrisikopool-Modellen sinkt das Umverteilungsvolumen zwischen den Versicherern, und die Kostendifferenzen zwischen den Versicherern werden schwächer, da ja die Kosten der als am teuersten prognostizierten Versicherten zurückgehen. Der Anreiz zur Risikoselektion dürfte sich damit tendenziell auch vermindern. Andererseits würden die Versicherer indirekt gezwungen, ihre Risikoprognosen zu optimieren.

Die Reformmodelle haben aber nicht allein wissenschaftlichen Kriterien einer Verbesserung zu genügen, sondern sie müssen auch mit verhältnismässigem Aufwand realisierbar sein. Sie wurden daher nach sieben Kriterien beurteilt: Neben den beiden gesundheitsökonomisch wichtigsten Kriterien „Prognosekraft“ und „Anreizwirkungen“ wurden die praktischen Aspekte „Manipulierbarkeit“, „Datenerhältlichkeit“, „Datenzuverlässigkeit“, „Wahrung des Datenschutzes“ und „Nachvollziehbarkeit“ aufgenommen. Das Ergebnis dieser Beurteilung hängt stark von der Gewichtung der praktischen Aspekte der neuen Modelle ab. Bei Betonung der gesundheitsökonomischen Kriterien würde eine Kombination des Indikators „stationärer Aufenthalt“ mit einem prospektiv ausgestalteten Hochrisikopool am besten abschneiden. Gemäss der Studie werden die Modelle auch den Anforderungen an die Umsetzbarkeit in die Praxis gerecht. Insbesondere die prospektive Ausgestaltung des Risikoausgleichs und die Einrichtung eines Pools für die Kosten der

Hochrisiken werden empfohlen. Als Hauptproblem bei der Berücksichtigung der Spitalaufenthalte erweist sich die Datenzuverlässigkeit.

2.4.3 Empfehlungen der Expertinnen und Experten

Aus der Erfahrung, dass das Ausgleichsvolumen in den letzten Jahren – entgegen den ursprünglichen Erwartungen – nicht abgenommen hat und sich die Risikoverteilung zwischen den Versicherern nicht angeglichen hat, stellen die Experten den Sinn der Befristung des Risikoausgleichs in Frage. Die erste Studie empfiehlt denn auch, den Risikoausgleich unbefristet ins Gesetz aufzunehmen (Spycher 1999).

Weiter kritisieren die Expertinnen und Experten, dass die Versicherer weiterhin in relativ starkem Masse Risikoselektion betreiben und somit das Solidaritätsziel aushöhlen könnten. Die Ursachen für das Ungenügen wähen sie vor allem in der unzureichenden Risikoformel. Entsprechend empfehlen die Expertinnen und Experten die prospektive Ausgestaltung des Instruments und die Einrichtung eines Hochrisikopools.

Weitere Empfehlungen betreffen den Bereich der Information und der Datengrundlagen: Die Bevölkerung sollte besser über die Trennung zwischen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der freiwilligen Zusatzversicherung aufgeklärt werden, da diesbezüglicher Informationsmangel als ein Grund für das zögerliche Wechselverhalten der Versicherten angesehen wird. Die Datengrundlagen seien zu verbessern, indem die Prämieinnahmen pro Versicherer und die Wanderungsdaten – Ein- und Austritte statt wie bisher nur der Saldo – von den Versicherern auszuweisen seien. Zudem sollte der Risikoausgleich dauerhaft auf seine Wirkung hin analysiert werden.

Auf Grund ihrer Resultate gehen die Expertinnen und Experten davon aus, dass die Entwicklung der besonderen Versicherungsformen durch den Risikoausgleich behindert werde. Sie empfehlen, begleitende Massnahmen bezüglich der Behandlung der besonderen Versicherungsmodelle sowie den Ausschluss der Kinder aus dem Risikoausgleich zu prüfen.

2.4.4 Neueste Entwicklungen und offene Fragen

In den bald zehn Jahren seiner Gültigkeit hat sich das Instrument des Risikoausgleichs bei allen Akteuren eingespielt und in seiner heutigen Form auch eine relativ weitgehende Akzeptanz – im Sinne eines kleinsten gemeinsamen Nenners – erreicht. Im Rahmen der zweiten Teilrevision des KVG wird eine Aufhebung der Befristung beim Risikoausgleich vorgeschlagen. Der Vorschlag ist zurzeit hängig. Wissenschaftlich ausgewiesenen Verbesserungen der Risikoformel wurde von verschiedenen Akteuren mit pragmatischen Argumenten skeptisch begegnet.

Dennoch klärt das BSV derzeit mit einer Studie, die Anfang 2002 erscheinen soll, ab, wie Änderungen konkret ausgestaltet werden könnten. Dies betrifft die Umstellung von der retrospektiven auf die prospektive Berechnung und die Frage, wie die Einrichtung eines Hochrisikopools realisiert werden könnte. Der Bericht soll theoretisch mögliche Änderungen (inkl. Übergang zu monistischem System), finanzielle und strukturelle Auswirkungen aus BSV-Perspektive aufzeigen und bewerten. Die Vorschläge müssen bei der Vorbereitung für die nächste Gesetzesrevision aufgenommen und im Gesamtkontext geprüft werden.

Was die besonderen Versicherungsformen betrifft, so werden technische Verbesserungen realisiert. Grundsätzlicher müssen jedoch noch Antworten auf die divergenten Ziele des Risikoausgleichs einerseits und der Entwicklung der besonderen Versicherungsmodelle

andererseits gefunden werden. Da die Kinderprämien heute die Gesundheitskosten der Kinder weitgehend decken, ist es inopportun, diese vom Risikoausgleich auszunehmen.

Die Wirkungsanalysen des Risikoausgleichs haben sich im Hinblick auf die Revisionen bewährt. Falls am Risikoausgleichssystem weitere Änderungen beschlossen werden, wäre ein Monitoring in einer Periodizität von mindestens zwei Jahren sinnvoll.

2.5 Prämienverbilligung

Mit dem Krankenversicherungsgesetz erfolgte eine Systemänderung bei der Subventionierung der Krankenversicherungsprämien: Die Kantone wurden verpflichtet, Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen Prämienverbilligungen zu gewähren. Der Bund beteiligt sich an diesen Kosten. Die individuelle Prämienverbilligung stellt ein wichtiges Element des Krankenversicherungsgesetzes zur Stärkung der Solidarität zwischen Personen mit unterschiedlichen Einkommen dar. Der Bundesrat schlug mit der Revision der Krankenversicherung vor, dass alle Versicherten den Gesamtbetrag ihrer Prämie bezahlen (Botschaft vom 6. November 1991, BBl 1992 I 133 ff.). Wo die Belastung aber einen bestimmten Prozentsatz des Einkommens übersteigt, wird die Differenz zwischen dieser Grenze und dem effektiven Prämienbetrag vom Staat zurückerstattet. Sämtliche Bundessubventionen werden – ergänzt durch einen kantonalen Anteil – für diesen sozialen Ausgleich aufgewendet. Nachfolgend beschreiben wir zuerst die Ausgangslage in den Kantonen. Danach wenden wir uns den Resultaten der Wirkungsanalyse und den neuesten politischen Entwicklungen in diesem Bereich zu.

2.5.1 Ausgangslage

Da der Gesetzgeber den Kantonen bei der Ausgestaltung der Prämienverbilligung weitgehend freie Hand liess, entstanden 26 Systeme, welche sich beispielsweise bezüglich der Definition der Anspruchsberechtigung, der Höhe der Beiträge oder der Informations- und Auszahlungsmodalitäten zum Teil sehr stark unterscheiden:

- Die *Feststellung der Anspruchsberechtigung* und der *Höhe der Beiträge* unterscheidet sich zwischen den Kantonen dadurch, dass verschiedene Einkommensgrundlagen zur Ermittlung beigezogen werden. In der Regel sind dies Daten aus der Steuer- veranlagung. Weiter sind die Abzugsmöglichkeiten und der Einbezug des Vermögens in den Kantonen verschieden. In der Art der Berechnung der Prämienverbilligung lassen sich zwei Modelle unterscheiden. Das erste Modell geht von einer variablen Einkommensgrenze aus. Der Kreis der Berechtigten wird durch die Festsetzung eines Prozentsatzes ermittelt, den die Prämie – gemessen am massgeblichen Einkommen – erreichen muss. Überschreitet die Belastung durch die Prämie diese Grenze, dann besteht ein Anspruch auf Prämienverbilligung. Das zweite Modell arbeitet mit Einkommensstufen. Fällt ein Haushalt in eine anspruchsberechtigte Einkommensklasse, dann erhält er einen fixen Betrag an Prämienverbilligung.
- Die Prämienverbilligungssysteme der Kantone unterscheiden sich weiter in den *Vorgehensweisen zur Ermittlung der Berechtigten und der Auszahlung*. Grundsätzlich lassen sich drei Formen unterscheiden: die automatische Ermittlung und Auszahlung, die individuelle Benachrichtigung, verbunden mit der Notwendigkeit eines Antrags zur Auszahlung, und das Antragssystem ohne individuelle Benachrichtigung auf Grund von Steuerdaten.
- Weiter gibt es einen Unterschied in den Kantonen in der Frage, *wann* Anträge eingereicht werden können. An etlichen Orten besteht die Möglichkeit, bei einer Ver-

schlechterung oder Verbesserung der wirtschaftlichen Verhältnisse oder bei einer Änderung der Familienverhältnisse die Anspruchsberechtigung jederzeit überprüfen zu lassen. In vielen Kantonen gilt jedoch ein fixer Eingabetermin: Anträge sind dort nur bis zu einem bestimmten Datum möglich.

- Im Zusammenhang mit den Modalitäten der Auszahlung ist vor allem die Frage nach dem *Adressaten der Auszahlung* wichtig. Die Zahlung kann entweder direkt an die Versicherten oder an eine Krankenkasse, das heisst einen Versicherer, erfolgen. Gegenwärtig zahlen 16 Kantone die Prämienverbilligung an die Versicherer aus.

2.5.2 Resultate der Wirkungsanalyse

Im Rahmen der Wirkungsanalyse haben verschiedene Untersuchungen abgeklärt, wie die genannten Faktoren die Effizienz des Vollzugs und die Wirksamkeit der Prämienverbilligung beeinflussen (Balthasar 1998; Balthasar 2001; Balthasar et al. 2001a; Balthasar et al. 2001b; Balthasar/Bieri 2001a; Balthasar/Bieri 2001b). Es stellten sich im Wesentlichen drei Fragen: Wie gut werden die Zielgruppen mit den kantonal unterschiedlichen Vollzugssystemen erreicht? Wie unterscheiden sich die kantonalen Systeme im Hinblick auf die rasche und effiziente Abwicklung von Gesuchen? Wie ist die sozialpolitische Wirksamkeit der individuellen Prämienverbilligung zu beurteilen?

Wie gut werden die Zielgruppen mit den unterschiedlichen Vollzugssystemen erreicht?

Die im Sommer 2000 durchgeführte repräsentative Versichertenbefragung zeigte, dass 85 Prozent der in einem Haushalt für die Krankenversicherung zuständigen Personen schon einmal von der Prämienverbilligung gehört hatten (Peters et al. 2001). Die Abklärungen in den Kantonen Luzern und Basel-Stadt, welche die möglicherweise Berechtigten *nicht* individuell auf Grund von Steuerdaten informieren, zeigen, dass in diesen beiden Kantonen zwischen 20 und 25 Prozent der steuerpflichtigen Personen, welche möglicherweise ein Anrecht auf eine Prämienverbilligung haben, bisher keinen Antrag gestellt haben. In den anderen untersuchten Kantonen liegt der Anteil dieser Personengruppen bei unter 5 Prozent.

- Bezüglich der *Altersverteilung* liess sich feststellen, dass im Allgemeinen Personen in den unteren Altersklassen sowie Personen im Rentenalter gut von der Prämienverbilligung erfasst werden. Eine schwierigere Erfassung ist hingegen bei Personen über fünfzig Jahren bis zur Pensionierung festzustellen. Diese Ergebnisse beruhen in erster Linie auf Analysen für die Kantone Basel-Stadt und Luzern. Sie blieben aber in den Expertengesprächen, welche in den übrigen Kantonen geführt wurden, unwidersprochen. Es ist zu vermuten, dass diese Personen besonders häufig davon ausgehen, keinen Anspruch auf Prämienverbilligung zu haben.
- Weiter lassen die verfügbaren Daten bezüglich der *familiären Verhältnisse* erkennen, dass Haushalte mit Kindern ihren Anspruch häufiger geltend machen als Alleinstehende und kinderlose Paare. Es wird vermutet, dass dies einerseits mit der besseren gesellschaftlichen Integration von Familien zusammenhängt. Andererseits können Haushalte mit Kindern auf Grund der Haushaltszusammensetzung und des häufig verhältnismässig geringen Einkommens zum Teil mit erheblichen Prämienverbilligungen rechnen und machen den Anspruch darauf daher auch geltend.
- Zudem ist davon auszugehen, dass potenziell berechnigte *Ausländerinnen und Ausländer* ebenso oft von ihrem Anrecht auf eine Prämienverbilligung Gebrauch machen wie Schweizerinnen und Schweizer.

- Wichtig für die Unterschiede bezüglich der Geltendmachung des Anspruchs auf Prämienverbilligung ist vor allem die *wirtschaftliche Situation*. Es konnte festgestellt werden, dass Personen, welche über ein geringes Einkommen und/oder einen grossen Haushalt verfügen und daher höhere Beiträge erwarten können, überdurchschnittlich oft von ihrem Recht auf Prämienverbilligung Gebrauch machen.

Ungenügende Kenntnis der Prämienverbilligung und der relevanten Verfahren stehen als Grund für den Nichtbezug von Prämienverbilligung trotz möglicher Berechtigung in der ganzen Schweiz im Vordergrund. Im Kanton Basel-Stadt waren 56 Prozent der befragten möglicherweise berechtigten Personen, welche keinen Antrag gestellt haben, der Ansicht, ungenügend informiert zu sein. Im Kanton Luzern betrug dieser Anteil 47 Prozent. In den Kantonen Appenzell Ausserrhoden und Genf, welche im Gegensatz zu Basel-Stadt und Luzern die individuelle Benachrichtigung auf Grund von Steuerdaten kennen, ist dieser Grund dagegen wesentlich weniger wichtig. Dort steht die Nachlässigkeit als Faktor im Vordergrund, der erklären kann, warum potenziell berechnete Personen keinen Antrag stellen. Im gesamtschweizerischen Durchschnitt steht dieser Grund an dritter Stelle. Auf nationaler Ebene hat der Wunsch nach Eigenständigkeit ein grösseres Gewicht. Zurückhaltung gegenüber Behörden hat dagegen überall eine verhältnismässig geringe Bedeutung.

Ein Problem, mit welchem die Kantone in unterschiedlicher Weise konfrontiert sind, stellen Personen dar, welche nicht zur Zielgruppe der Anspruchsberechtigten gehören, aber dennoch von der Prämienverbilligung profitieren. Gemeint sind damit Bezügerinnen und Bezüger, welche auf Grund der gesetzlichen Bestimmungen bezugsberechtigt sind, die aber nicht in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen leben. Auf Grund der Bemessungsmethodik des Anspruchs auf eine Prämienverbilligung über den Lohnausweis oder die Steuerveranlagung kann vermutet werden, dass diese Problematik bei drei Personengruppen am ehesten anzutreffen ist:

- bei *Selbstständigerwerbenden*, deren Steuerveranlagung die effektiven wirtschaftlichen Verhältnisse nicht zuverlässig abbildet,
- bei *Jugendlichen in Ausbildung*, welche kein oder nur ein bescheidenes Einkommen versteuern, aber finanziell zum Beispiel von den Eltern unterstützt werden, sowie
- bei *Vermögenden mit bescheidenem Einkommen*, wo die tatsächliche ökonomische Situation ebenfalls nicht in der Steuererklärung abgebildet ist.

Die Untersuchung kommt zum Schluss, dass der Bezug von Prämienverbilligung durch Personen, welche nicht in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen leben, im Allgemeinen quantitativ unbedeutend ist. Die Ausnahme stellen die Jugendlichen in Ausbildung dar. In den Kantonen Genf und Zürich beziehen überdurchschnittlich viele Personen dieser Gruppe Prämienverbilligungen.

Wie unterscheiden sich die kantonalen Systeme im Hinblick auf eine rasche und effiziente Abwicklung von Gesuchen?

Die meisten Kantone stützen die Berechnung der Prämienverbilligung auf die Steuerdaten ab. Der verlangte rechtliche Status dieser Grundlage wirkt sich negativ auf die Aktualität der Bemessungsgrundlage aus. Weiter trägt der Umstand, dass ein Eingabetermin fixiert ist, in vielen Kantonen dazu bei, dass die Prämienverbilligung sich nicht an der aktuellen wirtschaftlichen Situation orientiert. Grundsätzlich stellt der Übergang zur einjährigen Gegenwartsbesteuerung eine erhebliche Verbesserung dar.

Die Kantone wenden für den Vollzug der Prämienverbilligung Mittel auf, welche zwischen 1,3 und 2,9 Prozent der Prämienverbilligungssumme entsprechen. Vor allem die individuelle Gesuchsbearbeitung erhöht den Aufwand. Grundsätzlich wägen die Kantone daher ab zwischen einem Vorgehen, das die tatsächlichen sozialen und ökonomischen Verhältnisse der Betroffenen sehr genau erfasst, und einer möglichst rationellen Abwicklung.

Ein weiterer im Zusammenhang mit der Abwicklung der Prämienverbilligung immer wieder diskutierter Aspekt ist die Frage, ob an die Versicherten oder an die Versicherer ausbezahlt werden soll. Sozialämter sehen sich heute zum Teil mit einem respektablen Aufwand konfrontiert, wenn die Prämienverbilligung an die Versicherten und nicht an die Versicherer bezahlt wird. Die Krankenversicherer heben hervor, dass die Zahl der Betreibungen wegen Zahlungsunfähigkeit zugenommen hat. Sie setzen sich daher für die Auszahlung an die Versicherer ein. Mit der ersten Teilrevision des KVG wurde eine Bestimmung eingeführt, die in diesem Fall für den mit der Abwicklung verbundenen Aufwand eine Entschädigung der Krankenversicherer vorsieht. Versicherungskader haben jedoch die Ansicht geäußert, dass darauf nicht beharrt werden sollte. Die Krankenversicherer hätten nämlich bei einer Überweisung an sie tiefere Kontrollkosten zu tragen. Von den Kantonen ist dagegen eine pünktliche Überweisung zu erwarten.

Wie ist die sozialpolitische Wirksamkeit der Prämienverbilligung zu beurteilen?

In der Botschaft zur Revision der Krankenversicherung wurde vorgeschlagen, dass dann eine individuelle Prämienverbilligung ausbezahlt wird, wenn die Belastung einen bestimmten Prozentsatz des Einkommens übersteigt (Botschaft vom 6. November 1991, BBl 1992 I 198 f.). In der politischen Diskussion wurde verschiedentlich verlangt, dass die Prämienbelastung eines Haushaltes beispielsweise in keinem Fall mehr als 8 Prozent des steuerbaren Einkommens ausmachen sollte. Ein Indikator, welcher die Prämienbelastung ins Verhältnis zum Einkommen setzt, ist aus sozialpolitischer Sicht aussagekräftig. Allerdings eignet sich das steuerbare Einkommen als Vergleichsgrösse nicht, da diese Grösse auch bei gleicher finanzieller Ausgangslage kantonale sehr unterschiedlich sein kann. Die Untersuchungen gehen daher von einem Vergleich auf der Basis des *verfügbaren Einkommens* aus. Dieses berechnet sich aus dem Nettoeinkommen, reduziert um die geschuldeten Kantons-, Gemeinde- und Bundessteuern. Es wird abgeklärt, welchen Anteil des verfügbaren Einkommens ein Haushalt, unter Berücksichtigung der Prämienverbilligung, für die obligatorische Krankenpflegeversicherung aufwenden muss. Solche Angaben lassen sich nur für einzelne Beispiele in den Kantonshauptorten mit verantwortbarem Aufwand berechnen. Die Möglichkeit der Generalisierung ist auf dieser Basis eingeschränkt.

Die Untersuchungen wurden 1998 und 2000 durchgeführt und basieren auf vier Fallbeispielen. Das erste Fallbeispiel bezieht sich auf die Situation einer allein stehenden Rentnerin mit einem Renteneinkommen von 35'000 Franken. Das zweite Beispiel nimmt die Situation einer Alleinerziehenden mit zwei Kindern im Alter von sechs und acht Jahren auf. Sie verfügt über ein Bruttoeinkommen von 40'000 Franken, in welches allfällige Alimente eingeschlossen sind. Beim dritten Fallbeispiel handelt es sich um eine vierköpfige Familie (zwei Erwachsene, zwei Kinder im Alter von zehn und fünfzehn Jahren). Der Haushaltvorstand verdient einen Bruttolohn von 70'000 Franken. Zudem besitzt die Familie ein Vermögen von 100'000 Franken. Weiter wurde 2000 das Beispiel der Grossfamilie, bestehend aus zwei Erwachsenen und vier Kindern im Alter von zwei, vier, sieben und zehn Jahren, in die Untersuchung einbezogen. Wie im dritten Fallbeispiel

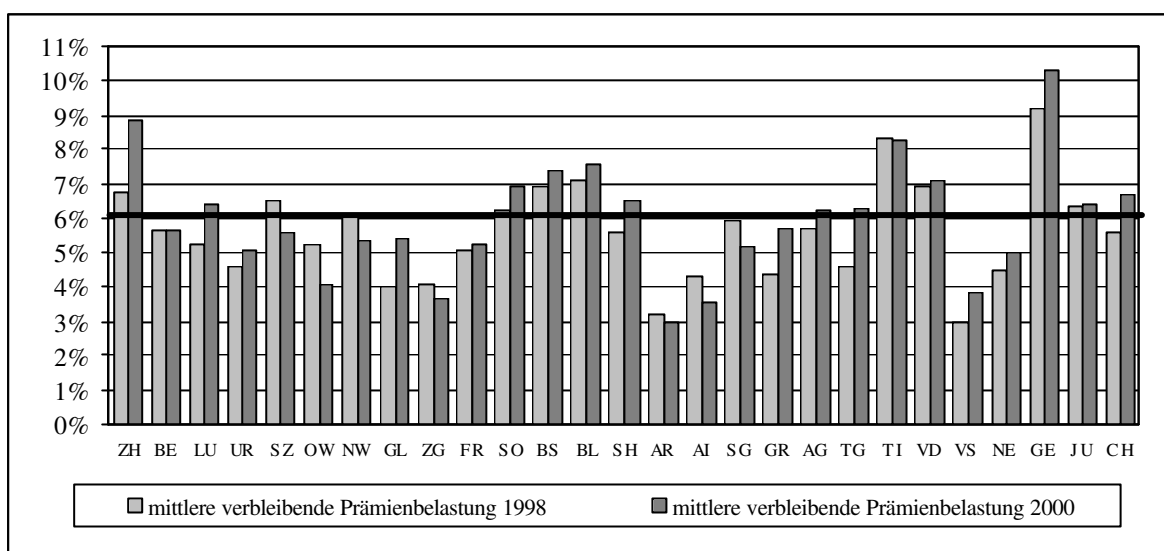
verfügt auch diese Familie über ein Bruttoeinkommen von 70'000 Franken und ein Vermögen von 100'000 Franken.

Vor dem Hintergrund der Fallbeispiele kann festgehalten werden, dass die Massnahme der individuellen Prämienverbilligung sozialpolitisch in der erwünschten Weise wirksam ist. Die Beispiele „Alleinerziehende“ und „Grossfamilie“ profitieren in allen Kantonen stärker von der Verbilligung als die Personen der zwei anderen Beispielfälle.

Differenzierter fällt dagegen die Beantwortung der Frage aus, ob die sozialpolitischen Ziele der Prämienverbilligung erreicht werden. Die Berechnungen legen es nahe anzunehmen, dass eine Prämienbelastung von 8 Prozent des steuerbaren Einkommens im Allgemeinen rund 6 Prozent des verfügbaren Einkommens ausmacht. Vor diesem Hintergrund zeigte sich für das Jahr 2000, dass die Kantone Zürich, Luzern, Solothurn, Basel-Stadt, Basel-Landschaft, Schaffhausen, Aargau, Thurgau, Tessin, Waadt, Gené und Jura – bezogen auf die Fallbeispiele – im Durchschnitt das bundesrätliche Ziel nicht erreichen.

Aus der nachfolgenden Darstellung D 2.1 lassen sich die Veränderungen ablesen, welche zwischen 1998 und 2000 festzustellen sind.

D 2.1: *Mittlere verbleibende Prämienbelastung nach der Verbilligung in Prozent des verfügbaren Einkommens 1998 und 2000*



Lesehilfe: 6 Prozent des verfügbaren Einkommens entsprechen bei den untersuchten Fallbeispielen im Durchschnitt ungefähr 8 Prozent des steuerbaren Einkommens. In Kantonen mit einer mittleren verbleibenden Prämienbelastung von mehr als 6 Prozent des verfügbaren Einkommens ist die Belastung im Durchschnitt der Fallbeispiele somit höher als 8 Prozent des steuerbaren Einkommens.

Vor allem die Situation der *Rentnerin* hat sich zwischen 1998 und 2000 verschlechtert. Die Belastung für diese Gruppe wurde in 22 Kantonen erhöht. Die Situation für die *Mittelstandsfamilien* hat sich im Verhältnis zu 1998 eher verbessert. Sie ist aber nach wie vor unbefriedigend. Die Belastung durch die Prämie für die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach der Verbilligung ist in 20 Kantonen höher als 6 Prozent des verfügbaren Einkommens. *Alleinerziehende* profitieren wie schon 1998 stark von der Prämienverbilligung. Allerdings ist festzustellen, dass sich die Wirksamkeit der Prämienverbilligung auch für die Alleinerziehenden verschlechtert hat. Im schweizerischen Durchschnitt ist die Belastung für dieses Fallbeispiel in Prozent des verfügbaren Einkommens von 3,5 (1998) auf 5,4 Prozent (2000) stark gestiegen.

Die Einführung kantonaler Prämienverbilligungssysteme für wirtschaftlich schwächer gestellte Personen führte 1996 zum erwarteten Abbau bei den Ergänzungsleistungen zur AHV/IV sowie bei der Sozialhilfe. Bei den *Ergänzungsleistungen* konnten rund 350 Millionen Franken eingespart werden. Die Zahlen der Jahre 1997 und 1998 scheinen in einer ähnlichen Grössenordnung zu liegen (Rossel 2000, S. 156). Auch bei den *Sozialhilfekosten* weist die öffentliche Finanzstatistik für 1996 eine rückläufige Entwicklung aus, die aber bereits 1997 wieder von einer Aufwärtsbewegung abgelöst wird. Es ist anzunehmen, dass die steigende Zahl der Sozialhilfeempfängerinnen und -empfänger den entlastenden Effekt der Prämienverbilligung neutralisiert hat. Immerhin lässt sich für 1996 eine Minderbelastung der öffentlichen Haushalte in Folge der Prämienverbilligung im Bereich der Sozialhilfe auf rund 120 Millionen Franken schätzen. (Greppi et al. 1998).

2.5.3 Empfehlungen der Expertinnen und Experten

Zusammenfassend haben die Untersuchungen im Hinblick auf die sozialpolitische Wirksamkeit deutlich gemacht, dass die Prämienverbilligung zwar zielgerichtet wirkt, dass die Belastung für bestimmte Bevölkerungsgruppen aber nach wie vor hoch bleibt. Dies gilt vor allem für die Kantone mit hohen Gesundheitskosten. Die Empfehlungen der Fachleute zielen einerseits auf die Verringerung der Unterschiede in den kantonalen Vollzugssystemen ab. Andererseits wird empfohlen, dass Bund und Kantone gemeinsam ein sozialpolitisches Wirkungsziel definieren, dessen Einhaltung systematisch überprüft werden kann.

Vereinheitlichung der administrativen Abläufe

Die Vereinheitlichung der administrativen Abläufe in den Kantonen sollte durch den Bund und die Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz gemeinsam vorangetrieben werden. Folgende Elemente werden als zweckmässig erachtet:

- Bei der Berechnung der Prämienverbilligung sollte grundsätzlich von den Angaben der Steuerveranlagung ausgegangen werden. Dies bedeutet zwar eine Einbusse bezüglich der Aktualität der Datengrundlage, senkt aber den administrativen Aufwand. Zudem entspricht es den in der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgaben zwischen Bund und Kantonen (NFA) skizzierten Vorgaben. Der Bund plant, die Finanzierung der Prämienverbilligung im Rahmen der NFA neu zu regeln. Es soll ein Übergang vom heute gültigen Grundsatz, wonach festgelegt ist, bis zu welchem globalen Betrag sich die öffentliche Hand an der Prämienverbilligung beteiligen soll, zu einem System stattfinden, bei welchem die Prämienbelastung in Prozent des steuerbaren Einkommens der einzelnen Versicherten nicht überschritten werden darf.
- Als Berechnungsgrundlage sollten einzig das Einkommen und die Haushaltszusammensetzung beigezogen werden. Die systematische Bevorzugung bestimmter Bevölkerungsgruppen (z. B. Bezügerinnen und Bezüger von Ergänzungsleistungen und Sozialhilfe) hat im Kanton Genf zu Ungleichbehandlungen geführt, welche vermieden werden sollten.
- Um die aktuellen sozialen Verhältnisse einbeziehen zu können und im Sinne einer Qualitätssicherung, wurde vorgeschlagen, überall ein Antragssystem mit individueller Benachrichtigung auf Grund der Steuerdaten einzuführen. Die in einigen Kantonen praktizierte Lösung, im Vorjahr berechtigten Personen die Prämienverbilligung bis zur definitiven Entscheidung ohne Unterbruch zukommen zu lassen, wird als prüfenswert

erachtet. Ein Grossteil der Berechtigten kann nämlich als „Stammkunden“ bezeichnet werden.⁹

- Sollte ein Übergang zu einem einheitlichen Antragssystem nicht möglich sein, so müssen in jedem Fall von bestimmten Personengruppen Anträge verlangt werden. Es sind dies vor allem Jugendliche in Ausbildung und Vermögende mit bescheidenem Einkommen. Die Einführung einer *unteren* Einkommenslimite für einen allfälligen Automatismus, wie sie der Kanton Neuenburg kennt, wird als zweckmässig erachtet.
- Anträge sollten bei neuen familiären Gegebenheiten (z. B. Geburten) sowie bei neuen Steuerdaten während des ganzen Jahres möglich sein.
- Die in der Verordnung über die Beiträge des Bundes zur Prämienverbilligung in der Krankenversicherung vom 12. April 1995 festgehaltene Regelung betreffend die Zu- und Wegzüglerinnen und -zügler sollte in der ganzen Schweiz konsequent umgesetzt werden.
- Das Recht auf Prämienverbilligung sollte mit dem Monat, der auf den Eingabetermin folgt, einsetzen (Retroaktivität). Eine erste Teilzahlung sollte sofort nach dem Entscheid ausgelöst werden.
- Die Prämienverbilligung wird an die Krankenversicherer überwiesen. Als Entschädigung für die Umtriebe sollte den Versicherern der Umstand genügen, dass die öffentliche Hand in der Regel ihren Verpflichtungen nachkommt.

Erhöhung der sozialpolitischen Wirksamkeit

In der 1998 durchgeführten Untersuchung wurde vorgeschlagen, ein Monitoringsystem zu entwickeln, welches die sozialpolitische Wirksamkeit der Prämienverbilligung regelmässig prüft. Weiter würde es als nützlich erachtet, wenn sich Bund und Kantone auf Formeln zur Berechnung von Indizes der Prämienreduktion und der Prämienbelastung nach der Verbilligung einigten, und eine Obergrenze der sozialpolitisch vertretbaren Belastung in Prozent des verfügbaren Einkommens festgelegt würde. Auf der anderen Seite sollten Anreize geschaffen werden, welche sicherstellen, dass sich Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen für kostengünstige Versicherer entscheiden. Die Prämienverbilligung würde dann einen abnehmenden Prozentsatz der Prämie decken, wenn der Empfänger einen teureren Versicherer wählt.

2.5.4 Neueste Entwicklungen und offene Fragen

Das angeregte permanente Monitoring wurde durch das Bundesamt für Sozialversicherung in der Zwischenzeit etabliert. Der kritisierte Umstand, dass verschiedene Kantone die Bundesgelder für die Prämienverbilligung nicht voll ausschöpfen, muss vor dem Hintergrund der Tatsache relativiert werden, dass die Erreichung des Sozialziels in den Kantonen im Allgemeinen weniger vom Umstand abhängt, ob die Bundesgelder für die Prämienverbilligung voll ausgeschöpft werden, als von der Höhe der Gesundheitskosten, welche sich zwischen den Kantonen stark unterscheiden.

Im Rahmen der Diskussionen zur zweiten Teilrevision des KVG hat der Ständerat den Vorschlag gutgeheissen, dass die Prämienlast der Haushalte 8 Prozent des Reinein-

⁹ Im Kanton Bern sind dies rund 80 Prozent der Berechtigten (Thalmann, Verena: Die gemächlichen Berner sind für einmal schneller, Tages-Anzeiger vom 11. Dezember 2000, S. 27.).

kommens nicht übersteigen darf. Die Festlegung eines Sozialziels ist als indirekter Gegenvorschlag zur von der Sozialdemokratischen Partei der Schweiz 1999 eingereichten Volksinitiative „Gesundheit soll bezahlbar bleiben“ zu betrachten.

Massgeblich wäre nach dem Vorschlag des Ständerates das reine Einkommen gemäss dem Bundesgesetz über die direkte Bundessteuer – erhöht um 10 Prozent des nach kantonalem Recht steuerbaren Vermögens. In Rücksprache mit den Kantonen soll der Bundesrat eine Referenzprämie für die Ermittlung des Anspruchs auf Prämienverbilligung festlegen. Im Sinne einer Unterstützung jener Kantone, welche heute trotz voller Ausschöpfung der vom Bund bereit gestellten Mittel das diskutierte Sozialziel nicht erreichen, wurde vom Ständerat ebenfalls vorgeschlagen, den vom Bund zur Verfügung gestellten Betrag um 300 Millionen Franken zu erhöhen.

Bezüglich der Vereinheitlichung des Vollzugs wurden bereits mit der ersten Teilrevision des KVG gewisse Änderungen vorgenommen. So müssen die Kantone seit dem 1. Januar 2001 die Bevölkerung regelmässig informieren. Weiter wurden die Kantone verpflichtet, bei der Überprüfung der Anspruchsberechtigung die aktuellsten Einkommens- und Familienverhältnisse zu berücksichtigen und eine möglichst rasche Auszahlung an die bezugsberechtigten Personen vorzusehen.

Eine neue Herausforderung im Bereich der Prämienverbilligung stellt das Abkommen über die Personenfreizügigkeit zwischen der Schweiz und der Europäischen Union dar. Danach müssen ab Inkrafttreten der Abkommen Grenzgängerinnen und Grenzgänger und deren Angehörige, Rentnerinnen und Rentner mit einer schweizerischen Rente sowie Familienangehörige von Kurz- und Jahresaufenthalterinnen und -aufenthaltern und von Niedergelassenen sowie Bezügerinnen und Bezüger einer Leistung der schweizerischen Arbeitslosenversicherung und deren Familienangehörige neu in die schweizerische obligatorische Krankenpflegeversicherung aufgenommen werden. Die Unterstellung unter die Krankenpflegeversicherung eröffnet diesen Personengruppen das Anrecht auf die Prämienverbilligung. Je nach Wohnland gelten aber Ausnahmen, wonach die betroffenen Personen nach Wunsch im Wohnland krankenversichert bleiben können. Die im Jahre 2001 revidierte Verordnung über die Beiträge des Bundes zur Prämienverbilligung in der Krankenversicherung vom 12. April 1995 sieht vor, zwischen Personen mit einem aktuellen Anknüpfungspunkt an einen bestimmten Kanton und Personen ohne aktuellen Anknüpfungspunkt an die Schweiz zu unterscheiden. Für Erstere gelten die kantonalen Verfahren. Für Letztere soll die Prämienverbilligung über ein Bundesverfahren abgewickelt werden. Die Regelung tritt voraussichtlich im ersten Quartal 2002 in Kraft, und es ist noch weitgehend unklar, in welchem Umfang die Leistungen beansprucht werden. Der Bundesrat rechnet mit Mehrkosten von 60 bis 90 Millionen Franken.

2.6 Spitalfinanzierung

Das Krankenversicherungsgesetz sieht für die im stationären Rahmen erbrachten Leistungen eine duale Finanzierung durch die Krankenversicherung und die Kantone vor. Die Kantone werden verpflichtet, die in öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitälern entstehenden laufenden Betriebskosten der Patienten und Patientinnen in der allgemeinen Abteilung zu mindestens 50 Prozent aus Steuergeldern zu decken. Mit der Festschreibung der Beiträge der Kantone wurde dem Grundsatz Rechnung getragen, dass Steuerungskompetenz und Finanzierungspflicht übereinstimmen sollen. Indem die Kosten des Spitalbereichs zum Teil durch – progressiv zum Einkommen und Vermögen erhobene – Steuern finanziert sind, ergibt sich – im Vergleich mit einem rein durch einkommensunabhängige Kopfprämien finanzierten System – zudem eine sozialere Verteilung der

Finanzierungslast. Für die Wirkungsanalyse stellt sich im Wesentlichen die Frage, wie sich das KVG auf die Entwicklung und Verteilung der Spitalkosten ausgewirkt hat.

2.6.1 Ausgangslage

Bereits in der ersten Umsetzungsphase des KVG zeichneten sich im Bereich der Spitaltarife verschiedene Vollzugsprobleme ab. Die Auseinandersetzung drehte sich vor allem um die Berechnung und die Höhe des Kostendeckungsgrades in öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern. Unklarheit herrschte insbesondere bei der Definition der anrechenbaren Kosten und bei den Erfordernissen zur Erreichung der Kostentransparenz. Auf Grund der Empfehlungen des Preisüberwachers hat der Bundesrat eine Praxis entwickelt, die von mehreren Kantonen und Leistungserbringern übernommen wurde (Hammer et al. 2000).

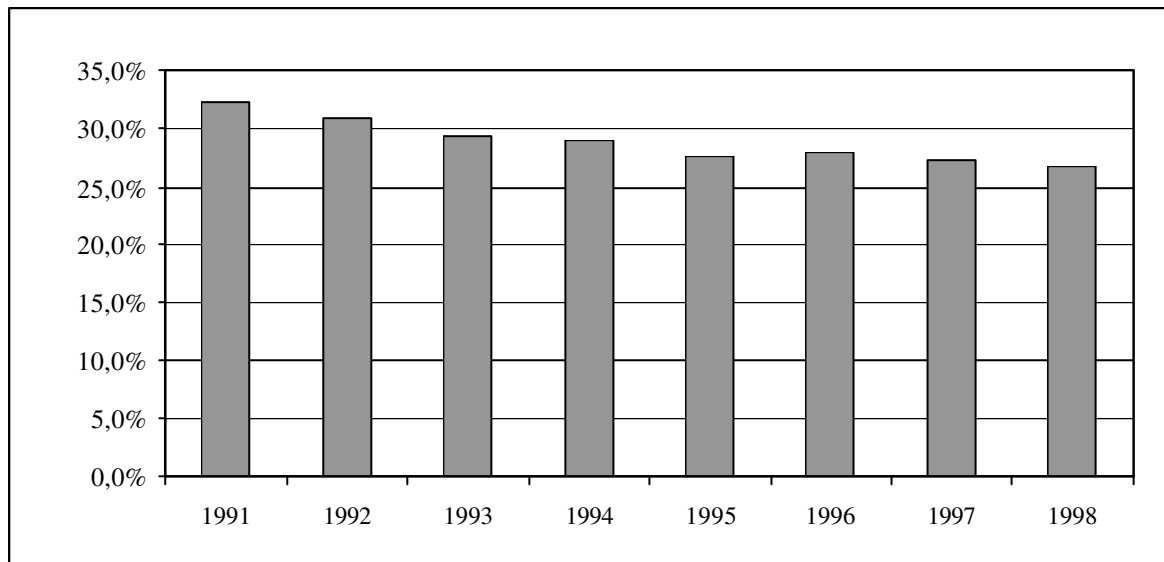
Zwischen Kantonen und Krankenversicherern war nach dem Inkrafttreten des KVG zudem umstritten, wie Artikel 41 Absatz 3 KVG bezüglich der Beitragsleistung an medizinisch indizierte ausserkantonale Hospitalisationen in öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern auszulegen sei. Streitpunkt war die Frage, ob der Kanton seinen Beitrag an ausserkantonale Behandlungen unabhängig von der Art der Abteilung, in der die Behandlung durchgeführt wird, ausrichten muss. In zwei Grundsatzurteilen (BGE 123 V 290 ff., 310 ff.) hat das Eidgenössische Versicherungsgericht (EVG) im Dezember 1997 entschieden, dass die Beitragspflicht des Kantons bei einem ausserkantonalen Spitalaufenthalt unabhängig von der Art der Abteilung eines öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitals besteht. Das EVG ging dabei davon aus, dass beim Aufenthalt in der Halbprivat- oder Privatabteilung die Kosten entsprechend den Tarifen für die allgemeine Abteilung des betreffenden Spitals vergütet werden, wie wenn sich die oder der Versicherte in der allgemeinen Abteilung aufgehalten hätte. Wenn ein Spital keine allgemeine Abteilung führt, kommen Referenztarife zum Zuge. Weil die Kostenübernahme durch die Krankenversicherung nicht davon abhängt, ob sich eine versicherte Person tatsächlich in der allgemeinen Abteilung aufgehalten habe, gäbe es auch keinen Grund, die gleichartige Leistung des Kantons unter denselben Umständen zu verweigern. Nicht ausgesprochen hat sich das EVG zur Frage, ob die Kantone auch innerhalb des Kantons einen Beitrag an die Behandlung in der Halbprivat- oder Privatabteilung entrichten müssen. Zur Regelung der Finanzierung der ausserkantonalen Spitalbehandlung von halbprivat oder privat Versicherten ist ein Abkommen zwischen Kantonen und Krankenversicherern abgeschlossen worden. Das Abkommen galt bis zum 31. Dezember 2000.

2.6.2 Resultate der Wirkungsanalyse

Insgesamt lässt sich auf Grund der im Jahr 2001 durchgeführten Untersuchung der Wirkungen des KVG auf die Leistungserbringer feststellen, dass sich das Verhandlungsklima im Spitalbereich mit dem KVG wesentlich verschlechtert hat. Massgeblicher Streitpunkt blieb die Frage, welchen Anteil der Kosten die Versicherer übernehmen müssen (Höhe der anrechenbaren Kosten und zu übernehmende Deckungsquote bzw. Erfordernisse betreffend Kostentransparenz). Da die Tarifpartner ihre eigenen Interessen verfolgten und möglichst hohe Einnahmen erzielen (Spitäler) beziehungsweise möglichst einen geringen Teil der Kosten übernehmen wollten (Versicherer und Kantone), wurden die Verhandlungen zunehmend spannungsgeladen (Hammer et al. 2001b). Als wesentliches Hemmnis in den Verhandlungen im Spitalbereich wurde die Tatsache angeführt, dass der Bundesrat bis anhin keine verbindliche Bestimmung für eine einheitliche Kostenrechnung erlassen hat.

Ungeachtet der offenen Auseinandersetzungen lässt sich aus der Analyse der Finanzflüsse im Gesundheitswesen feststellen, dass sich die Kantone langsam und graduell aus der Finanzierung der Spitäler zurückzuziehen scheinen. Darauf deutet Darstellung D 2.2 hin.

D 2.2: Anteil der Kantone an der Finanzierung der Spitäler 1991 bis 1998 (inkl. Investitionen)



Quelle: Greppi et al. 2000, Tab. 5.4.1 a

Die Darstellung D 2.2 bildet den Anteil der Kantone an der Finanzierung der Spitäler (inkl. Investitionskosten) ab. Es lässt sich in den Neunzigerjahren eine rückläufige Tendenz von 32,3 im Jahre 1991 auf 26,6 Prozent im Jahre 1998 feststellen (Greppi et al. 2000, Tab. 5.4.1 a). Für das Jahr 1999 ist aufgrund der neuesten Erhebungen des Bundesamtes für Statistik eine Erhöhung des Anteils der Kantone zu verzeichnen. Ob dieser Anstieg eine Trendwende begründet, kann derzeit noch nicht schlüssig beurteilt werden. Zudem ist zu unterstreichen, dass die Darstellung alle Spalkosten enthält, also nicht nur jene, welche durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung abgedeckt sind. Es wird angenommen, dass die kantonale Kostenbeteiligung im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ungefähr den im Bundesgesetz festgehaltenen 50 Prozent entspricht (vgl. Botschaft des Bundesrats betreffend die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. September 2000 BBl 2001 741, Anhang Tabelle 6).

Ein Trendbruch, der auf einen Einfluss des Krankenversicherungsgesetzes hindeuten würde, lässt sich aus den verfügbaren Datenreihen nicht feststellen. Hingegen gibt es qualitative Hinweise darauf, dass die duale Spalkfinanzierung insbesondere zwei Entwicklungen im Spalkbereich ausgelöst hat (Hammer et al. 2001b):

- Erstens wurde in den Gesprächen verschiedentlich die Ansicht geäussert, dass die Regelung der Spalkfinanzierung den *Privatisierungstrend* im Spalkbereich verstärkt habe. Es wurde auch die Vermutung geäussert, dass sich die Kantone durch eine teilweise Privatisierung ihrer Spitäler aus der Finanzierung des Gesundheitswesens zurückziehen wollten. Die Kantone halten dem gegenüber, dass es sich bei der Ausgliederung der Kantonsspalker nicht um einen Akt der Privatisierung handle, sondern um eine Ausgliederung in der Rechtsform nach Privatrecht, welche ausschliesslich der Aufgabenentflechtung diene. Die betroffenen Kantone finanzierten

daher diese Spitäler wie bisher als öffentliche Spitäler, was die Einhaltung der Finanzierungsregelung des KVG mit einschliesse.

Die Privatspitäler sehen sich durch die duale Spitalfinanzierung allerdings gegenüber den subventionierten Spitälern benachteiligt. Im Unterschied zu den öffentlichen Spitälern erhalten sie keine Beiträge des Kantons für die Leistungen der allgemeinen Abteilung. Ihrer Ansicht nach hat die duale Spitalfinanzierung zu einem Wettbewerb mit „ungleichen Spiessen“ und damit zu Wettbewerbsverzerrungen geführt. Mehrere Privatkliniken verlangen daher die Berücksichtigung der Vollkostenrechnung in den Tarifverhandlungen. Sie befürchten, dass ihnen sonst die Möglichkeit zur Tätigkeit im Rahmen der Krankenpflegeversicherung entzogen wird.

- Zweitens wurde darauf hingewiesen, dass die duale Spitalfinanzierung zu einer *Verlagerung der Behandlung vom stationären in den ambulanten Bereich* geführt habe. Wiederum tauchte die Meinung auf, dass sich die Kantone dadurch aus der Finanzierung der öffentlichen Spitäler zurückziehen wollten. Es gäbe Anzeichen dafür, dass Grundversicherte aus Kostengründen vermehrt ambulant, Zusatzversicherte dagegen stationär behandelt würden. Demgegenüber argumentieren die Kantone, dass die Verlagerung vom stationären zum ambulanten Sektor einem Trend entspreche, der nicht erst mit dem KVG eingesetzt habe. Neue Technologien würden immer häufiger ambulante Behandlungen ermöglichen. Der Entscheid der Behandlungsform würde von den Ärztinnen und Ärzten nach medizinischen Kriterien getroffen. Zudem würden auch die Patientinnen und Patienten ihre Präferenzen einfließen lassen, was ebenfalls zur Stärkung ambulanter Behandlung beitrage.

2.6.3 Empfehlungen der Expertinnen und Experten

Im Zusammenhang mit der Beurteilung der Volksinitiative „Gesundheit soll bezahlbar bleiben“ der Sozialdemokratischen Partei der Schweiz durch den Bundesrat wurden im November 1999 zwei Experten beauftragt, unter anderem Alternativen für die Spitalfinanzierung aufzuzeigen.¹⁰ Es sollte eine bessere Erreichung der Ziele des KVG ermöglicht werden, ohne grundsätzlich vom System der Kopfprämien und der Prämienverbilligung abzuweichen. Die Experten schlugen langfristig ein monistisches Finanzierungssystem vor, bei welchem die gesamten Spitalkosten nur noch über eine Stelle finanziert würden. Konkret bedeutet das, dass die Krankenversicherer die Gesamtkosten der stationär erbrachten Leistungen abzugelten hätten. Die bisherigen Subventionen gingen nicht mehr an die Spitäler, sondern direkt an die Versicherer oder allenfalls an einen gemeinsamen Fonds der Versicherer. Mit diesem System soll unter anderem der Wettbewerb zwischen stationären und ambulanten medizinischen Leistungen verstärkt werden. Es würden „gleich lange Spiesse“ geschaffen. Die Experten schlugen einen Fonds vor, welcher zum einen durch die bisherigen Kantonssubventionen an die stationären Aufenthalte zu speisen wäre. Zum anderen könnten zusätzliche Steuermittel eingeschlossen werden, um den steuerfinanzierten Anteil der von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommenen Leistungen zu erhöhen.

Die von den Experten vorgeschlagenen Reformschritte bedingen einen substanziellen Konsens zwischen den gesundheitspolitischen Akteuren. Da ihres Erachtens ein solcher

¹⁰Es handelte sich um folgende Experten: lic. rer. pol. S. Spycher, Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS, Bern und Prof. Dr. R. E. Leu, Volkswirtschaftliches Institut der Universität Bern (Finanzierungsalternativen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, BSV-Forschungsbericht Nr. 11/00).

Konsens zurzeit noch nicht vorhanden ist, haben sie die Reform in zwei Phasen unterteilt. In einem ersten Schritt halten sie die Veränderung der Spitalfinanzierung gemäss dem bundesrätlichen Vernehmlassungsvorschlag vom Frühjahr 1999 für angemessen. Der Vorschlag sah im Wesentlichen folgende Elemente vor: Im Gegensatz zum geltenden System sollen Leistungen abgegolten und nicht mehr Kosten gedeckt werden. Dies kann zum Beispiel mittels Fall- oder Abteilungspauschalen erfolgen. Diese leistungsbezogenen Pauschalen werden von Krankenversicherern und Kantonen nach einem im Voraus vereinbarten Kostenteiler übernommen. Damit soll erreicht werden, dass sich das Interesse der Tarifpartner nicht auf das Verschieben von Finanzierungsanteilen, sondern auf die Eindämmung der Gesamtkosten bezieht. Diese Art der Vergütung soll – sofern eine medizinisch indizierte Spitalbehandlung in einem Spital vorgenommen wird, welches auf einer Liste aufgeführt ist und der Planung entspricht – unabhängig von der Liegeklasse und Versicherungskategorie der Patientin oder des Patienten erfolgen. Mit der Entschädigung abgegolten werden sollen auch die Investitionskosten. Die teilstationär erbrachten Leistungen, das heisst Behandlungen von in der Regel weniger als 24 Stunden, welche eine Spitalinfrastruktur erfordern, sollten den stationären Leistungen gleichgestellt sein. Der teilstationäre Bereich solle, wie der stationäre, einer durch einen oder mehrere Kantone erstellten Planung unterliegen.

2.6.4 Neueste Entwicklungen und offene Fragen

In der zweiten Teilrevision des KVG soll nach dem Willen des Bundesrats vor allem die Spitalfinanzierung neu geregelt werden (Botschaft vom 18. September 2000, BBl 2001 741). Insbesondere sollen einzelne Unklarheiten beseitigt werden, und es soll verhindert werden, dass eine kontinuierliche Verlagerung der Finanzlast auf die Krankenversicherung stattfindet. Der steuerfinanzierte Anteil soll erhalten und eine Überwälzung auf die Kopfprämien mit den entsprechenden Umverteilungswirkungen vermieden werden.

Die geplanten Änderungen bei der Spitalfinanzierung lassen sich wie folgt zusammenfassen:¹¹

- Gegenstand der Tarifverträge soll die Entschädigung der von den Spitälern erbrachten Leistungen und nicht die Einigung über die Deckung der anfallenden Kosten sein. Damit soll für die Spitäler ein Druck entstehen, die Leistungen möglichst effizient zu erbringen, können sie doch nicht mehr mit einer (teilweisen) Finanzierung des Betriebsdefizits rechnen. Zudem verhindert der Wechsel zu einem System mit je hälftigen Finanzierungsanteilen die Verschiebung der Kosten auf die anderen beteiligten Partner und stellt die Eindämmung der Gesamtkosten ins Zentrum. Die Vergütung erfolgt in der Regel auf der Basis einer leistungsbezogenen Pauschale (Fall- oder Abteilungspauschale), welche neben den Betriebs- auch die Investitionskosten einschliesst.
- Alle im Spital erbrachten Leistungen, das heisst sowohl stationäre als auch teilstationäre, zu deren Erbringung eine Spitalinfrastruktur erforderlich ist, sollen dem gleichen Finanzierungsregime unterstellt werden. Damit wird der Tatsache Rechnung getragen, dass Leistungen, insbesondere chirurgische Eingriffe, die früher im stationären Rahmen durchgeführt wurden, heute teilstationär erbracht werden.
- Die Kantone werden verpflichtet, bei einer stationären Behandlung generell – auch bei Bestehen einer Zusatzversicherung und auch bei Aufenthalt in einer Privatklinik – 50

¹¹Widmer 2001, S. 166

Prozent der Entschädigung für die erbrachte Leistung zu übernehmen. Bisher haben sich die Kantone lediglich an der Finanzierung von öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitälern beteiligt. Diese Beschränkung soll zu Gunsten gleicher Wettbewerbsbedingungen für private und öffentliche Spitäler aufgegeben werden. Im Gegenzug finanzieren die Krankenversicherer in Zukunft auch einen Teil der Infrastruktur.

- Die Kantone sollen sich – unabhängig vom Bestehen einer Zusatzversicherung und unabhängig von der gewählten Abteilung – an der Finanzierung eines Spitalaufenthalts beteiligen.

Da einerseits die Rahmenbedingungen und andererseits der politische Konsens, welche beim Übergang zu einem monistischen System erfüllt sein müssten, nicht gegeben seien, hält der Bundesrat ein aus *einer* Quelle finanziertes Vergütungssystem nur langfristig für realisierbar. Indessen wird die Ansicht vertreten, dass die in der zweiten Teilrevision vorgesehenen Massnahmen dazu beitragen, dass dereinst die Einführung eines monistischen Systems denkbar ist. Diese skeptische Ansicht teilt der Ständerat nur zum Teil. Er sieht vor, dass der Bundesrat fünf Jahre nach Inkrafttreten der Gesetzesrevision eine Vorlage zum Übergang zu einem monistischen System zu unterbreiten hat.

2.7 Festlegung des Leistungsumfangs

Ein Hauptziel des KVG besteht darin, allen Versicherten den Zugang zu einer qualitativ hoch stehenden medizinischen Versorgung zu verschaffen. Dies wird durch das allgemeine Versicherungsobligatorium und das Verschreiben eines einheitlichen „Leistungskatalogs“ für alle Versicherten sichergestellt. Die Krankenversicherung garantiert damit der gesamten Bevölkerung Versicherungsschutz im Falle von Krankheit, Unfall (subsidiär) und bei Mutterschaft. Abgedeckt sind im Wesentlichen alle ambulanten Behandlungen durch Ärztinnen und Ärzte sowie Chiropraktorinnen und Chiropraktoren samt verordneten Medikamenten, ärztlich verordnete Physio- und Ergotherapie, stationäre Aufenthalte in auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführten Spitälern und bei medizinischer Indikation oder im Notfall in ausserkantonalen Kliniken. Mit der Einführung des KVG wurde der „Leistungskatalog“ erweitert. Neu aufgenommen wurden Leistungen, die für eine qualitativ hoch stehende Grundversorgung als notwendig erachtet wurden. Dabei handelt es sich in erster Linie um die Übernahme der Kosten gewisser Präventionsmassnahmen sowie für Leistungen der spitalexternen Pflege (Spitex) und der Pflegeheime. Ferner ist die unter dem früheren Recht bestehende zeitliche Begrenzung der Kostenübernahme bei Spitalaufenthalten weggefallen. Schliesslich wurden Leistungen bei Unfall in die Krankenversicherung aufgenommen, soweit dafür nicht die Unfallversicherung aufkommt, sowie bestimmte zahnmedizinische Leistungen.

2.7.1 Ausgangslage

Im KVG wird grundsätzlich davon ausgegangen, dass alle Leistungen, welche von Ärztinnen und Ärzten (sowie Chiropraktorinnen und Chiropraktoren) erbracht werden, durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernommen werden (Vertrauensprinzip). Hingegen kann die Kostenübernahme insbesondere von neuen Leistungen durch die soziale Krankenversicherung bestritten werden. Die Zulassung neuer Leistungen fällt in den Zuständigkeitsbereich des Bundes und hat mit der Einführung des KVG noch an Bedeutung gewonnen. Es gilt dabei, sowohl dem medizinischen Fortschritt als auch den Bemühungen zur Kosteneindämmung Rechnung zu tragen. Die Eidgenössische Leistungskommission (ELK), der Fachpersonen aus den verschiedenen Leistungsbereichen

angehören, hat die Aufgabe, die Aufnahme neuer Leistungen sowie periodisch auch bestehende Leistungen nach den drei im Gesetz festgehaltenen Kriterien Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit zu prüfen. Anschliessend überweist die Kommission ihre Empfehlungen an das Eidgenössische Departement des Innern (EDI), das schliesslich entscheidet.

Gestützt auf die Arbeiten der ELK, erklärt das EDI verschiedene medizinische Leistungen ganz oder unter bestimmten Bedingungen zu Pflichtleistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, andere werden abgelehnt und explizit im Anhang 1 der Krankenpflege-Leistungsverordnung vom 29. September 1995 (KLV) bezeichnet. Neben der Aufnahme in den „Leistungskatalog“ oder der Ablehnung auf Grund der drei gesetzlich festgelegten Kriterien kann das EDI Leistungen auch nur befristet zulassen. Derzeit sind mindestens zwanzig Leistungen in Evaluation. Von dieser Möglichkeit wurde auch bei der Aufnahme von fünf Disziplinen der Komplementärmedizin, die seit dem 1. Juli 1999 vergütet werden, Gebrauch gemacht. Leistungen der anthroposophischen, der traditionellen chinesischen Medizin, der Homöopathie, der Neuro- und der Phytotherapie sind vorerst für eine beschränkte Dauer von sechs Jahren in den „Leistungskatalog“ aufgenommen worden. Zudem werden die Leistungen nur dann vergütet, wenn sie von Ärztinnen und Ärzten mit entsprechender anerkannter Weiterbildung erbracht werden. Eine erste Beurteilung wird nach drei Jahren, also im Jahre 2002, stattfinden.

Neben der ELK beraten die Eidgenössische Analysenkommission und die Eidgenössische Kommission für Mittel und Gegenstände das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) beim Erlass der Analysenliste beziehungsweise bei der Beurteilung und Festsetzung der Vergütung von Mitteln und Gegenständen. Die Eidgenössische Arzneimittelkommission berät das BSV bei der Erstellung der Spezialitätenliste, auf der die zu vergütenden pharmazeutischen Spezialitäten und konfektionierten Arzneimittel figurieren. Anders als bei den Leistungen, bei denen eine Art Negativliste der nicht oder nur limitiert zu vergütenden Leistungen (Anhang 1 der KLV) den Zugang regelt, existieren mit der Analysen-, der Mittel- und Gegenstände- und der Spezialitätenliste drei Positivlisten, welche die entsprechenden Leistungen abschliessend bezeichnen.

Im Rahmen der Prävention geht man von einem Dreisäulenmodell der Gesundheitsförderung und Prävention aus: individuelle präventivmedizinische Leistungen (finanziert durch die Krankenversicherung, ohne Kostenbeteiligung der Versicherten), Gesundheitsinformation (getragen durch die Kantone) und Aufgaben der öffentlichen Gesundheitspflege (Public Health) wie Impf- und Kontrollkampagnen (durch die Kantone und die entsprechenden Facheinrichtungen wie sozialmedizinische Dienste oder Schularztdienste getragen). Ins KVG aufgenommen wurde schliesslich die Übernahme von „Kosten für bestimmte Untersuchungen zur frühzeitigen Erkennung von Krankheiten sowie für vorsorgliche Massnahmen zu Gunsten von Versicherten, die in erhöhtem Masse gefährdet sind“, sofern sie von Ärztinnen und Ärzten durchgeführt oder verordnet werden (Art. 26 KVG). An der Kostenbeteiligung wurde auch für Präventionsleistungen festgehalten. Im Laufe der parlamentarischen Beratung wurde, abweichend zum bundesrätlichen Entwurf, die zusätzliche Komponente der Gesundheitsförderung ins KVG integriert. Artikel 19 KVG bildet die rechtliche Grundlage für die Schweizerische Stiftung für Gesundheitsförderung, die von Kantonen und Versicherern gemeinsam betrieben wird und Massnahmen zur Förderung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten anregt, koordiniert und evaluiert. Massnahmen der Gesundheitserziehung wurden hingegen aus dem neuen KVG grundsätzlich ausgeklammert.

Im Zusammenhang mit der Festlegung der durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung zu vergütenden Leistungen wurden im Rahmen der Wirkungsanalyse zwischen

1999 und 2001 sechs Untersuchungen durchgeführt. Eine erste Studie befasste sich mit der Frage der Angemessenheit des „Leistungskatalogs“ (Polikowski et al. 2000). Dabei wurden zwei komplementäre Ansätze gewählt, um die Frage, ob der „Leistungskatalog“ „ausreichend“ ist, zu klären: Er wird mit jenem anderer Länder verglichen, und es wird die Vergütung der Behandlung von Gesundheitsproblemen (Tracer) anhand der Empfehlungen der Fachliteratur untersucht. Zum internationalen Vergleich wurden Frankreich, Deutschland, Israel, die Niederlande und Luxemburg herangezogen, da sich deren Gesundheitssysteme für einen solchen Vergleich am ehesten eignen. Bei der Tracer-Studie wurden folgende Beispiele gewählt: ischämischer cerebrovaskulärer Insult (Herzinfarkt), Hüftfraktur, Adipositas (Fettsucht), akute Leukämie sowie die normale Schwangerschaft und die Pflege des gesunden Neugeborenen.

Eine zweite Studie analysierte aus juristischer Sicht die Adäquanz des Pflichtleistungskatalogs und den Zugang der Versicherten zu Rechtsmitteln (Ayer et al. 2000). Abgesehen von der erwähnten Aufnahme von Leistungen auf Antrag der Eidgenössischen Leistungskommission durch das EDI kann die Aufnahme oder Ablehnung einer Leistung in die obligatorische Krankenpflegeversicherung auch auf dem Rechtsweg über die Versicherungsgerichte erfolgen. Das Projekt hatte zur Aufgabe, diese Wege zu beschreiben und die Anwendung der Grundsätze des KVG durch die kantonalen Versicherungsgerichte und das EVG zu analysieren. Zu diesem Zweck wurden sämtliche Entscheide, die das EVG oder die kantonalen Gerichte 1997 und 1998 im Zusammenhang mit dem KVG erlassen hatten, erfasst. Eine weitere Studie ging den von verschiedenen Akteuren beklagten angeblichen Unterschieden in der Vergütungspraxis der Versicherer nach (Hornung et al. 2001). Ziel war es zu ergründen, ob ein zu grosser Entscheidungsspielraum bestehe, der dem Grundsatz des einheitlichen „Leistungskatalogs“ widerspricht.

Da in der medialen Öffentlichkeit häufig ein enger Zusammenhang zwischen der Kostenentwicklung in der Krankenversicherung und dem „Leistungskatalog“ gemacht wird, liess das BSV mit einem Projekt untersuchen, wie das Kriterium der Wirtschaftlichkeit durch die ELK abgeklärt wird und in welchem Umfang sich die Kostenfolgen neuer (und abgelehnter) Leistungen bewegen (Haari 2001).

Schliesslich befassten sich zwei Studien mit den Präventionsleistungen: Eine Teilstudie untersuchte die Auswirkungen der Aufnahme von Impfungen im Schulalter als Pflichtleistung (Battaglia/Junker 2001). Diese Studie und zwei ausserhalb der Wirkungsanalyse durchgeführte Untersuchungen über zwei weitere Präventionsbereiche flossen in eine Rahmenstudie über die Auswirkungen der Aufnahme von Präventionsleistungen ins KVG ein (Sager et al. 2001).

Die präventivmedizinischen Leistungen bewegen sich im Spannungsfeld zwischen individualmedizinischen Angeboten, die privat erbracht und über die Krankenversicherung finanziert werden, und der öffentlichen Gesundheitspflege, die von den Kantonen mitfinanziert wird. Inhaltlich ist eine klare Abgrenzung zwischen Public-Health-Aufgaben und dem Bereich der individuellen Prävention schwierig, doch hat sich die Eidgenössische Grundsatzkommission, welche das EDI und das BSV in grundlegenden Fragen des Gesundheitswesens berät, des Definitionsproblems angenommen. Da das KVG die Finanzierung nur für die individuelle Leistungserbringung regelt, liegt das Problem der präventivmedizinischen Leistungen in der Diskrepanz zwischen der Regelung und dem Präventionsziel. Die Wirkungsanalyse ging den Auswirkungen der Aufnahme von präventivmedizinischen Leistungen in den Pflichtleistungskatalog und den Veränderungen in der Praxis dieser Leistungen seit Inkrafttreten des KVG anhand dreier ausgewählter Fallstudien (Impfungen im Schulalter, Screening-Mammografie und Cervix-Abstrich)

nach. Untersucht wurden insbesondere Verfügbarkeit der Leistungen, Umsetzungsstrukturen, Finanzierung und Impact der neuen rechtlichen Regelung.

2.7.2 Resultate der Wirkungsanalysen

Im Folgenden werden die Resultate der Studien vorgestellt. Dabei gehen wir zuerst auf die Analyse des Verfahrens bei der Festlegung des Leistungsbereichs ein und danach auf die Beurteilung des Leistungsumfangs durch die vergleichende Untersuchung. Sodann werden die Resultate der Studie über die Kostenfolgen der Aufnahme von Leistungen in den „Leistungskatalog“ und jene über die unterschiedliche Vergütungspraxis zusammengefasst. Abschliessend werden die Resultate aus der Studie über die präventivmedizinischen Leistungen erörtert.

Verfahren bei der Festlegung des Leistungsbereichs

Die Autorinnen und Autoren der juristischen Studie konzentrierten sich auf das Verfahren der Bezeichnung von zu vergütenden Leistungen und auf das Verfahren zwischen Versicherten und Versicherern im Streitfall (Ayer et al. 2000).

Die Arbeit der ELK wird von den Autorinnen und Autoren als langwierig beurteilt. Zudem fehle es an Transparenz. Weder die Patientinnen und Patienten oder die Versicherten noch die Organisationen, die sich für deren Anliegen einsetzen, hätten die Möglichkeit, ein Verfahren einzuleiten oder in ein hängiges Verfahren einzugreifen, auch wenn sie in der ELK vertreten sind.

Die Analyse der umfangreichen Dokumente der kantonalen und eidgenössischen Rechtsprechung im Leistungsbereich ermöglichte eine Diskussion über die Tragweite der Krankenpflege-Leistungsverordnung und deren Beurteilung durch die Richter. Die Diskussion bezog sich in der Regel auf die im KVG bezeichneten Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit und deren Verhältnis zueinander. Die Studie kommt zum Schluss, dass kein direkter Bezug zwischen den Entscheiden des EVG und den Arbeiten der ELK besteht. Es existiere in der Tat kein Mechanismus, der den Austausch zwischen der ELK und den Gerichten garantieren würde.

Das KVG sieht einen spezifischen Rechtsschutz vor. Das Verfahren zwischen der versicherten Person und dem Versicherer ist in zwei Phasen geteilt: Erstens gibt es das Verfahren im engen Sinne, in welchem die versicherte Person gegen den Versicherer vorgeht (Einsprache, Verfügung und Bestätigung der Verfügung). Zweitens besteht die Rechtspflege, die mit der Einsprache beim Versicherer beginnt, sich mit der Beschwerde beim kantonalen Gericht fortsetzt und sich bis zur Beschwerde beim EVG erstrecken kann. Die allgemeinen Verfahrensregeln gelten auch hier: das Recht auf Akteneinsicht, das Recht auf eine begründete Verfügung sowie den Datenschutz. Zudem gibt das KVG gewisse Minimalanforderungen bezüglich des kantonalen Verfahrens vor. Von den klassischen Verwaltungsverfahren unterscheidet sich das Verfahren nach KVG vor allem dadurch, dass die Versicherten dazu verpflichtet werden, zweimal beim Versicherer vorstellig zu werden, bevor beim kantonalen Versicherungsgericht Beschwerde erhoben werden kann. Dieser zusätzliche Schritt wird von den Autorinnen und Autoren der Studie als verfahrensverlängernd kritisiert, denn für den Erlass eines Einspracheentscheides wird dem Versicherer keine Frist gestellt.

Leistungsumfang

Das KVG verpflichtet die Krankenversicherer nicht nur dazu, die ganze Spannweite der Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abzudecken. Es ist den

Versicherern auch verboten, Leistungen über diesen Rahmen hinaus abzudecken. Für die Kosten der ausgeschlossenen Leistungen müssen die Versicherten entweder direkt oder über private Zusatzversicherungen selbst aufkommen. Um eine Zweiklassenmedizin zu vermeiden, muss der „Leistungskatalog“ der sozialen Krankenversicherung somit die als wirksam erachteten Leistungen umfassend abdecken, während die so genannten Komfortleistungen von den privaten Zusatzversicherungen übernommen werden.

Der Leistungsumfang der schweizerischen obligatorischen Krankenversicherung zeigt eine grundsätzlich hohe Übereinstimmung mit den Leistungskatalogen in fünf Ländern mit vergleichbaren Systemen (Frankreich, Deutschland, Israel, Niederlande und Luxemburg) (Polikowski et al. 2000). Als Besonderheiten des schweizerischen „Leistungskatalogs“ wurden jedoch hervorgehoben: die Vergütung und die Verordnungsautonomie zu Gunsten der Chiropraktorinnen und Chiropraktoren, eine relativ breite Vergütung der Ernährungsberatung, die Kostenübernahme einiger präventiver Leistungen in Verbindung mit der Mutterschaft (Beitrag für kollektive Geburtsvorbereitung und Stillberatung) sowie ein Beitrag für Rettungs- oder Bergungskosten.

Der schweizerische Leistungsumfang zeichnet sich im Vergleich zu den oben genannten Ländern aber auch durch einige wichtige und besondere Einschränkungen aus. Es sind das der weitläufige Ausschluss von mit der Zahnmedizin verbundenen Kosten, der Ausschluss der von nichtärztlichen Psychologen und Neuropsychologen selbstständig erbrachten Leistungen sowie die Nichterstattung der Kosten einer Haushaltshilfe, die im Krankheitsfall oder nach einem Unfall benötigt werden könnte. Zudem sind in der Schweiz – anders als in den Vergleichsländern – Fortpflanzungsmedizin und Chirurgie bei erektiler Dysfunktion von einer Vergütung ausgeschlossen. Im Unterschied zu den anderen erwähnten Ländern gilt die Franchise in der Schweiz zudem für alle Leistungen (mit Ausnahme der Mutterschaft). Problematisch ist, dass davon auch der Zugang zu Vorsorgemassnahmen betroffen ist.

Bei den analysierten Fallbeispielen (Tracer-Untersuchung) ergaben sich kaum Unterschiede zwischen der Schweiz und den Vergleichsländern, wenn Leistungen der Diagnostik und der Behandlung abgedeckt werden mussten. Die Leistungen dieser beiden Bereiche werden mehrheitlich von Ärztinnen und Ärzten erbracht. Dagegen zeigen die Bereiche, in denen Kompetenzen anderer Pflegeberufe gefragt sind (Prävention, Rehabilitation, Nachsorge), in der Schweiz eher eine unvollständige Kostendeckung. Der schweizerische „Leistungskatalog“ geht vom Grundsatz der ärztlichen Kompetenz für die Krankenversicherung aus, wodurch den Ärztinnen und Ärzten das fast exklusive Verordnungs- und Behandlungsrecht zu Lasten der Versicherung eingeräumt wird. So gesehen sind nur die zahnärztlichen Leistungen vom Leistungsumfang der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ausgeschlossen, wenn sie nicht auf Erkrankungen oder Geburtsgebrechen zurückzuführen sind. Ansonsten stellt die Studie fest, dass der derzeitige Inhalt des Leistungsumfangs im Bereich Diagnostik und Behandlung ausreichend sei, um eine Zweiklassenmedizin zu verhindern. Anders beurteilt wird jedoch der Bereich der Prävention. Versicherte, die wenig Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen, könnten womöglich auf Vorsorgemassnahmen verzichten, um nicht für die Franchise aufkommen zu müssen. Die Autorinnen und Autoren erblicken auch dann die Gefahr einer Zweiklassenmedizin, wenn eine Leistung (mit Kostenübernahme) nur Ärztinnen und Ärzten vorbehalten ist und die Anzahl der dafür ausgebildeten Ärztinnen und Ärzte zu gering ist. Solches könne bei psychotherapeutischen sowie ambulanten Rehabilitationsleistungen der Fall sein.

Kosten neuer Leistungen

Verschiedene Akteure sehen in den neu zugelassenen Leistungen einen wesentlichen Grund für die Kostensteigerung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. In einem Projekt wurde deshalb überprüft, welche Kostenfolgen die neu zugelassenen, aber auch die abgelehnten Leistungen haben (Haari 2001). Das Vorhaben, die tatsächlich eingetretenen Kostenfolgen mittels neuer Erhebungen und einer Nachkalkulation zu überprüfen, erwies sich auf der Basis der vorhandenen Daten als zu schwierig und aufwändig. Stattdessen wurden zur Ermittlung der Kostenfolgen die bei der ELK eingereichten Dokumentationen analysiert.

Die Analyse der Dokumentationen liess grosse Unterschiede bezüglich der Darstellung der Kostenfolgen erkennen. Ein Grund liegt darin, dass im „Handbuch zur Standardisierung der medizinischen und wirtschaftlichen Bewertung medizinischer Leistungen“, das von den Gesuchstellern als Leitfaden zur Erstellung ihrer Dokumentationen benutzt wird, praktische Handlungsanweisungen zur Berechnung der Kostenfolgen einer neuen Leistung fehlen (BSV 2000d; Haari 2001). Eine zusammenfassende Bewertung ergab, dass nur 25 von 35 Dokumentationen Aussagen zum erwarteten Volumen der neuen Leistung und nur 15 Unterlagen auch Aussagen zur Menge der substituierten Leistungen enthalten. In mehr als der Hälfte der Dokumentationen fehlen Angaben zu den gesamtschweizerischen Kostenfolgen. Gerade zehn Gesuchsteller versuchten, sowohl die Kosten der neuen als auch der substituierten Leistungen zu berücksichtigen. Zudem fielen häufig Rechenfehler und methodische Mängel in den Dokumentationen auf.

Trotz dieser schlechten Datenlage konnte der Autor der Studie aus den Unterlagen die Kostenfolgen grob schätzen, die sich aus den durch die ELK behandelten Leistungen ergeben. Für die Kostenfolgen wird in der Regel eine Bandbreite angegeben. Summiert man die Angaben der Antragsteller der abgelehnten Leistungen in den Jahren von 1996 bis 1998, so schwanken die erwarteten jährlichen Kostenfolgen in einer Bandbreite zwischen Mehrausgaben von 22,71 Millionen und Minderausgaben von 64,95 Millionen Franken. Für von der ELK zur Aufnahme in den Pflichtleistungskatalog empfohlene Leistungen bewegen sich die Zahlen zwischen Mehrausgaben von 44,29 Millionen und Minderausgaben von 7,5 Millionen Franken. Der Autor schliesst daraus, dass die quantitative Bedeutung der eventuellen Mehrleistungen sehr gering ist: Im Vergleich zu den jährlichen Ausgaben im Gesundheitswesen von rund 40 Milliarden Franken und den davon etwa 14 Milliarden Franken der Krankenversicherung für Krankenpflegeleistungen, machen die von der ELK behandelten Leistungen in jedem Fall nur den Bruchteil eines Prozents aus. Der Anteil, den die neu aufgenommenen Leistungen an der Kostensteigerung haben, wird von der Studie auf zwischen 0,4 Prozent und 2,5 Prozent bezogen auf die Zunahme der Gesundheitskosten und zwischen 0,6 Prozent und 5 Prozent bezogen auf die Veränderung der Krankenversicherungskosten geschätzt. Selbst unter Berücksichtigung der Mängel der Dokumentationen bei der Berechnung der Kostenfolgen schätzt die Studie den direkten Einfluss der ELK-Empfehlungen auf die Kosten somit als gering ein.

Vergütungspraxis

Alle Versicherer haben in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung dieselben Risiken zu versichern. Damit wird zum einen Gleichheit für alle Versicherten geschaffen, zum andern ein Vergleich der Kosten zwischen den Versicherern ermöglicht. In der Praxis zeigt sich, dass die Definition des Leistungsumfangs der Krankenpflegeversicherung nach KVG von den Versicherern in vielen Fällen unterschiedlich ausgelegt wird. Dies geht aus Anfragen und Beschwerden bei Patienten- oder Konsumentenorganisationen und beim Ombudsmann der sozialen Krankenversicherung hervor. Wird bei einem Versicherer eine

Leistung voll übernommen, so verlangt ein zweiter Versicherer eine genauere Abklärung, oder ein dritter stellt die Leistungspflicht grundsätzlich in Frage. Im Grenzbereich zwischen dem KVG und dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG), nach dem die Zusatzversicherungen geregelt sind, etwa bei Aufenthalt in einer Halbprivat- oder Privatabteilung, wird der Sockelbeitrag der obligatorischen Krankenpflegeversicherung oft unterschiedlich angerechnet. Für Versicherte stellen Kontrollen ihrer Ansprüche und Ungleichbehandlungen oft eine Quelle der Verunsicherung dar. Dieser Sichtweise der Versicherten steht jene der Versicherer gegenüber, welche sich unter anderem in ihrem Kostenmanagement unterscheiden. Eine mögliche Ursache von Problemen dieser Art sieht eine 2001 durchgeführte Studie auch in den kantonal oder nach Leistungserbringern unterschiedlichen Tarifen (Hornung 2001). Die unterschiedliche Interpretation der Leistungspflicht schafft aus der Sicht der Autoren Rechtsungleichheit und möglicherweise eine Konkurrenz zwischen den Versicherern, die der Gesetzgeber über eine klare Regelung der Leistungen vermeiden wollte.

Präventivmedizinische Leistungen

Die Wirkungsanalyse über die Auswirkungen der Aufnahme von präventivmedizinischen Leistungen in den Pflichtleistungskatalog ging den Veränderungen in der Präventionspraxis seit Inkrafttreten des KVG anhand der drei ausgewählten Fallstudien Impfungen im Schulalter, Screening-Mammografie und Cervix-Abstrich nach (Sager et al. 2001). Dabei wurde nach der Verfügbarkeit der Leistungen, den Umsetzungsstrukturen, der Finanzierung und den Impacts der neuen rechtlichen Regelung auf die Praxis gefragt. Aus dem Vergleich der drei untersuchten Leistungen lässt sich festhalten, dass jene Präventivleistungen bereitgestellt werden, die schon vor Aufnahme in den Pflichtleistungskatalog angeboten wurden. Zur Verfügung stehen also die Impfungen im Schulalter sowie der Cervix-Abstrich. Veränderungen hinsichtlich Chancengleichheit sind bei jener Leistung zu finden, die vor Aufnahme in den Pflichtleistungskatalog öffentlich getragen wurde: Für gewisse Risikogruppen ist die Verfügbarkeit von Impfungen im Schulalter im Privatarztsystem gegenüber der Impfung beim schulärztlichen Dienst umständlicher und damit geringer geworden. Die Aufnahme der „neuen“ Leistung Screening-Mammografie in den Pflichtleistungskatalog hatte lediglich in drei Kantonen die Lancierung von Programmen zur Folge, während dieser Schritt auf gesamtschweizerischer Ebene und in den anderen Kantonen die Bereitstellung dieser Massnahme nicht gefördert hat. Keine Unterschiede bestehen bei der „alten“, also bereits im Privatarztsystem etablierten Leistung Cervix-Abstrich, bei der sich laut den Autoren die bestehende Unter- und Überversorgung nicht verändert hat.

Weder bei der Screening-Mammografie noch beim im Privatarztsystem etablierten Cervix-Abstrich hatte die Aufnahme in den Pflichtleistungskatalog zur Folge, dass bestehende Umsetzungsstrukturen verändert oder neue installiert wurden. Hingegen machte die Studie markante Struktureffekte bei den Impfungen im Schulalter dort aus, wo die Bewegung weg vom Schularztsystem zum Privatarztsystem oder zu einer Mischform verlief. Die Etablierung des Privatarztsystems lässt sich zwar nicht allein auf das KVG zurückführen, da bereits vorher entsprechende Wechsel des Vollzugsarrangements stattfanden. Jedoch wurde der mit der Aufnahme der Schulimpfungen in den Pflichtleistungskatalog entstandene Handlungsspielraum, wo er wahrgenommen worden ist, stets zur Abkehr vom Schularztsystem genutzt.

Aus dem Vergleich der drei präventivmedizinischen Leistungen folgert die Studie, dass sich eine auf das KVG zurückführbare Veränderung wiederum allein bei jener Leistung beobachten lässt, die vor Aufnahme in den Pflichtleistungskatalog von der öffentlichen

Hand in den Kantonen getragen wurde, also bei den Impfungen im Schulalter. Während hier die Kantone den vergrösserten finanziellen Handlungsspielraum zu ihrer Entlastung nutzten, wurde bei der Screening-Mammografie festgestellt, dass die im KVG nicht geregelten Administrativkosten als zentrales Argument gegen die Einrichtung eines Früherkennungsprogramms benutzt wurden. Keine Veränderungen gegenüber dem Zustand vor der Aufnahme in den Pflichtleistungskatalog wurden beim Cervix-Abstrich ausgemacht. Die Leistung fällt in den meisten Fällen in die Jahresfranchise und wird somit von den betroffenen Frauen selbst getragen.

Die Studie hält fest, dass die Aufnahme in den Pflichtleistungskatalog unterschiedliche Konsequenzen hatte. Bei den Impfungen im Schulalter wird bei einigen Kantonen von einer potenziellen Abnahme der Inanspruchnahme bei den Risikogruppen ausgegangen. Dies betrifft Kantone, in denen die Behörden sich nicht aktiv um Informationen zum Durchimpfungsgrad bemühen und entsprechende Zielgruppen gezielt ansprechen und wo das Schularztsystem nicht beibehalten wird. Bei der Mammografie führen einzelne Ärztinnen und Ärzte, wegen der zögerlichen Einrichtung organisierter Programme durch die Kantone, individuell diagnostische Mammografie durch, was bei der Aufnahme der Leistung in den Pflichtleistungskatalog nicht vorgesehen war. Der Cervix-Abstrich wird auch nach Aufnahme in den Pflichtleistungskatalog nur unterdurchschnittlich von den Frauen aus den Risikogruppen beansprucht, während die übertesteten Frauen mittleren Alters die Leistung weiterhin häufiger durchführen lassen, als dies aus Public-Health-Sicht sinnvoll wäre.

Die Aufnahme präventivmedizinischer Massnahmen in den Pflichtleistungskatalog führte aus Sicht der Autoren der Studie zu Diskrepanzen zwischen der gesetzlich vorgesehenen Form der Leistungserbringung und der tatsächlich vorherrschenden Praxis. Die angestrebten Veränderungen bei den vollziehenden Behörden und den privaten Leistungserbringern haben sich nicht oder nur unvollständig eingestellt. Die Aufnahme präventivmedizinischer Massnahmen in den Pflichtleistungskatalog hat bei der Zielbevölkerung keine oder nicht die beabsichtigten Verhaltensänderungen ausgelöst. Es wurde verpasst, klare Zielsetzungen zu formulieren, was zu einem inkohärenten Politikkonzept führte. Die Kriterien, die bei der Aufnahme von präventivmedizinischen Massnahmen in den Pflichtleistungskatalog zu beachten sind, stellen primär auf fachlich-medizinische und ökonomische Aspekte ab, schenken jedoch den Voraussetzungen der tatsächlichen Umsetzung bisher zu wenig Beachtung. Insgesamt kommt die Studie deshalb zum Schluss, dass das KVG eine ungenügende Rechtsgrundlage für die Sicherstellung von Präventionsleistungen sei, deren Vergütungspflicht an die Einbettung in organisierte Programme geknüpft ist.

2.7.3 Empfehlungen der Expertinnen und Experten

Zur Eliminierung der Schwachstellen und Nachteile der *Leistungsbezeichnung* und des Beschwerdeverfahrens gegen Entscheide der Versicherer, schlagen die Autoren der juristischen Untersuchung verschiedene Korrekturen vor (Ayer et al. 2000). So soll Organisationen und Vereinigungen, welche sich für die Rechte von Patientinnen und Patienten beziehungsweise von Versicherten einsetzen, die Möglichkeit gegeben werden, sich direkt an die ELK zu wenden und in ein laufendes Verfahren einzugreifen sowie direkt eine Beschwerde gegen Verfügungen der Versicherer einzureichen. Dabei könnten bereits bestehende Regelungen – beispielsweise im Umweltrecht – als Vorlage dienen. Weiter wird empfohlen, den Grundsatz der formellen Verfügung – schriftlich, inkl. Rechtsmittelbelehrung – einzuführen. Versicherte und Versicherten beziehungsweise Patientenorganisationen sollten gemäss den Empfehlungen die Möglichkeit haben, direkt

Beschwerde beim kantonalen Versicherungsgericht zu erheben, ohne dass sie sich wiederholt an den Versicherer wenden müssen.

Die Evaluation stellt fest, dass der *Pflichtleistungskatalog* der Krankenversicherung hauptsächlich die als wirksam erachteten medizinischen Leistungen im Krankheitsfall beinhaltet (Polikowski et al. 2000). Die Autorinnen und Autoren empfehlen Verbesserungen des „Leistungskatalogs“ für die Bereiche Prävention und Rehabilitation. Die Vergütungsbeschränkung bei psychotherapeutischen Leistungen auf Ärztinnen und Ärzte schränke den Zugang zu solchen Leistungen ein und sei daher zu überprüfen. Auch zahnmedizinische Diagnosen und Behandlungen sollten gemäss den Empfehlungen der Studie als Pflichtleistungen aufgenommen und das Problem der fehlenden Vergütung von Haushaltshilfen müsse gelöst werden. Für präventivmedizinische Leistungen sei die Franchise abzuschaffen, da sie sinnwidrige Anreize schaffe.

Bezüglich der *Vergütungspraxis* der Versicherer wird dem Bund empfohlen, die Information von Versicherten und Leistungserbringern zu verbessern (Hornung et al. 2001). So sollten Aspekte der Vergütungspraxis Eingang in die Aus- und Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte finden. Empfohlen wird auch eine Vereinfachung der Mittel- und Gegenständeliste (MiGel), wodurch sich der Kontrollaufwand bei den Versicherern senken liesse. Die Überprüfung und Aktualisierung des Anhangs 1 zur Krankenpflege-Leistungsverordnung und der Spezialitätenliste solle beschleunigt werden, damit Patientinnen und Patienten nicht auf neue, wirksamere Leistungen und Medikamente zu verzichten hätten. Empfohlen wird sodann die Einführung von Zahlungsfristen für die Rückerstattung von Leistungen, da verzögerte Leistungsabrechnungen gelegentlich bei einzelnen Versicherten zu empfindlichen finanziellen Problemen führten. Schliesslich seien einheitliche Kriterien für die vertrauensärztlichen Dienste bei Entscheiden mit Ermessensspielraum bezüglich der Leistungspflicht vorzuschlagen, um das Risiko von Ungleichbehandlungen von Versicherten in vergleichbaren Fällen zu reduzieren.

Die Analyse der Dokumentationen, welche der ELK zur Verfügung standen, liess im Hinblick auf die *Kostenfolgen* bei zwei Punkten Handlungsbedarf erkennen (Haari 2001): Erstens soll für die Gesuchsteller ein Leitfaden zur Berechnung der Kostenfolgen entwickelt werden, der auch Daten zur Ermittlung der Kostenfolgen sowie Methoden zur Schliessung von Informationslücken enthält. Zweitens sollte Sorge getragen werden, dass im Falle neuer Entwicklungen bei Datenquellen wie Einzelkostenabrechnung in den Spitälern oder TARMED¹² bei den freipraktizierenden Ärztinnen und Ärzten frühzeitig die spezifischen Bedürfnisse der Überwachung der Kostenentwicklung berücksichtigt werden.

Zum Bereich der *präventivmedizinischen Leistungen* werden von den Autoren der Rahmenstudie zwei Handlungsempfehlungen formuliert (Sager et al. 2001): Erstens wird dem Bund empfohlen, sich bei der Aufnahme einer neuen Präventivleistung auf eine Zielhierarchie zu einigen, ist doch die mangelnde Deutlichkeit der Zielsetzungen bei der Aufnahme präventivmedizinischer Leistungen heute ein gravierendes Defizit. Da diese Leistungen auf die Gesamtheit der Zielgruppe ausgerichtet sind, sind sie nur bedingt mit rein medizinischen Leistungen vergleichbar, denn das medizinisch-technische Kriterium der Wirksamkeit verbindet sich hier mit dem politisch-praktischen der Versorgungsgerechtigkeit. Als Grundlage für eine Zielabstufung sei daher ein Instrument zu erarbeiten, das mittels einer Definition des Public-Health-Begriffs Indikatoren zur Verfügung stellt, mit denen eine Leistung hinsichtlich der Bedeutung der vier Kriterien Wirksamkeit,

¹² TARMED: gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstruktur für ärztliche Einzelleistungen

Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit und Versorgungsgerechtigkeit eingeschätzt werden kann. Ein solches Instrument sei in Zusammenarbeit mit den betroffenen Stellen bei Bund und Kantonen und mit den föderalen sowie den parastaatlichen und privaten Vollzugsinstanzen zu entwickeln und das „Handbuch zur Standardisierung der medizinischen und wirtschaftlichen Bewertung medizinischer Leistungen“ um den Kriterienkatalog entsprechend zu ergänzen.

Zweitens wird dem Bund empfohlen, bei der Aufnahme einer neuen Präventivleistung unter dem Stichwort der Versorgungsgerechtigkeit auch Vollzugsaspekte zu berücksichtigen. Da gerade in frühen Phasen mit der Problemdefinition meist auch schon grundlegende Ziele bestimmt und Optionen festgelegt werden, die später nur mehr als gegebene „Sachzwänge“ wahrgenommen werden, soll die Vollzugsregelung möglichst früh zusammen mit den Vollzugsinstanzen (Kantonen, parastaatlichen oder privaten Leistungserbringern) erarbeitet werden. Besonderes Gewicht muss hierbei der Frage nach der Finanzierung von Rahmenprogrammen für künftige Präventions- und Früherkennungsleistungen beigemessen werden.

2.7.4 Neueste Entwicklungen und offene Fragen

Mit der ersten Teilrevision des KVG wurde dem Bundesrat die Kompetenz verliehen, einzelne Präventionsleistungen von der Franchise auszunehmen, soweit diese in national oder kantonal organisierten Präventionsprogrammen durchgeführt werden (Art. 64 Abs 6 Bst. d KVG). Für die Mammografie-Programme ist dies bereits umgesetzt. Die Franchisenerleichterung nur für präventive Programme bewirkt – zusätzlich zur Aufnahme des Kriteriums Versorgungsgerechtigkeit – eine zusätzliche Stärkung des Vorsorgegedankens. Die Eidgenössische Grundsatzkommission (EGK) befasste sich Mitte Oktober 2001 erstmals mit dem Tandem „Einzelleistungen“ und „Rahmenprogramm“, einerseits auf der Definitionsebene, andererseits in Bezug auf die Finanzierung. Eine vom Bundesamt für Gesundheit finanzierte Arbeit trägt zurzeit die Definitionen zusammen und erarbeitet verschiedene Finanzierungsszenarien: einerseits Kostenteilung zwischen Krankenversicherung und Kantonen, andererseits monistische Modelle.

Neue Leistungen werden durch die ELK laufend überprüft. Unter anderem wurden per 1. Juli 1999 fünf Disziplinen der Komplementärmedizin für sechs Jahre vergütungspflichtig erklärt. Sie werden parallel im Programm Evaluation Komplementärmedizin (PEK) auf ihre Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit evaluiert.

Zur Verbesserung und besseren Vergleichbarkeit der Anträge zur Aufnahme von Leistungen wurde ein Handbuch zur Standardisierung der medizinischen und wirtschaftlichen Bewertung medizinischer Leistungen erstellt und eine Expertenbegutachtung der eingereichten Dossiers eingeführt. Das Handbuch wird fortlaufend verfeinert. So wurde der Bereich ausgebaut, der Grundlagen zur Abschätzung der Wirtschaftlichkeit ermöglichen soll. Damit wurde der Empfehlung entsprochen, klare Kriterien für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit vorzugeben.

Die Frage der kritisierten Vergütungsbeschränkung im Bereich der psychotherapeutischen Behandlung auf ärztlich ausgebildetes Personal wird derzeit bearbeitet.

Mit der Einführung von Rahmentarifen für Pflegeheime und Spitex wurde die Finanzierung vorderhand geregelt. Die Finanzierung der Pflege wird namentlich von Versichererseite, aber auch im Parlament immer wieder thematisiert. Vorab müssen aber seriöse Entscheidungsgrundlagen vorliegen. Der Bundesrat hat daher einen Bericht über die Finanzierung der Pflege in Auftrag gegeben. Dieser soll über die Krankenversicherung hinaus darlegen, was heute von welchem Kostenträger finanziert wird und wo allfällige

Finanzierungslücken bestehen. Zudem soll er aufzeigen, wie diese Lücken gefüllt werden können. Bei Vorliegen des Berichtes muss entschieden werden, wie diese Frage im Gesamtkontext der Sozialversicherungen gelöst werden kann.

Zur Verkürzung der Fristen bei der Aufnahme von Arzneimitteln in die Spezialitätenliste gilt es festzuhalten, dass die Eidgenössische Arzneimittelkommission, die das BSV berät, seit 1998 quartalsweise tagt. Das ordentliche Aufnahmeverfahren wurde damit auf sechs Monate verkürzt. Zudem werden Gesuche für Arzneimittel, die von der Interkantonalen Kontrollstelle für Heilmittel in einem beschleunigten Aufnahmeverfahren registriert wurden, prioritär behandelt. Bei der Beschleunigung geht es allerdings um eine Güterabwägung. Beschleunigungen dürfen nicht Langzeitwirkungsstudien verhindern, da dies Sicherheitsrisiken birgt, wie das ungenügend ausgetestete Cholesterinsenkungsmittel von Bayer gezeigt hat, das im Sommer 2001 für Schlagzeilen sorgte. Bei der Aufnahme eines Arzneimittels in die Spezialitätenliste prüft das BSV insbesondere dessen Wirtschaftlichkeit. Diese muss bei neuen Arzneimitteln, die häufig teuer sind und die einen Innovationszuschlag im Verhältnis zu den bisher vergüteten Arzneimitteln beanspruchen, sorgfältig geprüft werden. Verneint das BSV vorerst die Wirtschaftlichkeit, erklärt sich die Vertriebsfirma allenfalls zu einer Preissenkung bereit. Somit ist das Interesse an einem raschen Aufnahmeverfahren gegenüber dem Interesse an angemessenen Preisen abzuwägen.

2.8 Qualitätssicherung

Im KVG wurde die Qualitätssicherung erstmals geregelt. In Artikel 58 KVG wird die Möglichkeit festgeschrieben, systematische Kontrollen zur Qualitätssicherung oder des zweckmässigen Einsatzes der Leistungen durchzuführen. In die KVV wurde eine Verpflichtung der Leistungserbringer oder deren Verbände zur Qualitätssicherung aufgenommen (Art. 77 Abs.1 KVV).

2.8.1 Ausgangslage

Die Leistungserbringer und deren Verbände haben unterschiedliche Aktivitäten der Qualitätssicherung und Qualitätsförderung ergriffen. Mit einem Projekt im Rahmen der Wirkungsanalyse KVG verschaffte sich das BSV 1999 einen Überblick über diese Aktivitäten auf Verbandsebene (Faisst/Schilling 1999b). Der Bericht beleuchtet anhand von Fallbeispielen auch exemplarisch den Stand der Umsetzung für einzelne Mitgliedergruppen.

Das Projekt gibt Auskunft über die Frage, wie weit die Ausarbeitung von Qualitätskonzepten und -programmen sowie der Abschluss von Qualitätsverträgen auf der Verbandsebene der Leistungserbringer nach gut drei Jahren KVG fortgeschritten war, welche fördernden beziehungsweise hemmenden Faktoren bei der Umsetzung bestanden und wie die Anstrengungen der Leistungserbringer auf dem Gebiet des Qualitätsmanagements – insbesondere durch den Bund – unterstützt werden könnten.

Die Untersuchung stützte sich auf einschlägige Dokumente und auf Gespräche mit Vertreterinnen und Vertretern ausgewählter Verbände, die im Rahmen der Studie geführt wurden. Neben Fachliteratur und Dokumentationen, welche die Verbände zur Verfügung stellten, dienten Unterlagen des Konkordats der Schweizerischen Krankenkassens (KSK, heute santésuisse) und Publikationen der Nationalen Arbeitsgemeinschaft für Qualitätsförderung im Gesundheitswesen (NAQ) als Informationsquellen. Die Wahl der Verbände für die Gespräche beschränkte sich vor allem auf mitgliederstarke Verbände der

Leistungserbringer sowie auf Kostenträger und Patientinnen- und Patienten-Organisationen. Nicht befragt wurden auf Grund ihrer Rollenkumulation (Leistungserbringer, Kostenträger und Aufsichtsbehörde) die Kantone.

2.8.2 Resultate der Wirkungsanalyse

Die Wirkungsanalyse der Qualitätssicherung fragte danach, wie weit die Ausarbeitung der Qualitätssicherungskonzepte und -programme fortgeschritten sind, welche Qualitätssicherungsverträge auf Verbandsebene bereits abgeschlossen werden konnten und welches förderliche und hemmende Faktoren für die Umsetzung sind.

Wie weit sind die Ausarbeitung von Qualitätskonzepten und -programmen und der Abschluss von Qualitätsverträgen auf der Verbandsebene der Leistungserbringer fortgeschritten?

Die meisten Verbände haben mit dem Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer einen Rahmenvertrag zur Qualitätssicherung abgeschlossen beziehungsweise waren zum Zeitpunkt der Erhebung (1999) daran, Qualitätskonzepte und -programme zu erarbeiten. Über ein Qualitätsprogramm verfügten 1999 erst Labors und der Verband „H+ Die Spitäler der Schweiz“. Qualitätsverträge im Sinne des Gesetzgebers existierten nur im Laborbereich. Damit waren die Anforderungen der KVV bei weitem nicht erfüllt.

Bei der Qualitätssicherung ist zwischen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu unterscheiden. Die geplanten Qualitätssicherungs-/Qualitätsförderungsmaßnahmen und die anvisierten Ebenen variieren für verschiedene Leistungserbringer. Die Sicherung und Förderung der Struktur- und Prozessqualität steht im Vordergrund. Der Indikations- und Ergebnisqualität wurde gemäss der Studie noch wenig Beachtung geschenkt. Konkret bestehende und/oder geplante Qualitätssicherungs-/Qualitätsförderungsaktivitäten konzentrierten sich vorwiegend auf die Entwicklung von geeigneten Instrumenten für Qualitätsmessungen. Qualitätsmessungen fehlten zum Zeitpunkt der Erhebung noch weitgehend. Auf der Ebene einzelner Mitglieder bestanden Qualitätssicherungs-/Qualitätsförderungsaktivitäten, wobei eine strukturierte Berichterstattung an den Dachverband häufig fehlt. Kostenträger und Patientinnen- und Patientenvertreter beurteilten die Anstrengungen der Leistungserbringer auf dem Gebiet des Qualitätsmanagements mit Zurückhaltung. Alle im Rahmen der Befragung kontaktierten Akteure waren sich einig, dass ein fundierter Qualitätsverbesserungsprozess auf einer stufenweise eingeführten und sorgfältigen Entwicklung von Qualitätskonzepten und -programmen basiert und mit einem zeitaufwändigen Lernprozess aller Beteiligten verbunden ist.

Welche Faktoren fördern beziehungsweise hemmen die Umsetzung?

Die Ergebnisse der Untersuchung belegen eine positive Wirkung des Bestrebens des KVG, Qualitätssicherungs-/Qualitätsförderungsaktivitäten zu initiieren und das Thema Qualitätsmanagement zu einem prioritären Thema zu machen. Bereits bestehende Aktivitäten im Bereich Qualitätsmanagement zum Zeitpunkt der Gesetzesrevision schufen eine bessere Ausgangslage für eine spätere Umsetzung. Aus Sicht der Leistungserbringer förderten motivierte Mitglieder und Konkurrenzdruck den Vollzug. Knappe Ressourcen, fehlende finanzielle Anreize bei administrativem Mehraufwand, Planungsunsicherheit und Angst vor Missbrauch der Ergebnisse wirkten dagegen hemmend. Sanktionsmassnahmen in Form von Tarifiereduktionen wurden von den Leistungserbringern mehrheitlich abgelehnt. Kostenträger dagegen erkannten zunehmend, dass sie über die Tarifverhandlungen Einfluss auf die Qualitätssicherungs-/Qualitätsförderungsaktivitäten der Leistungserbringer ausüben konnten. Die Kostenträger gaben allerdings zu bedenken, dass eine bis-

lang fehlende Rechtsprechung sowie der bestehende Vertragszwang zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern die Durchsetzung von Sanktionsmassnahmen in Form von Tarifierduktionen erschwerte.

2.8.3 Empfehlungen der Expertinnen und Experten

Im Rahmen des Projekts wurde gefragt, ob – insbesondere seitens des Bundes – Möglichkeiten bestehen, Anstrengungen der Leistungserbringer auf dem Gebiet des Qualitätsmanagements zu unterstützen. Die Expertinnen und Experten hielten folgende Empfehlungen fest:

Die Kostenträger und das BSV sollten bei der Planung und Umsetzung von Qualitätssicherungs-/Qualitätsförderungsmassnahmen der Leistungserbringer mit konkreten und realistischen Forderungen und Vorschlägen einen aktiven Beitrag zur Diskussion leisten. Sie sollten eine klare und einheitliche Haltung vertreten und diese nach aussen kommunizieren. Die vom BSV 1999 formulierten Ziele und Anforderungen an die Umsetzung von Qualitätssicherungs-/Qualitätsförderungsmassnahmen bilden eine wertvolle Grundlage dazu. Damit wurde die Planungssicherheit der Leistungserbringer gefördert.

Bestehende Ressourcen müssten sorgfältig und sinnvoll eingesetzt werden. Dazu zählt, dass der Qualitätsverbesserungsprozess nur effektiv gefördert werden kann, wenn die nötigen personellen Kapazitäten vorhanden sind. Daneben sollten Qualitätssicherungs-/Qualitätsförderungsmassnahmen primär Bereiche mit hohem Verbesserungspotenzial fokussieren.

Das BSV sollte gemäss den Empfehlungen des Berichts alle geplanten oder bereits umgesetzten Qualitätssicherungs-/Qualitätsförderungsaktivitäten der Leistungserbringer auf Verbandsebene transparent machen, zum Beispiel mit jährlich publizierten Qualitätsberichten. Die vom BSV initiierten Qualitätsgespräche mit den Leistungserbringern und dem Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer werden ebenfalls begrüsst und sollten regelmässig durchgeführt werden. Grosse Transparenz ermöglicht ein Vergleich der Qualitätssicherungs-/Qualitätsförderungsaktivitäten zwischen den verschiedenen Leistungserbringern. Diese Informationen können für politisch Verantwortliche in Diskussionen mit Leistungserbringern ohne Qualitätssicherungs-/Qualitätsförderungsaktivitäten wertvoll sein.

Ein optimaler Informationsfluss und eine gute Koordination der Tätigkeiten zwischen allen Beteiligten sind erforderlich und vermeiden Doppelspurigkeiten. Die Organisation von Expertentagungen mit allen Partnern und die Förderung von Netzwerken (z. B. NAQ) werden als geeignetes Mittel betrachtet.

Die Expertinnen und Experten erachten es als unerlässlich, dass der Bund Auflagen zum Datenschutz dahingehend anpasst, dass relevante Daten zur Überprüfung der Qualität verwendet werden können. Der Auf- und Ausbau von gesamtschweizerischen Registern würde es zudem erlauben, die Wirksamkeit von Massnahmen zur Qualitätssicherung und -förderung effizienter zu überprüfen.

Das BSV sollte Pilotprojekte unterstützen, um den Nutzen eines fundierten Qualitätsmanagements aufzuzeigen und die Beteiligten zu motivieren. Dieser Ansatz sei unbedingt weiter zu verfolgen. Vom Bund unterstützte Forschungsschwerpunkte im Bereich Qualitätsmanagement könnten in den Augen der Expertinnen und Experten dazu beitragen, Themenbereiche zu fördern, denen bisher nur wenig Beachtung geschenkt wurde. So können schneller Fortschritte erzielt werden.

Aspekte des Qualitätsmanagements müssten zu einem festen Bestandteil der Berufsausbildung in der Gesundheitsversorgung werden. Nur so werde sichergestellt, dass Qualitätssicherungsmassnahmen als selbstverständliches Element in die tägliche Arbeit einfliessen. Die Strategie der Kostenträger und des BSV sollte darauf abzielen, Leistungserbringer, welche Qualitätssicherungs-/Qualitätsförderungsmassnahmen etablieren und umsetzen, mittel- und langfristig zu honorieren, beziehungsweise diejenigen, welche keine Qualitätssicherungs-/Qualitätsförderungsmassnahmen etablieren und umsetzen, mittelfristig zu sanktionieren. Positive Anreize, zum Beispiel in Form eines vom Bund verliehenen jährlichen Qualitätspreises, werden vorgeschlagen.

2.8.4 Neueste Entwicklungen und offene Fragen

Das BSV verfolgt in der Umsetzung von Artikel 58 KVG die von ihm seit Anfang 1999 vorgegebenen Ziele, anhand deren es auch einen allfälligen Interventionsbedarf beurteilt. Dabei stützt es sich auf Artikel 77 KVV, der vorsieht, dass das BSV nicht direkte Vorgaben für die Umsetzung der Qualitätssicherung macht. Es besteht das Vertragsprinzip zwischen Leistungserbringern und Versicherern.

Das BSV hat Ziele und Anforderungskriterien festgelegt, anhand deren es die Umsetzung der Qualitätssicherung beurteilt. Zusätzlich hat es – ganz im Sinne der Empfehlung einer Fokussierung – im Herbst 2000 den Leistungserbringern das Schwerpunktthema „Erhöhen der Patientensicherheit – Umgang mit Fehlern in der Medizin“ als inhaltliche Priorität vorgegeben (vgl. www.swiss-q.org).

Die Berichterstattung durch die Leistungserbringerverbände (z. B. jährlicher Qualitätsbericht von „H+ Die Spitäler der Schweiz“) hat sich aus Sicht des BSV in letzter Zeit deutlich verbessert, womit sich weitergehende Aktivitäten des Bundes erübrigen. Eine zentrale Zusammenführung von Daten soll – im Gegensatz zur Empfehlung – nicht primär der Qualitätsüberprüfung, sondern vielmehr der Sicherstellung einer breiten Benchmarking-Basis dienen. Die Empfehlung, einen Preis als positiven Anreiz zur Etablierung von Qualitätssicherungsmassnahmen auszusetzen, wird im Rahmen konkreter Demonstrationsprojekte (z. B. Projekt emerge) geprüft.

Eines der zentralen vorgegebenen Anforderungskriterien ist die Rechenschaftsablegung über die Qualität der erbrachten Leistungen. An Stelle einer „dirigistischen“ Vorgabe von Vorgehensmethoden (wie z. B. Zertifizierung, Akkreditierung) vertritt das BSV den Standpunkt, dass nicht der Weg zum Ziel (die Methode) vorgegeben, sondern die Erreichung des Ziels evaluiert werden soll. Damit verbunden ist die Forderung nach einer einheitlichen Messung und Beurteilung der Ergebnisqualität der medizinischen Leistungen. Diesen Weg verfolgen unter anderem auch die Kantone Zürich und Bern. Weitere Kantone scheinen denselben Weg einzuschlagen. Die von Beratungsfirmen häufig geforderte – und im Bericht tendenziell unterstützte – Vorgabe von einheitlichen methodischen Vorgehenskonzepten greift deshalb aus Sicht des BSV zu kurz.

Trotz diesem zurückhaltenden Vorgehen des BSV bleiben allfällige Interventionen dem Bund vorbehalten, wenn sich Vertragspartner nicht einigen können oder die Inhalte der Verträge den Anforderungen nicht genügen.

Die Förderung von Qualitätssicherungs-Know-how und Qualitätssicherungskultur ist heute weniger Gegenstand der Ausbildung, sondern der Weiter- beziehungsweise Fortbildung. Dies scheint angesichts der sich sehr schnell entwickelnden Felder auch adäquat. Hingegen sollte der Themenbereich Eingang in der Gesetzgebung über die Medizinalberufe finden.

Was die Finanzierung der Qualitätssicherungsmaßnahmen betrifft, so geht das BSV davon aus, dass diese Massnahmen prinzipiell integraler Bestandteil der Leistung sind und daher nicht zusätzlich abgegolten werden müssen. Deshalb wird die entsprechende Empfehlung zurückgewiesen. Dagegen wird die Evaluation der Outcome-Qualität von den Versicherern in einzelnen Programmen mitfinanziert. So unterstützt das BSV die Finanzierungslösung des Kantons Zürich, an der sich auch die Versicherer beteiligen.

Eine weitere allgemeine Evaluation zur Umsetzung der Qualitätssicherung ist zurzeit nicht vorgesehen. Das Schwergewicht der Evaluation wird in nächster Zeit eher bei spezifischen Fragestellungen oder Projekten liegen. So besteht zum Beispiel im Hinblick auf das vom BSV vorgegebene Schwerpunktthema „Erhöhen der Patientensicherheit – Umgang mit Fehlern in der Medizin“ ein Bedarf nach einer Evaluation der aktuellen Situation und nach einer Beurteilung des Verbesserungsprozesses.

2.9 Tarifbildung

Tarife dienen als Grundlage für die Vergütung der Leistungen in der Krankenversicherung. Das KVG baut auf dem Prinzip der Tarifverhandlungen zwischen Versicherern und Leistungserbringern auf. Es lässt den Tarifpartnern eine weitgehende Freiheit bei der Gestaltung der Tarife. Im Folgenden werden die Resultate der Wirkungsanalyse vorgestellt und diskutiert.

2.9.1 Ausgangslage

Das durch die Regelungen des KVG veränderte Verhältnis zwischen den Akteuren im Gesundheitswesen sollte sich auch auf die Tarifverhandlungen zwischen Leistungserbringern und Versicherern auswirken. Im Tarifbereich hat das KVG den Handlungsspielraum der Akteure durch wettbewerbliche und regulatorische Elemente verändert. Der politische Druck zur Kosteneindämmung sollte damit verstärkt werden. Das KVG verpflichtet alle Akteure im Gesundheitswesen, sich kostenbewusst zu verhalten. Der Verbandszwang wurde aufgehoben, einzelne Versicherer und Leistungserbringer können von den Verbandsverträgen abweichende Verträge abschliessen. Das KVG fordert neu ausdrücklich die betriebswirtschaftliche Bemessung der Tarife. Spitäler und Pflegeheime müssen ihre Kosten und Leistungen nach einer einheitlichen Methode ausweisen. 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 (Möglichkeit des Abschlusses von Sonderverträgen, alternative Versicherungsmodelle) eröffnet Möglichkeiten in Bezug auf die Tarifierung. Demgegenüber sind mit dem KVG für bestimmte Bereiche spezielle Regelungen erlassen worden (z. B. gesamtschweizerische Tarifstruktur bei Einzelleistungstarifen, Pauschalen im Spitalbereich). Für die Vergütung der stationären Behandlung, einschliesslich Aufenthalt in einem Spital, vereinbaren die Vertragsparteien Pauschalen: Diese decken für Kantonseinwohnerinnen und -einwohner in öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitälern höchstens 50 Prozent der anrechenbaren Kosten der allgemeinen Abteilung. Das Verfahren zur 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 wirtschaftlichen Tragbarkeit zu beachten. Neben dem erhöhten wettbewerblichen Druck auf die Tarifierung wird den Versicherern im KVG die Freiheit eingeräumt, besondere Versicherungsformen (Managed Care wie HMO, Hausarztmodelle) anzubieten. Neu haben

die Kantone im stationären Bereich (Spitäler und Pflegeheime) explizit die Möglichkeit, als finanzielles Steuerungsinstrument einen Gesamtbetrag für die Finanzierung der Spitäler oder der Pflegeheime festzusetzen (Globalbudget).

Ein Projekt im Rahmen der Wirkungsanalyse KVG klärte ab, ob und wie sich das KVG auf die Tarifverhandlungen, die Tarifverträge und die Tarifbeschwerden an den Bundesrat ausgewirkt haben, ob es tatsächlich vermehrt zum Abschluss von Sonderverträgen gekommen ist, welche von Verbandsverträgen abweichen (auch im Rahmen der alternativen Versicherungsmodelle wie HMO oder Hausarztmodelle) und ob mehr Globalbudgets vereinbart wurden (Hammer et al. 2000). Es wurde versucht, eine Aussage darüber zu machen, ob mit den Änderungen in der Tarifierung ein Beitrag zur Eindämmung der Gesundheitskosten und zur Erweiterung des Handlungsspielraums für die Tarifpartner geleistet wurde.

Auf Grund der verzögerten Einführung einer gesamtschweizerischen Tarifstruktur im Bereich der ärztlichen Einzelleistungen (TARMED) konnten die diesbezüglichen Wirkungen des KVG nicht analysiert werden.

2.9.2 Resultate der Wirkungsanalyse

Bei der Wirkungsanalyse zu den Tarifen wurden fünf zentrale Fragestellungen untersucht: Man wollte Aufschluss über die Auswirkungen des KVG auf die Tarifverhandlungen erhalten; es interessierte zweitens, ob sich die Tarifierungsformen und die Höhe der Tarife mit dem KVG verändert haben; drittens wurde nach den Auswirkungen der Beschwerden an den Bundesrat auf die Tarife gefragt, viertens nach den Auswirkungen des KVG auf die Globalbudgets und fünftens nach den Kostenwirkungen des KVG. Die Resultate werden im Folgenden dargestellt.

Welche Auswirkungen zeitigt das KVG auf die Tarifverhandlungen?

Das KVG hat durch den politischen Druck, durch die neuen tariflichen und finanziellen Regelungen (betriebswirtschaftliche Bemessung der Tarife, gesamtschweizerische Tarifstruktur bei Einzelleistungstarifen, Regelung zur Spitalfinanzierung) sowie durch die neuen Leistungserbringer (insbesondere Pflegeheime und Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause, nachfolgend Spitex) die Tarifverhandlungen zwischen den Versicherern und den Leistungserbringern wesentlich beeinflusst. Durch den erhöhten Kostendruck wurden die Verhandlungen deutlich härter geführt. Zugenommen hat insbesondere der Druck seitens der Versicherer. Die Bestätigung beziehungsweise Unterstützung ihrer im Rahmen der Tarifbeschwerden vorgebrachten Forderungen durch den Bundesrat und den Preisüberwacher hat die Position der Versicherer 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 einvernehmlich abgeschlossen werden. Allfällige Probleme gingen auf unklare Vorgaben des KVG, fehlende Kostenrechnungsgrundlagen oder fehlende Erfahrungen zurück.

Wettbewerbliche Elemente haben sich in den Tarifverhandlungen noch nicht durchgesetzt. Betriebsvergleiche und ein entsprechendes Benchmarking, mit dem wettbewerblicher Druck auf die Leistungserbringer entstehen könnte, werden wegen der weitgehend fehlenden Datengrundlagen erst in Ansätzen durchgeführt. Die Aufhebung des Verbandszwangs hat bisher nur in sehr geringem Masse zu Sonderverträgen geführt, die von Verbandsverträgen abweichen. Damit hat die vom Gesetzgeber erhoffte gegenseitige Entkartellisierung bei den Tarifverträgen noch nicht stattgefunden. Als wichtige Gründe

dafür werden folgende angegeben: der hohe administrative Aufwand, das mangelnde finanzielle Interesse der Leistungserbringer, die Gleichbehandlung der subventionierten Spitäler seitens der Kantone sowie die Tatsache, dass die Verhandlungsposition der Versicherer stärker ist, wenn sie gemeinsam verhandeln.

Haben sich die Tarifierungsformen und die Höhe der Tarife durch das KVG verändert?

Die Zahl der Tarifverträge hat wegen des Einbezugs neuer Leistungserbringer (v. a. Pflegeheime und Spitex) und wegen der neuen Verträge im Spitalbereich um rund einen Drittel zugenommen. Bei den Tarifierungsformen sind im Verhältnis zwischen Pauschal-, Einzelleistungs- und Zeittarifen in den einzelnen Leistungserbringerbereichen nur geringfügige Änderungen nach Inkrafttreten des KVG festzustellen.

Bei den in die Untersuchung einbezogenen Pauschaltarifen dominieren weiterhin die Tagespauschalen. Ihr Anteil hat sich jedoch zu Gunsten der Vereinbarung von Fallpauschalen verringert; Letztere haben sich insbesondere bei den öffentlichen Spitälern etwa verdoppelt. Die neuen Pauschalisierungsformen befinden sich in der Experimentierphase und haben sich auf Grund der langen Einführungszeit und des Bedürfnisses 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. Seitens der Spitäler müssen dazu allerdings noch erhebliche Anstrengungen bei der Bereitstellung der notwendigen Datengrundlagen unternommen werden. Grundsätzlich haben alle Akteure ein Interesse an neuen Tarifierungsformen, von denen sie sich geeignetere 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 den Verträgen mit Spitex-Leistungserbringern sind in den Tarifverträgen im Bereich der Physiotherapie und der Ernährungs- und Diabetesberatung 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 wurden die stationären Spitaltarife in den letzten Jahren auf Grund des Verhandlungsdrucks der Versicherer und auf Grund der Tarifentscheide des Bundesrats nur noch sehr moderat erhöht. Bei den Pflegeheimen und der Spitex konnte ein noch höherer Anstieg der Vergütungen durch den Druck der Versicherer und durch die Rahmentarife des Bundes vermieden werden.

Welche Auswirkungen zeigen die Beschwerden an den Bundesrat?

Die Anzahl der Tarifbeschwerden an den Bundesrat hat stark zugenommen. Sie wurden zum überwiegenden Teil von den Versicherern erhoben, die hauptsächlich verlangten, dass für die stationäre Behandlung in öffentlichen Spitälern, für Pflegeheime und private Spitäler die von den Kantonen festgesetzten Tarife gesenkt würden. Die Leistungserbringer stellten in weit geringerem Masse Anträge auf Tarifierhöhungen für Pflegeheime und Spitex. Folgende Elemente sind nach Ansicht der Verfasser der Studie über die

Entwicklung der Tarife unter dem KVG für die Zunahme der Beschwerden verantwortlich (Hammer et al. 2000: S. Z-7):

- Bei den Tarifen der öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern sei es durch die härtere Verhandlungskultur häufiger zu gescheiterten Verhandlungen und damit zu Tariffestsetzungen durch die Kantone gekommen. Da diese die Tarife weitgehend in ihrem finanziellen Interesse festgesetzt hätten, hätten die Versicherer den Beschwerdeweg beschritten. Umstritten seien vor allem die Richtlinien zur Berechnung des durch die Versicherer zu übernehmenden Kostenanteils gewesen (Höhe der anrechenbaren Kosten und erforderliche Unterlagen zur Erreichung der Kostentransparenz).
- Bei den Pflegeheimen und der Spitex hätten die Versicherer Tarifsenkungen auf Grund mangelhafter Kostengrundlagen verlangt. Die Leistungserbringer und die Kantone hätten demgegenüber gefordert, dass die Versicherer die effektiven Kosten der Pflegeleistungen gemäss KVG übernehmen.

Der Bundesrat ist in seinen Entscheiden zum überwiegenden Teil den Anträgen der Versicherer nach Senkung der von der Kantonsregierung festgesetzten Tarife gefolgt. Er hat damit einen Beitrag zur Stabilisierung der Spitaltarife geleistet. Der Preisüberwacher hat mit seinen Empfehlungen, mit den von ihm vorgeschlagenen Tarifierungsgrundsätzen im stationären Bereich und mit seiner Forderung nach besseren Datengrundlagen zur Klärung von Vollzugsfragen und zur Förderung der Kostentransparenz beigetragen. Die durch den Bundesrat entwickelte Praxis wird jedoch von den Leistungserbringern und den Kantonen als unsachlich, widersprüchlich und politisch beeinflusst kritisiert.

Welche Auswirkungen hat das KVG auf die Globalbudgets?

Das KVG hat bisher keine wesentliche Verbreitung von vom Kanton festgesetzten Globalbudgets zur finanziellen Steuerung von Spitälern oder Pflegeheimen bewirkt. Globalbudgets, welche die gesamten Spitalkosten umfassen, sind erst in einigen Westschweizer Kantonen eingeführt worden (Waadt, Neuenburg, Wallis, Jura). Auf Grund 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 Kostenträger, Gefahr von Qualitätseinbussen).

Was lässt sich bisher über die Kostenwirkungen des KVG auf Grund der Regelung der Tarifierung aussagen?

Nach der Einschätzung der Studie haben die durch das KVG bewirkten Änderungen der Rahmenbedingungen im Tarifbereich bisher praktisch keinen Einfluss auf die Kostenentwicklung ausgeübt. Einerseits seien die Steuerungsmöglichkeiten über die Tarifierung sehr beschränkt, weil auf die Mengenentwicklung kaum Einfluss genommen werden kann. Andererseits hätten die Veränderungen in der Tarifierung auf Grund der Ausweichmöglichkeiten seitens der Leistungserbringer aus Sicht der Akteure nicht unbedingt zu Kosteneinsparungen, sondern zu Kostenverlagerungen und zur Kompensation allfälliger Einnahmeherausfälle durch eine Mengenausweitung geführt:

- Der durch die Versicherer und den Bundesrat erhöhte Druck auf die Spitaltarife hätte durch Kompensationsmassnahmen seitens der Spitäler (Verlagerungen in den ambulanten und den teilstationären Bereich) zu Kostenverlagerungen geführt. Den neuen Pauschalisierungsformen hätten sich die Spitäler weitgehend angepasst.

- Bei den Privatkliniken hätten auf Grund der weitgehend ausgeschöpften Rationalisierungspotenziale keine weiteren Einsparungen erzielt werden können.
- Der Tarifdruck im ambulanten Bereich werde vor allem mittels Mengenausweitung kompensiert.

2.9.3 Empfehlungen der Expertinnen und Experten

Die Autoren des Berichts über die Auswirkungen des KVG im Tarifbereich empfahlen eine Verbesserung der Datengrundlagen bei den Leistungserbringern. Der Bund solle die Vorgaben betreffend die Anforderungen an eine Kostenrechnung von Spitälern und Pflegeheimen klären, um Vergleichbarkeit zu erreichen.

Im genannten Bericht wird zudem die Förderung von Tarifierungsformen wie Zeittarif empfohlen. Es wird weiter nahe gelegt, die Tarifentscheide beim Bundesrat zu beschleunigen, um schneller zu einer Klärung der Praxis zu gelangen.

2.9.4 Neueste Entwicklungen und offene Fragen

In seiner Botschaft zur zweiten Teilrevision des KVG hat der Bundesrat für den Spitalbereich den Übergang von der Objektfinanzierung zur Leistungsfinanzierung vorgeschlagen. Durch eine leistungsbezogene Tarifierung und die Festschreibung eines – auf die Leistungen bezogenen – Kostenteilers sollen die Anreize zur Kosteneindämmung neu gesetzt werden.

Ein wesentlicher Schritt hin zur Transparenz im Tarifbereich ist die Entwicklung der gesamtschweizerischen einheitlichen Tarifstruktur für Arztleistungen TARMED. Der Antrag auf bundesrätliche Genehmigung der Tarifstruktur wurde durch die Tarifpartner Ende Juni 2000 gestellt. Am 18. September 2000 hat der Bundesrat die Tarifstruktur TARMED in der Version Alpha 3.0 genehmigt. Über den Zeitpunkt der Einführung und die Umsetzung der Vorgabe der Kostenneutralität bestand kein Konsens. Ende August 2001 wurde mitgeteilt, dass eine Einigung erzielt worden sei, welche einerseits die überarbeitete Tarifstruktur umfasst und andererseits das Anpassungskonzept, das im ersten Jahr nach der Einführung umgesetzt werden soll. Die Ratifizierung durch die Tarifpartner steht indessen noch aus. Dem Bundesrat wurden zudem bis Ende Oktober 2001 noch keine der genannten Unterlagen zur Genehmigung eingereicht. Was die Frage des Einführungszeitpunktes und das vom Bundesrat zur Bedingung für die Einführung erklärte Kostenneutralitätskonzept betrifft, so haben die Tarifpartner keine Absichten bekannt gegeben.

Bezüglich der Verbesserung der Datengrundlagen stiessen die Vorschläge des BSV bei den Leistungserbringern vorerst auf Widerstand. Dies zeigt, dass sich hier politische Interessen diametral gegenüberstehen. Die geplante Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung von Spitälern und Pflegeheimen soll noch dieses Jahr erlassen werden. Darin sind Zielsetzung und Instrumente zur Schaffung von Kostentransparenz umschrieben, um eine Vergleichbarkeit zu erreichen. Von dieser Verordnung ist nur ein Teil der Leistungserbringer betroffen. Die Frage der Datengrundlagen muss auch in anderen Bereichen – wie beispielsweise der Ärzteschaft – angegangen werden. Was die Tarifierungsformen betrifft, so hat das KVG explizit die Vertragsautonomie der Partner zum Ziel. Wenn diese nicht genutzt wird, um die verschiedenen Tarifierungsformen anzuwenden, zeigt dies auch, dass in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung heute kein wirklicher Markt herrscht beziehungsweise

dass die Anreize für solche Tarifierungsformen, von denen man sich mehr Transparenz und Kostenwirkung verspricht, nicht die gewünschte Wirkung entfalten.

Die lange Verfahrensdauer bei Tarifentscheiden durch den Bundesrat wurde als Problem grundsätzlich erkannt. Mit organisatorischen und verfahrensleitenden Massnahmen wurde eine raschere Entscheidungsfindung ermöglicht, sodass die hängigen Beschwerden inzwischen bereits weitgehend entschieden werden konnten. Eine Beschleunigung der Verfahren findet ihre Begrenzung jedoch in der Garantie eines rechtsstaatlichen Verfahrens. Die im KVG verankerten Zeitvorgaben sind denn auch von Seiten des Bundesrats als unrealistisch beurteilt worden, was sich in der Praxis bestätigt hat.

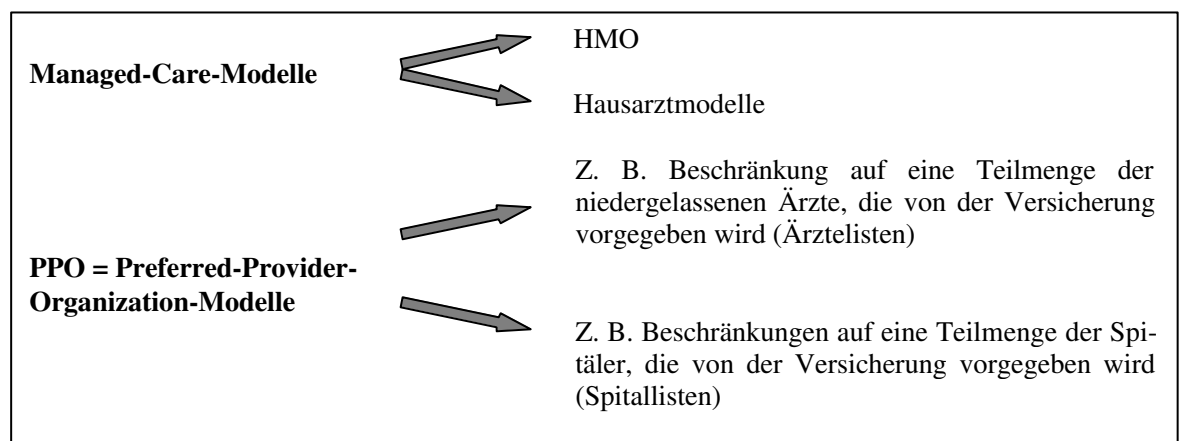
2.10 Zulassung besonderer Versicherungsformen

Den Krankenversicherern wurde mit dem KVG gestattet, neben der ordentlichen Krankenpflegeversicherung besondere Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer anzubieten. Zwischen 1990 und 1995 waren solche Modelle versuchsweise zugelassen. Versicherungen mit eingeschränktem Wahlrecht wenden sich an Versicherte, die nicht frei unter allen Leistungserbringern auswählen wollen. Für die Wirkungsanalyse stellten sich insbesondere folgende Fragen: Wie haben sich die Managed-Care-Modelle verbreitet? Tragen Modelle der freiwilligen Einschränkung bei der Wahl des Leistungserbringers zur Dämpfung der Kostenentwicklung bei, und wie hoch ist dieser Beitrag zu veranschlagen? Genügen die aktuellen Anreize für eine breitere Verankerung solcher Modelle?

2.10.1 Ausgangslage

Grundsätzlich lassen sich die Versicherungsformen mit eingeschränktem Wahlrecht in zwei Gruppen mit unterschiedlichen Ausprägungen unterteilen, wie die nachfolgende Darstellung D 2.3 zeigt.

D 2.3: Arten von Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer



Quelle: Baur/Braun 2000

Managed-Care-Modelle haben den Anspruch einer ganzheitlich, von einer Hand gesteuerten Gesundheitsversorgung durch die gesamte Leistungskette. Zentrales Element ist das Gatekeeping, bei dem eine Patientin oder ein Patient im Bedarfsfall immer zuerst den Hausarzt aufsucht, der dann gegebenenfalls einen Auftrag an andere Glieder der Behandlungskette weitergibt. Eine solche Steuerung fehlt bei den *Preferred-Provider-Organization-Modellen (PPO)*. Ihr Kennzeichen ist die Auswahl von Leistungserbringern

durch die Krankenversicherer nach Massstäben der Qualität und der Wirtschaftlichkeit. Dabei ist zwischen Ärztelisten und Spitalisten zu unterscheiden. Preferred-Provider-Organization-Modelle haben in der Schweiz auf Grund des im Krankenversicherungsgesetz festgehaltenen Kontrahierungszwangs im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung eine marginale Bedeutung, weshalb wir uns im Folgenden auf die Managed-Care-Modelle beschränken.

Für die *Managed-Care-Modelle* haben sich zwei Formen herausgebildet: die *HMO* (Health Maintenance Organization) und die *Hausarztmodelle* oder *Hausarztnetze*. HMO sind Gruppenpraxen mit angestellten Ärztinnen und Ärzten. Die Finanzierung erfolgt über Kopfpauschalen, welche die eigenen und externen Kosten der Gesundheitsversorgung abdecken. Die Praxen schliessen Verträge mit einem oder mehreren Krankenversicherern ab und haben die Budgetverantwortung. Bei den Hausarztmodellen schliessen sich niedergelassene Ärztinnen und Ärzte (Grundversorger) in freier Praxis auf regionaler oder lokaler Ebene zu einer Gruppe zusammen. Die Finanzierung erfolgt bisher fast ausschliesslich nach herkömmlicher Art über Einzelleistungsabrechnung. Vereinzelt gibt es auch Gruppen mit echter Budgetverantwortung und Erfolgsbeteiligung. Die Hausärztinnen und Hausärzte schliessen Verträge mit einem oder mehreren Krankenversicherern ab.

2.10.2 Resultate der Wirkungsanalyse

In einer breit angelegten „HMO-Bonus-Evaluation“ wurde die Wirksamkeit der probeweise zugelassenen Modelle zwischen 1991 und 1995 umfassend bewertet (Baur et al. 1998). Für den Zeitraum zwischen 1996 und 2000 steht dagegen keine Evaluation zur Verfügung. Hingegen wurde eine Bestandesaufnahme betreffend die Verbreitung der gängigsten Modelle erarbeitet (Baur/Braun 2000). Das Feld der Versicherungen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer wurde nach wichtigen Strukturmerkmalen erfasst und beschrieben, sodass deren Beitrag zur Beeinflussung der Gesundheitsversorgung und der Kostenentwicklung grob abgeschätzt werden kann. Weiter wird – wie auch in anderen Untersuchungen – auf die Frage nach den Faktoren eingegangen, welche die Entwicklung dieser Versicherungsformen gefördert beziehungsweise gehemmt haben.

Entwicklung der Verbreitung von Hausarztmodellen und HMO

Insgesamt erfasste die Bestandesaufnahme rund 480'000 Versicherte in den Managed-Care-Formen. Knapp 80 Prozent davon gehören Hausarztnetzen und gut 20 Prozent HMO an. Der Anteil der Versicherten in diesen Modellen ist mit 7 bis 8 Prozent bescheiden.

- *Hausarztnetze* waren 1999 in den Kantonen Thurgau, Aargau und Schaffhausen am weitesten verbreitet. In 10 Kantonen gab es keine Hausarztnetze und demzufolge auch keine Hausarztversicherten. Das Produkt Hausarztversicherung wurde im Jahr 2000 von 40 der insgesamt rund hundert Krankenversicherer angeboten. Diese Versicherer haben entweder direkt oder über Managed-Care-Organisationen (MCO) Verträge mit Hausarztnetzen abgeschlossen.¹³

1999 wurden 71 Hausarztnetze mit zusammen 378'039 Versicherten und 3'699 beteiligten Ärzten gezählt. Im Durchschnitt gehörten somit zu einem Hausarztnetz 5'324 Versicherte. Ein Viertel der Netze hat weniger als 1'000 Versicherte, ein Viertel

¹³MCO sind intermediäre Institutionen, die im Auftrag von mehreren Krankenkassen das Managed-Care-Geschäft betreiben.

mehr als 7'000 Versicherte. Pro Netz gab es im Allgemeinen 52 beteiligte Ärzte oder Ärztinnen. Fast 90 Prozent sind Allgemeinärzte oder allgemeine Internisten. Im Durchschnitt fielen so auf einen Arzt oder eine Ärztin knapp 150 Hausarztversicherte. Die Hausarztmodelle setzten sich aus einem Grossteil der in der Region niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte zusammen. So sind bei knapp zwei Dritteln der Netze alle oder fast alle in der Region niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte beteiligt. Nur in 16 Prozent der Netze hatte sich weniger als die Hälfte der lokalen Ärztinnen und Ärzte dem Hausarztnetz angeschlossen.

Die Untersuchung kommt zum Schluss, dass in den meisten der heutigen Hausarzt-netze kaum Ansätze von Managed Care zu erkennen sind. Die Implementierung eines den Namen verdienenden Managed-Care-Systems beinhaltet erhebliche Veränderungen in Verhaltensweisen und Einstellungen der Ärzte und Ärztinnen: Abschiednahme von der völligen Autonomie des Arztes in der Einzelpraxis sowie Bereitschaft zu Transparenz und Kooperation sind die wichtigsten Neuerungen. Erheblich sei aber auch der Entwicklungs- und Lernbedarf bezüglich der benötigten Daten und der neuartigen Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Versicherern. Die überwiegende Mehrheit der Hausarztnetze ist wegen der weitgehend fehlenden ökonomischen Anreize und der fehlenden Selektion der Mitglieder nicht auf echte Kosteneinsparungen ausgerichtet. Die Studie stellte fest, dass ein grosser Teil der Hausarztnetze gar nicht das Ziel hatte, ein Managed-Care-System zu entwickeln, sondern vor allem eine flächendeckende Ausbreitung anderer Formen alternativer Modelle verhindern wollte.

- Bei den *Health-Maintenance-Organisationen (HMO)* stellt die Bestandesaufnahme 1999 28 entsprechende Praxen mit zusammen gut 100'000 Versicherten fest. Der Höhepunkt der HMO-Gründungen lag in den Jahren 1994 und 1995. Nur in Ausnahmefällen verzeichneten die HMO seit 1998 noch einen Zuwachs an Versicherten. HMO sind typischerweise in grösseren Städten angesiedelt, lediglich ein Versicherer hat eine breitere Streuung vorgenommen. Die Versichertenzahlen der meisten HMO lag 1999 zwischen 2'500 und 4'000 Personen. Nur zwei HMO hatten mehr als 5'000 Versicherte. Die Anzahl der Arztstellen je HMO lag zwischen zwei und acht. Bei den meisten HMO kamen zwischen 800 und 1'200 HMO-Versicherte auf eine Arztstelle. In den meisten Fällen waren die Krankenversicherer oder Managed-Care-Organisationen Träger der HMO. Die HMO-Praxen haben jedoch Verträge mit zwei bis sechs Krankenversicherer, die das Produkt HMO ihren Versicherten anbieten. Sie vergüten die Krankenpflegekosten ihrer HMO-Versicherten über eine Kopfpauschale an die HMO. Die Kopfpauschalen werden primär nach Alter und Geschlecht gewichtet.

Die HMO orientieren sich an der evidenzbasierten Medizin. Behandlungsleitlinien spielen eine wachsende Rolle. Der Medikamenteneinsatz ist gesteuert, was dazu führt, dass die HMO mit sehr viel weniger Spezialitäten auskommen als das traditionelle System. Dieses positive Ergebnis wird jedoch nicht – wie in den amerikanischen HMO – durch verpflichtende Vorschriften für die Therapeuten, sondern mit „weicheren“ Massnahmen, wie Fallbesprechungen und vergleichende Analysen von Behandlungsdaten, erreicht. Zu diesem Zweck haben alle HMO ein medizinisches Controlling implementiert, welches das betriebswirtschaftliche ergänzt. Der Qualitätsaspekt hatte für die HMO von Anfang an grosse Bedeutung. Dies aus der Überzeugung, dass die Qualität in einem System der Gesundheitsversorgung, das explizit auch die Kosten berücksichtigt, transparenter gehandhabt wird als im herkömmlichen System. Die HMO sind denn auch dazu übergegangen, sich

zertifizieren zu lassen. Es wurde eine Stiftung EQUAM (Externe Qualitätskontrolle in Managed Care) gegründet, welche einen Set von Qualitätskriterien entwickelt hat, das als Standard für die Überprüfung und Zertifizierung der HMO dienen kann.

Kostenentwicklung von Managed-Care-Formen

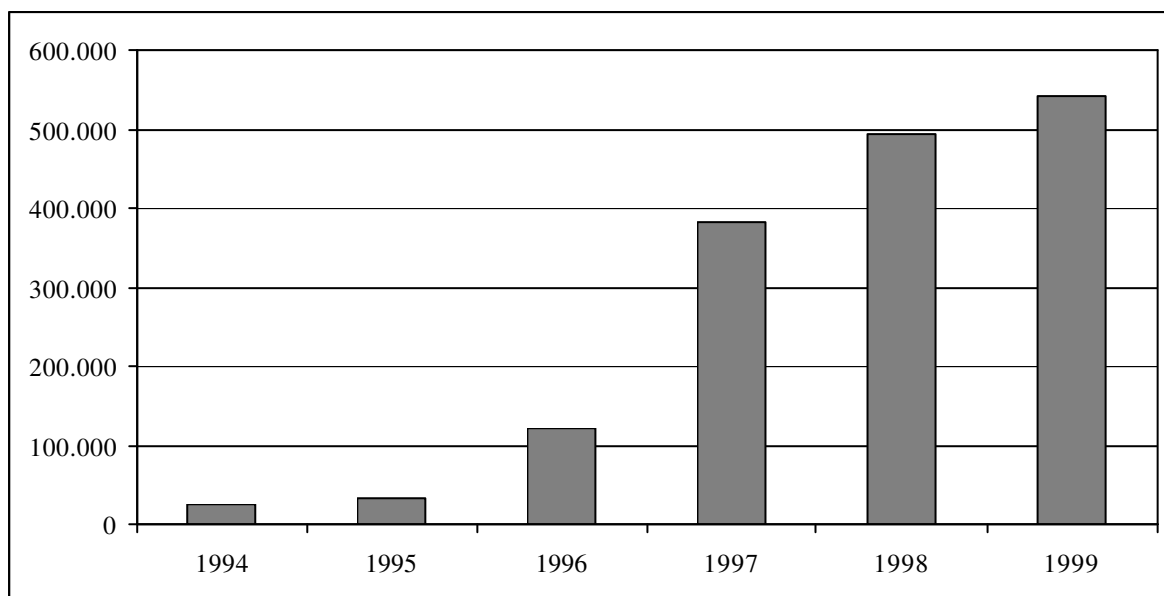
Eine zentrale Frage im Zusammenhang mit Managed-Care-Formen stellen die *Versichererstruktur und die Kosten* dar. Konkret wird diesen Einrichtungen vorgeworfen, dass überwiegend „gute Risiken“ solchen Modellen beitreten und entsprechend geringe Kosten verursachen.

- Die Versicherten in *Hausarztmodellen* unterscheiden sich in ihrer Alters- und Geschlechtsstruktur kaum von der Gesamtheit der Krankenversicherten. Überraschenderweise sind die Älteren bei den Hausarztversicherten sogar leicht überrepräsentiert. Dennoch sind die Krankenpflegekosten für Hausarztversicherte tiefer als die der traditionell Versicherten. Erste Erfahrungen mit den Hausarztmodellen weisen auf ein Kosteneinsparungspotenzial von 10 bis 20 Prozent hin (Mathis/Herren 1998). Demzufolge wären die Prämienreduktionen von 10 bis 15 Prozent durchaus gerechtfertigt. Ob dieser Abstand „echt“ ist oder einer unvollkommenen Risikoerfassung zuzuschreiben ist, kann vorerst nicht klar entschieden werden. Verschiedene Versicherer sind aber eher skeptisch bezüglich der echten Kostenvorteile. In jedem Fall wird die Wirtschaftlichkeit im Vergleich zu derjenigen der HMO als schlechter beurteilt. Mehrere Versicherer schätzen die Hausarztmodelle sogar als defizitär ein (Hammer et al. 2001a).
- Wie schon bei der in der ersten Hälfte der Neunzigerjahre durchgeführten Untersuchung lässt sich auch heute noch feststellen, dass *HMO-Versicherungen* überdurchschnittlich häufig von 19- bis 40-Jährigen und von Männern gewählt werden, tendenziell also von „guten Risiken“. Bei den *HMO* liegen die Kosten je Versicherten deutlich tiefer als bei den Hausarztnetzen und bei den traditionell Versicherten. Auch bei verfeinerter Risikobewertung bleibt gemäss den verfügbaren Untersuchungen ein Kostenabstand, der eine Prämienreduktionen von meist 15 bis 20 Prozent rechtfertigt. Allerdings ist zu betonen, dass sich die Bestandesaufnahme nur auf punktuell gegebene Informationen stützte, und somit für zuverlässige Aussagen zur Kostenseite nicht geeignet ist. Dafür müsste eine eigene standardisierte Erhebung und Analyse durchgeführt werden.

Auswirkungen des Krankenversicherungsgesetzes

Wie die Statistik über die Krankenversicherung zeigt, hat die Anzahl der Versicherten, die ein Versicherungsmodell mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer gewählt haben, seit Inkrafttreten des KVG sprunghaft zugenommen (vgl. Darstellung D 2.4).

D 2.4: Versichertenbestand in Versicherungen mit eingeschränkter Wahl



Quelle: BSV 2000c, Tabelle B 04-A

Allerdings muss – nach der anfänglichen Dynamik, welche auf Grund der verstärkten Angebote der Versicherer und auf Grund des Prämienschubs des KVG zu Stande gekommen ist – heute eine Stagnation dieser Modelle festgestellt werden. Obwohl das KVG den Handlungsspielraum der Ärztinnen und Ärzte in diesem Bereich erhöht hat, konnten die Erwartungen des Gesetzgebers hinsichtlich einer spürbaren Bedeutung der alternativen Modelle nicht erfüllt werden.

Folgende Hemmnisse stehen gemäss den verfügbaren Wirkungsanalysen einer stärkeren Verbreitung der alternativen Versicherungsmodelle entgegen (Hammer et al. 2000, Hammer et al. 2001a):

- Die Nachfrage der Versicherten nach den alternativen Modellen ist beschränkt, weil sie sich nicht gerne in der Wahl der Leistungserbringer einschränken lassen. Die Beschränkung des Prämienrabatts auf 20 Prozent in den ersten fünf Jahren wirkt nicht motivierend.
- Die Versicherer sind nur teilweise vom Nutzen der alternativen Modelle überzeugt. Die heute vorherrschenden Managed-Care-Modelle befinden sich im Experimentierstadium.
- Seitens der Ärzteschaft besteht auf Grund des Kontrahierungszwangs wenig Interesse und keine Notwendigkeit, wirtschaftliche Risiken zu übernehmen.
- Weiter beeinträchtigt der Risikoausgleich die Verbreitung der Modelle. Da die Berechnung der Kopfpauschalen auf dem Risikoausgleich basiert und dieser die Risiken anerkanntermassen nur unvollständig abdeckt, besteht für eine HMO-Gruppenpraxis die Gefahr, dass mehr „blinde Risiken“ übernommen werden.

Auf der anderen Seite stellte die Wirkungsanalyse bei mehreren Versicherern und Ärztinnen beziehungsweise Ärzten einen Prozess und eine spürbare Dynamik in Richtung von Managed-Care-Modellen fest. Es wird angenommen, dass eine Weiterentwicklung dieser Modelle in Richtung Kostenmanagement und Qualitätssicherung durchaus wieder zu einer gewissen Dynamik führen könnte. Dies wäre insbesondere dann der Fall, wenn sich der Prämien- und Kostendruck erhöhen und gar der Kontrahierungszwang

aufgehoben würde. Der Bericht, der die Bestandesaufnahme der alternativen Versicherungsmodelle enthält, nimmt daher an, dass sich an die erste Wachstumsphase eine Phase der inneren Ausdifferenzierung und weiterer Innovationen anschliessen wird. Es sei damit zu rechnen, dass sich die Hausarztnetze durch den Druck der Vertragspartner (Versicherer und Managed-Care-Organisationen) und durch interne Lernprozesse weiterentwickeln werden (Baur/Braun 2000).

2.10.3 Empfehlungen der Expertinnen und Experten

Zur Überwindung der Stagnation der Verbreitung der besonderen Versicherungsformen schlagen die verfügbaren Untersuchungen insbesondere vier Massnahmen vor:

- Eine erste Herausforderung betrifft den Risikoausgleich. Dieser benachteiligt gegenwärtig die Träger von HMO-Einrichtungen, da die Ausgleichszahlungen zum Teil höher sind als die Prämien.
- Zweitens sei eine Erhöhung des Rabatts für alternative Versicherungsmodelle zu prüfen, um deren Attraktivität zu steigern.
- Drittens wird ein kontinuierliches Monitoring mit jährlicher Berichterstattung und statistischen Erhebungen verlangt.
- Schliesslich wird auch die Aufhebung des Kontrahierungszwangs im Zusammenhang mit der Förderung alternativer Versicherungsmodelle immer wieder zur Diskussion gestellt. Heute haben Ärztinnen und Ärzte nur ein geringes Interesse an diesen Modellen. Durch die Aufhebung des Kontrahierungszwangs könnte eine Selektion unter den ambulanten Leistungserbringern (v. a. bei den Ärztinnen und Ärzten) ermöglicht werden. Dies würde die Voraussetzungen zur Durchsetzung der alternativen Versicherungsmodelle verbessern. Zudem könnte die Motivation der Ärztinnen und Ärzte gesteigert werden, sich diesen Modellen anzuschliessen.

2.10.4 Neueste Entwicklungen und offene Fragen

In der Botschaft zur ersten Teilrevision des KVG wurde festgehalten, dass die Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer, aber auch die Bonusversicherung und die Versicherung mit wählbarer Jahresfranchise als wirksame Instrumente betrachtet werden, die zu einer Verringerung der Krankenversicherungskosten beitragen. Die neuen Versicherungsformen werden als wichtiges Instrument zur Kostensenkung im Gesundheitswesen beurteilt.

Die Forderungen nach einer Anpassung des Risikoausgleichs sind im Zusammenhang mit der grundsätzlichen Diskussion zu dessen Berechnungsgrundlagen zu sehen. Einer Erhöhung des Rabatts für alternative Versicherungsmodelle stehen die verantwortlichen politischen Behörden dagegen skeptisch gegenüber, weil die Entsolidarisierung verhindert werden muss. Zudem wurde bisher noch kaum von der Möglichkeit Gebrauch gemacht, auf Grund von Erfahrungszahlen über fünf Jahre einen höheren Rabatt beim BSV zu beantragen. Hingegen steht einem kontinuierlichen Monitoring mit jährlicher Berichterstattung und statistischen Erhebungen nichts entgegen.

In der Botschaft zur zweiten Teilrevision des KVG diskutiert der Bundesrat auch einen Vorschlag zur Aufhebung des Kontrahierungszwangs, den er in die Vernehmlassung gegeben hatte. Danach sollte den Versicherten nur noch die Wahl unter den Leistungserbringern im ambulanten Bereich offen stehen, die mit ihrem Versicherer einen Tarifvertrag abgeschlossen haben und damit für diesen tätig sein dürfen. Aus den

Stellungnahmen wurde deutlich, dass viele Beteiligte grundsätzlich die Idee einer Aufhebung des Kontrahierungszwangs befürworteten, indessen das vorgeschlagene Modell mit Skepsis betrachten oder dieses gar für untauglich und unpraktikabel halten. Auf ein alternatives Modell, welches mehr Akzeptanz hervorrufen würde, liess sich auf Grund der Stellungnahmen allerdings nicht schliessen. Der Bundesrat sieht deshalb davon ab, im Rahmen der Teilrevision das wettbewerbliche Vertragsmodell im ambulanten Bereich generell vorzuschlagen. Eine Aufhebung des Kontrahierungszwangs sieht er lediglich in Bezug auf über 65-jährige, im ambulanten Bereich tätige Leistungserbringer vor. Der Ständerat befürwortet hingegen eine generelle Aufhebung des Kontrahierungszwangs im ambulanten Bereich.

Um die Wahlmöglichkeiten der Versicherten zu erhöhen, sollen die Versicherer im Rahmen der zweiten Teilrevision des KVG verpflichtet werden, in der ganzen Schweiz besondere Versicherungsformen mit einer eingeschränkten Wahl der Leistungserbringer anzubieten. So soll sichergestellt werden, dass jeder und jede Versicherte die Möglichkeit hat, ein solches Versicherungsmodell zu wählen. Hingegen soll den Versicherten der Beitritt zu einem solchen Versicherungsmodell nicht vorgeschrieben werden.

2.11 Spitalplanung

Die mit dem KVG (Art. 39 Abs. 1) eingeführte Pflicht der Kantone zur Spitalplanung soll zur verbesserten Koordination der Leistungserbringer und damit zur optimalen Ressourcennutzung und zur Kosteneindämmung beitragen. Zielsetzung ist der Abbau von Überkapazitäten im stationären Bereich. Nachfolgend werden die Ausgangslage in diesem Themenbereich, die Ergebnisse und Empfehlungen der Wirkungsanalyse sowie die neuesten Entwicklungen dargestellt.

2.11.1 Ausgangslage

Für die Zulassung als Leistungserbringer und für die Leistungspflicht der sozialen Krankenversicherung ist die Aufnahme in eine Spitalliste Voraussetzung. Die Kantone hatten bis zum 1. Januar 1998 Zeit, die Spital- und Pflegeheimplanung zu erstellen. Die meisten Kantone haben diese Aufgabe fristgerecht erfüllt. Allerdings wurde die Umsetzung durch zahlreiche Beschwerden an den Bundesrat verzögert. Aus der Sicht der Wirkungsanalyse stellt sich vor allem die Frage, wie die Spitalplanungen durchgeführt und umgesetzt wurden. Weiter wäre es wichtig gewesen zu erfahren, ob und in welchem Ausmass die kantonalen Spitalplanungen kostendämpfend gewirkt haben. Eine eigentliche Evaluation der Spitalplanung ist allerdings bis heute nicht zu Stande gekommen. Das Sekretariat der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz hatte diese Aufgabe übernommen. Das von dieser Stelle in Aussicht genommene umfassende Evaluationsprogramm wurde aber bis heute nicht realisiert.

2.11.2 Resultate der Wirkungsanalyse

Die verfügbaren Wirkungsanalysen zur Spitalplanung beschäftigen sich mit der Methodik der Spitalplanung sowie mit dem Stand der Arbeiten 1999, also ein Jahr nach Ablauf der Frist zur Fertigstellung dieser Unterlagen (Rothenbühler 1999; Biersack 2000). Diese Arbeiten wurden im Auftrag des Zentralsekretariats der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK) verfasst. Weiter äussert sich auch die vom Bundesamt für Sozialversicherung veranlasste Studie „Auswirkungen des KVG auf die Leistungserbringer“ zur Wirksamkeit der Spitalplanung (Hammer et al. 2001b).

Methoden der Spitalplanung

Eine erste Studie beschäftigte sich mit den Planungsmethoden der Kantone. Das Krankenversicherungsgesetz schreibt keine Planungsmethode vor und lässt wichtige Begriffe im Planungsbereich offen (z.B. „bedarfsgerechte Planung“). Dies führte dazu, dass der Bundesrat die entsprechenden Interpretationen über die Rechtsprechung und entsprechende Richtlinien klären musste. Die Rechtsprechung des Bundes ist jedoch umstritten, was zu weiteren Vollzugsschwierigkeiten führte (Hammer et al. 2001b, S. 44). So kritisiert beispielsweise die Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz die Planungsgrundsätze des Bundesrats als zu formalistisch und inhaltlich teilweise als nicht förderlich zum Abbau von Überkapazitäten.

Die Untersuchung des Wirtschaftswissenschaftlichen Zentrums der Universität Basel zeigte auf, dass die kantonalen Spitalplanungen sowohl auf analytischen als auch auf normativen Abschätzungen von Bedarfswerten beruhen. Bei der analytischen Bettenbedarfsrechnung wird von der so genannten „Bettenbedarfsformel“ ausgegangen, welche den Bettenbedarf als Funktion verschiedener Faktoren definiert (z. B. mittlere Aufenthaltsdauer, mittlere Bettenbelegung, Spitaleinweisungen je 1'000 Einwohner). Bei der normativen Festlegung wird eine mit dem eigenen Gebiet vergleichbare Region, deren Versorgung als effizient, effektiv und von guter Qualität betrachtet wird, als Vorbild herangezogen. Als Referenzwert wird dessen Bettendichte entlehnt und auf das eigene Einzugsgebiet übertragen.

In der nachfolgenden Darstellung sind die Planungsmethoden und der Planungshorizont der einzelnen Kantone zusammengestellt.

D 2.5: Die Planungsmethoden der Kantone

Kanton	Versorgungsstufe	Normative Methode	Analytische Methode	Planungshorizont
OW/NW/UR (1)	*	X		2000
SZ	*	X		2000
AI	*	X	X	2010
AR	*		X	2000
GL	*		X	2005
ZG	*	X	X	2000
SH	*	X	X	nicht explizit
JU	**	X		2000/2005
TG	**		X	2005
AG	**	X	X	2005
GR	**	X		2000
LU	**	X	X	2005
SO	**		X	nicht explizit
SG	**	X		2005
FR	**	X		2020
NE	**	X		nicht explizit
VS	**		X	2000
TI	**	X		1998/2005
ZH	***		X	2005
BE	***		X	2010 (?)
BS/BL (1)	***	X	X	2002
VD	***	X	X	2002
GE	***		X	2001

* Kanton der Grund- und erweiterten Grundversorgung;

** Kanton mit Angebot bis zur spezialisierten Versorgung;

*** Kanton mit Angebot bis zur hoch spezialisierten Versorgung;

(1) Kantone, die eine gemeinsame (kantonsübergreifende) Planung durchführten

Quelle: Biersack 2000, S. 7

Die nähere Betrachtung der einzelnen Planungen zeigt, dass sich die Mehrheit der Kantone einer pragmatischen Vorgehensweise bediente. So erfolgte die Herleitung der für die analytische Vorgehensweise relevanten Faktoren auf eine argumentative, intuitive Weise, oder man ging normativ vor, indem man bestehende, für geeignet erachtete Referenzwerte herbeizog und gegebenenfalls auf kantonale Verhältnisse anpasste. Diese normative Orientierung der so genannten analytischen Methode lässt letztlich die Unterscheidung zwischen analytischer und normativer Methode zu einer Frage des technischen Details werden. Auf Grund der je nach Kanton unterschiedlichen Import- beziehungsweise Exportverhältnisse sowie der verschiedenen Versorgungsstufen kommt die Untersuchung zum Schluss, dass der in den einzelnen Kantonen ermittelte Sollbettenbedarf nur schwer miteinander verglichen werden kann. Eine gesamthafte Würdigung der kantonalen Spitalplanung wird daher als schwierig, wenn nicht gar als unzulässig betrachtet.

Bemerkenswert an der Diskussion über die Bedarfsplanung ist die breite Variation nicht nur der Ist-Werte, sondern auch die Variation der Zielwerte. Je nach Kanton beträgt der

Ist-Wert für das Jahr 1996 zwischen 2,53 und 8,53 Akutbetten pro 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner. Die Zielwerte für das Jahr 2005 wurden zwischen 2,9 im Minimum und 3,6 Akutbetten im Maximum pro 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner angesetzt (Biersack 2000, S. 40).

Wirkungen der Spitalplanung

Im Auftrag der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz wurde 1999 der Stand der Spitalplanung erfasst (Rothenbühler 1999). Der Autor weist darauf hin, dass es nicht leicht war, sich einen Überblick über die Arbeiten in den Kantonen, über die Spitallisten, über den Stand der Beschwerdeverfahren, über die rechtliche Lage und die erzielten Fortschritte in der Umsetzung der Planungen zu verschaffen. Immerhin wurde klar, dass damals in allen Kantonen eine Planung vorlag. Allerdings hatten die Listen erst in vier Kantonen Rechtskraft erlangt. In den übrigen Kantonen fand sich eine verfahrenere Referendums- und Beschwerdesituation. Die Situation wird als Resultat des dem KVG inhärenten Widerspruchs zwischen Wettbewerb und Regulierung interpretiert. Jene Kantonsregierungen, welche am frühesten und am deutlichsten gesundheitspolitische Prioritäten gesetzt hatten, handelten sich am meisten Widerstand gegen die Spitallisten ein. Jene Kantone, welche praktisch sämtliche Anbieter auf ihre Liste aufnahmen, handelten sich Beschwerden von Seiten der Krankenversicherer ein. Jene Kantone, welche mit einer restriktiven Spitalliste gewisse Strukturbereinigungen beschleunigen wollten, stiessen auf den Widerstand privater Anbieter und betroffener regionaler Akteure.

Trotz allen Schwierigkeiten konnte der Autor feststellen, dass zwischen 1996 und Anfang 1999 insgesamt rund 2'000 Akutbetten abgebaut, 8 Akutspitäler geschlossen oder umgenutzt, zwischen 600 und 700 Stellen gestrichen worden waren. Die Ergebnisse dieser Recherchen sind in der nachfolgenden Darstellung zusammengestellt:

D 2.6: Erfolgtter Abbau von Akutbetten und Stellen im stationären somatischen Akutbereich zwischen 1996 und Ende 1998

Kanton	Reduktion der Zahl der Akutbetten	Abgebaute Stellen	Spitalschliessungen oder Umnutzungen	Geschätzte jährl. Einsparungen in Mio. Fr.
ZH	600	500	5	160
BE		190 (bis Ende 1999)	2	36
LU				2-3
SZ	33			
ZG			1	
FR	60			9
BS	336			8
AR	54			
TI	332			
VD	520			
Total	1'935	690	8	ca. 215

Quelle: Rothenbühler 1999, S. 26, auf der Basis von Presseberichten

Der Abbau entspricht im Vergleich mit den gesamtschweizerischen Daten für 1998 (BSV 2000c) rund 7 Prozent der Akutbetten, 4 Prozent der Akutspitäler und 1 Prozent der

Beschäftigten. Die eingesparten Mittel werden auf netto jährlich ungefähr 215 Millionen Franken veranschlagt, was rund 2 Prozent des Nettobetriebsaufwandes aller Spitäler von 1990 entspricht.

Gemäss der im Jahr 2001 erarbeiteten Untersuchung der Auswirkungen des KVG auf die Leistungserbringer wurde die Wirksamkeit der Spitalplanung insbesondere von drei Faktoren beeinflusst:

- Einen hohen Stellenwert hat insbesondere die politische Situation. Wichtig sind in diesem Zusammenhang der finanzielle Druck, der auf den Kantonen lastet, die Intensität des Widerstandes des Parlamentes und der Bevölkerung sowie Vorgaben des Bundesrats im Rahmen von Beschwerdeentscheiden. Während in den untersuchten Fallbeispielen im Kanton Zürich eine vergleichsweise restriktive Planung politisch durchgesetzt werden konnte, waren Spitalschliessungen im Kanton Tessin erst nach einem längeren politischen Prozess und auf Grund eines Entscheids des Bundesrats in einem Beschwerdeverfahren möglich. Auf der kantonalen politischen Ebene bestehen seitens des Parlamentes und des Souveräns Sanktionsmöglichkeiten, die aus arbeitsmarktlichen und historischen Gründen oft verhindert haben, dass restriktive Planungen oder Spitalschliessungen realisiert werden konnten. Einschneidende Massnahmen werden erst ergriffen, wenn ein grosser finanzieller Spardruck besteht oder der Abbau von Kapazitäten politisch auferlegt wird.
- Der Erfolg der Spitalplanung wird aber auch in grossem Masse von vorhandenen Überkapazitäten bestimmt. In Kantonen mit sehr geringen Überkapazitäten (z. B. Thurgau) besteht eine wesentlich geringere Notwendigkeit zur Schliessung von Spitälern als in den Kantonen mit einer überdurchschnittlichen Akutbettenzahl (z. B. Zürich, Waadt, Tessin). Analog zeigt die Auswertung der kantonalen Spitalplanungen, dass die eher kleineren Kantone mit einer vergleichsweise tiefen Akutbettendichte keine Spitalschliessungen und nur geringfügige Bettenreduktionen vorsehen. Die Kantone mit einer überdurchschnittlichen Akutbettendichte schlagen mit wenigen Ausnahmen eine Reduktion der Betten in der Grössenordnung von 30 bis 40 Prozent vor.
- Die Wirksamkeit der Spitalplanung wird schliesslich auch durch die Unterschiede zwischen den Kantonen bei der Behandlung der Privatkliniken beeinflusst. Grundsätzlich kann zwischen integralen und unterteilten Spitallisten unterschieden werden (Müller 1999). Bei den integralen Listen, die nicht zwischen Spitälern mit allgemeiner Abteilung und solchen mit Halbprivat- und Privatabteilung unterscheiden, sind alle Abteilungen zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen. Bei der unterteilten Spitalliste (z. B. Zürich, Thurgau) wird unterschieden zwischen einer A-Liste mit allen zur Behandlung von allgemein Versicherten zugelassenen Spitälern und einer B-Liste mit denjenigen Spitälern, die zur Behandlung von halbprivat und privat Versicherten zugelassen sind. Während in den untersuchten Fallbeispielen die Kantone Zürich und Thurgau gewisse Privatkliniken zur Behandlung von allgemein Versicherten zulassen und entsprechend auf der Spitalliste führen, sind die Privatkliniken im Kanton Waadt ganz von Planungsbestimmungen ausgenommen.

Die Frage, inwiefern durch die Spitalplanungen die effiziente Verwendung der Ressourcen gefördert und ein Beitrag zur Kosteneindämmung erzielt werden konnte, ist komplex und wird kontrovers diskutiert. Die Auswirkungen der Spitalplanung sind nur sehr schwierig nachzuweisen. Zur Beurteilung der Kosteneinsparungen ist ein umfassender Kostenvergleich der betroffenen kantonalen Spitäler auf Basis von umfangreichen Datengrundlagen (Mengen- und Kostengerüst) notwendig, bei dem auch verschiedene indirekte Effekte zu

berücksichtigen sind. Insgesamt wird davon ausgegangen, dass durch die Spitalplanung bisher nur ein geringer Beitrag an eine verbesserte Ressourcennutzung und nur in einem geringen Masse ein Beitrag zur Kosteneindämmung geleistet werden konnte. Dies aus folgenden Gründen:

- Die Spitalplanung wird nur in sehr wenigen Kantonen restriktiv vollzogen. Spitalschliessungen beziehungsweise -umnutzungen sind Ausnahmen. Der alleinige Abbau von Betten genügt für einen substanziellen Abbau von Überkapazitäten noch nicht.
- Die inner- und die interkantonale Koordination der Spitalplanungen ist mangelhaft. Es ist davon auszugehen, dass durch die kantonale Fokussierung bei der Planung sogar zusätzliche Kapazitäten aufgebaut wurden.
- Die teilstationären und ambulanten Behandlungen werden in der Planung zu wenig berücksichtigt. Dadurch besteht bei einem verordneten Bettenabbau im stationären Bereich die Gefahr von Verlagerungen in diese beiden Bereiche.
- Spitalschliessungen stehen indirekten Verlagerungseffekten gegenüber (höhere Behandlungskosten bei der Schliessung von vergleichsweise günstigen Spitälern; Aufbau von zusätzlicher Infrastruktur; Verlagerung in andere Leistungserbringerebereiche bei Umnutzungen), die den erzielten Einsparungen an Infrastrukturkosten entgegengestellt werden müssen.

Insgesamt haben die Kantone ihren vom KVG vorgegebenen Handlungsspielraum im Bereich der Spitalplanung nur sehr beschränkt genutzt. Zudem wurde der Prozess aber auch durch den Bund verzögert, einerseits dadurch, dass offene Formulierungen einiger Anforderungen (z. B. „bedarfsgerechte Planung“ oder „angemessener Miteinbezug der Privatspitäler“) zu Beschwerden geführt haben, andererseits durch langwierige Entscheidungsprozesse innerhalb der Bundesverwaltung.

2.11.3 Empfehlungen der Expertinnen und Experten

Im von der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz veranlassten Bericht zum Stand der Spitalplanung vertritt der Autor die Ansicht, dass die fehlende gesamtschweizerische Gesundheitspolitik der wichtigste Grund für die konstatierten systemimmanenten Mängel der Spitalplanung ist. Er fordert daher einerseits einen umfassenden Erfahrungsaustausch zwischen den Kantonen und andererseits bessere Informationen zur gesundheitlichen Situation der Bevölkerung, zum Preis-Leistungs-Verhältnis der Anbieter und zur Qualität der erbrachten Leistungen. Die Gesundheitsberichterstattung, wie sie in einigen Kantonen bereits praktiziert wird, sollte auf die ganze Schweiz ausgedehnt werden.

Weiter wird betont, dass die gegenseitigen Beziehungen und Abhängigkeiten zwischen ambulantem, teilstationärem und stationärem Bereich derart intensiv sind, dass eine sektorale Teilplanung ohne Berücksichtigung der anderen Bereiche nicht zielführend sein könne. Deshalb seien die Planungen und Massnahmen zur Optimierung der stationären Gesundheitsversorgung systematisch durch Planungen und Massnahmen zur Optimierung der gesamten Gesundheitsversorgung zu ergänzen. Verlangt wird eine Erweiterung der Spitalplanung in Richtung integrierter Versorgungsangebote (Hausärzte, ambulanter Bereich, teilstationärer Bereich, Einbezug von Rehabilitation, Psychiatrie und Geriatrie). Dabei sei allerdings zu berücksichtigen, dass die Kantone bezüglich Gesundheitsversorgung nur beschränkt sinnvolle Planungsregionen bildeten, sodass es notwendig sei, neue Planungsregionen zu schaffen.

Im Bereich der Spezialitäten- und Spitzenmedizin sollten sich die anbietenden Kantone möglichst rasch auf Grundsätze und Leitlinien für die gemeinsame Planung der Angebotskapazitäten einigen. Dazu ist es notwendig, dass unverzüglich eine gesamtschweizerische Bestandaufnahme der hoch technischen Infrastruktur sowie eine gesamtschweizerische Bedarfsprognose vorgenommen werden. Etwas weiter geht die am 3. Oktober 1996 von Nationalrat Remo Gysin eingereichte Motion „Spitalplanung auf Bundesebene“, welche in der Zwischenzeit als Postulat überwiesen wurde. Sie verlangt, dass die kantonalen und regionalen Spitalplanungen in einen schweizerischen Gesamtzusammenhang gestellt werden, und dass für die Spitzen- und Zentrumsmedizin eine eidgenössische Spitalplanung erstellt wird.

2.11.4 Neueste Entwicklungen und offene Fragen

Im Zusammenhang mit der Wirksamkeit der Spitalplanung sind noch viele Fragen offen. Insbesondere ist unklar, wie gross das Einsparungspotenzial in den einzelnen Kantonen und in der Schweiz auf Grund der Spitalplanung ist. Auch ist offen, welche kantonalen Modelle sich als Erfolg versprechend abzeichnen und welches die Gründe dafür sind. Immerhin lässt sich feststellen, dass die Spitalplanung einige Wirkungen zeigte. Da die verschiedenen Spitalplanungen sich – je nach Kanton – auf einen Zeithorizont bis ins Jahr 2010 beziehen und wegen verschiedener hängiger Beschwerdeverfahren, sind weitere Erfolge durchaus möglich. Allerdings zeigen die verfügbaren Untersuchungen auch einige grundsätzliche Schwächen auf, welche durch die gefällten Bundesratsentscheide nicht beseitigt, sondern eher akzentuiert wurden.

Die anstehenden Probleme sind jedoch erkannt und werden auf verschiedenen Ebenen angegangen:

- Mit der in der Botschaft vom 18. September 2000 vorgestellten zweiten Teilrevision des KVG will der Bundesrat, dass in Zukunft alle stationären Kapazitäten in die Bedarfsplanung einbezogen werden. Er will, dass zu einer quantitativen Steuerung durch eine Planung übergegangen wird, für welche die Versicherungsdeckung unerheblich ist. Aus diesen Gründen soll sich die kantonale beziehungsweise die überkantonale Spitalplanung in Zukunft auf alle nach KVG zu erbringenden Leistungen beziehen. Zusätzlich soll auf Grund der Zuordnung der teilstationären Behandlung zum stationären Bereich die Planungspflicht auf die Einrichtungen, die teilstationäre Krankenpflege anbieten, ausgedehnt werden. Allerdings sieht die vom Ständerat Anfang Oktober 2001 verabschiedete Vorlage vor, dass im gesamten KVG auf den Begriff „teilstationär“ verzichtet wird, was unter anderem zur Folge hätte, dass die Gesetzgebung im Planungsbereich nicht geändert würde. Die Planung im Bereich der Spitzenmedizin hingegen soll auf gesamtschweizerischer Ebene erfolgen.
- Diese gesamtschweizerisch koordinierte Planung wird auch in der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgaben von Bund und Kantonen (NFA) vorgeschlagen. In Aussicht steht eine gesamtschweizerische Planung der Spitzenmedizin, gestützt auf eine Konkordatslösung zwischen den Kantonen.
- Ausserdem nimmt der Bund über die Krankenpflege-Leistungsverordnung Einfluss, indem er einzelne Leistungserbringer sogar explizit aufführt. So ist gemäss Anhang 1 der KLV eine Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bei einer kombinierten Pankreas- und Nierentransplantation nur gegeben, wenn diese im Universitätsspital Zürich oder im Hôpital universitaire de Genève durchgeführt wird und wenn ein Evaluationsregister geführt wird. In diesem Sinne erfolgt eine Steuerung der Leistungserbringung, namentlich für bestimmte Arten von Transplantationen

- Seit 1998 arbeiten das EDI und die Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz am Projekt „Nationale Gesundheitspolitik Schweiz“. Ziel ist es, die Zusammenarbeit der Behörden und Institutionen im föderalistisch organisierten Gesundheitswesen zu intensivieren, den Dialog zu vertiefen und die vorhandenen Kräfte, die sich für die Gesundheit der Bevölkerung einsetzen, zusammenzubringen. Das Projekt steht unter der Verantwortung einer Steuerungsgruppe, die sich paritätisch aus Vertretern der Kantone und des Bundes zusammensetzt. Es ist zu hoffen, dass auch diese Initiative dazu beiträgt, die Koordination im stationären Bereich zu verbessern.

3. Wurden die Ziele des KVG erreicht?

Im vorangegangenen Kapitel wurden Vollzug und Wirkungen der einzelnen Massnahmen des KVG dargestellt. In diesem Kapitel soll geprüft werden, ob und in welchem Ausmass die Ziele des Gesetzes mit den getroffenen Massnahmen erreicht wurden. Der Gesetzgeber verfolgte mit dem 1996 in Kraft getretenen Krankenversicherungsgesetz drei Hauptziele: Erstens sollte die Solidarität zwischen Versicherten mit unterschiedlichem Krankheitsrisiko und mit unterschiedlichem Einkommen verstärkt werden. Zweitens ging es darum, eine hochstehende, aber für alle finanziell tragbare medizinische Versorgung sicherzustellen und die Lücken in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu schliessen. Drittens sollte der neue gesetzliche Rahmen zu einer massvollen Kostenentwicklung beitragen, indem kosteneindämmende Wettbewerbsmechanismen in einem definierten ordnungspolitischen Rahmen zum Zuge kommen sollten.

3.1 Solidarität

Die Förderung der Solidarität zwischen gesunden und kranken, alten und jungen, männlichen und weiblichen Versicherten ist eines der drei Hauptziele des KVG. Solidarität bedeutet, dass jede Person unabhängig von ihrer wirtschaftlichen Situation die notwendige medizinische Versorgung erhält. Wenn zwischen der Solidarität unter einzelnen Versicherungssubjekten im Sinne klassischer Risikoabsicherung und einer sozialpolitischen Solidarität unterschieden wird, so geht das KVG also weit über die reine Versicherten-solidarität hinaus, indem es die Solidarität unter verschiedenen Einkommensklassen, unter den Geschlechtern und Altersgruppen bezweckt.

Das alte Kranken- und Unfallversicherungsgesetz von 1911 (KUVG) hatte – spätestens seit den Achtzigerjahren – eine Entsolidarisierung begünstigt, die notdürftig mit dem dringlichen „Bundesbeschluss über befristete Massnahmen gegen die Entsolidarisierung in der Krankenversicherung“ vom 13. Dezember 1991 in Schach gehalten werden musste. Mit dem KVG hat der Gesetzgeber die Rahmenbedingungen für die soziale Krankenversicherung in einigen Punkten markant abgeändert, um die Solidarität zu stärken (vgl. dazu besonders Bandi 1999, S. 70 ff.). Erstes Element dieser Politik stellt die *Herstellung der vollen Freizügigkeit* im Rahmen einer obligatorischen Krankenpflegeversicherung dar. Diese basiert auf Einheitsprämien und auf einer vereinheitlichten Leistungspalette. Zur Eindämmung eines unerwünschten Risikowettbewerbes wurde der Risikoausgleich ins KVG aufgenommen, der einen Ausgleich zwischen Versicherern mit unterschiedlichen Risikostrukturen vornimmt. Zweitens wurde festgelegt, dass aus Steuermitteln finanzierte Prämienverbilligungen für Haushalte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen entrichtet werden sollen, um die Prämienlast zu erleichtern. Mit der *individuellen Prämienverbilligung* wird Solidarität zwischen Personen mit unterschiedlichen Einkommen angestrebt. Die dritte grosse Komponente der Solidarität besteht in den *durch die Kantone finanzierten Spitalkosten* im stationären Sektor.

3.1.1 Solidarität zwischen Gesunden und Kranken

Echte Solidarität zwischen Gesunden und Kranken bedeutet letztlich Solidarität zwischen den Versicherten. Dazu dient das *Versicherungsobligatorium* für die Krankenpflegeversicherung. Die gesamte Bevölkerung der Schweiz ist gemäss Artikel 3 KVG der *Versicherungspflicht* unterstellt. Im Gegensatz zum früheren Gesetz (KUVG) muss jede Person, die sich bei einem Versicherer gegen Krankheit versichern will, aufgenommen werden

(Art. 4 KVG), und es dürfen bei der Aufnahme weder irgendwelche Vorbehalte gemacht noch ungleiche Prämien zwischen Frauen und Männern erhoben werden. Obschon auch unter dem früheren Gesetz praktisch die ganze Wohnbevölkerung freiwillig versichert war, bedeutete die Einführung des Obligatoriums einen wesentlichen qualitativen Unterschied: Es ist nun nicht mehr möglich, dass „gute Risiken“ – das heisst im Allgemeinen jüngere Leute mit guter Gesundheit – sich der Solidarität, die im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung besteht, entziehen können. Allerdings kann sich ein Versicherer aus Kantonen zurückziehen, in denen er eine ungünstige Zusammensetzung seines Risikokollektivs hat, wie der „Fall Visana“ gezeigt hat. Um dieser Art der Risikoselektion entgegenzuwirken, hat das EDI 1998 gegenüber dem Krankenversicherer Visana eine Verfügung erlassen, in der eine Frist von zehn Jahren für eine allfällige Wiederaufnahme der Tätigkeit in einem einmal aufgegebenen Gebiet gesetzt wird.

Dank der *Einheitsprämie* und der garantierten *vollen Freizügigkeit* sind die Versicherten unabhängig von ihrem Alter, ihrem Geschlecht und ihrem Gesundheitszustand frei, sich einem anderen Versicherer anzuschliessen, namentlich einem solchen, der dank der Zusammensetzung seines Versichertenbestandes und einer effizienten Geschäftsführung verhältnismässig günstige Prämien anbieten kann. Der *Risikoausgleich* nach Artikel 105 KVG gleicht die Kostenunterschiede pro Versicherten zwischen den einzelnen Versicherern aus, soweit sie auf eine unterschiedliche Alters- und Geschlechterstruktur des Versichertenbestandes zurückzuführen sind. Jährlich werden so zwischen den Versicherern 600 bis 700 Millionen Franken ausgeglichen. Würde der Risikoausgleich entfallen, käme es zu einer Polarisierung zwischen sehr teuren und relativ günstigen Versicherern, was wiederum ein Abwandern „guter Risiken“ aus den teuren Versicherern verstärken würde, da es eher die Gesünderen – also die „guten Risiken“ – sind, die den Versicherer wechseln (Peters et al. 2001). Dies wiederum würde längerfristig die teuren Versicherer aus dem Markt verdrängen, obwohl sie nicht notwendigerweise weniger effizient arbeiten. Mit dem Risikoausgleich bleibt die Kassenvielfalt erhalten, welche für eine angestrebte Wettbewerbsordnung unerlässlich ist. Unter dem alten Gesetz waren es die nach Eintrittsalter gestaffelten Prämien sowie die Möglichkeit von Vorbehalten, welche einen Versichererwechsel im Alter und bei schlechtem Gesundheitszustand erschwerten oder unmöglich machten und zur bekannten Entsolidarisierung geführt haben.

Die Solidarität, die sich aus der mit dem KVG eingeführten Einheitsprämie ergibt, ist zahlenmässig nicht eindeutig zu beziffern. Eine gute Näherung ergibt sich aber aus dem Risikoausgleich, mit dessen Hilfe die Abweichungen von den durchschnittlichen kantonalen Kosten pro Altersgruppe ausgeglichen werden. Im Rahmen der Studien über den Risikoausgleich wurde die Summe der Solidaritätstransfers zwischen den unterschiedlich teuren Risikogruppen bei allen Versicherern (Bruttoausgleichsvolumen) mit jährlich etwa 3,4 Milliarden Franken beziffert. Der Risikoausgleich hat gemäss den verfügbaren Wirkungsanalysen die Entsolidarisierung gegenüber der alten Ordnung eingedämmt (vgl. Abschnitt 2.4). Er hat den Druck auf die Versicherer, Risikoselektion zu betreiben, wesentlich reduziert. Risikoselektion gibt es allerdings nach wie vor: Die Versicherer erhalten – in erster Linie über die Zusatzversicherungen – Informationen über den Gesundheitszustand, das Einkommen, den Bildungsstand und den Urbanitätsgrad, was ihnen hilft, das Risikoprofil potenzieller Versicherter einzuschätzen. Im günstigsten Fall führt dies zu zielgruppenspezifischer Werbung, doch sind auch weniger feine Praktiken der Selektion wie Mobbing oder Maklerprämien für erfolgreiches „Wegwerben“ von „schlechten Risiken“ aus dem eigenen Versichertenbestand bekannt geworden.

Der Risikoausgleich stellt ein notwendiges Korrekturlement dar, um unter den staatlichen Rahmenbedingungen (Versicherungsobligatorium und volle Freizügigkeit) einen fairen

Wettbewerb zu ermöglichen. Da sich die ursprüngliche Erwartung einer mittelfristigen Strukturangleichung zwischen den Versicherern nicht erfüllt hat, empfehlen die verfügbaren Studien eine definitive Verankerung des Risikoausgleichs. Zusätzlich wird der Einbezug weiterer Faktoren sowie ein Hochrisikopool vorgeschlagen (vgl. Abschnitt 2.4).

3.1.2 Solidarität zwischen Einkommensklassen

Um die Solidarität zwischen Einkommensklassen zu fördern, wurde mit dem KVG einerseits ein individuelles Prämienverbilligungssystem eingeführt, andererseits wird das Solidaritätsziel mit der Spitalfinanzierung verfolgt.

Prämienverbilligung

Das System der Prämienverbilligung wurde nicht erst mit dem Krankenversicherungsgesetz eingeführt, sondern bereits unter altem Recht hatte der Bund den Krankenkassen zur Verbilligung der Prämien Beiträge überwiesen, die allerdings nicht zu Gunsten speziell Bedürftiger, sondern als generelle Subvention an die Krankenkassen flossen. Mit den dringlichen Bundesbeschlüssen der Neunzigerjahre wurden noch zusätzliche Mittel dafür bereitgestellt, deren Verteilung nun aber bedarfsgerecht zu erfolgen hatte (vgl. Balthasar 1998, S. 16).

Über die Prämienverbilligung haben im Jahre 2000 der Bund 1,7 Milliarden Franken und die Kantone rund 850 Millionen Franken zur Entlastung von Versicherten eingesetzt, die in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen leben.

Die verfügbaren Studien zeigen, dass die Prämienverbilligung in der Bevölkerung insgesamt gut bekannt ist. 85 Prozent der in einem Haushalt für die Krankenversicherung zuständigen Personen hatten 2000 schon einmal von der Prämienverbilligung gehört (vgl. Abschnitt 2.5). Kritisch wird beurteilt, dass in den Kantonen, welche nicht individuell auf Grund von Steuerdaten informieren, zwischen 20 und 25 Prozent der möglicherweise Berechtigten keinen Antrag stellen. In den anderen untersuchten Kantonen liegt dieser Anteil bei unter 5 Prozent. Wichtigster Faktor, der erklären kann, warum potenziell berechnete Personen keinen Antrag stellen, ist eine ungenügende Kenntnis der Prämienverbilligung vor allem bezüglich der Berechtigung und der relevanten Verfahren. Zweitwichtigste Ursache ist der Wunsch nach Eigenständigkeit. An dritter Stelle steht die Nachlässigkeit. Dieser Grund ist vor allem in denjenigen Kantonen von Bedeutung, wo die Bezugsberechtigten individuell informiert werden und diese Anträge stellen müssen. Das Argument, dass aus Angst vor Stigmatisierung keine Gesuche eingereicht würden, hat in allen untersuchten Kantonen eine geringe Bedeutung.

Die Untersuchungen zeigen auf der Basis von Fallbeispielen, dass die individuelle Prämienverbilligung sozialpolitisch in der erwünschten Weise wirksam ist. Es findet in den meisten Kantonen eine gezielte Entlastung unterer Einkommensschichten statt. Differenzierter fällt dagegen die Beantwortung der Frage aus, ob die sozialpolitischen Ziele der Prämienverbilligung erreicht werden. Die Berechnungen zeigten auf, dass die durchschnittliche Prämienbelastung 2000 in verschiedenen Kantonen über den angestrebten 8 Prozent des steuerbaren Einkommens lag. Bezogen auf die unterschiedlichen Einkommenskategorien blieb die Belastung vor allem bei Haushalten mit mittlerem Einkommen hoch. Die Kantone Zürich, Luzern, Solothurn, Basel-Landschaft, Schaffhausen und Aargau schöpfen die Bundesmittel nicht voll aus, obwohl sie die bundesrätlichen Wirkungsziele nicht erreichen. In diesen Kantonen ist die Solidarität zwischen Arm und Reich auch unter Berücksichtigung der unterschiedlichen steuergesetzlichen Regelungen vergleichsweise unterdurchschnittlich.

Spitalfinanzierung

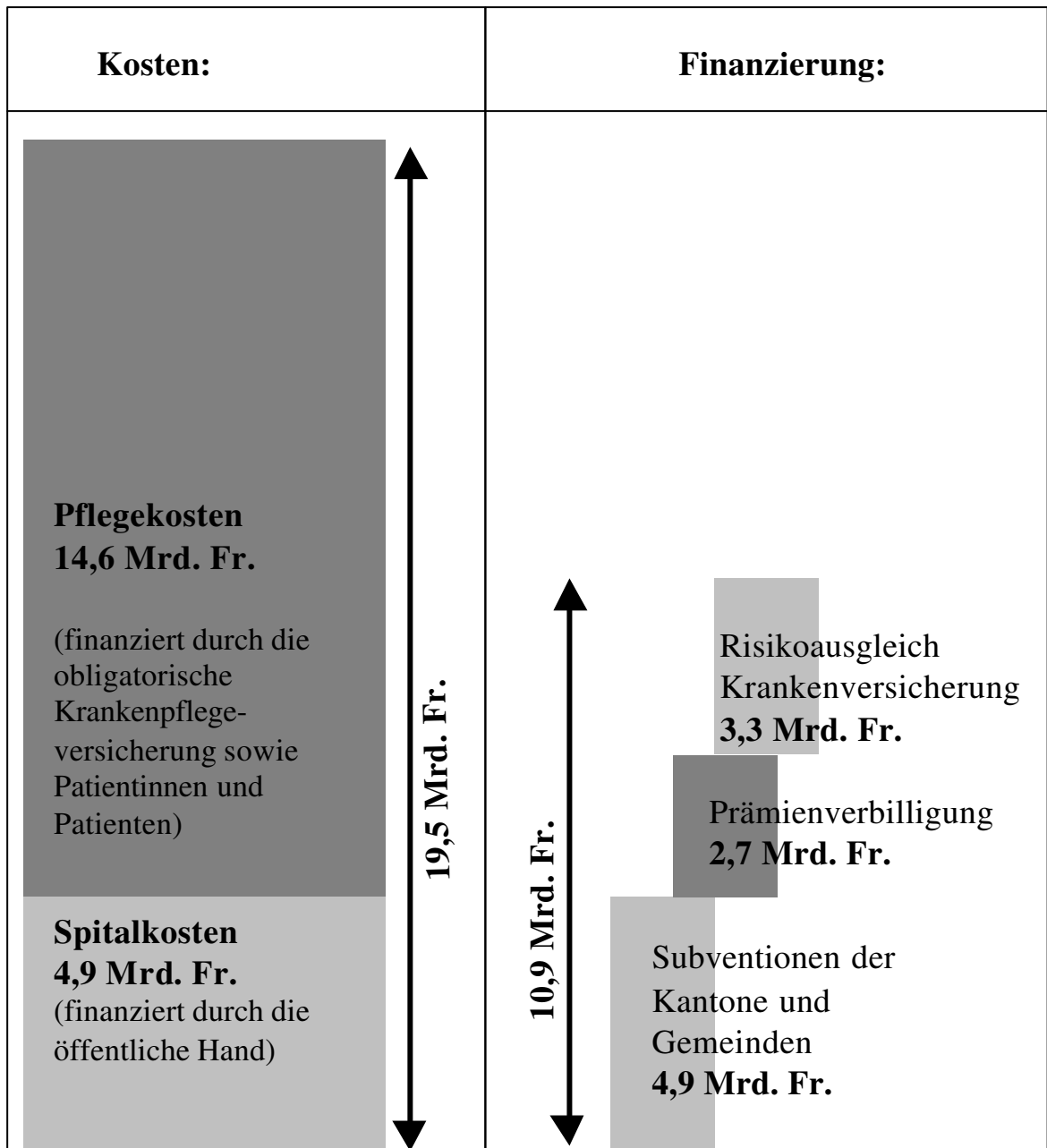
Die dritte Komponente der Solidarität besteht in den durch die Kantone finanzierten Spitalkosten im stationären Sektor. Das KVG sieht vor, dass die Kantone mindestens 50 Prozent der anrechenbaren Betriebskosten in öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitälern übernehmen. Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat im Dezember 1997 entschieden, dass die Kantone diesen Beitrag auch für die halbprivat und privat versicherten Kantonseinwohnerinnen und -einwohner, welche aus medizinischen Gründen ausserhalb des Kantons in Spitalpflege sind, bezahlen müssen. Mit dieser Finanzierungsregelung wird unter anderem bezweckt, dass die Planungspflicht sowie die Koordination bei der Planung, Finanzierung und Belegung der Spitäler von den Kantonen konsequent wahrgenommen wird. Dies soll zu einer Optimierung der Ressourcennutzung und folglich zur Kosteneindämmung beitragen.

Es gibt aus der Wirkungsanalyse Indizien dafür, dass die Solidaritätsleistungen der Kantone über die Spitalfinanzierung abgebaut wurden. Der Anteil der öffentlichen Hand an der Finanzierung der Spitäler ist seit Anfang der Neunzigerjahre rückläufig. Der von den Kantonen finanzierte Anteil (inkl. Investitionskosten) sank von 35,5 Prozent im Jahre 1991 auf 29,7 Prozent im Jahre 1998 (Greppi et al. 2000). Hätten die öffentlichen Haushalte 1998 denselben Anteil an der Finanzierung der Spitäler übernommen wie 1991, wären ihnen zusätzlich Ausgaben im Umfang von rund 1,4 Milliarden Franken erwachsen. Diesem Trend versucht der Bundesrat mit der zweiten Teilrevision des KVG Einhalt zu gebieten. Ziel der Revision ist es zu verhindern, dass eine kontinuierliche Verlagerung der Finanzlast auf die Krankenversicherung und die damit verbundene Überwälzung auf die Kopfprämien zu einer zunehmenden Entsolidarisierung führt.

3.1.3 Fazit

Stellt man die verschiedenen messbaren Elemente der Solidarität den Ausgaben der Versicherten gegenüber, lässt sich erkennen, dass die direkt ausgewiesene Solidarität in der Krankenversicherung rund die Hälfte der Kostenseite ausmacht.

D 3.1: Ausgaben der Versicherten und messbare Elemente der Solidarität in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (1997)



Quelle: Bandi 1999, S. 72 (Die Darstellung gibt die Grössenverhältnisse wider.)

Mit dieser Berechnung sind zwar nicht alle Umverteilungen, die im Rahmen des Gesundheitswesens stattfinden, erfasst.¹⁴ Deutlich wird aber, dass die für die Finanzierung der verschiedenen „Solidaritäten“ im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung eingesetzten Mittel eine respektable Grössenordnung erreicht haben. Auch wenn keine verbindliche Zielgrösse definiert wurde, kann die Zielerreichung bei der

¹⁴Beispielsweise wird nicht einbezogen, dass die Versicherten, die eine besondere Versicherungsform gewählt haben, zusätzlich zum Risikoausgleich rund 1 Milliarde Franken der Kosten der Versicherten mit ordentlichen Franchisen finanziert haben. Nicht enthalten ist auch die Tatsache, dass die Versicherten mit Zusatzversicherung keine Beiträge der Kantone an ihre Spitalkosten erhalten.

Solidarität insgesamt positiv beurteilt werden. Problematisch ist allerdings, dass das starke Wachstum der Gesundheitskosten dazu führt, dass die Prämienverbilligung ohne eine starke Erweiterung in immer mehr Kantonen nicht mehr in der Lage sein wird, die wirtschaftliche Tragbarkeit der Belastung zu gewährleisten. Zudem ist ein Rückzug der Kantone aus der Spitalfinanzierung festzustellen. Auf der anderen Seite birgt die Einführung von Solidaritätsleistungen das Problem, dass nicht marktkonformes Verhalten der Versicherten oder der Versicherer erleichtert wird. So stellt sich etwa die Frage, ob eine Erweiterung des Risikoausgleichs nicht den Wettbewerb zwischen den Versicherern einschränkt und die Entwicklung einer Einheitskasse einleitet. Offen ist auch, wie sich eine Ausweitung der Prämienverbilligung auf das Verhalten der Versicherten auswirkt. Es gibt Anzeichen aus dem Kanton Genf, die darauf hindeuten, dass die Prämienverbilligung einen Wechsel des Krankenversicherers verhindert, obwohl dies marktkonform wäre (Commission externe d'évaluation des politiques publiques 2000). Es sollten deshalb Anreize geschaffen werden, welche sicherstellen, dass sich Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen für kostengünstige Versicherer und Versicherungsformen interessieren.

3.2 Leistungsversorgung

Das zweite Hauptziel des KVG besteht darin, die Versicherten im Krankheitsfall und subsidiär bei Unfall mit qualitativ hochstehenden und wirksamen Gesundheitsleistungen zu versorgen. Dazu tragen die Festlegung des Leistungsbereichs und die Förderung der Qualitätssicherung bei.

3.2.1 Festlegung des Leistungsbereichs

Im Zusammenhang mit der Festlegung des Leistungsbereichs waren drei Fragestellungen von besonderem Interesse. Erstens stellte sich die Frage, ob der von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abgedeckte *Leistungsumfang* im internationalen Vergleich die wichtigsten Bestandteile umfasst. Zweitens waren die *Kostenfolgen* der Leistungen, welche die Eidgenössische Leistungskommission dem EDI jeweils zur Bewilligung empfiehlt, abzuschätzen. Drittens sollte geklärt werden, ob und in welchem Umfang mit dem KVG wie beabsichtigt die *Prävention* gestärkt werden konnte.

Eine international vergleichend angelegte Untersuchung zeigte, dass der *Leistungsumfang der schweizerischen obligatorischen Krankenpflegeversicherung* als umfassend gelten darf und die Leistungen dem internationalen medizinischen Standard entsprechen. Die wesentlichen Bedürfnisse werden umfassend abgedeckt, und die Versorgungsdichte ist sehr hoch (vgl. Abschnitt 2.7). Der Leistungsumfang der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vermag auch die Bevölkerung zu befriedigen. In der im Jahre 2000 durchgeführten repräsentativen Versichertenbefragung wurde der Umfang des Leistungskatalogs von der Hälfte der Befragten (49,9 Prozent) als gut bezeichnet. Rund zwei Fünftel der Versicherten (38 Prozent) waren für einen Ausbau der Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Zu Gunsten eines Abbaus des Leistungskatalogs äusserten sich lediglich 6,9 Prozent der Befragten, wobei Abbaubefürwortende vor allem bei hohen Haushaltseinkommen anzutreffen sind. Bei den Resultaten zeigten sich deutliche sprachregionale Unterschiede. Den Umfang des Leistungskatalogs finden die Befragten aus der deutschen Schweiz eher gut. Für eine Erweiterung des Leistungskatalogs sprechen sich mehrheitlich die Befragten der französischen Schweiz aus.

In der politischen Diskussion werden die neu *zugelassenen Leistungen vielfach als wesentlicher Grund für die Kostensteigerung* in der obligatorischen Krankenpflegeversi-

cherung betrachtet. Die empirische Überprüfung dieser Argumentation im Rahmen der Wirkungsanalyse erwies sich als nicht zuverlässig machbar. Die von den Gesuchstellenden eingereichten Dokumentationen liessen grosse Unterschiede in Bezug auf die Darstellung der Kostenfolgen erkennen, und die Eidgenössische Leistungskommission (ELK) hat in der Regel keine ergänzenden Abklärungen vorgenommen. Die Kostenfolgen, die sich aus den durch die ELK behandelten Leistungen ergeben, konnten daher nur grob geschätzt werden. Von den insgesamt rund 40 Milliarden Franken Ausgaben im Gesundheitswesen und von den davon etwa 14 Milliarden Franken Aufwendungen der Krankenversicherung für Krankenpflegeleistungen machen sie aber in jedem Fall nur den Bruchteil eines Prozents aus. Selbst wenn die angenommenen Leistungen als Anteil an den jährlichen Veränderungen der Krankenversicherungsausgaben ausgewiesen werden, machen sie nur zwischen 0,6 und 5 Prozent aus. Es gibt somit selbst unter Berücksichtigung der Mängel der Dokumentationen keine Belege dafür, dass die vom EDI auf Antrag der ELK gutgeheissenen Leistungen massgeblich zur Kostenentwicklung im Gesundheitswesen beigetragen haben.

Das KVG hat einzelne *Präventionsleistungen* in die obligatorische Krankenpflegeversicherung integriert. Die Untersuchung dreier verschiedener Leistungen hat gezeigt, dass Präventivleistungen, die schon vor Aufnahme in den Pflichtleistungskatalog angeboten wurden (Cervix-Abstrich), unverändert bereitgestellt werden. Struktureffekte zeigten sich hingegen bei den Impfungen im Schulalter, wo die Bewegung weg vom Schularzt- zum Privatarztsystem oder zu einer Mischform beobachtet werden konnte. Die Kantone nutzten den vergrösserten finanziellen Handlungsspielraum in der Regel zu ihrer Entlastung. Lediglich in drei Kantonen wurden Programme für die Screening-Mammografie lanciert. Bei der Aufnahme von präventivmedizinischen Leistungen in den Pflichtleistungskatalog wurde es verpasst, klare Zielsetzungen zu formulieren. Zudem wurde den Voraussetzungen der Umsetzung zu wenig Beachtung geschenkt. Dies führte zu Diskrepanzen zwischen der gesetzlich vorgesehenen Form der Leistungserbringung und der tatsächlich vorherrschenden Praxis. Insgesamt musste festgestellt werden, dass die Aufnahme präventivmedizinischer Massnahmen in den Pflichtleistungskatalog keine oder nicht die beabsichtigten Verhaltensänderungen bei der Zielbevölkerung ausgelöst hat. Der für die Prävention beanspruchte Anteil der Gesundheitsausgaben ist sogar leicht rückläufig (Greppi et al. 2000, S. 63).

3.2.2 Sicherung von Qualität

Im Krankenversicherungsgesetz wurde die Qualitätssicherung erstmals geregelt. In Artikel 58 KVG wird die Möglichkeit festgeschrieben, systematische Kontrollen zur Qualitätssicherung oder des zweckmässigen Einsatzes der Leistungen durchzuführen. In der KVV wurde eine Verpflichtung der Leistungserbringer oder deren Verbände zur Qualitätssicherung aufgenommen. Eine im Kontext der Wirkungsanalyse 1999 erstellte Bestandesaufnahme belegte eine positive Wirkung des Bestrebens, das Thema Qualitätsmanagement zu einem prioritären Thema zu machen (vgl. Abschnitt. 2.8). Allerdings stellte sie auch fest, dass die Qualitätssicherung im Gesundheitswesen erst in Ansätzen entwickelt war. Oft hemmen knappe Ressourcen, fehlende finanzielle Anreize bei administrativem Mehraufwand, Planungsunsicherheit und Angst vor Missbrauch der Ergebnisse den Auf- und Ausbau von Qualitätssicherungssystemen. Kostenträger erkennen zunehmend, dass sie über die Tarifverhandlungen Einfluss auf die qualitätsfördernden Aktivitäten der Leistungserbringer ausüben können. Sie gaben allerdings zu bedenken, dass eine bislang fehlende Rechtsprechung sowie der bestehende Vertragszwang zwischen Kostenträgern

und Leistungserbringern die Durchsetzung von Sanktionsmassnahmen in Form von Tarifierduktionen erschweren.

3.2.3 Fazit

Zusammenfassend zeigen die Untersuchungen, dass es dem KVG gelungen ist, in der Schweiz eine hochstehende medizinische Versorgung sicherzustellen und die Lücken in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu schliessen. Das Leistungsziel wird insgesamt als erreicht eingeschätzt. Neue ärztliche Leistungen, die auf der Basis des Vertrauensprinzips durchgeführt werden und unbestritten bleiben, werden ohne weitere Abklärungen vergütet. Der Kontrahierungszwang sorgt dafür, dass die Versicherten eine grosse Freiheit bei der Wahl des Leistungserbringers haben, was eine qualitativ gute Versorgung unterstützt. Die Versicherten sind denn auch mit dem Leistungsumfang mehrheitlich zufrieden. Die wesentlichen von der Wirkungsanalyse konstatierten Lücken bestehen einerseits in der ungenügenden Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen. Dies gilt nicht nur für neue, sondern vor allem auch für alte Leistungen. Andererseits hat sich die Qualitätssicherung in den ersten Jahren des KVG noch ungenügend entwickelt. Die Ursache dafür liegt vor allem bei fehlenden Anreizen diesbezüglich.

In der öffentlichen Diskussion hat schliesslich die Thematik der (impliziten) Rationierung im Gesundheitswesen in den letzten Monaten an Bedeutung gewonnen. Im Rahmen der Wirkungsanalyse KVG wurde keine Studie zu diesem Thema durchgeführt. Die Eidgenössische Grundsatzkommission hat sich jedoch länger mit dieser Thematik befasst und im August 2000 an einer Medienkonferenz zum Umgang mit teuren medizinischen Leistungen Stellung genommen. Sie definiert Rationierung so, dass eine wirksame medizinische Leistung mangels Ressourcen nicht allen Patientinnen und Patienten angeboten werden könne, wobei die Rationierung offen (mit bekannten, diskutierten Kriterien) oder verdeckt (zufällig, spontan) erfolgen kann. Abzugrenzen davon seien die Substitution beschränkt verfügbarer Leistungen durch gleichwertige, die Einschränkung von zeitlichen und örtlichen Wünschen der Patientinnen und Patienten oder das Nichtanbieten unwirksamer oder schlechter Leistungen. In diesen Fällen liegt nicht Rationierung vor. Die Kommission hält für heute und die nähere Zukunft fest, dass der Rationalisierungsspielraum im Gesundheitswesen gross genug sei, um auf Rationierung zu verzichten. Es gebe andere als finanzielle Gründe für eine Auswahl der Patientinnen und Patienten im Falle beschränkter Verfügbarkeit von Organen, von technischen Ausstattungen oder von fachlicher Kompetenz für neue Methoden. Zu fixe Jahresbudgets von Spitälern oder zu knappe Fallpauschalen könnten individuelle Rationierungsentscheide provozieren. Deshalb sollten Auffangnetze zur Finanzierung von sehr teuren medizinischen Leistungen geplant werden und interne Regelungen der Spitäler für Triage-Entscheidungen entwickelt werden. Die Kommission betont das Prinzip der Chancengleichheit und hält fest, dass ein Nichterbringen von medizinisch notwendigen Leistungen auf Grund fehlender Zahlungsfähigkeit dem Diskriminierungsverbot in der Bundesverfassung widerspreche: „Die obligatorische Krankenpflegeversicherung deckt alle für die Gesundheit relevanten Leistungen ab und verhindert damit eine Zweiklassenmedizin“ (Gurtner 2000, Thesen S. 198 f.). Da die Kommission die Thematik für weiterhin sehr brisant hält, schlug sie die Bildung eines breit abgestützten Expertengremiums zur Erarbeitung von Kriterien für Rationierungssituationen sowie die Schaffung eines Gremiums vor, das diese Kriterien anwendet.

3.3 Kosten

Das dritte Hauptziel des KVG ist darauf ausgerichtet, die Kostenentwicklung zu bremsen. In der Botschaft über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991 heisst es dazu, dass dieses Ziel dann vollständig erreicht sei, wenn sich die jährliche Zunahme der Gesundheitsausgaben pro Kopf der Bevölkerung der allgemeinen Lohn- und Preisentwicklung angepasst hätte: „Dieses Idealziel wird mittelfristig kaum zu erreichen sein. Hingegen muss es uns gelingen, ein noch stärkeres Auseinanderklaffen von Gesundheitsausgaben und Löhnen zu stoppen, das heisst die Zunahme der Gesundheitsausgaben näher an die Lohnentwicklung heranzubringen. Die Kostendämpfungsmaßnahmen werden nach der Einführung des Gesetzes allerdings nicht sofort greifen. Die einzelnen Instrumente entfalten erst im gegenseitigen Zusammenspiel ihre volle Wirkung. Zum Gelingen der Reform beitragen müssen alle Partner im Gesundheitswesen.“ (BBl 1992 I 126).

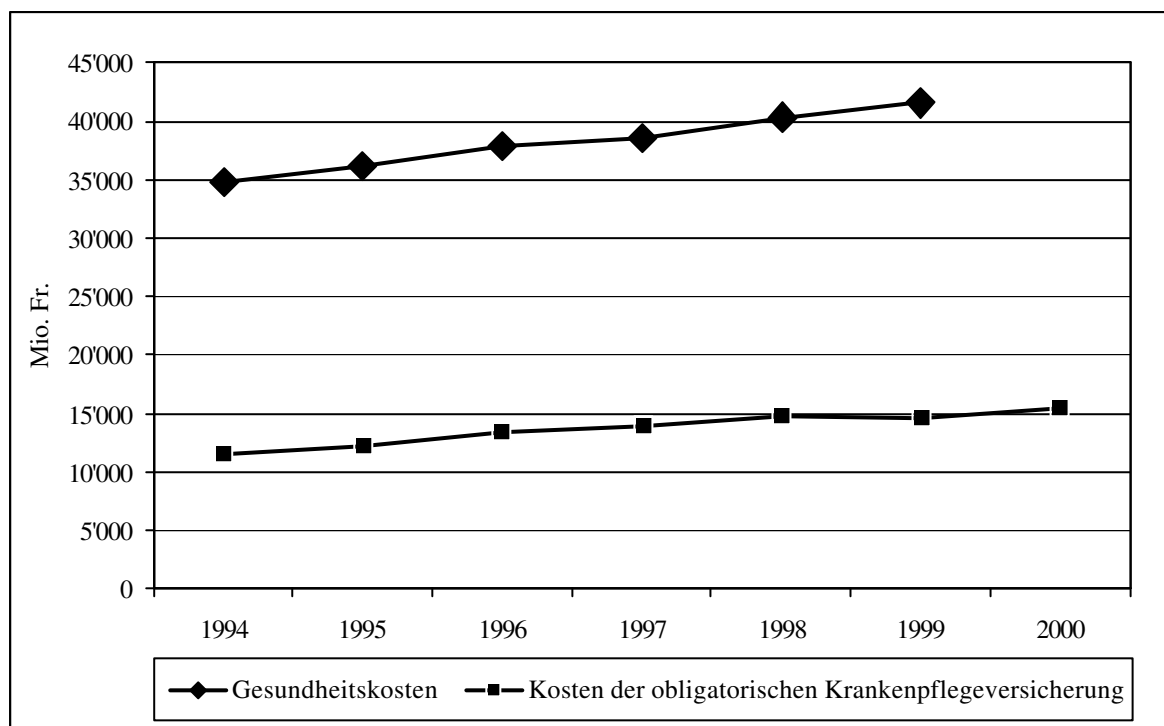
Bevor wir uns der Frage der Zielerreichung hinsichtlich der Kosteneindämmung zuwenden können (Abschnitt 3.3.3), sind in diesem Kapitel vorerst einige grundlegende Ausführungen zur Entwicklung der Kosten (Abschnitt 3.3.1) und deren Finanzierung (Abschnitt 3.3.2) nötig. Zu unterscheiden ist jeweils zwischen den Gesundheitskosten insgesamt und den Kosten für die obligatorische Krankenpflegeversicherung.

3.3.1 Die Entwicklung der Kosten

Die Gesundheitskosten wie auch die Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sind in den vergangenen Jahren regelmässig gewachsen.¹⁵ Die nachfolgende Darstellung D 3.2 macht deutlich, dass die Gesundheitskosten zwischen 1994 und 1998 von knapp 34 Milliarden auf fast 40 Milliarden Franken angestiegen sind.

¹⁵Die Gesundheitsausgaben gemäss der Definition der OECD umfassen weit mehr als die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG.

D 3.2: Entwicklung der Gesundheitskosten und der Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung



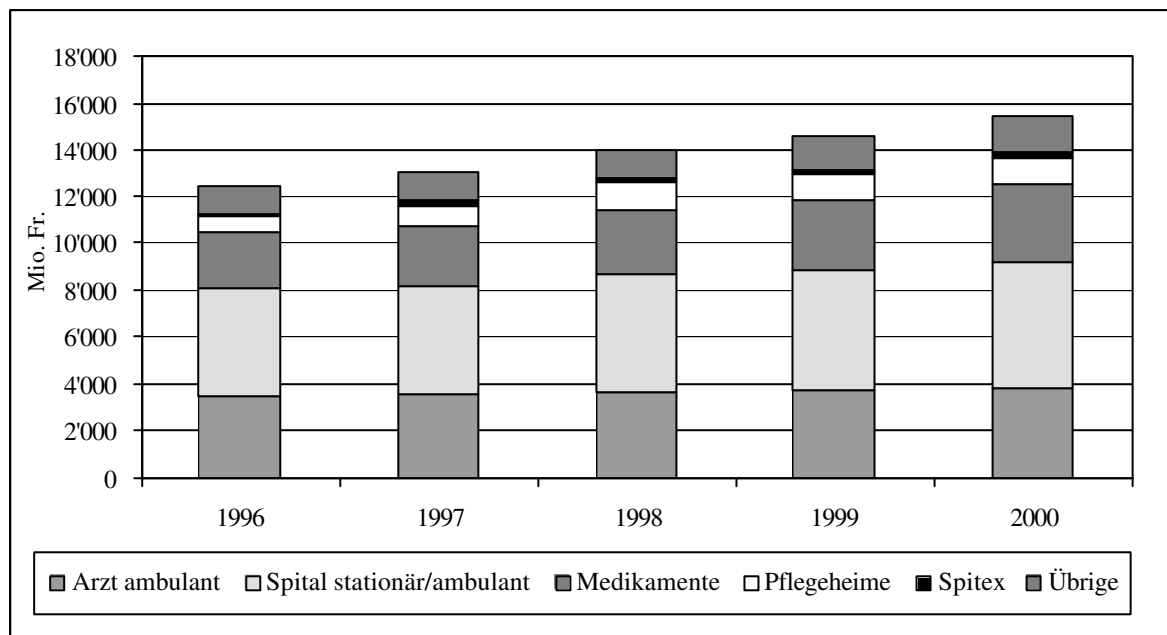
Quelle: Greppi et al. 2000: T 5.1 a und T 8.1; BSV 2001

Die *gesamten Gesundheitsausgaben* von 1996 erfuhren gegenüber dem Vorjahr eine Steigerung von 5,4 Prozent, 1997 eine solche von 2,9 Prozent und 1998 eine solche von 3,9 Prozent. Dies entspricht einer durchschnittlichen Steigerung von 4,1 Prozent. In den beiden Jahren vor der Einführung des KVG lagen die Zuwachsraten mit 3,4 Prozent und 3,6 Prozent etwas tiefer. Die Zunahmen müssen im Zusammenhang mit der Preiserhöhung bei den Gütern und Dienstleistungen im Gesundheitswesen gesehen werden, da die Gesundheitsausgaben durch das Preisniveau und durch die Menge der in Anspruch genommenen Güter und Dienstleistungen beeinflusst werden.

Wenn wir nun die *Kostenentwicklung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung* zwischen 1994 und 1998 betrachten, stellen wir eine Zunahme von rund 12 Milliarden Franken auf 15 Milliarden Franken fest. Zwischen 1995 und 1996 betrug der Anstieg auf Grund der Ausdehnung des Leistungskatalogs rund 1,3 Milliarden Franken oder 10,8 Prozent. Diese Erhöhung entsprach weitgehend den Erwartungen, wie sie in der Botschaft des Bundesrats formuliert worden waren.

In Darstellung D 3.3 sind auch die Kostenanteile der verschiedenen Leistungserbringer im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (ohne Verwaltungskosten der Krankenversicherer) abgebildet. Die bedeutendsten Kosten wurden im Jahr 2000 in den Bereichen der ambulanten ärztlichen Behandlung (24,9 Prozent der gesamten Kosten), der stationären Spitalbehandlung (23,9 Prozent), der Medikamente (insgesamt 21,0 Prozent) und der ambulanten Spitalbehandlung (10,8 Prozent) verursacht. Im Vergleich zu 1996 fallen insbesondere die Zunahmen bei der ärztlichen Behandlung (0,4 Mrd. Fr.), der ambulanten Spitalbehandlung (0,6 Mrd. Fr.), den Medikamenten (0,9 Mrd. Fr.) und den Pflegeheimen (0,6 Mrd. Fr.) ins Gewicht. Die anderen Bereiche trugen wesentlich weniger zur Kostensteigerung bei. Die relativen Anteile der ärztlichen Behandlung, der stationären Behandlung und der übrigen Behandlungen (Physiotherapie, Ergotherapie, Analysen usw.) sind zurückgegangen.

D 3.3: Kostenanteile der Leistungserbringer an der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (ohne Verwaltungskosten der Krankenversicherer)



Quelle: BSV 1999a; BSV 2001

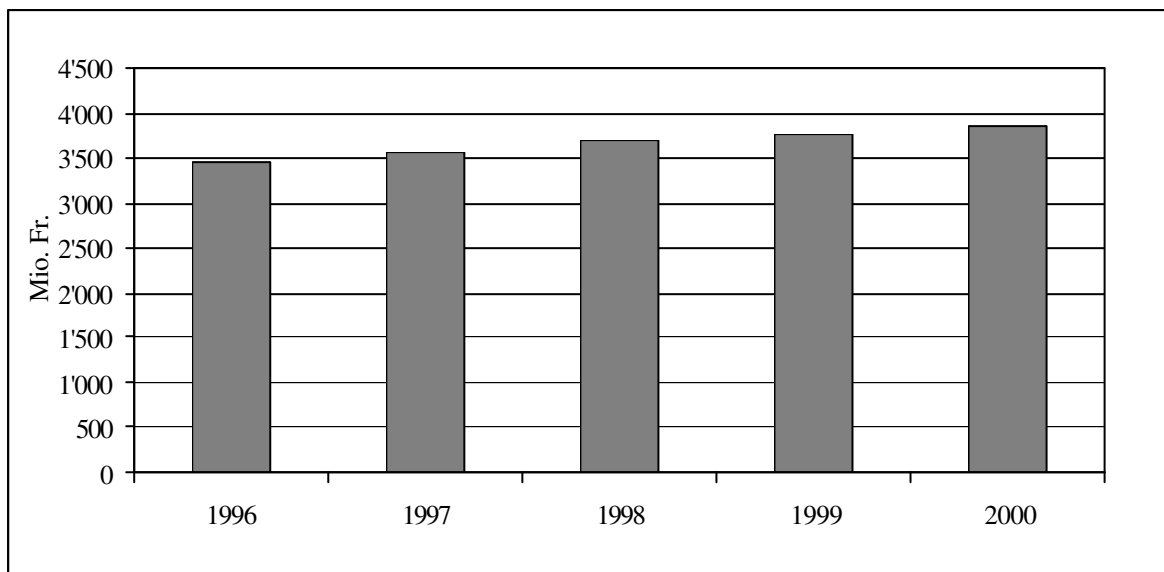
Wenden wir uns nun den einzelnen Leistungserbringern vertieft zu.

Ärztliche Leistungen

Die Ausgaben für die ärztliche Behandlung (ohne Medikamente) nahmen zwischen 1996 und 2000 um 11,4 Prozent zu (Darstellung D 3.4). In den letzten Jahren war die Kostensteigerung überdurchschnittlich. 1999/2000 betrug sie 2,2 Prozent. Da die Arzttarife in dieser Zeit praktisch nicht gestiegen sind, kann diese Zunahme zum grössten Teil auf die *Ausweitung der Leistungsmengen* zurückgeführt werden. Diesbezüglich stehen drei Einflussfaktoren im Zentrum:

- Erstes wichtiges Element ist die *zunehmende Anzahl von Ärztinnen und Ärzten*. Die Ärztedichte hat von 1995 bis 1999 um mehr als 10 Prozent zugenommen (Greppi et al. 2000). Dabei lassen sich auf Kantonsebene markante Unterschiede feststellen. So waren die Zunahmen in den Kantonen Appenzell-Innerrhoden und Schwyz besonders gross, in den Kantonen Aargau und Luzern besonders klein. Im Jahr 1999 entfielen im Kanton Thurgau auf einen Arzt 805 Einwohnerinnen und Einwohner, im Kanton Tessin 521 Einwohnerinnen und Einwohner (Greppi et al. 2000, T 4.5 i). Interessant ist es festzustellen, dass die Anzahl Fachärztinnen und -ärzte mit der Höhe der Prämien korreliert. Dies deutet darauf hin, dass die Zunahme der ambulanten Arztkosten vor allem auf die Dichte der Spezialärzte beziehungsweise auf die damit verbundene Mengenausdehnung zurückzuführen ist.

D 3.4: Entwicklung der Kosten für ärztliche Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung



Quelle: BSV 1999a; BSV 2001

- Als zweiter Faktor, der zur Ausweitung der Leistungsmengen geführt hat, wird die *Aufnahme von zusätzlichen Leistungen* (z. B. Komplementärmedizin) betrachtet. Während die Aufnahme der von der ELK empfohlenen Leistungen nur äusserst geringe Kostenfolgen zeitigte, vertreten Experten die Ansicht, dass sich mit der Aufnahme der Komplementärmedizin die Anzahl Behandlungen in diesem Bereich tendenziell erhöht hat (vgl. NFP-Studie Sommer et al. 1998).
- Die Ärztesellschaften führen schliesslich zunehmende *Begehrlichkeiten der Patientinnen und Patienten* an, ausgelöst durch die mit dem KVG gestiegenen Prämien.

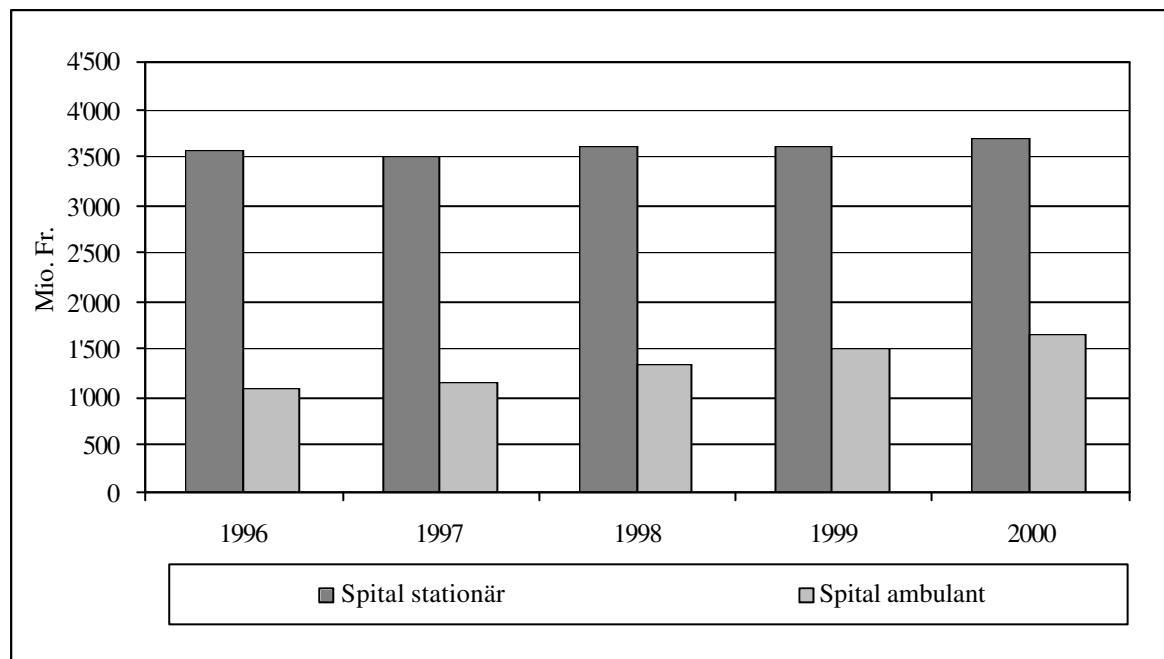
Klar ist, dass das KVG bisher keinen Beitrag zur spürbaren Kosteneindämmung bei den Ärztinnen und Ärzten geleistet hat. Zwar führte das Gesetz vor allem über den Tarifbereich zu einem gewissen Kostendruck. Dieser wurde jedoch durch eine entsprechende Erhöhung der Zahl der Konsultationen (Mengenausweitung) kompensiert. Ein Einfluss der besonderen Versicherungsformen auf die Kosten der Ärzteschaft ist nicht zu erkennen. Die Ursache dafür liegt in der geringen Verbreitung dieser Modelle, was dazu geführt hat, dass der erhoffte Wettbewerb unter den verschiedenen Modellen ausgeblieben ist. In der längerfristigen Optik muss jedoch berücksichtigt werden, dass mit den besonderen Versicherungsformen ein Prozess in Gang gesetzt worden ist, der eine gewisse Zeit benötigt, um zu spürbaren Kosteneinsparungen zu führen.

Stationäre und ambulante Spitalleistungen

Die Kosten *ambulanter* Spitalbehandlungen haben im Zeitraum von 1996 bis 2000 stark zugenommen (vgl. Darstellung D 3.5). Für das Jahr 2000 werden die Ausgaben im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung auf rund 1,67 Milliarden Franken geschätzt. Damit erhöhten sich die Ausgaben seit 1996 um über 54,5 Prozent. Die grösste Zunahme war 1997/1998 mit einer Steigerung um 18 Prozent zu verzeichnen. In den letzten beiden Jahren ist die jährliche Kostensteigerung in diesem Bereich um 10 bis 12 Prozent zurückgegangen. Die hohen Kostensteigerungen im ambulanten Bereich werden in erster Linie auf die – aus medizinischer und sozialer Sicht meist durchaus

sinnvolle – Verlagerung aus dem stationären, subventionierten Bereich und auf den technischen Fortschritt zurückgeführt. Diese Entwicklung hat eine Verlagerung zu Medikamenten, Mitteln und Gegenständen geführt.

D 3.5: Kostenentwicklung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für die stationäre und die ambulante Spitalbehandlung



Quelle: BSV 1999a; BSV 2001

Die Ausgaben für die *stationäre* Spitalbehandlung wurden für das Jahr 2000 auf 3,7 Milliarden Franken geschätzt. Damit sind sie gegenüber 1996 um 3,55 Prozent gestiegen (vgl. Darstellung D 3.5).

Die verfügbaren Untersuchungen kommen zum Ergebnis, dass das KVG die Kostenentwicklung bei den Spitälern insgesamt nicht wesentlich beeinflusst hat. Folgende kostenmässig positive Effekte lassen sich erkennen:

- Im stationären Bereich konnten die *Tarife* fast unverändert gehalten und damit ein Beitrag zur Eindämmung des Kostenwachstums geleistet werden.
- Bisher getätigte Anstrengungen, zum Beispiel in der *Spitalplanung* oder in der *Qualitätssicherung*, haben *im Einzelfall zu Einsparungen geführt*. So konnten gemäss den meisten Spitälern die Wirtschaftlichkeit der Behandlungen grundsätzlich verbessert, die durchschnittlichen Aufenthaltszeiten reduziert und Eingriffe, die früher zwingend einen stationären Aufenthalt benötigten, nun günstiger ambulant durchgeführt werden.
- Schliesslich ist auch der mit der kantonalen Subventionierungs- und Spitalplanungspflicht verbundene *Einfluss restriktiver kantonalen Finanzierungspolitik* nicht zu unterschätzen. Um ein möglichst wirtschaftliches Verhalten und damit Kosteneinsparungen zu erreichen, wurden von einzelnen Kantonen mit Erfolg Globalbudgets oder leistungsabhängige Finanzierungsarten eingeführt. In neuester Zeit konnten im Übrigen Änderungen der Tarifierungsformen vereinbart werden, welche einen positiven Beitrag zur Kosteneindämmung leisten sollen.

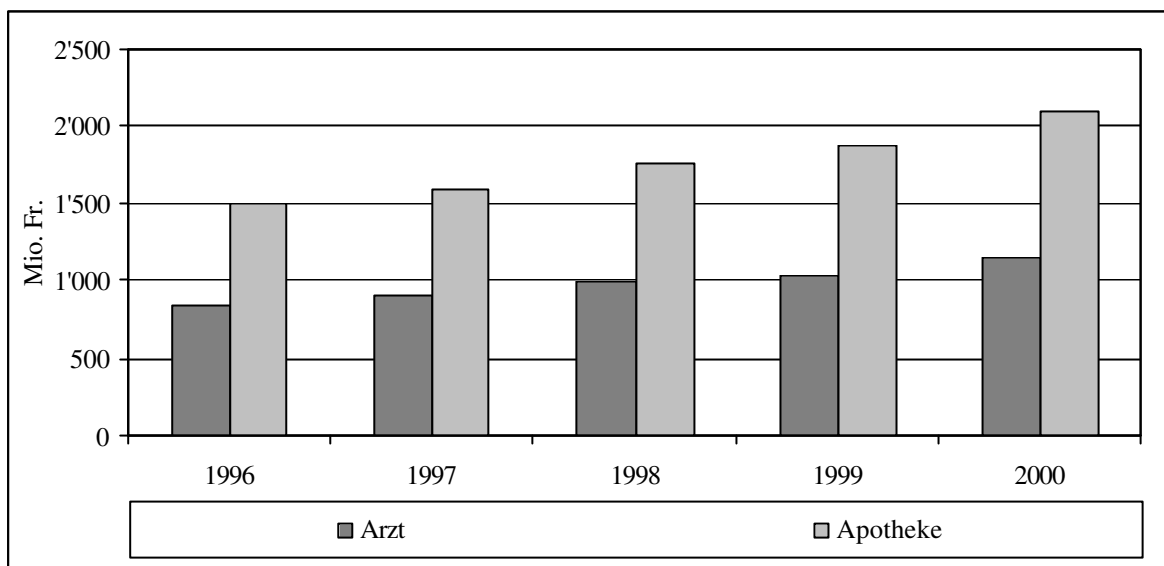
Diese für das Kosteneindämmungsziel positiven Resultate werden aber durch mehrere Effekte überlagert, die kostentreibend wirken:

- Wichtigster kostentreibender Faktor ist die *generelle Mengenausweitung*. Neue technologische Möglichkeiten, die konjunkturelle und insbesondere die demografische Entwicklung sowie der mit dem KVG ausgeweitete Leistungskatalog haben dazu beigetragen, dass die Kosten der Spitäler im ambulanten wie auch im stationären Bereich weiter angestiegen sind.
- Die auf Grund der Tarifierung und der Finanzierung zu Stande gekommenen Einschränkungen haben seitens der Spitäler zu *Ausweichreaktionen* geführt. An Stelle von Kosteneinsparungen lassen sich Kostenverlagerungen in den ambulanten Bereich und Kompensationen allfälliger Einnahmefälle durch eine Mengenausweitung feststellen.
- Schliesslich wurden allfällige Kostenreduktionen bei den Spitalern in neuester Zeit durch *steigende Personalkosten* kompensiert. In der Pflege und bei den Assistenzärztinnen und -ärzten mussten nach längeren Lohnstagnationen in den letzten Jahren wieder deutliche Anpassungen vorgenommen werden, was sich in Kostenerhöhungen manifestierte.

Arzneimittel

Im Jahr 2000 beliefen sich die Ausgaben für Medikamente im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung auf insgesamt rund 3,24 Milliarden Franken, was eine Steigerung von 39 Prozent gegenüber 1996 bedeutet (siehe Darstellung D 3.6). Die Medikamente, die durch Apotheken abgegeben werden, machen davon rund 2,1 Milliarden Franken aus. Die jährliche Kostensteigerung lag jeweils zwischen 10 und 12 Prozent.

D 3.6: Entwicklung der Medikamentenkosten zwischen 1996 und 2000



Quelle: BSV 1999a; BSV 2001

Auch bei den Medikamenten kann die Zunahme der Kosten durch eine starke Verschiebung erklärt werden: Die Medikamentenpreise wurden seit 1996 nämlich eher gesenkt, und die Menge in Packungen blieb praktisch stabil. Die jährliche Preisreduktion betrug zwischen 0,4 und 2,5 Prozent und geht zum Teil auf die Auslandpreisregel nach Artikel 35 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) zurück, die vorschreibt, dass der Preis eines Arzneimittels den Durchschnittspreis in drei Ländern mit wirtschaftlich vergleichbaren Strukturen im Pharmabereich nicht überschreiten dürfe (Greppi et al.

2000). Die Preisanpassungen wurden jedoch teilweise durch den Einsatz neuer, teurerer Produkte kompensiert. Ein weiterer Grund für die Kostenzunahme ist auf die Verschiebung vom stationären in den ambulanten Bereich zurückzuführen, wo Medikamente nicht mehr unter die Pauschale fallen, sondern durch die Krankenversicherung finanziert werden müssen.

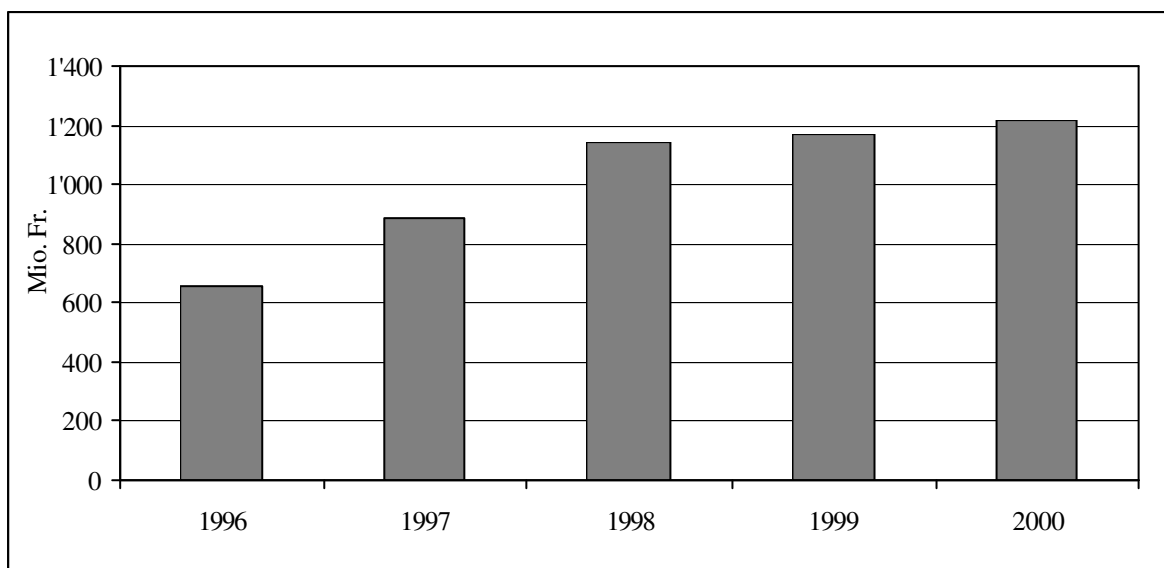
Von der neuen, 2001 in Kraft getretenen leistungsorientierten Abgeltung der Arzneimittelabgabe wird ein Beitrag zur Kosteneindämmung erwartet, weil damit der Anreiz zur Abgabe von Originalpräparaten ausgeräumt wird und die Abgabe von Generika gefördert wird. Über die Margenreduktion (Kostenstabilisierungsbeitrag) und das Globalbudget mit der entsprechenden Korrektur beim Taxpunktwert bei übermässigen Leistungen („Ertragsneutralitätsmodell“) sollen die Anreize zum Einsatz von Generika erhöht werden.

Pflegeheime

Die Kosten für die Leistungen von Pflegeheimen, welche im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gedeckt werden, haben sich im Zeitraum von 1996 bis 2000 fast verdoppelt (siehe Darstellung D 3.7). Für das Jahr 2000 werden sie auf 1,21 Milliarden Franken geschätzt. Die Kostenerhöhung war insbesondere kurz nach der Einführung des KVG hoch, weil neue Leistungen in die obligatorische Krankenpflegeversicherung aufgenommen wurden. Heute liegt die jährliche Kostensteigerung immer noch bei 3,8 Prozent.

Die auch nach den Einführungsjahren zu verzeichnende Zunahme der Kosten kann einerseits darauf zurückgeführt werden, dass die Versicherer als Ergebnis der Tarifverhandlungen in einzelnen Kantonen ihren Anteil an die Pflegekosten in kleinen Schritten erhöhten. Dies führte zu einer Zunahme des Kostenanteils der Versicherer an die KVG-Leistungen. Zudem wurde der Anteil der Kosten für die Therapie und die medizinische Behandlung durch die teilweise Veränderung der Bewohnerstruktur vor allem in den Pflegeheimen (Übernahme von Akutpatientinnen und -patienten aus den Spitälern im Rahmen der Übergangspflege) leicht erhöht.

D 3.7: Entwicklung der KVG-Leistungen für Pflegeheime



Quelle: BSV 1999a; BSV 2001

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung deckt nur einen Teil der gesamten Kosten der Pflegeheime ab. Die Gesamtkosten haben zwischen 1995 und 1998 um 14 Prozent auf rund 4,2 Milliarden Franken zugenommen (Greppi et al. 2000). Diese Summe wird zum überwiegenden Teil von den Heimbewohnerinnen und -bewohnern finanziert. Allerdings reduzierte sich der Anteil der von den Heimbewohnerinnen und -bewohnern getragenen Kosten von 74 (1995) auf 67 Prozent (1998). Die öffentliche Hand hat ihre Kostenbeteiligung von 12,5 (1995) auf 7 Prozent (1998) gesenkt. Hingegen übernehmen die Versicherer im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung einen immer grösseren Anteil der Kosten: Er stieg von 13 Prozent im Jahr 1995 auf 26 Prozent im Jahr 1998 (Greppi et al. 2000). Das KVG hat somit durch die Anerkennung der Pflegeheime zu einer deutlichen Verlagerung der Finanzierung der Pflegekosten von den Privaten und von der öffentlichen Hand zu den Versicherern geführt. Der Anteil, der über die Prämien finanziert wird, hat somit zugenommen.

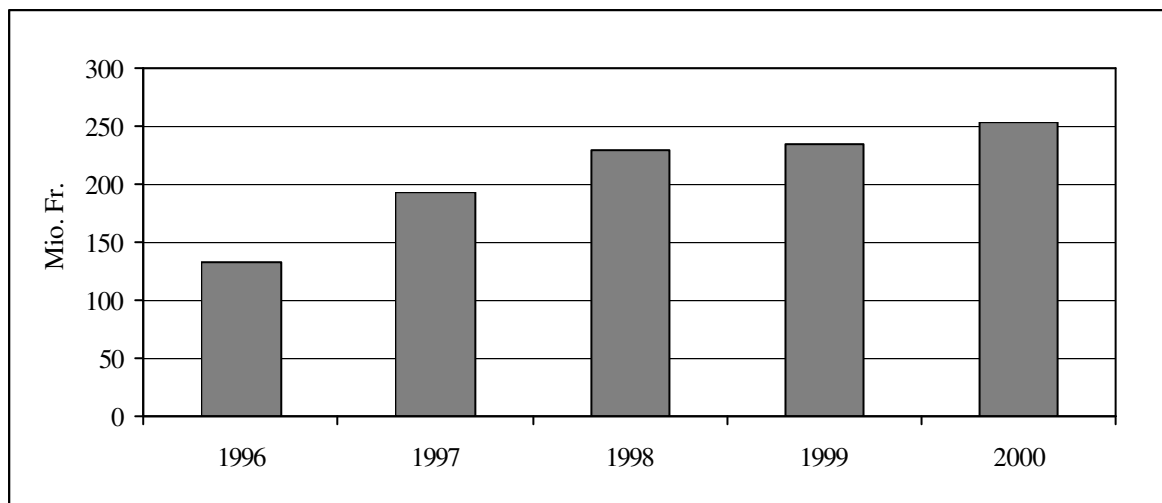
Auch die Pflegeheime sahen sich in den letzten Jahren vermehrt zu Sparanstrengungen veranlasst. Der finanzielle und politische Druck auf die von der öffentlichen Hand unterstützten Betriebe wird als sehr gross bezeichnet. Defizitäre Pflegeheime werden zu Sparbemühungen gezwungen. Das KVG hat durch die Impulse zur Einführung neuer Führungsinstrumente einen Beitrag zur Förderung des Kostenbewusstseins geleistet. Kritisiert wird allerdings, dass die Vergütung der Pflegeheime keine Anreize in Richtung einer aktivierenden Pflege setzt. Eine aktivierende Pflege würde grundsätzlich zu einer besseren Verfassung der Patientinnen und Patienten und damit längerfristig zu geringeren Gesundheitskosten führen. Der anfänglich höhere Betreuungsaufwand würde auf Grund des verbesserten Zustands der Patientinnen und Patienten längerfristig mehr als kompensiert.

Spitex-Leistungen

Die übernommenen Kosten für die Spitex haben sich auf Grund der Schliessung von Leistungslücken der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in diesem Bereich zwischen 1996 und 2000 annähernd verdoppelt und werden für das Jahr 2000 auf 253 Millionen Franken geschätzt (Darstellung D 3.8). Dies entspricht rund 1,6 Prozent der

gesamten Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Nach dieser Zunahme bei der Einführung des KVG konnte die Kostenzunahme in den Jahren 1999 und 2000 auf rund 7 Prozent pro Jahr stabilisiert werden.

D 3.8: Kostenentwicklung der KVG-abgegoltene Spitex-Leistungen



Quelle: BSV 1999a; BSV 2001

Die Kostenzunahmen können wie folgt begründet werden:

- Das KVG hat mit der Anerkennung der Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (Spitex-Organisationen) sowie der Ausweitung der durch selbstständig tätige Krankenschwestern und -pfleger übernommenen Leistungen zu einem systembedingten Zufluss von Patientinnen und Patienten aus Spitälern und Pflegeheimen sowie von Patientinnen und Patienten, die vorher von Verwandten und/oder Freunden betreut wurden, geführt. Gemäss der Rechnungsstellerstatistik des Konkordats Schweizerischer Krankenversicherer hat sich die Zahl der Spitex-Patientinnen und -patienten zwischen 1996 und 1999 knapp verdreifacht (KSK 2001).
- Die Spitex-Verbände führen weitere Kostenzunahmen darauf zurück, dass der administrative Aufwand gestiegen sei und vermehrt auch kompliziertere Fälle an die Spitex delegiert würden. Gemäss der Statistik des Konkordats Schweizerischer Krankenversicherer haben die Fallkosten zwischen 1996 und 1999 tatsächlich um über 40 Prozent zugenommen (KSK 2001). Die Entwicklung der Menge der Leistungen wird als mehr oder weniger konstant beurteilt. Hingegen wird eine Effizienzsteigerung bei den Spitex-Organisationen geltend gemacht, weil heute effizienter und zielgerichteter gearbeitet wird.

Zu bemerken ist auch eine Kostenverlagerung, indem spitalexterne Pflege früher von den Gemeinden finanziert wurde, während heute ein Rückzug der öffentlichen Hand zu Lasten der Krankenversicherung zu beobachten ist. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt nur einen Teil der gesamten Kosten der Spitex-Leistungen. Diese haben sich zwischen 1995 und 1998 um rund 16 Prozent auf 814,5 Millionen Franken erhöht (Greppi et al. 2000). Die bedeutendste Erhöhung erfolgte mit der Einführung des KVG im Jahr 1996. Der Anteil der Spitex-Leistungen an den gesamten Kosten des Gesundheitswesens blieb jedoch über den gesamten Zeitraum hinweg mit rund 2 Prozent relativ stabil. Die Finanzierung dieser Kosten erfolgt durch die privaten Haushalte, durch die Versicherer und durch die öffentliche Hand. Der Beitrag der privaten Haushalte hat

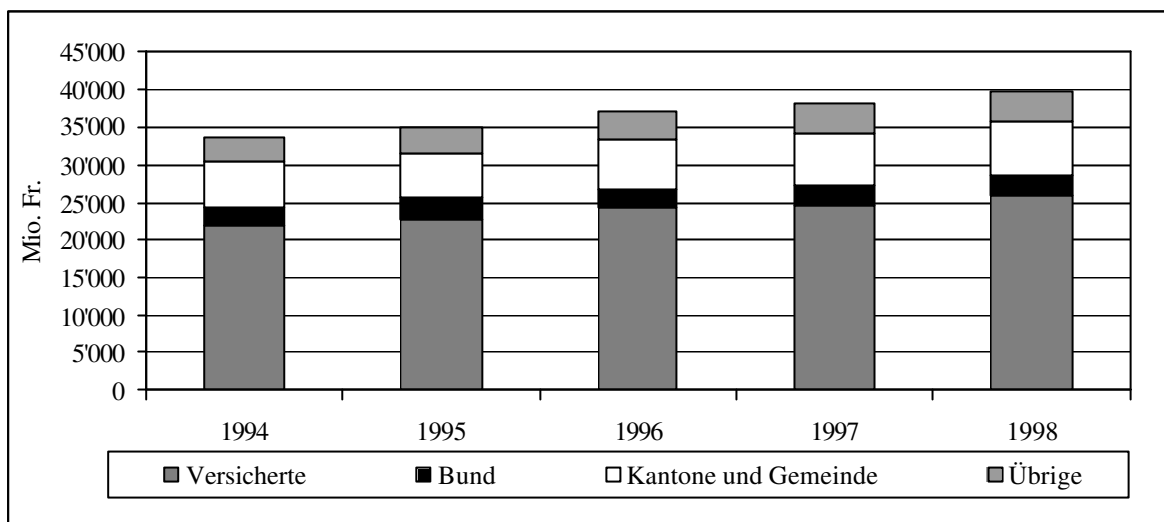
seit 1995 von 33 auf 20 Prozent (1998) abgenommen. Der Finanzierungsanteil der öffentlichen Hand ist bei rund 33 Prozent stabil geblieben. Zugenommen hat der durch die Versicherer getragene Anteil, und zwar von 23 Prozent (1995) auf rund 28 Prozent (1998) (Greppi et al. 2000). Seit Inkrafttreten des KVG haben sich damit einerseits die gesamten Spitex-Kosten erhöht, andererseits hat eine finanzielle Verlagerung von den Patientinnen und Patienten zu den Versicherern stattgefunden. Diese Verschiebung ist auf die Anerkennung der Spitex als Leistungserbringerin im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung durch den Gesetzgeber zurückzuführen.

Die befragten Experten sind sich einig, dass die Spitex die Kosten des Gesundheitssystems als Ganzes positiv beeinflusst hat. Die Spitäler hätten die Kosten stationärer Behandlungen einschränken können, weil sie ihre Patientinnen und Patienten früher entlassen und der günstigeren Spitex übergeben konnten. Damit sei ein Beitrag zur gesamtwirtschaftlichen Kosteneindämmung geleistet worden. Allerdings sind die Kosten nicht in dem Masse zurückgegangen, wie dies erwartet worden war. Zudem gilt zu bedenken, dass die Aufnahme der Spitex in den Leistungskatalog auch dazu geführt hat, dass bisher im familiären Rahmen und ohne Entgelt, durchgeführte Pflege vermehrt an professionalisierte Institutionen übertragen wurde, was die transparenten Kosten erhöhte.

3.3.2 Die Entwicklung der Finanzierung

Die nachfolgende Darstellung D 3.9 bildet die Entwicklung der Finanzierung des schweizerischen Gesundheitssystems ab.

D 3.9: *Kosten und Finanzierung des Gesundheitssystems nach Trägern der wirtschaftlichen Belastung*



Quelle: Greppi et al. 2000, T 5.3.2 a; Übrige: Sozialversicherung, Unternehmungen und Ausland

Die Finanzierung erfolgt im Wesentlichen aus drei Quellen: erstens aus den Krankenversicherungsprämien, den Kostenbeteiligungen und den Direktzahlungen der Versicherten, zweitens aus den Beiträgen des Bundes sowie drittens aus den Beiträgen der Kantone und Gemeinden. Darstellung 3.9 zeigt, dass die Hauptlast von den Versicherten getragen wird. Sie übernehmen knapp zwei Drittel der Kosten. Nachfolgend gehen wir auf die Entwicklungen bei den Versicherten, beim Bund und bei Kantonen sowie Gemeinden vertieft ein.

Beiträge der Versicherten

Alle Versicherten bezahlen eine Prämie und beteiligen sich an den im Krankheitsfall entstehenden Kosten in Form einer Kostenbeteiligung und zum Teil auch direkt. Die Kostenbeteiligung soll für die Versicherten einen Anreiz darstellen, die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen auf das erforderliche Mass zu beschränken.

Die *Durchschnittsprämien* in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung haben sich von 166 Franken im Monat im Jahre 1996 auf 212 Franken im Jahr 2000 erhöht. Sie haben jährlich um 6,2 Prozent zugenommen. Die Prämienhöhe muss innerhalb eines Versicherers und Versicherungszweiges für alle Erwachsenen in einem Kanton und einer Region gleich hoch sein (Einheitsprämie). Zwischen den Kantonen lassen sich aber erhebliche Unterschiede in der Höhe und in den Zuwachsraten feststellen. So betrug die Durchschnittsprämie im Kanton Genf im Jahr 2000 320 Franken pro Monat, im Kanton Appenzell Innerrhoden dagegen nur 133 Franken pro Monat. Die grössten Zuwachsraten zwischen 1996 und 2000 hat mit durchschnittlich 13,1 Prozent der Kanton Aargau zu verzeichnen, während im Kanton Wallis die jährlichen Zuwachsraten mit 0,7 Prozent vergleichsweise äusserst bescheiden waren.

Trotz der Zunahme der Durchschnittsprämien ging der Anteil der Prämien an der Finanzierung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in den Jahren 1997 und 1998 tendenziell zurück, während er im Jahre 1996 infolge des generellen Rückgangs der öffentlichen Beiträge zur Prämienverbilligung einen Anstieg erfahren hatte.

Die *Direktzahlungen*, das heisst die von den Sozialversicherungen nicht erstatteten Leistungen (zahnärztliche Behandlung, Pensionskosten in Pflegeheimen, Hilfe zu Hause usw.) haben zwischen 1996 und 2000 leicht zugenommen. Dabei ist zwischen 1995 und 1996 ein systembedingter Rückgang um rund 300 Millionen Franken oder 3 Prozent zu beobachten.

Bei den *Kostenbeteiligungen* zeigten die mit dem KVG eingeführten Erhöhungen der Franchisen und der Selbstbehalte erste Auswirkungen. Im Jahr 1996 stieg die durchschnittliche Kostenbeteiligung pro versicherte Person um 30 Prozent. Ursache war der Selbstbehalt, der auch bei der stationären Behandlung eingeführt worden war. Bedingt durch eine Erhöhung der Franchisen, kam es 1998 zu einem weiteren Anstieg um 18 Prozent. Der Finanzierungsanteil der Kostenbeteiligung an den Gesamteinnahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung belief sich in diesem Jahr auf knapp 14 Prozent. Gemäss der 2000 durchgeführten Versichertenbefragung haben rund 46 Prozent der Befragten im Laufe der letzten vier Jahre die Franchise erhöht. In den meisten Fällen war die Veränderung allerdings geringfügig.

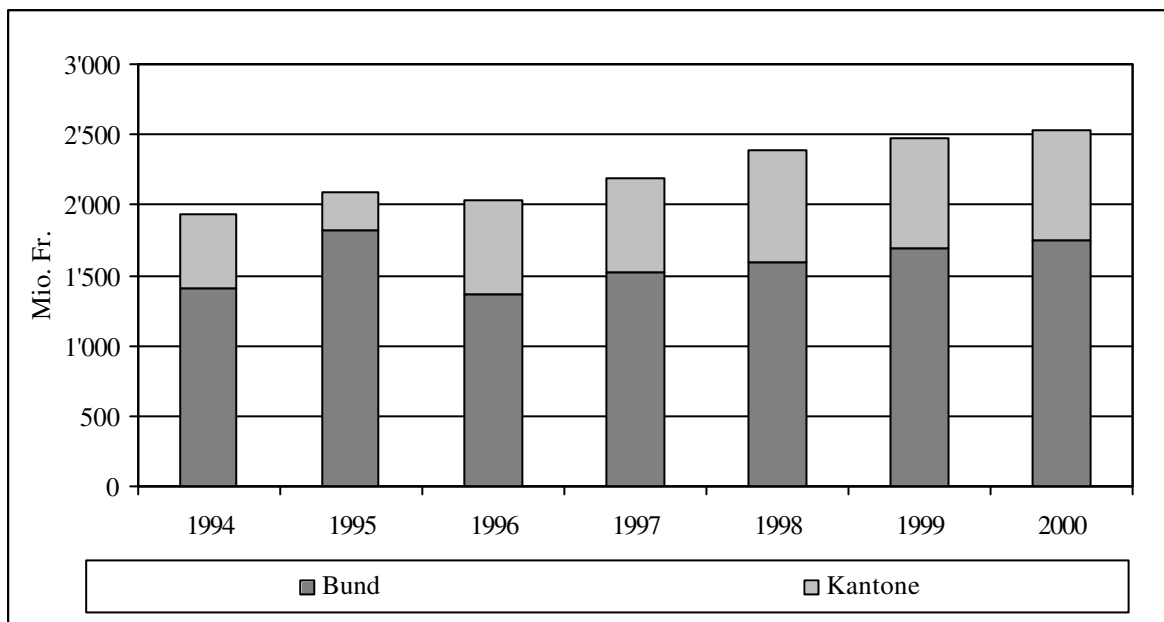
Der Anteil der Gesundheitskosten, den die privaten Haushalte tragen müssen, hat sich systembedingt in den letzten Jahren leicht erhöht. Auf der einen Seite sind die Direktzahlungen gesunken, auf der anderen Seite die Zahlungen an die Krankenversicherer wegen der Prämien erhöhungen gestiegen. Dies ist eine Folge der vom Parlament beschlossenen Aufnahme von Spitex- und Spitalkosten in den Leistungskatalog. Mit der Einführung des KVG kam es 1996 bei der finanziellen Belastung der Haushalte zu einer ersten „Anstiegs welle“. Die Nettoprämien der Krankenversicherer stiegen um über 1,7 Milliarden Franken an, die Kostenbeteiligungen der Versicherten nahmen um rund 400 Millionen Franken zu, während die direkten Zahlungen um etwa 300 Millionen Franken zurückgingen. Im Jahr 1997 wurden die starken Schwankungen des Vorjahres wieder etwas korrigiert. Im Jahr 1998 kam es zu einer Stabilisierung der einzelnen Komponenten: Die Erhöhung der Nettoprämien und der Direktzahlungen hat sich der Erhöhung der allgemeinen Gesundheitsausgaben angenähert. Bedingt durch das Anheben der Grund-

franchise in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und die wachsende Anzahl frei wählbarer hoher Franchisen, steigen die Kostenbeteiligungen jedoch deutlich an.

Beiträge des Bundes

Die Leistungen des Bundes zu Gunsten des Gesundheitssystems erfolgen mit dem Krankenversicherungsgesetz in erster Linie über die Prämienverbilligung (Greppi et al. 2000, T 8.2 a). Darstellung D 3.10 gibt die Aufwendungen des Bundes und der Kantone für die Prämienverbilligung wieder.

D 3.10: Aufwendungen des Bundes und der Kantone für die Prämienverbilligung in Millionen Franken 1994 bis 2000



Quelle: Greppi et al. 2000, T 8.2 a; BSV 2000c; BSV 2001

Der Bund richtete bereits vor 1996 Beiträge für die Krankenversicherung aus. Darstellung D 3.10 macht deutlich, dass die Versicherten mit dem Wechsel von der Krankenkassen-subsventionierung zur individuellen Prämienverbilligung 1996 nicht wie versprochen erhöhte, sondern geringere Beiträge für die Krankenversicherung erhalten haben als im Jahr 1995.¹⁶ Diese Situation hat sich jedoch bereits 1997 geändert.

Die Ursache für den vorübergehenden Rückgang der Mittel um 24 Prozent im Jahr 1996 lag hauptsächlich darin, dass etliche Kantone die Prämienverbilligungsbeiträge, welche der Bund zur Verfügung stellte, nicht voll ausschöpften. Gemäss den gesetzlichen Vorgaben können die Kantone ihren Beitrag um bis zu 50 Prozent kürzen. Obwohl dies zur Folge hat, dass der Bundesbeitrag im gleichen Verhältnis reduziert wird, haben zahlreiche Kantone von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht. Die insgesamt für die Prämienverbilligung zur Verfügung stehende Summe reduzierte sich dadurch 1996 um 26,5 Prozent und 2000 um 23,7 Prozent (BSV 2000c, Tabelle E.01-A). Zwar stiegen die Ausgaben für die Prämienverbilligung seit 1997, dennoch blieben sie 2000 fast 800 Millionen Franken unter dem vom Gesetzgeber vorgesehenen Ziel. Der für die Verbilligung der

¹⁶In den Erläuterungen zur Volksabstimmung vom 4. Dezember 1994 hat der Bundesrat erklärt, dass „mit erhöhten Beiträgen von Bund und Kantonen die Krankenkassenprämien für Einzelpersonen und Familien, die darauf angewiesen sind, gezielt verbilligt werden“.

Krankenversicherungsprämien bestimmte Finanzierungsanteil des Bundes und der Kantone scheint sich seit 1998 bei 6,2 Prozent stabilisiert zu haben. Dies entspricht ungefähr dem Niveau des Jahres 1995.

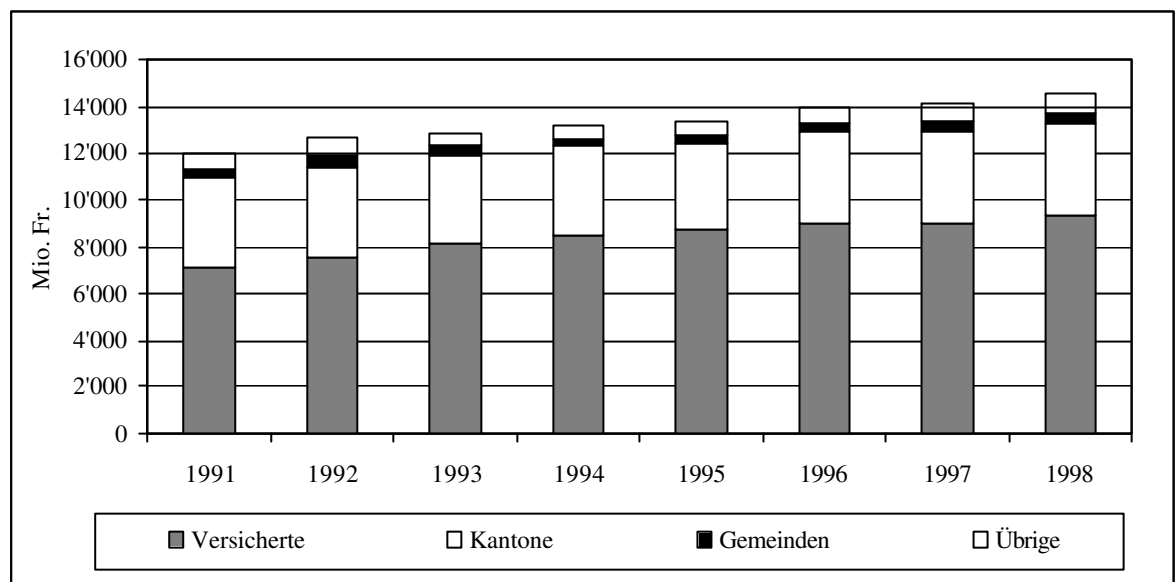
Beiträge von Kantonen und Gemeinden

Die kantonalen und kommunalen Beiträge an die Finanzierung des Gesundheitssystems werden in erster Linie über die Beiträge zur Verbilligung der Krankenversicherung für Personen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen, über die Finanzierung von Spitälern und Pflegeeinrichtungen sowie über die Ergänzungsleistungen und die Sozialhilfe ausgerichtet. Diese Ausgaben machen rund 85 Prozent der kantonalen und kommunalen Leistungen zu Gunsten des Gesundheitssystems aus.

Bezüglich der für die *Prämienvverbilligung* aufgewendeten Mittel lassen sich zwischen den Kantonen erhebliche Unterschiede erkennen. Sie erklären sich einerseits dadurch, dass den Kantonen auf Grund ihrer Bevölkerungsgrösse, Finanzkraft und durchschnittlichen Prämienhöhe unterschiedlich hohe Bundesbeiträge zur Verfügung stehen. Andererseits spiegelt sich in den Unterschieden auch ein politischer Wille. Wie bereits erwähnt wurde, haben die Kantone die Möglichkeit, ihre Beiträge zu kürzen. Von diesem Recht haben 1999 16 Kantone Gebrauch gemacht. 10 Kantone schöpfen die Bundesbeiträge gegenwärtig voll aus. Dazu gehören alle Westschweizer Kantone und der Kanton Tessin. Insgesamt lässt sich feststellen, dass die Kantone ihre Beiträge zu Gunsten der Prämienverbilligung in den letzten Jahren erheblich stärker erhöht haben als der Bund. Zwischen 1997 und 1998 betrug die Zunahme rund 18 Prozent, während die Ausgaben des Bundes um knapp 5 Prozent gewachsen sind.

Kantone und Gemeinden finanzieren den Bau und den Betrieb von *Spitälern und Pflegeeinrichtungen* teilweise direkt. Darstellung D 3.11 gibt die Entwicklung der Kosten und der Finanzierung der Spitäler wieder.

D 3.11: Entwicklung der Kosten und der Finanzierung der Spitäler 1991 bis 1998



Quelle: Greppi et al. 2000 T 5.4.1 a

Die Kantone sind verpflichtet, die in öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitälern entstehenden laufenden Betriebskosten der Patienten und Patientinnen in der allgemeinen Abteilung zu mindestens 50 Prozent aus Steuergeldern zu decken. Es wird

angenommen, dass die kantonale Kostenbeteiligung im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ungefähr den im Bundesgesetz festgehaltenen 50 Prozent entspricht (vgl. Botschaft des Bundesrats betreffend die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. September 2000 BBI 2001 741, Anhang Tabelle 6).

Die Einführung neuer kantonaler Prämienverbilligungssysteme für wirtschaftlich schwächer gestellte Personen führte 1996 zum erwarteten Abbau bei den *Ergänzungsleistungen* zur AHV/IV sowie bei der Sozialhilfe. Bei den Ergänzungsleistungen konnten rund 350 Millionen Franken eingespart werden, und zwar 204 Millionen Franken bei zu Hause wohnenden und 66 Millionen Franken bei in Heimen wohnenden Bezügerinnen und Bezüger. Zusätzliche Einsparungen von 71 Millionen Franken ergaben sich, weil die Leistungen der Krankenversicherung im Bereich der Pflegeheime ausgebaut wurden. Eine Minderbelastung von ungefähr 10 Millionen Franken kam noch dadurch zu Stande, dass die Krankenversicherer auch einen Teil der Kosten für Spitex-Leistungen finanzieren mussten. Die Zahlen der Jahre 1997 und 1998 scheinen auf eine Stabilisierung hinzuweisen (Rossel 2000, S. 156).

Die öffentliche Finanzstatistik weist für 1996 eine rückläufige Entwicklung der Sozialhilfekosten aus, die aber bereits 1997 wieder von einer Aufwärtsbewegung abgelöst wird. Es ist anzunehmen, dass die steigende Zahl der Sozialhilfeempfängerinnen und -empfänger den entlastenden Effekt der Prämienverbilligung neutralisiert hat. Immerhin lässt sich für 1996 die Minderbelastung der öffentlichen Haushalte im Bereich der Sozialhilfe auf rund 120 Millionen Franken schätzen.

3.3.3 Fazit

Bis Ende 2000 hat das KVG auch das bescheidenere, der in der Botschaft vom 6. November 1991 zur Gesetzesvorlage formulierten Ziele, nämlich „die Zunahme der Gesundheitsausgaben näher an die Lohnentwicklung heranzubringen“, nicht erreicht. Die Kosten des Gesundheitswesens erhöhten sich 1999 um 3,2 Prozent beziehungsweise von 40,3 auf 41,6 Milliarden Franken. Laut Schätzungen des Bundesamtes für Statistik (BFS) nahm damit der Anteil der Gesundheitskosten am Bruttoinlandprodukt (BIP) von 10,6 Prozent (1998) auf 10,7 Prozent (1999) zu (BFS-Pressemitteilung 64/2001). Das KVG hat den Kostenanstieg in den letzten vier Jahren nicht entscheidend beeinflusst. Die Steigerungsrate lag zwar leicht unter dem Mittel der vier vorangegangenen Jahre, aber massiv über der durchschnittlichen Jahreststeuerung von 0,8 Prozent beziehungsweise der Veränderung der Reallöhne (minus 0,3 Prozent).

Warum ist es mit dem KVG bisher nicht gelungen, die Kostenentwicklung in der Krankenversicherung zu bremsen? Auf der einen Seite haben die im KVG festgelegte Schliessung von Leistungslücken in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Spitex usw.), die medizinisch-technologische Entwicklung, die zunehmende Zahl praktizierender Ärztinnen und Ärzte, die neuen Medikamente sowie die Alterung der Bevölkerung die Kosten in die Höhe getrieben. Auf der anderen Seite stellt sich die Frage, ob die Massnahmen des Gesetzes nicht in der erwarteten Weise gewirkt haben. Dieser Thematik gehen wir im Folgenden nach. Dabei betrachten wir zuerst die Massnahmen, welche auf eine Einschränkung der Nachfrage (Kostenbeteiligung, besondere Versicherungsformen usw.) abzielen. Danach wenden wir uns jenen Gesetzesbestimmungen zu, welche die Einschränkung des Angebots (Spitalplanung, Beteiligung der Kantone an den Spitalkosten usw.) beabsichtigen. Schliesslich thematisieren wir die Bedeutung der Regelungen und Kontrollmechanismen bei der Festsetzung von Tarifen und Preisen.

Einschränkung der Nachfrage

Aus der Wirkungsanalyse ergeben sich keine Anzeichen, welche darauf hindeuten, dass es mit den getroffenen Massnahmen gelungen wäre, die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen einzudämmen. Im Detail betrachtet, zeigt die Analyse der Kostenentwicklung 2000 in allen Bereichen ein Wachstum von durchschnittlich 5,9 Prozent. Über dem Mittel sind die Zunahmen vor allem bei den Medikamenten (plus 11,5 Prozent) und bei der ambulanten Spitalbehandlung (plus 14,3 Prozent). Bei der stationären Spitalbehandlung (plus 1 Prozent), bei den ambulanten Arztkosten (plus 2,7 Prozent), bei den Pflegeheimen (plus 3,1 Prozent) und bei den übrigen Leistungen (plus 2,6 Prozent) liegen die Zuwachsraten unter dem Durchschnitt, was zum Teil auf Transfereffekte zurückzuführen ist (vgl. Abschnitt „Stationäre und ambulante Spitalleistungen“ in Abschnitt 3.3.1).

Auf der Nachfrageseite sieht das KVG die *Kostenbeteiligung der Versicherten* und die besonderen Versicherungsformen vor, um die Kostenentwicklung zu beeinflussen. 1996 stieg die Kostenbeteiligung der Versicherten sehr stark an, unter anderem bedingt durch die Einführung der erhöhten Franchisen (vgl. Abschnitt „Beiträge der Versicherten“ in Abschnitt 3.3.2). Der Finanzierungsanteil der Kostenbeteiligung an den Gesamteinnahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung belief sich in diesem Jahr auf knapp 14 Prozent. Gemäss der 2000 durchgeführten Versichertenbefragung haben rund 46 Prozent der Befragten im Laufe der letzten vier Jahre die Franchise erhöht, meist allerdings nur geringfügig. Ob und in welchem Umfang dadurch die Kostenentwicklung beeinflusst wurde, kann gegenwärtig nicht beurteilt werden.

Sicher ist jedoch, dass die gesamtschweizerische Nachfrage nach Gesundheitsleistungen durch die *besonderen Versicherungsformen*, wie sie die Hausarztmodelle oder die HMO-Praxen darstellen, nicht massgeblich reduziert wurde. Die Ursache liegt darin, dass diese Modelle bisher nur bescheidene Verbreitung gefunden haben. Kaum mehr als 5 Prozent der Versicherten sind zwischen 1996 und 2000 einem Hausarztmodell beigetreten, und nur etwa 1 Prozent hat sich für den Beitritt zu einer HMO-Praxis entschieden. Als Haupthemmnisse für die Verbreitung dieser Modelle wird genannt, dass sich die Versicherten nicht gerne einschränken wollen und dass seitens der Leistungserbringer (v. a. Ärztinnen und Ärzte) auf Grund des Kontrahierungszwangs wenig Bereitschaft besteht, wirtschaftliche Risiken zu übernehmen. Mehrere Versicherer wiesen darauf hin, dass die Beschränkung des Prämienrabattes auf 20 Prozent in den ersten fünf Jahren hemmend wirkte. Es wird davon ausgegangen, dass mit dieser Beschränkung der Anreiz für die Versicherten zu gering ist, zu diesen Modellen zu wechseln.

Immerhin zeigen die verfügbaren Untersuchungen, dass diese Versicherungsformen das Potenzial haben, das Wachstum der Gesundheitskosten zu dämpfen. Bezogen auf regionale, nach Alter und Geschlecht standardisierte Vergleichskollektive wurde ein Kostenvorteil für Hausarztversicherte nachgewiesen (Baur et al. 2000). Ob dieser Vorteil „echt“ ist oder teilweise einer unvollkommenen Risikoerfassung zuzuschreiben ist, kann vorerst nicht klar entschieden werden. Ein Krankenversicherer (CSS) kam bei verfeinerter Risikobewertung zum Schluss, dass der echte Kostenvorteil zu gering sei und sich die Hausarztversicherung in der gegenwärtigen Form für den Versicherer nicht lohne. Sie hat die Verträge mit den Hausarztnetzen auf Ende 1999 gekündigt. Auch andere Versicherer sind eher skeptisch bezüglich der echten Kostenvorteile, wollen dies jedoch nicht zum alleinigen Massstab in der erst kurzen Existenzdauer der Netze machen. Bei den HMO liegen die Kosten je Versicherten deutlich tiefer als bei den Hausarztnetzen und bei den traditionell Versicherten. Auch bei verfeinerter Risikobewertung bleibt bei den HMO ein Kostenabstand, der eine Prämienreduktion von meist 15 bis 20 Prozent rechtfertigt. Dagegen wiesen die Studien darauf hin, dass im Fall einer flächendeckenden Einführung

des Hausarztmodells nicht erwartet werden kann, dass im selben Masse Kosten eingespart werden. Erstens handelt es sich bei der Schätzung des Kosteneinsparpotenzials um das Ergebnis einer relativ kurzen Versuchsperiode. Zweitens sind die an Hausarztmodellen beteiligten Ärztinnen und Ärzte in der Regel besonders sensibilisierte Grundversorger, welche die ökonomische Verantwortung wahrnehmen.

Eindämmung des Angebots

Auf der Angebotsseite wollte das Krankenversicherungsgesetz insbesondere durch die Spitalplanung und durch die Festlegung der Beteiligung der Kantone an den Spitalkosten Einfluss nehmen.

Von der *Spitalplanung* war erwartet worden, dass sie zu einer kostenrelevanten Abnahme der Zahl der Akutbetten führt. Gemäss einer 1999 durchgeführten Bestandesaufnahme haben die von den Kantonen eingeleiteten kurzfristigen Massnahmen im stationären Bereich der Gesundheitsversorgung spürbare Auswirkungen gezeigt (Rothenbühler 1999): Bis Anfang 1999 wurden schätzungsweise 2'000 Akutbetten abgebaut, 8 Akutspitäler geschlossen oder umgenutzt und zwischen 600 und 700 Stellen gestrichen. Dies entspricht im Vergleich mit den gesamtschweizerischen Daten für 1998 einem Abbau von rund 7 Prozent der Akutbetten, 4 Prozent der Akutspitäler und 1 Prozent der Beschäftigten (BSV 2000b).

Die Frage, inwiefern durch die Spitalplanungen die effiziente Verwendung der Ressourcen gefördert und ein Beitrag zur Kosteneindämmung erzielt werden konnte, ist komplex und wird kontrovers diskutiert. Die Auswirkungen der Spitalplanung sind nur sehr schwierig nachzuweisen. Zur Beurteilung der Kosteneinsparungen ist ein umfassender Kostenvergleich der betroffenen kantonalen Spitäler auf der Basis von umfangreichen Datengrundlagen (Mengen- und Kostengerüst) notwendig, bei dem auch verschiedene indirekte Effekte zu berücksichtigen sind. Immerhin lässt sich feststellen, dass sich die Planungen – je nach Kanton – auf einen Zeithorizont bis ins Jahr 2010 beziehen, sodass sie vielerorts noch gar nicht voll wirksam geworden sind. Auch haben verschiedene hängige Beschwerdeverfahren die mit den Planungen eingeleiteten Massnahmen zum Abbau bestehender Überkapazitäten gehemmt. Zudem zeigen die verfügbaren Untersuchungen, dass die Umsetzung der Spitalplanungspflicht auch einige grundsätzliche Schwächen aufweist, welche durch die gefällten Bundesratsentscheide nicht beseitigt werden konnten, sondern eher akzentuiert wurden. So haben die Spitalplanungen mit ihrer Fokussierung auf die kantonalen Kapazitäten den Föderalismus tendenziell verstärkt und die interkantonale Koordination nicht spürbar verbessert.

Ob und in welchem Umfang die Beteiligung der Kantone an den *Spitalkosten* kostendämmend gewirkt hat, ist unklar. Zumeist werden die gesamten Betriebsdefizite der öffentlichen Spitäler von der öffentlichen Hand getragen. Solche Rahmenbedingungen bilden wenig Anreiz zu betriebswirtschaftlichem Denken. Mit der zweiten Teilrevision des KVG soll vollständig vom Prinzip der Betriebskostendeckung abgerückt und zur Finanzierung von Leistungen übergegangen werden. Tarifierung und Abrechnungsverhalten von Spitalern und Krankenversicherern sollen künftig konsequent auf die Leistungsfinanzierung ausgerichtet und so eine Eindämmung des Angebots erwirkt werden.

Festsetzung von Tarifen und Preisen

Mit Ausnahme der gesamtschweizerischen Tarifstruktur bei den Ärztinnen und Ärzten konnten die Tarifverträge inzwischen grundsätzlich den neuen Anforderungen des KVG angepasst werden. Praktisch alle Tarifverhandlungen gestalteten sich jedoch auf Grund

des gestiegenen Drucks der Versicherer als schwierig und Zeit raubend. Insbesondere bei den Verhandlungen der stationären Spitaltarife führten der Tarifdruck, die duale Spitalfinanzierungsregel, die fehlenden Ausführungsbestimmungen und offenen Begriffsformulierungen zu einem besonders angespannten Verhandlungsklima und in der Folge zu etlichen Tarifbeschwerden an den Bundesrat. Wesentliches Hemmnis in den Verhandlungen im Spitalbereich und im Bereich der Langzeitpflege ist, dass der Bundesrat bis anhin keine verbindliche Bestimmung für eine einheitliche Kostenermittlung und Leistungserfassung der Spitäler und Pflegeheime erlassen hat.

Die verfügbaren Untersuchungen stellen allerdings fest, dass der erhöhte Druck auf die Spitaltarife *im stationären Bereich* durch Kompensationsmassnahmen (v. a. Verlagerungen in den ambulanten und den teilstationären Bereich) zu Kostenverlagerungen geführt hat. Die duale Spitalfinanzierung hat zu Konflikten in den Tarifverhandlungen geführt und teilweise den Privatisierungstrend sowie die (grundsätzlich erwünschte) Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich unterstützt, weil sich die Kantone auf Grund des finanziellen Drucks entlasten wollen. Die neue Regelung der Finanzierung der ausserkantonalen Hospitalisierung erhöhte den administrativen Aufwand, führte über interkantonale Freizügigkeitsabkommen zu einer leicht verbesserten Koordination der Spitäler, aber auch teilweise zum Aufbau zusätzlicher eigener kantonaler Kapazitäten in den Kantonen, wodurch unliebsame Kostenfolgen vermieden werden sollten.

Im *ambulanten* Bereich haben die Diskussionen um den vereinheitlichten Tarif für ärztliche Leistungen (TARMED) zu einer Stabilisierung der kantonal festgelegten Tarife der Ärztinnen und Ärzte geführt. Zudem ist eine gewisse Entwicklung hin zu neuen Tarifierungsformen zu beobachten. Neben dem Zeittarif in der Spitex sind in der Physiotherapie und bei der Ernährungs- und Diabetesberatung Tarife mit pauschalen Komponenten eingeführt worden. Diese zielen in Form von Sitzungs- oder Konsultationspauschalen vor allem auch auf eine Mengenbeschränkung ab. Die Wirkung der mit den einheitlichen Tarifstrukturen bei den Einzelleistungstarifen eingeführten Sitzungs- beziehungsweise Besuchsbeschränkungen auf die Leistungsmenge (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und Hebammen) kann auf Grund der kurzen Zeit seit der Einführung noch nicht zuverlässig beurteilt werden. Die neuen Pauschalisierungsformen im Spitalbereich haben zu Reaktionen geführt, die grundsätzlich erwünscht sind (frühere Entlassungen; Übergang in die Nachbehandlung, die Rehabilitation oder in den ambulanten Bereich), doch wurde teilweise überreagiert (zu frühe Entlassungen; Abschiebung in die Nachbehandlung, die Rehabilitation oder in den ambulanten Bereich; Kompensation mit Tagespauschalen), um Kosten verlagern zu können. Insgesamt ist der Eindruck entstanden, dass der Tarifdruck im ambulanten Bereich über eine Mengenausweitung kompensiert wird.

Zusammenfassend kann nach Meinung der Expertinnen und Experten festgehalten werden, dass mit dem KVG – trotz Erfolgen auf Teilgebieten (Medikamentenpreise, Analysen, Tarife) – bisher insgesamt kein spürbarer Beitrag zur Kosteneindämmung geleistet werden konnte. Die Gesundheitskosten sind weiterhin stark angestiegen. Auch ein verlangsamtes Wachstum zeichnet sich nicht ab. Die Analyse der Kostenentwicklung in den einzelnen Leistungsbereichen zeigt, dass das KVG bei den neu zugelassenen Leistungserbringern eine systembedingte Steigerung der Kosten zur Folge hatte. Bei den Pflegeheimen und der Spitex waren spürbare Kostenverlagerungen von den Privaten und von der öffentlichen Hand hin zu den Versicherern zu beobachten, und die bescheidenen Erfolge bei den Spitälern wurden im Wesentlichen durch Ausweichreaktionen zunichte gemacht. Bei den Ärztinnen und Ärzten wurden allfällige Einnahmehausfälle durch Mengenausweitungen kompensiert. Die durch die Managed-Care-Modelle erzielten

Einsparungen sind auf Grund der geringen Verbreitung dieser Modelle noch kaum spürbar.

Zur Eindämmung der Kostenentwicklung schlagen die Untersuchungen eine Revision der Spitalfinanzierung in der Art vor, wie sie der Bundesrat eingeleitet hat. Weiter soll die Spitalplanung vorangetrieben werden. Notwendig sei eine regionale oder gesamtschweizerische Spital- oder Leistungsplanung. Zudem wird der Bundesrat aufgefordert, in diesem Zusammenhang seine Entscheidungen rascher zu treffen. Kritisch wird der Kontrahierungszwang beurteilt. Er verhindere einen Tarifwettbewerb unter den Leistungserbringern und stütze die Kartellierung im Gesundheitswesen. Die Studiennehmer sind sich allerdings bewusst, dass seine Aufhebung mit Problemen verbunden sein würde. So stelle sich die Frage, wie die Versorgungs- und Qualitätssicherheit garantiert und eine indirekte Risikoselektion (durch Ausschluss von bestimmten Kategorien von Leistungserbringern) verhindert werden könnte. Eine Aufhebung des Kontrahierungszwangs könnte deshalb nur unter genau definierten Rahmenbedingungen stattfinden.

4. Haben die wichtigsten Akteure den neuen Handlungsspielraum genutzt?

Der Bundesrat hat in der Botschaft über die Revision der Krankenversicherung klar zum Ausdruck gebracht, dass deren Erfolg vom Verhalten aller Partner im Gesundheitswesen abhängt. Das Gesetz setzt auf die Vertragsautonomie, die möglichst freie Konkurrenz und die Selbstverantwortung der Versicherten, der Versicherer und der Leistungserbringer. Erwartet wurde, dass – ausgehend von den Versicherten – in erster Linie Wettbewerbsdruck auf die Versicherer ausgeübt wird. Weiter wurde angenommen, dass diese dadurch veranlasst würden, kostenwirksam Einfluss auf die Leistungserbringer zu nehmen. Von den Kantonen und vom Bund wurde erwartet, dass sie die ihnen zur Verfügung stehenden Instrumente nutzen. Wenden wir uns nun der Frage zu, ob und in welchem Umfang die verschiedenen Partner ihren Handlungsspielraum ausgeschöpft haben.

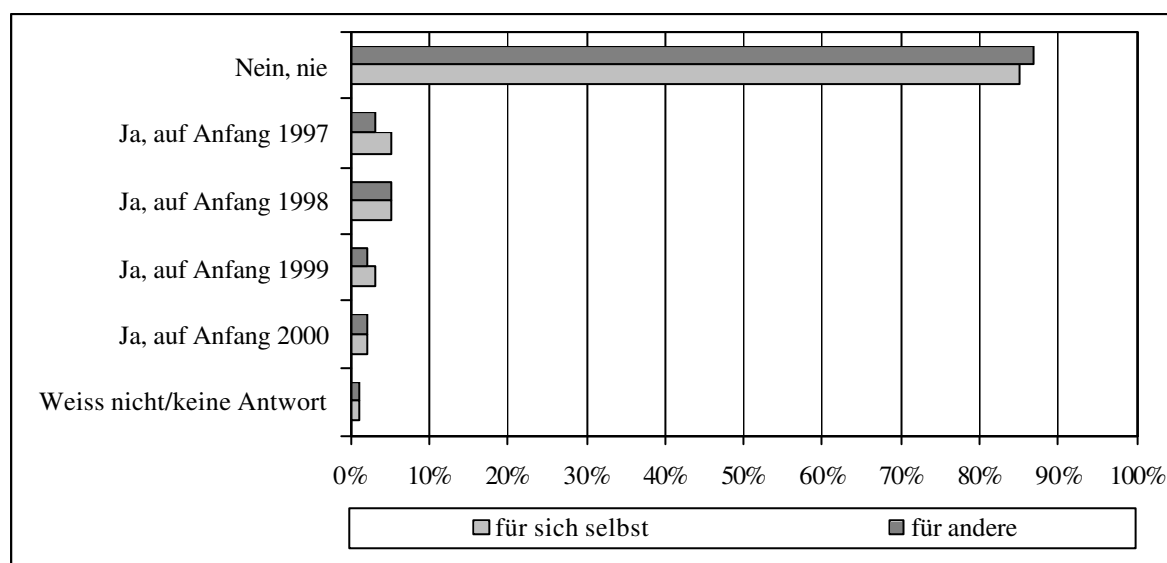
4.1 Versicherte

Das Krankenversicherungsgesetz wertet die Rolle der Versicherten auf. Die freie Wahl des Versicherers und die volle Freizügigkeit in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung auf der Basis des Versicherungsobligatoriums, der einheitlichen Prämie und des klar definierten Leistungsumfangs sollen für die Versicherten den Anreiz zu wirtschaftlichem Verhalten verstärken. Mit der Möglichkeit zur Wahl von Franchisen unterschiedlicher Höhe sowie den Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers soll ein kostenorientiertes Verhalten indirekt auch gegenüber den Leistungserbringern gefördert werden. Es stellt sich nun die Frage, ob sich die Versicherten erwartungsgemäss verhalten haben.

4.1.1 Wechselverhalten

Aus der Befragung der Versicherten im Jahr 2000 geht hervor, dass die Bereitschaft, den Krankenversicherer zu wechseln, gering ist (Peters et al. 2001). Nur 15 Prozent der befragten, in einem Haushalt für Versicherungsfragen zuständigen Personen haben in den letzten vier Jahren den Versicherer für die obligatorische Krankenpflegeversicherung einmal oder mehrmals gewechselt.

D 4.1: Wechsel der obligatorischen Krankenpflegeversicherung seit 1996



Quelle: Peters et al. 2001, S. 110

Wie die Darstellung D 4.1 zeigt, lag die Quote der jährlichen Wechsel zwischen 2 und 5 Prozent. Sie hat in den letzten zwei Jahren sogar abgenommen. Trotz bedeutsamen realen Prämienunterschieden zwischen den einzelnen Versicherern blieb das Wechselverhalten somit insgesamt vernachlässigbar klein. Die Absicht des KVG, den Marktmechanismus spielen zu lassen und – bei standardisierten Leistungen – durch den Wettbewerb der Versicherer über Preis und Service kostendämpfend zu wirken, konnte nicht zum Tragen kommen.

Da mit dem KVG die wesentlichen medizinischen Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung enthalten sind, hätten die Versicherten die Möglichkeit, Zusatzversicherungen zu kündigen. Aber auch in dieser Beziehung wurden kaum Veränderungen vorgenommen. 83 Prozent der in einem Haushalt für Versicherungsfragen zuständigen Personen, welche über Zusatzversicherungen verfügen, haben diesbezüglich in den letzten Jahren keinen Abbau vorgenommen. Allenfalls wurde bei den Spitalversicherungen auf die halbprivate oder private Versicherung verzichtet. Zusatzversicherungen sind aber weiterhin stark verbreitet. Rund drei Viertel der Haushalte verfügen über mindestens eine solche Versicherung. Allerdings handelt es sich meistens um „kleine“, kostengünstige Zusatzversicherungen für Alternativmedizin oder für diverse Leistungen (z. B. Prävention, Transport, Brille). Obwohl Grund- und Zusatzversicherung heute bei unterschiedlichen Versicherern gewählt werden können, fällt auf, dass die Befragten fast durchwegs die beiden Versicherungen beim selben Anbieter abgeschlossen haben.

Die Begründung für das bescheidene Wechselverhalten der Versicherten, sei dies bezüglich der Wahl zwischen Versicherern oder zwischen verschiedenen Versicherungsleistungen, liegt nach Ansicht der Evaluatorinnen und Evaluatoren in erster Linie in der hohen Zufriedenheit mit den Versicherern. 70 Prozent der Befragten sind mit ihrem Krankenversicherer zufrieden oder gar sehr zufrieden. Geschätzt werden insbesondere gute Serviceleistungen wie prompte Auszahlungen, kompetente Information und freundliches Personal. Viele Befragte bleiben ihrem Versicherer aber auch aus Gewohnheit treu. Die hohe Zufriedenheit und die „Macht der Gewohnheit“ führen dazu, dass die Kundenbeziehungen im Bereich der Krankenversicherung lang anhaltend sind. So liegt beispielsweise in der Gruppe der über 55-Jährigen der Anteil der Personen mit einer

Kassenzugehörigkeit von mehr als 30 Jahren bei 54 Prozent, weitere 14 Prozent gehören zwischen 21 und 30 Jahren dem gleichen Versicherer an. Lediglich rund ein Drittel ist seit weniger als 20 Jahren bei dem gleichen Versicherer. Eine Veränderung im Wechselverhalten der Versicherten ist in näherer Zukunft nicht zu erwarten. Nur sehr wenige Befragte ziehen in Betracht, bald den Krankenversicherer zu wechseln.

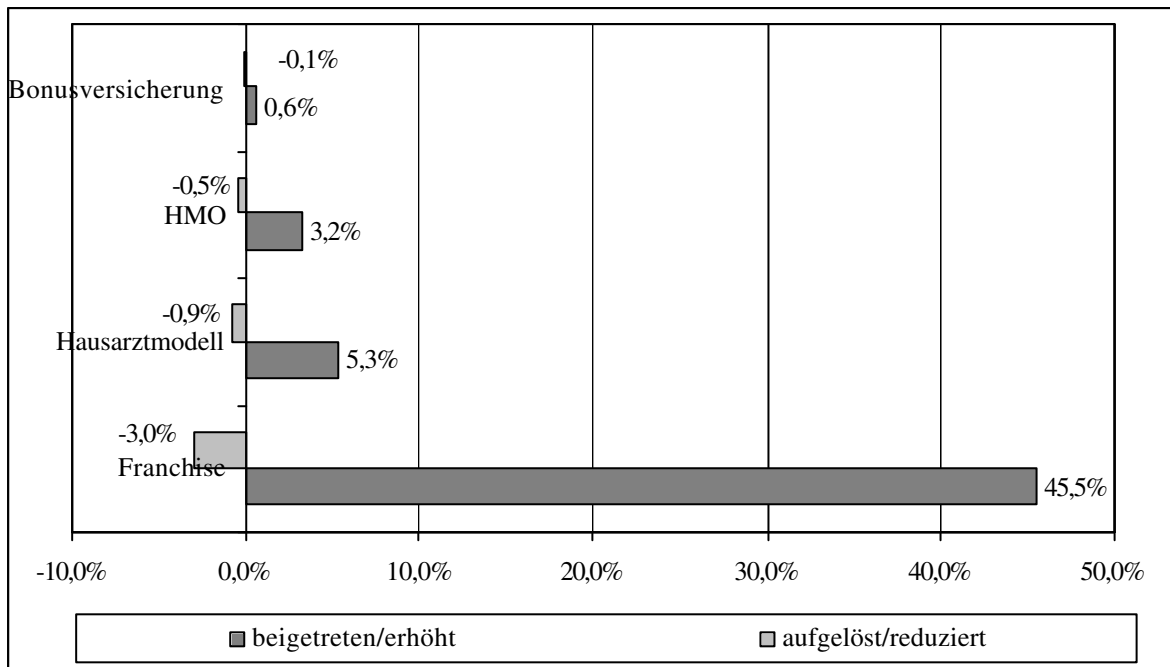
4.1.2 Wahl besonderer Versicherungsformen

Mit dem Krankenversicherungsgesetz ist den Versicherten die Möglichkeit eröffnet worden, *Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl* der Leistungserbringer zu wählen. Davon war ein positiver Einfluss auf die Kostenentwicklung erwartet worden. Die Versicherten haben diesen Handlungsspielraum aber kaum genutzt. Nur 6 bis 7 Prozent der Versicherten haben sich bis heute dafür entschieden. Allerdings ist zu beachten, dass in vielen Regionen keine solchen Angebote bestehen. Auf Grund der geringen Nachfrage entsteht bei den Versicherern auch kein Wettbewerbsdruck, diese neuen Formen anzubieten.

Quantitativ bedeutend ist dagegen die Vereinbarung einer *höheren Franchise*. Einige Versicherer schlagen diese Option gar als Standard vor. Die repräsentative Befragung schweizerischer Haushalte zeigte, dass rund 50 Prozent aller Haushalte eine Versicherung mit höherer Franchise gewählt haben (Peters et al. 2001, S. 53).

Es gilt jedoch festzuhalten, dass die Versicherten im Hinblick auf die mit dem Krankenversicherungsgesetz geschaffenen Möglichkeiten der freiwilligen Erhöhung der Franchise, der Bonusversicherung oder der Wahl des Hausarzt- oder HMO-Versicherungsmodells selten Veränderungen vornehmen. In 75 Prozent der Haushalte erfolgte in den letzten vier Jahren diesbezüglich kein Wechsel. Wenn Veränderungen vorgenommen wurden, betrafen diese am ehesten die Franchise. Hausarztmodelle, HMO- oder Bonus-Versicherungen kamen wesentlich seltener zum Zuge. Dies wird aus der nachfolgenden Darstellung D 4.2 deutlich.

D 4.2: Was wurde in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung das letzte Mal verändert?



Quelle: Peters et al. 2001, S. 120; Einbezogen wurden nur die 25 Prozent der befragten Haushalte, welche eine Veränderung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vorgenommen haben. 38 Prozent der Befragten konnten über die Art der Veränderung keine Angaben machen.

Der Anteil der wechselnden Personen liegt in der deutschen Schweiz höher als in der übrigen Schweiz. Dieser Unterschied ist weitgehend auf die Differenz im Bereich der Hausarztmodelle und der HMO-Versicherung zurückzuführen, die vorwiegend in der Deutschschweiz angeboten werden. Bei der Franchise ist der Anteil der wechselnden Personen in der ganzen Schweiz gleich hoch. Ebenfalls häufiger gewechselt haben einkommensstarke Haushalte (28 Prozent) sowie grössere Haushalte (rund 30 Prozent), während dies bei Einpersonenhaushalten weniger der Fall war (17 Prozent).

Die Versicherten haben sich also nicht erwartungsgemäss kostenoptimierend verhalten. Die Autoren und Autorinnen kommen zu einer ambivalenten Einschätzung dieser Situation:

- Einerseits wird die Ansicht vertreten, dass die Motivation zum Kassenwechsel durch qualifizierte Informationsangebote erhöht werden könnte und sollte, zumal die subjektive Informiertheit über das KVG bei den Haushaltungen mittelmässig beurteilt wird (Peters et al. 2001). Insbesondere wird darauf hingewiesen, dass zuverlässige Informationen zur Qualität der Versicherer und ihrer Angebote fast völlig fehlen. Als ungenügend wird auch die Information über besondere Versicherungsformen erachtet. Die vielen Anfragen bei Versichertenorganisationen zum Wechsel des Versicherers für die obligatorische Krankenpflegeversicherung deuten weiter darauf hin, dass bezüglich der vollen Freizügigkeit bei vielen Versicherten noch Unsicherheiten bestehen (Faisst/Schilling 1999a). Die Expertinnen und Experten empfehlen daher, Prämienübersichten und Tipps für die Versicherten leichter zugänglich zu machen, etwa als Beilage in Tageszeitungen.
- Andererseits weisen die Evaluatorinnen und Evaluatoren darauf hin, dass es bei allfälligen Informationsmassnahmen zu berücksichtigen gilt, dass sich die Mehrheit der Haushalte an der mässigen allgemeinen Informiertheit nicht zu stören scheint. Sie

wünscht keine zusätzliche allgemeine Information, weil sie keinen Orientierungs- und Handlungsbedarf hat.

4.2 Versicherer

Die Versicherer sind im KVG einflussreiche Akteure. Sie beeinflussen die Versicherten beziehungsweise Patientinnen und Patienten durch ihr Angebot an Modellvarianten in der Krankenpflegeversicherung, mit denen die Wahlfreiheit und die Prämienhöhe individuell beeinflusst werden können, sowie durch die Auswahl der Zusatzversicherungen. Zudem wirken sie durch das Aushandeln von Tarifverträgen auf die stationären und ambulanten Leistungserbringer ein. Der unternehmerische Handlungsspielraum der Versicherer ist durch das KVG im Vergleich zum KUVG sowohl erweitert als auch eingeschränkt worden. Auf der einen Seite hat beispielsweise die Aufhebung des Verbandszwangs mit der Möglichkeit, Sonderverträge abzuschliessen, grössere Freiheiten in den Tarifverhandlungen eröffnet. Weiter haben sich die unternehmerischen Gestaltungsmöglichkeiten im Bereich der Zusatzversicherungsprodukte durch deren Unterstellung unter das Privatrecht erhöht. Auf der anderen Seite hat die abgrenzende Definition der in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu versichernden Leistungen den diesbezüglichen Handlungsspielraum verringert. Weiter wirken das Versicherungsobligatorium, die Einheitsprämie und der Risikoausgleich als bedeutende Einschränkungen bei der Risikoselektion, und die Einheitsprämie verunmöglicht eine risikogerechte Gestaltung der Prämien. Per saldo gehen die Evaluatorinnen und Evaluatoren insgesamt von einer Zunahme des Handlungsspielraums aus.

4.2.1 Kundenorientierung und Managed-Care-Modelle

Das KVG hat die Kundenorientierung und die Dienstleistungsqualität der Versicherer erhöht. Dies ist – neben den gestiegenen Anforderungen der Kunden – auf die zunehmende Professionalisierung und den vermehrten Wettbewerb bei den Dienstleistungen zurückzuführen. Verbessert haben sich die Intensität der Kundenkontakte sowie die Kundeninformation und -beratung. Die Geschwindigkeit der Auszahlungen der Rechnungsbeträge hat in den meisten Fällen zugenommen. Die Versicherten sind grundsätzlich mit ihrem Versicherer zufrieden.

Allerdings hat das schnelle Wachstum bei einzelnen Versicherern auch zu Qualitätseinbussen geführt. Zum Teil wird die Vergütungspraxis auch unterschiedlich gehandhabt. Im Vergleich zur Gesamtzahl aller Leistungsabrechnungen machen die Problemfälle aber einen geringen Anteil aus (Hornung et al. 2001). Von Versichertenorganisationen wird vor allem kritisiert, dass verschiedene Versicherer im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung Risikoselektion betreiben würden. Über den Gesundheitsfragebogen der Zusatzversicherung verfügen die Versicherer über Informationen, welche dazu benützt werden können, bestimmte Bevölkerungsgruppen zuvorkommender zu behandeln als andere. Dies kann über legale Wege des Marketings und der Produktgestaltung oder über illegale Methoden (v. a. Schikanen) geschehen. Für die Versicherer stellt die Risikoselektion die effizienteste Form der Kostenoptimierung dar, was in einem wettbewerblichen Umfeld an Bedeutung gewonnen hat.

Die Versicherer haben die Managed-Care-Modelle, von welchen sich der Gesetzgeber eine Reduktion des Kostenwachstums erhofft hatte, nicht sehr aktiv propagiert. Von den vierzehn grossen Versicherern mit mehr als 100'000 Versicherten setzen nur zwei konsequent und überzeugt auf die neuen Modelle. Die vom BSV durchgeführten Audits bei Versicherern machten deutlich, dass mit den heute bestehenden alternativen Versiche-

rungsmodellen Risikoselektion betrieben wird. Managed-Care-Modelle zielen auf die Verbindung mit Zusatzversicherungsprodukten. Sie sprechen damit in erster Linie Zielgruppen an, die in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung unterdurchschnittliche Kosten verursachen. Zudem vertraten verschiedene Versicherer gegenüber den Evaluatorinnen und Evaluatoren die Ansicht, dass die Wirtschaftlichkeit dieser Modelle nicht gesichert sei. Ursache dafür sei, dass sie durch den Risikoausgleich benachteiligt werden, welcher die reduzierten Prämien der besonderen Versicherungsformen nicht berücksichtigt (Hammer et al. 2001a).

4.2.3 Tarifverhandlungen und Tarife

Die Versicherer haben in den Tarifverhandlungen auf praktisch alle Leistungserbringer grossen Druck ausgeübt. Dies hat zu Tarifstabilisierungen oder nur zu geringen Erhöhungen der Tarife geführt. Mit Ausnahme der gesamtschweizerischen Tarifstruktur für ärztliche Leistungen konnten die Tarifverträge inzwischen grundsätzlich den neuen Anforderungen des KVG angepasst werden.

Bei den Verhandlungen der stationären Spitaltarife führten die duale Spitalfinanzierungsregel, die fehlenden Ausführungsbestimmungen und offenen Begriffsformulierungen angesichts des bestehenden Kostendrucks zu einem besonders angespannten Verhandlungsklima und in der Folge zu etlichen Tarifbeschwerden. Der Bundesrat ist in seinen Entscheiden zum überwiegenden Teil den Versicherern gefolgt und hat Tarifierhöhungen abgelehnt. Wesentliches Hemmnis in den Verhandlungen im Spitalbereich und im Bereich der Langzeitpflege war in den Augen der Evaluatorinnen und Evaluatoren, die sich mit dieser Frage beschäftigt haben, dass der Bundesrat bis anhin keine verbindlichen Bestimmungen für eine einheitliche Kostenermittlung und Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime erlassen hat (Tarife 2001).

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, sind auf Grund fehlender Datengrundlagen sowie mangelnder Leistungstransparenz nur oberflächlich durchführbar, sodass sie nur selten zu überzeugenden Ergebnissen führen. Die Aufhebung des Verbandszwangs hat bisher nur zu sehr wenigen und unbedeutenden Sonderverträgen geführt, die von Verbandsverträgen abweichen. Damit hat die vom Gesetzgeber erhoffte Entkartellierung bei den Tarifverträgen noch nicht stattgefunden. Wichtige Gründe dafür sind der hohe administrative Aufwand, welche Sonderverträge nach sich ziehen, das mangelnde finanzielle Interesse der Leistungserbringer an solchen Lösungen, der Widerstand einzelner Kantone gegen Sonderverträge mit einzelnen öffentlichen Spitälern sowie die stärkere Verhandlungsposition der Versicherer, wenn sie gemeinsam verhandeln.

Zusammenfassend lässt sich auf Grund der verfügbaren Studien festhalten, dass der Druck der Versicherer auf die Leistungserbringer bis heute kaum relevante Kosteneinsparungen, sondern Ausweichreaktionen, wie Kostenverlagerungen innerhalb des stationären Bereichs sowie Mengenausdehnungen im ambulanten Bereich, ausgelöst hat.

4.2.4 Professionalisierung und innerbetriebliche Veränderungen

Das KVG hat bei den Versicherern die Professionalisierungstendenzen beschleunigt und zu innerbetrieblichen Veränderungen geführt. Ein grundlegender Wandel lässt sich am ehesten bei grossen Versicherern mit mehr als 100'000 Versicherten beobachten. Diese haben ihre Organisationsstrukturen und Arbeitsabläufe grundlegend überprüft und optimiert, um die Kundenorientierung zu verbessern. Bei den mittleren und kleinen

Versicherern standen vor allem der Ausbau der Organisation auf Grund des steigenden Mitgliederbestands, die Anpassung der Arbeitsabläufe an die neuen Anforderungen des KVG und die Ausnutzung informationstechnischer Möglichkeiten im Zentrum. Die grossen Versicherer haben ihre Marketinganstrengungen wesentlich verstärkt und systematisiert. Insbesondere wurden profitable Zusatzversicherungsprodukte entwickelt. Neben regelmässigen Marktanalysen sind die internen Datengrundlagen und -auswertungen mit dem Aufbau von Datawarehouses verbessert worden.

Fortschritte stellten die Evaluationen auch im Bereich der Kostenkontrolle der Versicherer fest. Dennoch bleibt die Kostenkontrolle sehr lückenhaft, da sie sich vorwiegend auf die Prüfung der Rechnungen beschränken muss. Die Angemessenheit und Zweckmässigkeit der Leistungen können auf Grund fehlender Angaben zur Diagnose nicht kontrolliert werden. Zudem bezieht sich die Rechnungskontrolle vor allem auf den stationären Bereich. Immerhin gaben mehrere grosse Versicherer an, mit der Kostenkontrolle in Einzelfällen unternehmerisch relevante Einsparungen von bis zu 10 Prozent erzielt zu haben. Bei den mittleren und kleinen Versicherern lagen die erzielten Einsparungen tiefer. Sie werden auf 2 bis 3 Prozent geschätzt.

Auch von Fall- und Disease-Managementkonzepten waren relevante Einsparungen erwartet worden. Durch das Fallmanagement versuchen die Versicherer, mit neuen Dienstleistungen die Behandlungskette der Patienten zu verbessern. Dadurch soll eine Qualitätsverbesserung und eine Effizienzsteigerung erzielt werden. Im Rahmen des Disease-Management werden neue Versorgungsformen für bestimmte Versichertengruppen (z. B. chronisch kranke oder schwerstkranke Patienten) entwickelt und angewandt. Fallmanagement wird fast ausschliesslich durch die grossen und vor allem sehr grossen Versicherer eingesetzt. Drei Versicherer betreiben Fallmanagement nach unterschiedlichen Konzepten. Bei weiteren sieben der vierzehn grossen Versicherer werden erste Konzepte getestet, entwickelt oder diskutiert. Die Fallmanager sollen die verschiedenen Leistungsbereiche durch eine Begleitung der Versicherten vom Spitaleintritt bis zum Abschluss der Nachbehandlung möglichst optimal verknüpfen. Allfällige Einsparungen können zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht beziffert werden. Disease-Managementkonzepte werden erst von wenigen sehr grossen Versicherern angewendet oder erprobt. Gemäss diesen Versicherern sind die Erfahrungen positiv. Erfolgreich angewendet wurde das Disease-Management beispielsweise im Rehabilitationsbereich.

Angesichts der skizzierten Verbesserungspotenziale relativieren die Evaluationen den bisher erreichten Professionalisierungsgrad der Versicherer. Eine Ursache dafür wird im Umstand gesehen, dass sich mit dem KVG und dem Kostendruck die Wettbewerbsintensität zwischen den Versicherern zwar erhöht hat, dass sie sich aber nach wie vor auf einem tiefen Niveau befindet. Es gibt zwar einen Prämienwettbewerb unter den Versicherern. Er konzentriert sich aber fast ausschliesslich auf die „guten Risiken“, das heisst die jungen und gesunden Versicherten. Diese Gruppe weist eine hohe Wechselbereitschaft auf und kann von den vergleichsweise teuren Versicherern mit „schlechter“ Risikostruktur zu den Versicherern mit vorteilhafteren Prämien wechseln. Von diesem Wettbewerb haben hauptsächlich die mittleren und kleinen Versicherer profitiert, die auf Kosten der grossen Versicherer marktanteilmässig zugelegt haben.

Insgesamt wird in den Studien aber festgehalten, dass die Versicherer die Kosten der Leistungserbringer bisher kaum beeinflusst haben. Sie haben damit die in sie gesetzten Erwartungen bisher nicht erfüllt.

4.3 Leistungserbringer

Eine Analyse des Gesetzestextes des KVG zeigt, dass die Kostendämpfungsmassnahmen mit Abstand am häufigsten eine veränderte Handlungsweise der Leistungserbringer verlangen. Diese haben einen Handlungsspielraum sowohl gegenüber den Versicherten als auch gegenüber den Versicherern. Wichtig ist zudem die Möglichkeit zu innerbetrieblichen Veränderungen in Richtung einer Erhöhung der Wirtschaftlichkeit.

4.3.1 Leistungsangebot

In erster Linie beeinflussen die Leistungserbringer natürlich die Gesundheit der Versicherten (bzw. Patientinnen und Patienten). 86 Prozent der Männer und 80 Prozent der Frauen bezeichnen 1997 ihren Gesundheitszustand als gut oder ausgezeichnet, und nur 3 Prozent der Männer beziehungsweise 5 Prozent der Frauen bezeichnen ihn als schlecht oder sehr schlecht. Der subjektive Gesundheitszustand scheint, verglichen mit 1992, relativ stabil zu sein (Bundesamt für Statistik 1998). Die Leistungserbringer nehmen in starkem Masse Einfluss auf die Definition, welche Leistungen als adäquat zum Einsatz kommen sollen. Ob und in welchem Ausmass die Leistungserbringer ihren Handlungsspielraum genutzt haben und bei der Bestimmung des Umfangs sowie der Art der Gesundheitsleistungen vermehrt ökonomische Überlegungen einbezogen haben, konnte nur für einzelne Bereiche bestimmt werden.

Nach Ansicht der Expertinnen und Experten der Studie zu den besonderen Versicherungsformen ist die bescheidene Entwicklung dieser Angebote auch darauf zurückzuführen, dass Ärztinnen und Ärzte auf Grund des weiterhin bestehenden Kontrahierungszwangs nur ein geringes Interesse an diesen Modellen haben. Die Verbreitung dieser Modelle konnte immerhin eine gewisse Sensibilisierung der Ärzteschaft, deren höheren Organisationsgrad in Netzwerken und teilweise die Berücksichtigung der ökonomischen Folgen der Behandlungen der Ärzteschaft sowie der nachgelagerten Behandlungen auslösen. Am spürbarsten sind die Veränderungen bei den sich an HMO-Gruppenpraxen beteiligenden Ärztinnen und Ärzten, die über die Tarifierung (Versichertenpauschale) und teilweise über eigene Investitionen finanzielle Risiken übernehmen. Es musste aber auch festgestellt werden, dass ein grosser Teil der Hausarztnetze gar nicht das Ziel hatte, ein Managed-Care-System zu entwickeln, sondern vor allem eine flächendeckende Ausbreitung anderer Formen von Versicherungen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer verhindern wollte (Baur/Braun 2000).

Betreffend die Privatspitäler und die Ärzteschaft liegen dem Bundesamt für Sozialversicherung sowie den Patientinnen- und Patienten-Organisationen vereinzelt Hinweise auf Risikoselektion vor. Danach soll die Behandlung von Personen, welche ausschliesslich in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung versichert waren, verzögert oder gar abgelehnt worden sein. Diese Thematik wurde aber keiner systematischen Evaluation unterzogen.

4.3.2 Professionalisierung und Marktorientierung

Das KVG hat bei etlichen Leistungserbringern zu einer verstärkten Professionalisierung und Marktorientierung geführt. Als erwähnenswert werden die Veränderungen vor allem bei den öffentlichen Spitälern, bei den Pflegeheimen sowie bei der Spitex betrachtet. Bei den öffentlichen Spitälern hat neben den neuen Rahmenbedingungen auch der finanzielle Druck der Kantone innerbetriebliche Veränderungstendenzen bezüglich des Leistungsangebots im Bereich der Langzeitpflege sowie der Bedarfsanalyse, Kostenrechnung und Qualitätssicherung beschleunigt. Bei den Pflegeheimen wurde die Kostenrechnung

verbessert und die Qualitätsdiskussion intensiviert. Bei der Spitex ist eine Entwicklung hin zu grösseren Organisationseinheiten zu beobachten. Diese Entwicklungen sind begleitet von Verbesserungen des Managements und der Organisation, von mehr unternehmerischem Denken, zunehmender Marktorientierung, Erhöhung der Behandlungseffizienz und -effektivität durch zusätzliches Wissen und durch eine klarere Strukturierung der Behandlungen. Allerdings sind diese Entwicklungen gemäss der verfügbaren Studie in den meisten Fällen erst in Ansätzen in Gang gekommen (Hammer et al. 2001b).

Gesamthaft hält die Evaluation fest, dass die vom KVG eingeführten Instrumente zur Kosteneindämmung bei den Leistungserbringern bisher kaum spürbare Wirkungen gezeigt haben. Gründe dafür sind der mangelhaft genutzte Handlungsspielraum der Akteure, verschiedene Vollzugsdefizite sowie Hemmnisse auf Grund der durch das Gesetz gesetzten Rahmenbedingungen (z. B. Kontrahierungszwang). Bei der Kostenrechnung sind nach wie vor zahlreiche Fragen offen. Zwischen den Pflegeheimen, der Spitex, den Ärztinnen und Ärzten sowie den übrigen ambulanten Leistungserbringern gibt es kaum Wettbewerb. Der Druck der Versicherer auf die Leistungserbringer hat bis heute kaum zu relevanten Kosteneinsparungen geführt. Die Leistungserbringer optimieren wie die übrigen Akteure des Gesundheitswesens in erster Linie ihren eigenen Nutzen und handeln dementsprechend. Dies hat zu etlichen unerwünschten Wirkungen geführt, wie zum Beispiel zu zusätzlichem Kapazitätsaufbau, ungenügender Koordination und Mengenausdehnung bei Einnahmenverlusten.

4.4 Kantone

Die Kantone sind grundsätzlich zuständig für das Gesundheitswesen und beeinflussen, insbesondere mit ihrer Investitionspolitik, die für die Kantonsbewohnerinnen und Kantonsbewohner anfallenden Gesundheitskosten. Das KVG weist ihnen Handlungsspielraum einerseits gegenüber den Leistungserbringern und andererseits gegenüber den Versicherten zu. Gegenüber den stationären Leistungserbringern verfügen die Kantone mittels der Instrumente Spitalplanung und Spitalfinanzierung über erheblichen Gestaltungsspielraum. Den stärksten Einfluss auf die Versicherten üben die Kantone über die Prämienverbilligung aus, bei deren Ausgestaltung sie weitgehend frei sind. Die Überprüfung und Einflussnahme bei der Tarifgestaltung und bei der Einhaltung des Versicherungsobligatoriums bieten einen weiteren Ansatzpunkt kantonaler Aufgaben im Rahmen des KVG. Auf Grund ihrer Zuständigkeit für das Gesundheitswesen fallen bei den Kantonen auch Aufgaben im Bereich der öffentlichen Gesundheitsförderung (Public Health) an. Diese werden überlagert durch die im KVG vorgesehene Übernahme von individuellen Präventionsleistungen.

4.4.1 Spitalplanung und Spitalfinanzierung

Die Kantone haben die *Spitalplanung* sehr unterschiedlich gehandhabt. In gewissen Kantonen wurde der Prozess rasch angegangen. Andere Kantone haben eine gemächlichere Politik betrieben. Die Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz vertritt die Auffassung, dass die Kantone durch ihre Anstrengungen enorme Kapazitätsreduktionen erzielt haben. Gemäss der 1999 durchgeführten Bestandesaufnahme haben die von den Kantonen eingeleiteten kurzfristigen Massnahmen im stationären Bereich zu einem Abbau von rund 7 Prozent der Akutbetten, 4 Prozent der Akutspitäler und 1 Prozent der Beschäftigten geführt. Die Wirkungsanalyse beurteilt diesen Beitrag an eine verbesserte Ressourcennutzung und an die Kosteneindämmung als gering (Hammer et al. 2001b). Nach wie vor bestünden zum Teil beträchtliche Überkapazitäten. Der alleinige Abbau von

Betten habe für einen substanziellen Abbau von Überkapazitäten nicht genügt. Spitalschliessungen seien selten gewesen. Wo sie aber stattfanden, standen den erzielten Einsparungen an Infrastrukturkosten Verlagerungseffekte in ähnlicher Höhe gegenüber. So zeigten sich zum Teil höhere Behandlungskosten bei der Schliessung von vergleichsweise günstigen Spitälern sowie – bei Umnutzungen – Kostenverlagerungen in andere Leistungserbringerbereiche. Schliesslich wird die inner- und die interkantonale Koordination der Spitalplanungen als ungenügend beurteilt. Es wird sogar vermutet, dass durch die kantonale Fokussierung bei der Planung zusätzliche Kapazitäten aufgebaut wurden.

Auch die Neuregelung der *Spitalfinanzierung* hat nach Ansicht der Expertinnen und Experten nicht die erhofften kosteneindämmenden Effekte ausgelöst. Die duale Spitalfinanzierung führte zu Konflikten zwischen Versicherern und Kantonen um den jeweiligen Finanzierungsanteil. Es gab aber offene und umstrittene Definitionen, die zu zahlreichen Beschwerden an den Bundesrat führten. Da die vom Preisüberwacher vorgeschlagenen Grundsätze der Tarifberechnung für die stationären Tarife öffentlicher Spitäler in der Praxis weitgehend übernommen worden sind, konnte ein Beitrag zur Stabilisierung der Spitaltarife geleistet werden. Auf der anderen Seite trug die Tatsache, dass die gesamten Betriebsdefizite der öffentlichen Spitäler von der öffentlichen Hand getragen werden, nicht zu betriebswirtschaftlichem Denken bei.

4.4.2 Prämienverbilligung und Prävention

Bei der *Prämienverbilligung* stehen die Kantone vor dem Konflikt zwischen dem Solidaritätsziel, das eine massgebliche Entlastung von Personen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen verlangt, und dem finanzpolitischen Anliegen möglichst geringer kantonaler Aufwendungen. Die Kantone haben diesem Konflikt in unterschiedlicher Weise Rechnung getragen. Verschiedene Kantone haben die Bundesbeiträge nicht voll ausgeschöpft und die Prämien nicht maximal reduziert. Sie nehmen damit in Kauf, dass die Prämienbelastung auch bei Personen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen verhältnismässig hoch bleibt.

Vor allem Deutschschweizer Kantone zahlen die Prämienverbilligung direkt an die Versicherten aus, um die Transparenz der Kosten hochzuhalten. Davon wird ein Beitrag zum Kostenbewusstsein der Versicherten erwartet. Der Kanton Luzern verzichtet auf eine individuelle Information möglicherweise berechtigter Personen auf Grund von Steuerdaten und beabsichtigt damit, die Prämienverbilligung auf die wirklich wirtschaftlich Bedürftigen zu beschränken. Dies hat dazu geführt, dass zwischen 20 und 25 Prozent der Personen, welche möglicherweise Anrecht auf eine Prämienverbilligung haben, bisher keinen Antrag gestellt haben.

Das KVG gibt den Kantonen auch die Möglichkeit, sich aus dem Bereich der *Prävention* zurückzuziehen, indem verschiedene Vorsorgeleistungen, die früher von der öffentlichen Hand in den Kantonen getragen wurden, in die obligatorische Krankenpflegeversicherung integriert wurden. Die Evaluation zeigt, dass die Kantone die sich eröffnenden Möglichkeiten in der Regel dahingehend genutzt haben, dass sie sich finanziell entlasteten. Dies zeigte sich insbesondere bei den Impfungen von Kindern im Schulalter (Sager et al. 2001). Die Aufnahme präventivmedizinischer Massnahmen in den Pflichtleistungskatalog führte zu Diskrepanzen zwischen der gesetzlich vorgesehenen Form der Leistungserbringung und der tatsächlich vorherrschenden Praxis in den Kantonen. Die angestrebten Veränderungen bei den vollziehenden Behörden und bei den privaten Leistungserbringern haben sich gemäss Evaluation nicht oder nur unvollständig eingestellt. Die Autoren

vertreten die Ansicht, dass sich das KVG als eine ungenügende Rechtsgrundlage für die Finanzierung von Präventionsleistungen erwies, deren Vergütungspflicht an die Einbettung in organisierte Programme geknüpft ist. Die Aufnahme präventivmedizinischer Massnahmen in den Pflichtleistungskatalog hat bei der Zielbevölkerung keine oder nicht die beabsichtigten Verhaltensänderungen ausgelöst.

4.4.3 Auswirkungen auf die Kosten

Die Differenzen zwischen den kantonalen Gesundheitskosten sind in der zweiten Hälfte der Neunzigerjahre ein wenig kleiner geworden. Nach wie vor sind die Unterschiede aber beträchtlich. So ist der Pro-Kopf-Nettofinanzierungsbedarf der Kantone Basel-Stadt und Genf bis zu viermal höher als derjenige der Kantone Luzern, Schwyz, Appenzell Innerrhoden und Thurgau. Die höchsten Kosten finden sich in den Stadtkantonen und hängen mit einem stark spezialisierten und dichten Leistungsangebot im ambulanten und stationären Bereich – kombiniert mit einem hohen Anteil betagter Menschen, überdurchschnittlicher Arbeitslosigkeit und schwach ausgebildeten sozialen Netzwerken – zusammen. Die vertiefte Untersuchung der Entwicklung der Kostendifferenzen förderte einen Nivellierungseffekt zu Tage (Rüefli/Vatter 2001). Dieser weist darauf hin, dass die im Zusammenhang mit dem KVG eingeleiteten Massnahmen im stationären Bereich der Gesundheitsversorgung in einzelnen Kantonen zu spürbaren finanziellen Entlastungen geführt haben. So konnten die beiden Stadtkantone Genf und Basel-Stadt mit dem höchsten Kostenniveau die Ausgaben im Gesundheitswesen in der zweiten Hälfte der Neunzigerjahre senken. In kleinen und mittelgrossen Kantonen haben der vergleichsweise geringere politische und finanzielle Druck sowie ein gewisser Nachholbedarf im Investitionsbereich dazu geführt, dass die angestrebten Kosteneinsparungen nicht erzielt wurden.

Grundsätzlich ist jedoch festzuhalten, dass dem vergleichsweise niedrigen Wachstum der kantonalen Gesundheitsausgaben eine starke Zunahme der Krankenversicherungskosten gegenübersteht. Dies ist ein Zeichen dafür, dass die Massnahmen der Kantone in der Regel nicht kostensenkend, sondern kostenverlagernd gewirkt haben. Dies wird durch die statistische Analyse der Entwicklung der Finanzflüsse im Zusammenhang mit dem KVG erhärtet. Sie konstatiert einen schleichenden Rückzug der Kantone aus der Spitalfinanzierung. Die Untersuchungen empfehlen den Kantonen, ihren Handlungsspielraum – insbesondere bei der Spitalplanung – besser auszuschöpfen. Beispielsweise weist die festgestellte überproportionale Kostenzunahme in den bevölkerungsmässig kleinen und mittleren Kantonen auf die noch zu wenig ausgeschöpften Möglichkeiten der interkantonalen Zusammenarbeit im Gesundheitswesen hin.

4.4.4 Aufgaben bei der Tarifgenehmigung und -festsetzung sowie bei der Einhaltung des Versicherungsobligatoriums

Die *Tarifverhandlungen* zwischen den Versicherern und den Spitälern wurden angesichts der härteren Verhandlungskultur zunehmend von den Kantonen beeinflusst. Es kam zu einer Zunahme von gescheiterten Verhandlungen und damit vermehrt zu Tariffestsetzungen seitens der Kantone. Deren Doppelrolle als Finanzierer und Träger von öffentlichen Spitälern war aber zunehmend umstritten. Da die Kantone die Tarife weitgehend in ihrem finanziellen Interesse festsetzten, beschritten die Versicherer den Beschwerdeweg, der zum Bundesrat und zum Eidgenössischen Versicherungsgericht beziehungsweise zur Eidgenössischen Rekurskommission führte. Die Untersuchungen empfehlen daher, auf kantonaler Ebene eine Entflechtung der Rollen der Kantone als Leistungserbringer und als Tarifgenehmigungs- beziehungsweise Festsetzungsbehörde anzustreben. Diese Doppelfunktion führt zu Rollenkonflikten, welche die Kosteneindämmung beeinträchtigen.

Die Kantone sind auch für die Kontrolle der Versicherungspflicht zuständig. Eine systematische Analyse unterschiedlicher Vollzugsmodelle sowie von deren Stärken und Schwächen wurde im Rahmen der Wirkungsanalyse nicht durchgeführt. Abklärungen in einzelnen Kantonen haben aber ergeben, dass sehr unterschiedlich vorgegangen wird. Zahlreiche Kantone führen keine Kontrollen durch, sondern informieren die Bevölkerung ausschliesslich über die Versicherungspflicht. Grundsätzlich kann aber festgestellt werden, dass nur ein ganz geringer Teil der Bevölkerung nicht krankenversichert ist.

4.5 Bund

Dem Bund kommen gemäss Krankenversicherungsgesetz verschiedene, zum Teil neue Aufgaben zu. Vorab ist er Genehmigungsinstanz bei gesamtschweizerischen Tarifverträgen und wirkt als Beschwerdeinstanz in den Bereichen Tarifierung und Spitalplanung. Neu kann der Bundesrat für eine befristete Zeit die Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung von einem Bedürfnis abhängig machen und entsprechende Kriterien festlegen. Diese neue Kompetenz hat das Parlament in der ersten Teilrevision KVG beschlossen. Das Eidgenössische Departement des Innern entscheidet auf Antrag der Eidgenössischen Leistungskommission über die Vergütungspflicht der Krankenversicherer. Schliesslich übt das Bundesamt für Sozialversicherung verschiedene Aufsichtsfunktionen aus, indem es die Prämien der Versicherer genehmigen, das finanzielle Gleichgewicht der Versicherer prüfen muss und sicherzustellen hat, dass diese die Krankenversicherung nach den Vorschriften des KVG durchführen.

4.5.1 Bundesrat

Von der Möglichkeit, einen *Bedürfnisnachweis* für bestimmte Leistungserbringer zu verlangen, hat der Bundesrat bisher keinen Gebrauch gemacht (Art. 55a KVG).

Hingegen hat er eine aktive Rolle im Zusammenhang mit der Entwicklung der gesamtschweizerischen einheitlichen Tarifstruktur für ärztliche Leistungen TARMED übernommen. Der Antrag auf die bundesrätliche *Genehmigung der Tarifstruktur* wurde durch die Tarifpartner Ende Juni 2000 gestellt. Am 18. September 2000 hat der Bundesrat die Tarifstruktur TARMED genehmigt. Über den Zeitpunkt der Einführung und die Umsetzung der Vorgabe der Kostenneutralität bestand kein Konsens. Ende August 2001 wurde mitgeteilt, dass eine Einigung erzielt worden sei, welche einerseits die überarbeitete Tarifstruktur umfasst und andererseits das Anpassungskonzept, das im ersten Jahr nach der Einführung umgesetzt werden soll. Die Ratifizierung durch die Tarifpartner steht indessen noch aus. Dem Bundesrat wurden zudem bis Ende Oktober keine der genannten Unterlagen zur Genehmigung eingereicht. Was die Frage des Einführungszeitpunktes und des vom Bundesrat zur Bedingung für die Einführung erklärten Kostenneutralitätskonzeptes angeht, so haben die Tarifpartner keine Absichten bekannt gegeben.

Die Anzahl der *Tarifbeschwerden* an den Bundesrat hat stark zugenommen. Sie wurden zum überwiegenden Teil von den Versicherern eingereicht, die bei den Tarifen betreffend die stationäre Behandlung in öffentlichen Spitälern, in Heimen und in privaten Spitälern hauptsächlich die Senkung der von den Kantonen festgesetzten Tarife verlangten. Der Bundesrat ist in seinen Entscheiden zum überwiegenden Teil den Anträgen der Versicherer nach Tarifsenkungen gefolgt. Dabei hat er sich meist den Empfehlungen des Preisüberwachers angeschlossen. 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 Grundsätze für die Tarifberechnung zur

Klärung von Vollzugsfragen beitragen und durch die Forderung nach besseren Datengrundlagen 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. Auch wird bemängelt, dass der Bundesrat die Beschwerden in der Regel nicht sehr speditiv erledigt habe.

Die lange Dauer der Entscheidungsfindung wird auch im Bereich der *Beschwerden gegen kantonale Spitalplanung und -listen* kritisiert. Der bereits von den Kantonen oft nicht sehr rasch an die Hand genommene Prozess wurde gemäss der verfügbaren Evaluationsstudie durch den Bund zusätzlich verzögert. Es wird darauf hingewiesen, dass das KVG wichtige Begriffe im Planungsbereich offen lässt (z. B. „bedarfsgerechte Planung“ oder „angemessener Miteinbezug der Privatspitäler“), was dazu führte, dass der Bundesrat die entsprechenden Interpretationen über die Rechtsprechung und entsprechende Richtlinien klären musste. Die Rechtsprechung des Bundes ist jedoch umstritten, was zu weiteren Vollzugsschwierigkeiten führte. Zudem werden die Entscheidungsprozesse innerhalb der Bundesverwaltung als sehr langwierig beurteilt.

4.5.2 Eidgenössisches Departement des Innern

Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) entscheidet auf Antrag der Eidgenössischen Leistungskommission über die Vergütungspflicht der Krankenversicherer bei umstrittenen Leistungen. Mit diesem Instrument übt der Bund direkten Einfluss auf die Leistungserbringer aus. Indirekt sind davon aber auch die Versicherten betroffen, da damit der Leistungsumfang der obligatorischen Krankenpflegeversicherung definiert wird.

Wie in den Abschnitten 2.7 und 3.2.1 ausgeführt wurde, kann der Leistungsumfang der schweizerischen obligatorischen Krankenpflegeversicherung im internationalen Vergleich als umfassend gelten. Die wesentlichen Bedürfnisse werden umfassend abgedeckt, und die Versorgungsdichte ist sehr hoch. In der politischen Diskussion wird jedoch kritisiert, dass das EDI die Kostenfolgen neu zugelassener Leistungen zu wenig berücksichtige und dadurch wesentlich mitverantwortlich sei für die Kostensteigerung im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Die empirische Überprüfung dieser Argumentation im Rahmen der Wirkungsanalyse zeigte tatsächlich, dass die Eidgenössische Leistungskommission (ELK) den Kostenfolgen ihrer Entscheidungen in der Regel wenig Beachtung schenkt. Die Evaluation stellte fest, dass die Kostenfolgen, die sich aus den durch die ELK behandelten Leistungen ergeben, nur grob geschätzt werden können. Der Anteil der von der Kommission angenommenen Leistungen an den jährlichen Veränderungen der Krankenversicherungsausgaben entspricht aber in jedem Fall nur wenigen Prozenten, sodass in diesem Zusammenhang nicht von einem massgeblichen Einfluss auf die Kostenentwicklung gesprochen werden kann. Dennoch empfehlen die Expertinnen und Experten, die Kostenfolgen der Entscheidungen des EDI in Zukunft systematischer zu schätzen und zu überwachen. Im Falle neuer Entwicklungen bei Datenquellen, wie Einzelkostenabrechnung der ärztlichen Leistungen (TARMED) sollen frühzeitig die spezifischen Bedürfnisse der Überwachung der Kostenentwicklung berücksichtigt werden.

4.5.3 Bundesamt für Sozialversicherung

Das BSV hat die Prämien der Versicherer zu genehmigen. Die Versicherer erachten diesen Prozess als politisch gefärbt. Sie beanstanden, dass die Genehmigung ihre langfristige

Finanzplanung beeinträchtigt. Zudem wird auf Grund der grossen öffentlichen Aufmerksamkeit die Gefahr einer Imagebeeinträchtigung bei einer Veränderung der Prämien-erhöhung durch den Bundesrat kritisiert. Die verfügbare Untersuchung von Expertinnen und Experten empfiehlt daher, die Einflussnahme des Bundes auf die Prämien-gestaltung zu überprüfen, zumal die Kostenwirksamkeit dieser Massnahme bisher nicht erwiesen ist.

In den Augen der Wirkungsanalyse hat das BSV seinen Handlungsspielraum bei der Entwicklung von *Kosten- und Leistungsrechnungsvorgaben* für die Leistungserbringer nicht ausgeschöpft. Die Tatsache, dass vom Bund bis anhin keine verbindliche Bestimmung für eine einheitliche Kosten- und Leistungsrechnung im Spitalbereich und bei der Langzeitpflege erlassen wurde, wird von den Expertinnen und Experten als wesentliches Hemmnis im Hinblick auf eine Stabilisierung der Kosten in diesen Bereichen betrachtet.

Im KVG wurde die *Qualitätssicherung* erstmals geregelt. Das KVG gibt dem Bundesrat die Möglichkeit, nach Anhören der interessierten Organisationen systematische wissenschaftliche Kontrollen zur Sicherung der Qualität oder des zweckmässigen Einsatzes der von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommenen Leistungen vorzusehen. Gegenwärtig überlässt das BSV diese Aufgabe weitgehend den Leistungserbringern. Es hat aber 1999 Ziele und Anforderungen an die Umsetzung von Qualitätssicherungsmassnahmen formuliert und damit einen aktiven Beitrag zur Diskussion geleistet und die Planungssicherheit der Leistungserbringer gefördert. Die Expertinnen und Experten verlangen, dass der Bund im Bereich der Qualitätssicherung eine wesentlich aktivere Rolle übernimmt und dafür auch finanzielle Mittel einsetzt (Faisst/Schilling 1999b).

Schliesslich wirft die Wirkungsanalyse die Frage auf, ob das BSV seine *Informationsaufgaben* gegenüber der Bevölkerung ausreichend wahrgenommen hat. Über die Hälfte der Befragten wies im Jahr 2000 einen mittleren subjektiven Informiertheitsgrad über das Krankenversicherungsgesetz auf. Knapp ein Fünftel fühlte sich gut oder sehr gut informiert. Ein Viertel war der Ansicht, mangelhaft bis schlecht unterrichtet zu sein. Die allgemeinsten Basiskennntnisse über das KVG waren bei der Mehrzahl der Versicherten vorhanden (Peters et al. 2001). Allerdings deutet eine Auswertung der Anfragen bei Versichertenorganisationen darauf hin, dass die Konsequenzen des Grundsatzes der vollen Freizügigkeit vielen Versicherten noch nicht klar sind (Faisst/Schilling 1999a). Die Expertinnen und Experten empfehlen daher dem Bundesamt, eine aktivere Informationspolitik zu betreiben. Zudem solle geprüft werden, ob die Organisationen von Patientinnen und Patienten sowie von Versicherten gestärkt werden könnten, um in diesem Bereich notwendige Aufgaben übernehmen zu können.

Zusammenfassend lässt sich aus den verfügbaren Untersuchungen ableiten, dass der Bund die Führungsrolle im Bereich der Krankenversicherung nicht konsequent wahrgenommen hat. Er hat vor allem eine reaktive Politik betrieben. In Zukunft sollte eine vorausschauende Klärung und Definition der offenen Begrifflichkeiten im KVG durch Richtlinien in den Bereichen Tarife, Spitalplanung und Qualitätssicherung erfolgen.

5. Synthese und offene Fragen

Die Wirkungsanalyse zum Krankenversicherungsgesetz hat zum Ziel, zuverlässige Informationen über den Vollzug und die Wirkungen des Gesetzes zu liefern. Auf dieser Grundlage sollen Massnahmen zur Optimierung der Umsetzung des KVG basieren.

In den vorangegangenen Kapiteln haben wir Vollzug und Wirkungen der einzelnen Massnahmen des KVG dargestellt und geprüft, ob und in welchem Umfang die drei Hauptziele erreicht wurden und ob die Akteure ihren Handlungsspielraum erwartungsgemäss genutzt haben. Nun geht es darum, diese Informationen zu synthetisieren, um damit die Grundlage für Optimierungen der Umsetzung sowie für notwendige Gesetzesänderungen bereitzustellen. Zu diesem Zweck fassen wir im ersten Abschnitt die wichtigsten Angaben betreffend die Zielerreichung zusammen. Im zweiten Abschnitt prüfen wir, ob sich die konzeptionellen Grundlagen des KVG bewährt haben. Schliesslich weisen wir im dritten Abschnitt auf die offenen Fragen hin.

5.1 Wurden die Ziele erreicht?

Das KVG und damit die obligatorische Krankenpflegeversicherung verfolgt drei Ziele: die Stärkung der Solidarität, die Bereitstellung einer qualitativ hochstehenden medizinischen Versorgung für die ganze Bevölkerung und die Dämpfung der Kostenentwicklung.

5.1.1 Solidarität

Hinsichtlich der beabsichtigten Stärkung der Solidarität zwischen Jung und Alt, Gesund und Krank sowie Arm und Reich weisen die verfügbaren Evaluationen von aussenstehenden Expertinnen und Experten darauf hin, dass mit der Einführung des KVG verschiedene Mängel der vorangegangenen gesetzlichen Regelung behoben werden konnten. Die unter dem alten Gesetz zu beobachtende Entsolidarisierung konnte wirkungsvoll verringert werden. Dazu beigetragen haben das Obligatorium, die volle Freizügigkeit, die einheitliche Prämie innerhalb einer Versicherung und einer Region, der Risikoausgleich und schliesslich die individuelle Prämienverbilligung für Personen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen. Obwohl im Gesetz keine verbindliche Zielgrösse definiert ist, kommt die Wirkungsanalyse zum Schluss, dass das Solidaritätsziel im Wesentlichen erreicht wurde.

Allerdings wurden auch verschiedene Defizite konstatiert, die es bei der Weiterentwicklung zu beheben gilt. So hat der Risikoausgleich zwar die Risikoselektion durch die Versicherer vermindert, er konnte sie aber nicht vollständig unterbinden. Die individuelle Prämienverbilligung entlastet die unteren Einkommenschichten zwar wirksam, in Kantonen mit hohen Prämien aber ungenügend. Zudem wurde der Vollzug in einzelnen Kantonen bemängelt. Insbesondere wird die Information der Bevölkerung über ihr Recht auf Prämienverbilligung als zum Teil ungenügend erachtet. Ein Problem besteht auch darin, dass verschiedene Massnahmen, welche die Solidarität in der sozialen Krankenversicherung sicherstellen, notwendigerweise die ökonomischen Anreize für Versicherte, Versicherer und Leistungserbringer verändern. So stellt sich etwa die Frage, ob eine Erweiterung des Risikoausgleichs nicht den Wettbewerb zwischen den Versicherern einschränkt und die Entwicklung einer Einheitskasse einleitet. Auch ist zu vermuten, dass die Ausgestaltung der Prämienverbilligung die Motivation der Versicherten, sich für einen günstigen Versicherer und ein günstiges Versicherungsmodell zu entscheiden, beeinflussen kann. Bei Änderungsvorschlägen ist auf eine ausgewogene Be-

rücksichtigung des Solidaritätsziels und der wettbewerblichen Ausrichtung des KVG zu achten.

5.1.2 Leistungen

Auch im Hinblick auf die *Bereitstellung einer qualitativ hochstehenden medizinischen Versorgung* für die ganze Bevölkerung weisen die Expertinnen und Experten darauf hin, dass mit dem Krankenversicherungsgesetz wichtige Lücken geschlossen werden konnten. Zu erwähnen sind insbesondere die Pflege zu Hause und in Pflegeheimen sowie die unbeschränkte Leistungspflicht bei Spitalaufenthalten. Der Leistungsumfang kann heute – auch im internationalen Vergleich – als umfassend beurteilt werden, und der Zugang der Versicherten zu den Leistungen ist gewährleistet.

In der politischen Diskussion wird kritisiert, dass das Eidgenössische Departement des Innern die Kostenfolgen neu zugelassener Leistungen zu wenig berücksichtige und dadurch wesentlich mitverantwortlich sei für die Kostensteigerung im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Die empirische Überprüfung dieser Argumentation im Rahmen der Wirkungsanalyse zeigte tatsächlich, dass die Eidgenössische Leistungskommission (ELK) den Kostenfolgen ihrer Entscheidungen in der Regel zu wenig Beachtung schenkt. Die Evaluatorinnen und Evaluatoren stellten fest, dass die Kostenfolgen, die sich aus den durch die ELK behandelten Leistungen ergeben, nur grob geschätzt werden können. Der Anteil der von der Kommission angenommenen Leistungen an den jährlichen Veränderungen der Krankenversicherungsausgaben entspricht aber in jedem Fall nur wenigen Prozenten, sodass in diesem Zusammenhang nicht von einem massgeblichen Einfluss auf die Kostenentwicklung gesprochen werden kann. Dennoch empfehlen die Expertinnen und Experten, die Kostenfolgen der Entscheidungen des Eidgenössischen Departements des Innern in Zukunft systematischer zu schätzen und zu überwachen.

Weiter haben die Untersuchungen gezeigt, dass die Qualitätssicherung im Gesundheitswesen noch wenig entwickelt ist. Schliesslich wurde ermittelt, dass die Integration von präventiven Leistungen in die obligatorische Krankenpflegeversicherung teilweise dazu geführt hat, dass sich Kantone aus der Finanzierung von Kampagnen zurückgezogen haben. Dies hat die Verbreitung der Prävention beeinträchtigt.

5.1.3 Kosten

Das dritte Hauptziel des KVG ist darauf ausgerichtet, die Kostenentwicklung zu bremsen. Diesbezüglich hat das Gesetz die Erwartungen nicht erfüllt. Abgesehen von diesem Einführungseffekt lagen die jährlichen Kostensteigerungen seit der Einführung des KVG 1996 bis ins Jahr 2000 bei 5,3 Prozent und damit unter den Steigerungsraten der Jahre zwischen 1985 und 1995 (6,6 Prozent), aber wie schon in der Vorperiode deutlich über dem wirtschaftlichen Wachstum.

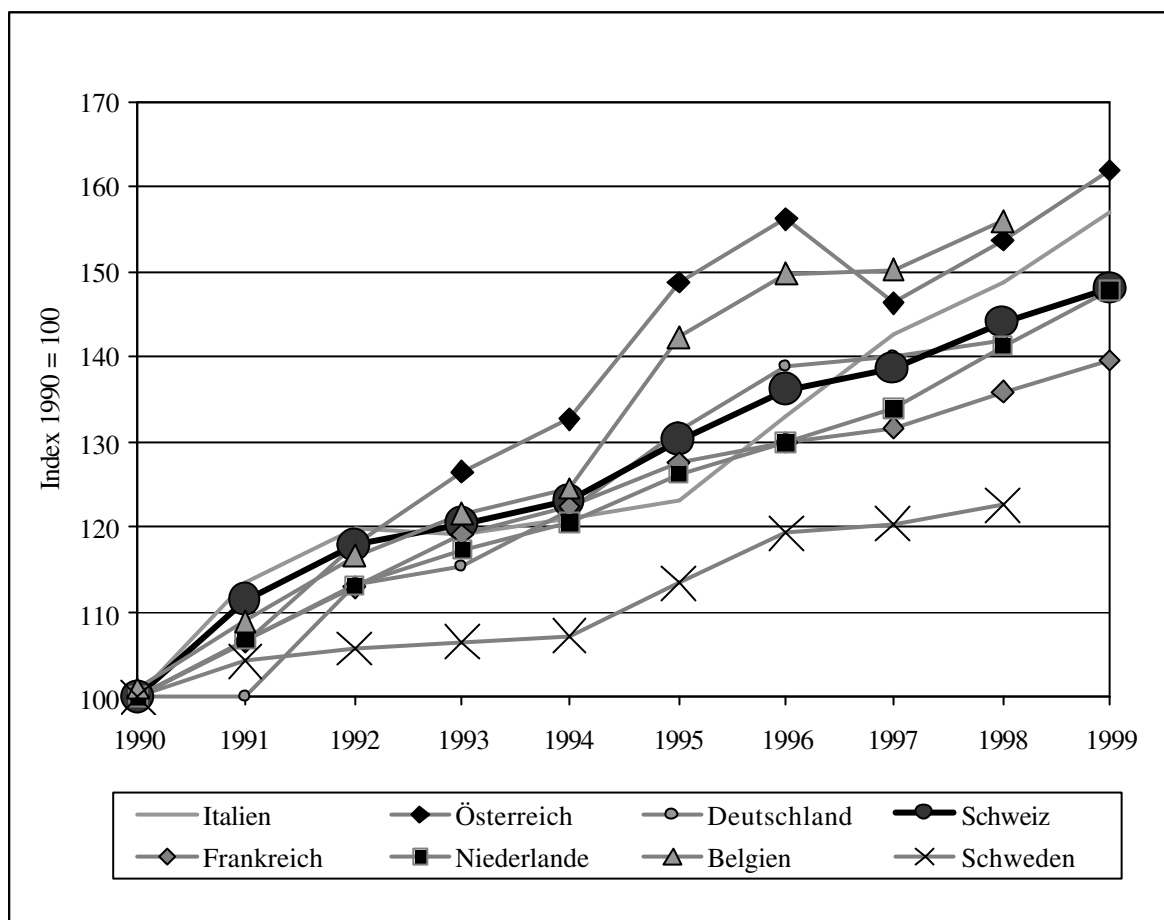
Besonders gross war das Ausgabenwachstum in den Bereichen Medikamente, ambulante Spitalbehandlung, Pflegeheime und Spitex. Bei der Zunahme der Aufwendungen für Pflegeheime und Spitex-Dienstleistungen handelt es sich nach Ansicht der Expertinnen und Experten vermutlich um einen zeitlich verzögerten Einführungseffekt, der in den nächsten Jahren abflachen wird. Hingegen beschleunigt sich die Kostenentwicklung in den Bereichen Medikamente und ambulante Behandlungen, welche Spitäler leisten. Bei den Medikamenten lässt sich die Erhöhung auf eine Mengenausweitung zurückführen, sind die Heilmittelpreise doch tendenziell gesunken. Bei den ambulanten Leistungen im Spital handelt es sich um eine Verlagerung stationärer Behandlungen in den ambulanten Bereich.

Abgesehen von den Einführungseffekten des KVG verlaufen die Trends ähnlich wie vor dem Inkrafttreten des Gesetzes.

Einen relevanten Einfluss des KVG auf die Entwicklung der allgemeinen Gesundheitskosten konnten die verfügbaren Wirkungsanalysen nicht feststellen (Greppi et al. 2000). Die Steigerungsrate lag zwar leicht unter dem Mittel der vier vorangegangenen Jahre, aber deutlich über der durchschnittlichen Jahreststeuerung von 0,8 Prozent beziehungsweise der Entwicklung der Reallöhne (minus 0,3 Prozent).

Internationale Vergleiche weisen darauf hin, dass die steigenden Gesundheitskosten in allen entwickelten Staaten Anlass für Reformen des Gesundheitswesens bilden. Dabei zeigt sich, dass weder deregulierte Systeme, wie sie die Vereinigten Staaten kennen, noch staatliche Systeme, wie das in Frankreich praktizierte Modell, die Steigerungsraten längerfristig haben senken können. Die Entwicklung der schweizerischen Gesundheitskosten weicht nicht von den in den Nachbarländern festzustellenden Trends ab. Dies zeigt die nachfolgende Darstellung D 5.1.

D 5.1: Gesamte Gesundheitsausgaben pro Kopf in Landeswährung



Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2001

Im internationalen Vergleich zeichnet sich das schweizerische System durch einen hohen Leistungsstandard, durch eine gute Zugänglichkeit für alle Bevölkerungsschichten zu den Leistungen und durch eine hohe Wahlfreiheit der Versicherten und Patientinnen und Patienten in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung aus. Gleichzeitig wird ein relativ hoher Anteil des Gesundheitswesens über den privaten Markt finanziert, sodass individuellen Präferenzen gut Rechnung getragen werden kann. Dennoch kommt eine neuere Untersuchung zum Schluss, dass das schweizerische Gesundheitssystem im

internationalen Vergleich nicht als „leistungsfähig“ angesehen werden kann, weil Länder wie Belgien und Schweden mit 50 Prozent weniger Kosten pro Einwohner bessere Indikatoren der Gesundheit und der Zufriedenheit ihrer Bevölkerung erzielen (Dominighetti/Quaglia 2001).

5.2 Haben sich die konzeptionellen Grundlagen bewährt?

Mit dem Krankenversicherungsgesetz hat die Schweiz Rahmenbedingungen für einen regulierten Wettbewerb gesetzt. Für die ganze Bevölkerung besteht eine umfassende obligatorische Krankenpflegeversicherung im Krankheitsfall, deren Finanzierung auf dem Prinzip der Solidarität zwischen Gesunden und Kranken, Jungen und Alten, Männern und Frauen sowie höheren und tieferen Einkommen basiert. Innerhalb des gesetzten Rahmens haben die Krankenversicherer Gestaltungsspielräume erhalten und können neue Versicherungsformen anbieten. Die innovativsten Elemente sind die verschiedenen Managed-Care-Formen.

Während das Gesetz die Solidarität zwischen Versicherten mit unterschiedlichem Krankheitsrisiko und mit unterschiedlichem Einkommen verstärkt und eine hochstehende medizinische Versorgung sicherstellt, sind deutliche positive Auswirkungen des neuen KVG auf die Kostenentwicklung nicht sichtbar. Zwar konnten die Preise im Gesundheitswesen stabilisiert werden, doch ist ein grosses Mengenwachstum zu beobachten, welches über das KVG nicht gesteuert werden kann.

Das KVG setzte Erwartungen in das Verhalten der Akteure. Wie die verfügbaren Untersuchungen von Expertinnen und Experten zeigen, haben diese ihre Rollen aber nur zum Teil wahrgenommen. Oft haben sie ihre angestammte Position verteidigt. Die Leistungserbringer blieben dem Wettbewerb wenig ausgesetzt. Auch ist deren Entwicklung stark von den Kantonen beeinflusst, welche in einem Interessenkonflikt zwischen ihrer Funktion als Spitalbetreiber und als Tarifgenehmigungsbehörde stehen. Die Krankenversicherer und die Versicherten ihrerseits machten von den neuen Versicherungsformen wenig Gebrauch. Die Versicherten haben zwar umfangreiche Wahlmöglichkeiten, scheinen aber mit ihren Versicherungslösungen zufrieden zu sein und sehen daher keine Veranlassung zu Veränderungen. Von den besonderen Versicherungsformen ist zurzeit kein Beitrag zur Kosteneindämmung festzustellen. Mit dem KVG wurden die Versicherer aufgefordert, sich verstärkt wettbewerbsfähig zu verhalten und sich von „Verwaltern“ zu „Unternehmern“ zu entwickeln. Diese Veränderungen sind zwar in Gang gekommen, aber noch wenig weit entwickelt. Erst am Anfang steht auch die strukturierte Qualitätssicherung durch Versicherer und Leistungserbringer. Und auch die Änderungen der Rahmenbedingungen des KVG im Tarifbereich haben bisher praktisch keinen Einfluss auf die Reduktion der Gesundheitskosten ausgeübt.

Trotz der überwiegend kritischen Bilanz bezüglich der Wirkung des Gesetzes auf die Kostenentwicklung gilt es zu beachten, dass viele positive Entwicklungen in Gang gekommen sind. Davon sind in den nächsten fünf bis zehn Jahren Beiträge zur Erhöhung der Effizienz des schweizerischen Gesundheitssystems zu erwarten. So hat das KVG die Transparenz des Gesundheitswesens, die Wahlfreiheit für die Versicherten als Marktteilnehmerinnen und Marktteilnehmer und damit deren Selbstverantwortung gestärkt. Der Leistungskatalog sichert eine qualitativ hochstehende Medizin im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Die volle Freizügigkeit, der Risikoausgleich und die Prämienverbilligung stellen die Solidarität sicher. Die Professionalisierung der Versicherer wurde eingeleitet. Leistungserbringer ziehen vermehrt auch ökonomische

Überlegungen in ihre Entscheidungsfindung ein. Auf verschiedensten Ebenen sind Innovationen in Gang gekommen.

Die vorliegenden Untersuchungen kommen daher mehrheitlich zum Schluss, dass sich die konzeptionellen Grundlagen des KVG bewährt haben. Die sozialpolitische Zielsetzung mit den dazugehörigen gesetzlichen Rahmenbedingungen und die wettbewerblichen Elemente werden aber auch in Zukunft in einem Spannungsverhältnis stehen. Diese Tatsache ist grundsätzlicher Natur und kann nicht aufgelöst, aber besser ausgeglichen werden. Die verfügbaren Studien machen deutlich, dass das KVG verschiedene problematische Anreize setzt, die dazu führen, dass die marktwirtschaftliche Steuerung nicht ausreichend funktioniert, um die Kostenentwicklung wirksam einzudämmen. Die Expertinnen und Experten orten entscheidende Verbesserungsmöglichkeiten in folgenden neun Bereichen:

5.2.1 Managed Care

Etliche Evaluationen streichen heraus, dass alles unternommen werden sollte, was zu einem vermehrten Einsatz von besonderen Versicherungsformen und damit von Managed-Care-Organisationen führt. Expertinnen und Experten setzen in diese Modelle nach wie vor grosse Hoffnungen dahingehend, dass damit die Kostenentwicklung gebremst werden kann. Sie verlangen ein kontinuierliches Monitoring mit jährlicher Berichterstattung und statistischen Erhebungen, um die Entwicklung neuer Versicherungsformen zuverlässig verfolgen zu können. Zudem vertreten sie die Ansicht, dass verschiedene heute geltende Bestimmungen die Verbreitung von Managed-Care-Organisationen behindern. So wird unterstrichen, dass die Versicherer gegenwärtig kaum an diesen Modellen interessiert sind, weil die Abgaben an den Risikoausgleich zum Teil höher sind als die Prämieinnahmen. Zudem wirkt sich die Vorschrift, dass HMO-Einrichtungen in den ersten fünf Jahren nur 20 Prozent der Kosteneinsparungen in Form tieferer Prämien weitergeben dürfen, hemmend auf die Verbreitung aus. Auch schmälert gemäss Expertenmeinung der Kontrahierungszwang das Interesse der Ärztinnen und Ärzte an diesen Versicherungsmodellen.

5.2.2 Spitalfinanzierung

Verschiedene Expertinnen und Experten vertreten die Meinung, dass die Spitalfinanzierung neu geregelt werden muss. Das heutige System führt in ihren Augen dazu, dass die kantonalen Subventionen nur einem Teilbereich des Gesundheitswesens zufließen, was zu Verzerrungen und Fehlanreizen führt. Aus diesem Grund verlangen sie, den Übergang zu einem monistischen System vorzubereiten. Konkret bedeutet das, dass die Gesamtkosten der stationär erbrachten Leistungen über einen Finanzierer abgewickelt werden. Die bisherigen kantonalen Subventionen gingen nicht mehr an die Spitäler, sondern direkt an die Versicherer oder allenfalls an einen gemeinsamen Fonds der Versicherer, wodurch der Interessenkonflikt der Kantone zwischen der Aufsichtspflicht und der Leistungserbringung entschärft wird. Mit diesem System soll unter anderem der Wettbewerb zwischen stationären und ambulanten medizinischen Leistungen verstärkt werden. Es würden „gleich lange Spiesse“ geschaffen.

Die Expertinnen und Experten schlagen einen Fonds vor, welcher zum einen durch die bisherigen Kantonssubventionen an die stationären Aufenthalte zu speisen wäre. Zum anderen könnten zusätzliche Steuermittel eingeschossen werden, um den steuerfinanzierten Anteil der von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommenen Leis-

tungen zu erhöhen. Die anstehende zweite Teilrevision des KVG gehe in dieser Hinsicht in die richtige Richtung, löse aber das Kernproblem nicht.

5.2.3 Kontrahierungszwang

Drittens wird in den Evaluationen verschiedentlich die Abschaffung des Kontrahierungszwangs empfohlen. Gegenwärtig bestehen für Leistungserbringer auf Grund der Pflicht der Versicherer, mit den zugelassenen Leistungserbringern Tarifverträge abzuschliessen (was gemeinhin als Kontrahierungszwang bezeichnet wird), wenig Anreize, wirtschaftliche Risiken zu übernehmen. Es wird argumentiert, dass die Versicherer mit der Aufhebung dieser Regelung die Zahl der Leistungserbringer, die zur Tätigkeit zu Lasten der Krankenversicherung zugelassen sind, begrenzen würden. Dadurch könnte die Mengenausweitung und damit auch die Kostensteigerung zu Lasten der Krankenversicherung im ambulanten Bereich begrenzt werden. Die finanziellen Anreize, welche die Eröffnung einer privaten Arztpraxis in der Schweiz mit sich bringt, würden reduziert. Angesichts des wirtschaftlichen Risikos, das die Eröffnung einer solchen Praxis bei einer Aufhebung des Kontrahierungszwangs darstellte, würden zahlreiche Ärztinnen und Ärzte es vorziehen, weiterhin im Spitalbereich tätig zu sein, wo gegenwärtig Ärztemangel herrscht.

Allerdings ist zu bedenken, dass die Versicherten in der freien Wahl des Leistungserbringers eingeschränkt wären. Die freie Wahl des Leistungserbringers bildet einen der Hauptgrundsätze des Systems der sozialen Krankenversicherung, auf welchen die Bürgerinnen und Bürger grossen Wert legen. Die Aufhebung des Kontrahierungszwangs könnte für ältere Patienten und/oder für chronisch Kranke, für welche die therapeutische Beziehung besonders wichtig ist, negative Auswirkungen haben. Zudem stellt sich das Problem, dass Gruppen von Patientinnen und Patienten, welche hohe Kosten verursachen, von den Versicherern dadurch ausgeschlossen werden könnten, weil Letztere mit bestimmten Leistungserbringern keine Verträge abschliessen.

5.2.4 Risikoausgleich

Die Untersuchungen, welche sich mit dem Risikoausgleich beschäftigt haben, weisen darauf hin, dass sich dieses Instrument mit seiner bald zehnjährigen Praxis bei allen Akteuren eingespielt hat. Es hat in seiner heutigen Form auch eine relativ weitgehende Akzeptanz – im Sinne eines kleinsten gemeinsamen Nenners – erreicht. Die Einheitsprämie setzt nach Ansicht der Expertinnen und Experten voraus, dass der Risikoausgleich unter den Versicherern zeitlich unbegrenzt beibehalten wird. Die Fachleute fordern aber einen gegenüber heute differenzierteren Ausgleich, da die Versicherer mit der heute geltenden Regelung in relativ starker Masse Risikoselektion betreiben und somit das Solidaritätsziel aushöhlen könnten.

Verlangt wird auch die Prüfung eines steuerfinanzierten Hochrisikopools. Indem die Versicherer die vorhersehbaren Kosten sehr teurer Fälle *vor* dem Geschäftsjahr an einen Risikopool abtreten könnten, liessen sich die Anreize zur Risikoselektion vermindern. Der Pool wäre in einem Bereich wirksam, in welchem finanzielle Anreize das Verhalten der Patientinnen und Patienten nicht beeinflussen. Zudem könnte innerhalb des Pools ein konsequentes Fallmanagement betrieben werden.

5.2.5 Prämienverbilligung

Die marktwirtschaftliche Ausrichtung der Krankenversicherung soll die Solidaritätszielsetzung nicht beeinträchtigen. Aus ökonomischer Sicht sollten Umverteilungs-

massnahmen nicht bei einzelnen sozialpolitischen Instrumenten ansetzen. Vielmehr sollten sie im Rahmen der Besteuerung oder durch allgemeine Einkommenszuschüsse an Personen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen zum Tragen kommen. Das geltende Prämienverbilligungssystem verstösst zwar gegen dieses theoretische Prinzip, die Expertinnen und Experten empfehlen aber die Beibehaltung der Massnahme, weil sie sich als wirksames Solidaritätsinstrument erwiesen hat. Verlangt wird aber einerseits eine Verringerung der Unterschiede in den kantonalen Vollzugssystemen und andererseits die Festlegung eines sozialpolitischen Wirkungsziels, dessen Einhaltung systematisch überprüft werden kann und soll. Zudem sollen Anreize geschaffen werden, welche sicherstellen, dass sich Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen kostengünstigen Versicherungen zuwenden. Das könnte beispielsweise dadurch geschehen, dass bei der Festsetzung der Höhe der Prämienverbilligung von den Prämien ausgegangen wird, welche für die Mitgliedschaft in Modellen mit beschränkter Wahl der Leistungserbringer bezahlt werden müssen. Die Prämienverbilligung würde dann einen abnehmenden Prozentsatz der Prämie decken, wenn der Empfänger eine teurere Versicherung wählt.

5.2.6 Leistungen

Auf Grund einer Analyse des Verfahrens der Leistungsbezeichnung sowie der Beschwerdeverfahren gegen Entscheide der Versicherer schlugen Expertinnen und Experten vor, Organisationen, welche sich für die Rechte von Patientinnen und Patienten beziehungsweise von Versicherten einsetzen, die Möglichkeit zu geben, sich direkt an die Eidgenössische Leistungskommission zu wenden, in ein laufendes Verfahren einzugreifen sowie eine Beschwerde gegen Verfügungen der Versicherer einzureichen. Bezüglich der Vergütungspraxis der Versicherer wird dem Bund empfohlen, die Information von Versicherten und Leistungserbringern zu verbessern.

Die Analyse der Dokumentationen, welche der Eidgenössischen Leistungskommission zur Verfügung standen, liess die Expertinnen und Experten im Hinblick auf die Kostenfolgen bei zwei Punkten Handlungsbedarf erkennen: Erstens soll für die Gesuchsteller ein Leitfaden zur Berechnung der Kostenfolgen entwickelt werden, der auch Daten zur Ermittlung der Kostenfolgen sowie Methoden zur Schliessung von Informationslücken enthält. Zweitens sollte Sorge getragen werden, dass im Falle neuer Entwicklungen bei Datenquellen wie Einzelkostenabrechnung frühzeitig die spezifischen Bedürfnisse der Überwachung der Kostenentwicklung berücksichtigt werden.

Schliesslich weisen die Expertinnen und Experten auf unerwünschte Entwicklungen im Bereich der Gesundheitsprävention hin und verlangen, dass der Bund diesbezüglich klarere Prioritäten setzt und dabei auch Vollzugsaspekte berücksichtigt.

5.2.7 Qualitätssicherung

Die medizinischen Leistungserbringer und deren Verbände haben unterschiedliche Aktivitäten der Qualitätssicherung und Qualitätsförderung ergriffen. Mit einem Projekt im Rahmen der Wirkungsanalyse KVG verschaffte sich das BSV einen Überblick über diese Aktivitäten auf Verbandsebene. Dabei zeigte sich, dass die meisten Verbände mit dem Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer einen Rahmenvertrag zur Qualitätssicherung abgeschlossen haben beziehungsweise zum Zeitpunkt der Erhebung (1999) daran waren, Qualitätskonzepte und -programme zu erarbeiten. Qualitätsverträge im Sinne des Gesetzgebers existierten nur im Laborbereich. Damit waren die Anforderungen des KVG noch bei weitem nicht erfüllt. Die Expertinnen und Experten verlangten daher, dass

der Bund im Bereich der Qualitätssicherung eine wesentlich aktivere Rolle übernimmt und dafür auch finanzielle Mittel einsetzt. Er solle – zusammen mit den Leistungserbringern – eine klare und einheitliche Haltung vertreten und diese nach aussen kommunizieren. Zudem sollen alle geplanten oder bereits umgesetzten Qualitätssicherungs- und Qualitätsförderungsaktivitäten der Leistungserbringer zum Beispiel mit jährlich publizierten Qualitätsberichten transparent gemacht werden.

5.2.8 Information der Versicherten

Die Studien weisen auf verschiedene Informationsdefizite der Versicherten hin. So fehle es oft an Grundinformationen, beispielsweise bezüglich der Möglichkeiten des Kassenwechsels, alternativer Versicherungsformen oder der Auswahl unterschiedlicher Franchisen. Die vielen Anfragen bei Versichertenorganisationen zum Wechsel des Versicherers für die obligatorische Krankenpflegeversicherung deuten weiter darauf hin, dass bezüglich der vollen Freizügigkeit bei vielen Versicherten noch Unsicherheiten bestehen. Weiter stellte die Untersuchung über die Information der Versicherten fest, dass zur Qualität und Performance der Krankenversicherer kaum Informationen vorhanden seien. Die Autorinnen und Autoren schlagen vor, mit Prämienübersichten und Tipps für die Versicherten die relevanten Informationen leichter zugänglich zu machen. Es wird auch die Herausgabe eines „Produktwegweisers“ angeregt, um die Markttransparenz zu steigern und die Zahl der volkswirtschaftlich sinnvollen Wanderungen zu erhöhen. Eine Evaluation erachtet es auch als zweckmässig, die Organisationen der Patientinnen und Patienten beziehungsweise der Versicherten personell und materiell in die Lage zu versetzen, solche Aufgaben wahrnehmen zu können.

5.2.9 Spitalplanung

Verschiedene Evaluationen verlangen eine Optimierung und Beschleunigung der Spitalplanung. Der Bericht, der sich spezifisch mit dieser Thematik befasst, hält fest, dass die fehlende gesamtschweizerische Gesundheitspolitik der wichtigste Grund für die konstatierten systemimmanenten Mängel der Spitalplanung sei. Er fordert daher einerseits einen umfassenden Erfahrungsaustausch zwischen den Kantonen und andererseits bessere Informationen zur gesundheitlichen Situation der Bevölkerung, zum Preis-Leistungs-Verhältnis der Anbieter und zur Qualität der erbrachten Leistungen. Die Gesundheitsberichterstattung, wie sie in einigen Kantonen bereits praktiziert wird, sollte auf die ganze Schweiz ausgedehnt werden.

Weiter wird betont, dass die gegenseitigen Beziehungen und Abhängigkeiten zwischen ambulantem, teilstationärem und stationärem Bereich derart intensiv sind, dass eine sektorale Teilplanung ohne Berücksichtigung der anderen Bereiche nicht zielführend sein könne. Verlangt wird eine Erweiterung der Spitalplanung in Richtung integrierter Versorgungsangebote (Hausärztinnen und -ärzte, ambulanter Bereich, teilstationärer Bereich, Einbezug von Rehabilitation, Psychiatrie und Geriatrie). Dabei sei allerdings zu berücksichtigen, dass die Kantone bezüglich Gesundheitsversorgung nur beschränkt sinnvolle Planungsregionen bildeten, so dass es notwendig sei, neue Planungsregionen zu schaffen.

Verschiedene Untersuchungen verlangen, dass im Bereich der Spitzen- und Zentrumsmedizin eine eidgenössische Spitalplanung erstellt wird.

5.3 Wichtige offene Fragen

Die Wirkungsanalyse zum Krankenversicherungsgesetz hat sich entsprechend dem 1998 definierten und in Kapitel 1 des vorliegenden Berichts zusammengefassten Ausführungskonzept aus ganz unterschiedlichen Perspektiven mit den Auswirkungen dieses Gesetzes befasst. Obwohl in insgesamt rund 25 Studien zahlreiche Fragen geklärt werden konnten, blieben viele Themen unbearbeitet. Erkenntnisbedarf besteht insbesondere in folgenden Bereichen:

- Die Auswirkungen des KVG auf die *Versorgungsstrukturen* sind noch zu wenig bekannt. Einerseits wurde die Spitalplanung nur unvollständig beleuchtet. Notwendig ist es, die Effekte auf kantonaler Ebene mittels Fallstudien qualitativ und anhand von konkretem Zahlenmaterial quantitativ zu untersuchen. Andererseits gilt es, die Entwicklung von Koordination, Kooperation und Konkurrenz zwischen den verschiedenen Leistungserbringern zu analysieren.
- Im Rahmen der vorliegenden Untersuchungen wurden nur die Kostenentwicklungen bei einzelnen Akteuren analysiert. Zu den Substitutions- und Verlagerungseffekten bestehen nur qualitative Informationen. Notwendig wäre eine *ganzheitliche Kostenanalyse*, um zu ermitteln, in welchem Umfang das KVG Substitutions-, Verlagerungs- und Mengeneffekte bewirkte. Besondere Aufmerksamkeit sollte den Verschiebungen zwischen stationärer und ambulanter Behandlung zukommen.
- Die *Kantone* nutzen ihre Handlungsmöglichkeiten im Gesundheitswesen ganz unterschiedlich. Durch eine vergleichende Abklärung sollte aufgezeigt werden, wie die Handlungsspielräume wahrgenommen wurden. Auf dieser Grundlage könnten „gute Beispiele“ diskutiert und geprüft werden, ob und unter welchen Bedingungen diese auf andere Kantone übertragen werden könnten.
- Akteure mit ganz unterschiedlichem Hintergrund sind der Ansicht, dass *Managed-Care-Modelle* einen wichtigen Beitrag zur Dämpfung der Kostenentwicklung leisten können. Nach wie vor fehlen zuverlässige statistische Aussagen zur Kostenseite. Eine standardisierte Erhebung und Analyse ist daher notwendig. Offen sind allerdings die Auswirkungen einer teilweisen oder generellen Aufhebung des Kontrahierungszwangs auf die alternativen Versicherungsformen.
- Wichtig ist es, auch die Kostenentwicklung im *Medikamentensektor* vertieft zu untersuchen. In diesem Bereich wachsen die Ausgaben gegenwärtig sehr stark. Es gilt beispielsweise abzuklären, wie sich die Mengenausweitung entwickelt, ob und in welchem Ausmass günstige alte durch neue teure Medikamente substituiert werden, wie sich die Verschreibung von Generika entwickelt und ob Apotheken tatsächlich Generikapräparate an Stelle von rezeptierten Originalpräparaten abgeben.
- Besondere Aufmerksamkeit muss den Entwicklungen auf der *Leistungsseite* zukommen. So müssen die gesundheitlichen und die wirtschaftlichen Folgen von neu zugelassenen Leistungen genau beobachtet werden. Zudem muss verfolgt werden, wie sich der Einsatz von „alten“ Leistungen entwickelt. Wiederum geht es um das Spannungsfeld zwischen Komplementarität und Substitution. Grosses Gewicht wird den Arbeiten im Rahmen des Programms zur Evaluation der Wirksamkeit, der Wirtschaftlichkeit und der Zweckmässigkeit der Komplementärmedizin (PEK) zukommen.
- Die Auswirkungen unterschiedlicher Modelle zur Vergütung der Leistungserbringer wurden bisher nur am Rande in die Untersuchungen einbezogen. Neben den Effekten des neuen Vergütungsmodells für die Medikamentenabgabe wird es von grosser

Wichtigkeit sein, die Effekte des neuen Tarifmodells für ärztliche Leistungen (*TAR-MED*) zu beobachten.

- Schliesslich gilt es, die Entwicklungen zu beobachten, welche durch die *bilateralen Abkommen mit der Europäischen Union* ausgelöst werden. Zu denken ist dabei einerseits an die neu entstehenden Kosten durch Prämienverbilligungen zu Gunsten zusätzlicher Personengruppen. Andererseits ist offen, welche Konsequenzen die Liberalisierung des Zugangs zum schweizerischen Gesundheitsmarkt für Ärzte und Ärztinnen aus der Europäischen Union haben wird.

Die Wirkungsanalyse zu den Einführungseffekten des KVG ist abgeschlossen. Die Liste der offenen Fragen macht aber deutlich, dass es notwendig sein wird, diese Arbeiten fortzusetzen.

Das Bundesamt für Sozialversicherung beabsichtigt, in der nächsten Phase der Wirkungsanalyse den oben dargestellten Fragestellungen besonderes Gewicht beizumessen und sie mit vertieften Evaluationen zu bearbeiten. Gleichzeitig soll ein Monitoringsystem aufgebaut werden, um künftige Entwicklungen frühzeitig zu erkennen. Beispielsweise soll das Monitoring der Patientinnen- und Patienten-Beschwerden, der individuellen Prämienverbilligung, der besonderen Versicherungsformen sowie verschiedener Aspekte der Kostenentwicklung fortgesetzt werden. Schliesslich gilt es generell, die statistischen Grundlagen betreffend das schweizerische Gesundheitswesen im Allgemeinen und betreffend die Krankenversicherung im Speziellen zu verbessern. Wie bisher sollen die Partner des Bundesamtes im Gesundheitswesen in die Konkretisierung des Programms einbezogen werden.

6. Beurteilung der Vorschläge der Expertinnen und Experten und einzuleitende Massnahmen

Im Folgenden werden die wichtigsten Schlussfolgerungen der Wirkungsanalyse für die verschiedenen Bereiche (vgl. Abschnitt 5.2) in Erinnerung gerufen. Ausserdem werden die Vorschläge der Expertinnen und der Experten und die bereits durchgeführten, die laufenden oder die einzuleitenden Massnahmen durch das BSV beurteilt.

Insgesamt zeigt sich, dass die vom Bundesrat in der Botschaft über die Revision der Krankenversicherung von 1991 festgehaltenen Ziele erreicht worden sind. Eine Ausnahme bildet indes die Kostensteuerung. Das System der individuellen Prämienverbilligung, das als soziales Korrektiv eingeführt wurde, erfüllt seine Aufgabe nur bedingt. Die Analyse des BSV trägt jenen Komponenten Rechnung, welche die Konsolidierung der dem Sozialversicherungssystem von 1996 zu Grunde liegenden Grundprinzipien begünstigen. Das BSV legt dabei das Schwergewicht auf die Aspekte, die eine Steuerung der Kosten zu Lasten der Krankenversicherung ermöglichen.

6.1 Besondere Versicherungsformen/Managed Care

Die Besonderheit des schweizerischen Systems besteht in der Verbindung des Kontrahierungszwangs mit der freien Wahl der Versicherungsmodelle. Zu den besonderen unter der Bezeichnung Managed Care zusammengefassten Versicherungsformen gehören Modelle, die als Gegenleistung für eine eingeschränkte Wahl der Leistungserbringer die Prämien verbilligen (Art. 41 Abs. 4 KVG). Diese Modelle sind von den Versicherungsformen mit Prämienreduktion bei erhöhter Kostenbeteiligung der versicherten Person (höhere als die ordentliche Franchise) zu unterscheiden oder auch von Bonussystemen, das heisst von Modellen, bei denen die Prämienhöhe danach festgelegt wird, ob während einer bestimmten Zeitdauer Leistungen bezogen worden sind oder nicht. Der Bundesrat ging bei der Einführung des KVG davon aus, dass die höhere Franchise die Versicherten zu einer kostenbewussteren Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen veranlasst. Verschiedene Studien zeigen indes, dass diese Modelle wegen der direkten finanziellen Vorteile, das heisst wegen der Prämieinsparungen gewählt werden. Mit der Möglichkeit, jederzeit nach Ablauf des Kalenderjahres in die Grundfranchise zurückzuwechseln, wird der Anreiz zur Verhaltensänderung abgeschwächt.

Die Managed-Care-Modelle können zu einer Kostensenkung in der Krankenversicherung beitragen, indem sie das Verhalten von Patientinnen und Patienten sowie von Leistungserbringern beeinflussen. Das Hausarztmodell beispielsweise schränkt den „Patiententourismus“ und somit Mehrfachbehandlungen (mehrere Ärztinnen/Ärzte behandeln dasselbe Leiden) ein. Die Zahl der Versicherten, die sich für eine besondere Versicherungsform mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer entscheidet, nimmt zwar zu, jedoch nicht erheblich (für 2000: 7,9 Prozent der Versicherten, Zunahme von 6,6 Prozent gegenüber dem Vorjahr).

Im Zusammenhang mit der Aufhebung des Kontrahierungszwangs sind unter anderem die Voraussetzungen für eine Weiterentwicklung dieser Modelle, als mögliche Alternative dazu in verschiedenen Berichten untersucht worden.

Die Evaluationen streichen heraus, dass alles unternommen werden sollte, was zu einem vermehrten Einsatz von Managed-Care-Organisationen führt. Verschiedene heute geltende Bestimmungen beeinträchtigen jedoch deren Verbreitung. So wird unterstrichen,

dass die Versicherer gegenwärtig kaum daran interessiert sind, weil die Abgaben an den Risikoausgleich zum Teil höher sind als die Prämieinnahmen. Zudem wirke sich die Vorschrift, dass HMO in den ersten fünf Jahren nur 20 Prozent der Kosteneinsparungen in Form tieferer Prämien weitergeben dürfen, hemmend auf die Verbreitung aus. Auch schmälert der Kontrahierungszwang das Interesse der Ärztinnen und Ärzte an diesen Versicherungsmodellen. Schliesslich wird ein kontinuierliches Monitoring mit jährlicher Berichterstattung und statistischen Erhebungen vorgeschlagen, um die Entwicklung neuer Versicherungsformen zuverlässig verfolgen zu können.

Die Studien machen deutlich, dass diese Versicherungsformen in unserem Land noch wenig Anklang finden. Die Bereitschaft der Versicherten, sich für Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer zu entscheiden, ist gering. Die Entwicklung schreitet darum nur langsam voran. Die Versicherer haben den breiten, vom KVG eingeräumten Spielraum zur Schaffung von eigenen Managed-Care-Modellen nur wenig genutzt. Zusammen mit den Leistungserbringern hätten sie neue Varianten der angelsächsischen Systeme, die ausschliesslich auf den Profit der Versicherungsgesellschaften ausgerichtet sind, einführen können. Mit Managed-Care-Modellen können die Versicherer in unserem System Einfluss auf die Kosten- und Qualitätskontrolle nehmen, wie sie dies bereits mit der Aufhebung des Kontrahierungszwangs anstreben. Es ist auch weiterhin primär eine Aufgabe des Krankenversicherers und des Leistungserbringers – im Sinne einer besseren Ausschöpfung der Bestimmungen des KVG – ,auf Verhaltensänderung ausgerichtete Angebote und Versicherungsmodelle zu entwickeln und einzuführen.

Der Bundesrat hat in der zweiten Teilrevision des KVG vorgeschlagen, die Versicherer zu verpflichten, ein solches Modell anzubieten. Ein parlamentarischer Vorschlag sieht sogar die obligatorische Einführung des Hausarztmodells für alle Versicherten vor. Das BSV ist der Ansicht, dass dieser Vorschlag nicht aufgegriffen werden soll. Er führt nämlich dazu, dass die Anreizwirkungen und damit die notwendige Verhaltensänderung auf Grund dieser Art des Obligatoriums nicht eintreten können. Damit der Risikoausgleich und die Festsetzung der Prämienreduktion diese Versicherungsformen begünstigen, müssen die erforderlichen Gesetzesänderungen genau geprüft werden, und zwar unter Beibehaltung des vom KVG eingeführten Solidaritätsprinzips und unter besonderer Beachtung der Gefahren, die eine Risikoselektion mit sich bringt. Allerdings sind den Prämienrabatten auch Grenzen gesetzt, wenn verhindert werden soll, dass die besonderen Versicherungsformen zu einer Entsolidarisierung in der Grundversicherung führen.

Weitere Fragen müssen indes noch geklärt werden. So beispielsweise die Entschädigung der vom Leistungserbringer erbrachten Leistung oder die Zweckmässigkeit einer minimalen Unterstellungsdauer des Versicherten unter ein solches Versicherungsmodell. Diese Überlegungen dürfen nach Ansicht der Autoren nicht nur finanzielle Anreizmassnahmen mit einbeziehen. Bisweilen werden diese Modelle tatsächlich als qualitativ minderwertige Gesundheitsversorgung dargestellt. Es ist deshalb sehr wichtig, dass das Vertrauen in diese Versicherungsformen gefördert wird. Die dem Modell zu Grunde liegenden Aspekte, wie einen umfassende medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten, die Übernahme von Folgebehandlungen und die Qualität der Leistungen (beispielsweise durch die Aufsicht und die Zusammenarbeit der Leistungserbringer), müssen der Bevölkerung vermittelt werden, und zwar gemeinsam von Bund, Versicherern und Leistungserbringern. In diesem Bereich müssen die Untersuchungen vorangetrieben werden, und ein kontinuierliches Monitoring muss bereitgestellt werden, um die Entwicklung solcher Modelle verfolgen zu können.

6.2 Kontrahierungszwang

Verschiedentlich wird in den Evaluationen die Abschaffung des Kontrahierungszwangs empfohlen. Gegenwärtig bestehen für die Leistungserbringer auf Grund der Pflicht der Versicherer, mit allen zugelassenen Leistungserbringern Tarifverträge abzuschliessen (was gemeinhin als Kontrahierungszwang bezeichnet wird), wenig Anreize, wirtschaftliche Risiken zu übernehmen. Mit der Aufhebung dieser Regelung könnten die Versicherer die Zahl der Leistungserbringer, die zur Tätigkeit zu Lasten der Krankenversicherung zugelassen sind, spürbar vermindern. Unmittelbare Folge ist, dass die Versicherten in der freien Wahl des Leistungserbringers eingeschränkt werden. Die Aufhebung des Kontrahierungszwangs könnte für ältere Patientinnen und Patienten und/oder für Chronischkranke, für welche die therapeutische Beziehung besonders wichtig ist, nachteilige Auswirkungen haben.

Der Bundesrat hat in seiner Botschaft zur zweiten Teilrevision des KVG die generelle Aufhebung des Kontrahierungszwangs abgelehnt (BBl 2001 741, insbesondere 770 ff.). Hingegen schlägt er zum einen eine auf über 65-jährige, im ambulanten Bereich tätige Leistungserbringer beschränkte Aufhebung vor. Zum anderen will er die bestehenden Instrumente des KVG im Bereich der Mengenregulierung verstärken. Die Versicherer sollen verpflichtet werden in der ganzen Schweiz besondere Versicherungsformen anzubieten. Zudem soll der Ausschluss von Leistungserbringern, welche entweder qualitativ ungenügend sind oder dem Gebot der Wirtschaftlichkeit zu wenig Beachtung schenken, erleichtert werden (Art. 59 KVG). Anlässlich der Beratungen zur zweiten Teilrevision ist der Ständerat letzteren Vorschlägen gefolgt, hat sich aber auch für eine generelle Aufhebung des Kontrahierungszwangs im ambulanten Bereich ausgesprochen und hat dementsprechende Vorschläge ausgearbeitet.

Der Bundesrat hat in seiner Botschaft festgehalten, dass die generelle Aufhebung des Kontrahierungszwangs und somit die Einführung eines wettbewerblichen Vertragsmodells die Transparenz des Marktes voraussetzt, in dem Sinn, dass die Versicherten informiert sind über die Prämien der Versicherer, und über die Qualität der Leistungen (Outcome-Qualität) der für eine Behandlung in Frage kommenden Leistungserbringer, sodass sie sich bei dem Versicherer versichern können, der mit seinem Preis-Leistungs-Angebot ihre Erwartungen an eine ärztliche Behandlung optimal beziehungsweise am ehesten erfüllen kann. Die Informationen zur Qualität der Leistungen sind heute in Bezug auf die Outcome-Qualität nur in geringem Masse vorhanden. Weiter ist die Frage, wie die Wirtschaftlichkeit von Behandlungen zu beurteilen ist, konstant Gegenstand von Auseinandersetzungen zwischen Versicherern und Leistungserbringern. Offen bleibt, wie die Versorgung, die Wirtschaftlichkeit und die Qualität so weit garantiert werden können, dass eine Zweiklassenmedizin verhindert werden kann. Klar ist indessen, dass das geltende Recht im ambulanten Bereich gegenüber dem stationären Bereich, in dem eine kantonale Kompetenz zur Einführung eines Globalbudgets sowie die Spital- und Pflegeheimplanung vorgesehen wird, weniger Instrumente zur Mengenregulierung und Kosteneindämmung zur Verfügung stellt. Dennoch muss unterstrichen werden, dass diese Quantitätskontrollinstrumente im stationären Bereich nur bedingt oder zuweilen unvollständig oder ineffizient eingesetzt wurden. Dies ist zumindest teilweise auf die Schwierigkeiten bei der Umsetzung dieser Instrumente zurückzuführen.

Der Bundesrat hatte trotzdem in seiner Botschaft vom 21. September 1998 zur ersten Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes (BBl 1999 791) als kosteneindämmendes Element vorgeschlagen, die Möglichkeiten der Einführung von Globalbudgets zu erweitern: im ambulanten Bereich sowohl als ordentliche Massnahme (durch die Kantone) wie auch als ausserordentliche Massnahme (auf Antrag der Versicherer). Diese

Kompetenzerweiterung wurde im Parlament nicht abschliessend diskutiert und der Revisionspunkt wurde aufgeschoben. Im Parlament war man sich aber einig, dass die Einführung von Globalbudgets im ambulanten oder teilstationären Bereich auf kantonaler Ebene noch nicht spruchreif sei. Dies unter anderem wegen der zu unklaren Funktionsweise und der noch ungenügenden statistischen Grundlagen. Die Tauglichkeit des Instrumentes des Globalbudgets ist demnach ebenso wie die Aufhebung des Kontrahierungszwangs abhängig davon, dass die Rahmenbedingungen geklärt und die konkreten Durchführungsmodalitäten festgelegt sind.

6.3 Spitalfinanzierung

Verschiedene Expertinnen und Experten vertreten die Ansicht, dass die Spitalfinanzierung neu geregelt werden muss. Das heutige System führt in ihren Augen dazu, dass die kantonalen Subventionen nur einem Teilbereich des Gesundheitswesens zufließen, was zu Verzerrungen und Fehlanreizen führt. Aus diesem Grund empfehlen sie den Übergang zu einem monistischen System. Dabei soll auch den Spitälern ein einziger Finanzierer gegenüberstehen. Die Kantone richten ihre Beiträge an die Versicherer aus, wodurch der Interessenkonflikt der Kantone zwischen der Aufsichtspflicht und der Leistungserbringung entschärft wird. Die anstehende zweite Teilrevision des KVG gehe in dieser Hinsicht in die richtige Richtung, löse aber das Kernproblem nicht.

Der Bundesrat hat in seiner Botschaft zur zweiten Teilrevision des KVG (BB1 2001 763 ff.) eine dual-fixe Spitalfinanzierung vorgeschlagen, in der das Anliegen der Leistungsfinanzierung aufgenommen wird. Es soll von einer Objektfinanzierung (das Spital) zu einer Subjektfinanzierung (der oder die Versicherte) übergegangen werden. Zudem sollen private und öffentliche Spitäler gleichgestellt werden und die Kostenübernahme soll unabhängig vom Versichertenstatus festgesetzt werden. Damit sollen Wettbewerbsverzerrungen abgebaut und im bestehenden System die kostendämpfenden Anreize gestärkt werden. Der Bundesrat will auch weiterhin die Kantone in die Verantwortung für die Finanzierung des stationären Bereichs einbinden. Die anteilmässige Finanzierung durch die öffentliche Hand und damit eine – im Vergleich mit einem rein durch einkommensunabhängige Kopfprämien finanzierten System – sozialere Verteilung der Finanzierungslast soll weitergeführt werden. Mit der gleichzeitigen Beibehaltung der Spitalplanung soll garantiert werden, dass die Kantone ihrer Verantwortung für die medizinische Versorgung ihrer Bevölkerung nachkommen und dass somit Steuerungskompetenz und Finanzierungspflicht übereinstimmen.

Der Ständerat hat diesem Vorschlag grundsätzlich zugestimmt, schlägt aber zusätzlich vor, dass der Bundesrat fünf Jahre nach Inkraftsetzung des revidierten Gesetzes eine Vorlage zum Übergang zu einem monistischen System und damit zur Finanzierung aus einer Quelle zu unterbreiten hat. Im Zuge dieser Arbeiten wird eine vertiefte Auseinandersetzung mit verschiedenen Varianten monistischer Systeme und mit deren notwendigen Voraussetzungen erforderlich sein. Auch im Ausland liegen bis heute keine Erfahrungen mit rein monistischen Modellen vor. Dem Finanzierungssystem der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sind auch bei einem monistischen System die allgemeinen Grundsätze des KVG – die Solidarität, der Zugang zu qualitativ hochstehenden Leistungen für alle Versicherten und die kosteneindämmend wirkenden Anreize – übergeordnet. Die Wirkungen der monistischen Finanzierungsvarianten sind an diesen übergeordneten Zielen zu messen. Dabei ist zu prüfen, wie die bestehenden KVG-Instrumente Risikoausgleich und Prämienverbilligung auszugestalten sind. Ein System mit monistischer Finanzierung darf nicht nur zur Veränderung der Finanzflüsse führen, was zwangsläufig mit ei-

ner Umverteilung einer grossen Summe Geld verbunden ist, sondern muss die angestrebte kostendämpfende Anreizwirkung für Versicherer und Spitäler haben. Zudem ist abzuklären, in welcher Weise die Kantone ihre Rolle als Garanten der medizinischen Versorgung der Bevölkerung zukünftig wahrnehmen können und wie die bisher von ihnen zur Verfügung gestellten Mittel in ein System einfliessen können, damit auch für die Kantone ein Anreiz für kostendämpfende Massnahmen, unter anderem im Spitalbereich besteht.

6.4 Risikoausgleich

Die Ergebnisse der Wirkungsanalyse belegen, dass mit den bisherigen Kriterien Alter und Geschlecht nur ein unbefriedigender Ausgleich zwischen den im gleichen Kanton tätigen Versicherern beziehungsweise ihren Risikostrukturen geschaffen werden konnte. Deshalb soll nach dem Vorschlag der Experten und Expertinnen das System durch den Einbezug der Minderjährigen ergänzt und durch zusätzliche Kriterien (z. B. Hospitalisierungsrisiko, Gesundheitsfaktor) verfeinert werden sowie der Risikoausgleich unbefristet weitergeführt werden. Zusätzlich wurde die Einführung eines prospektiv ausgestalteten, steuerfinanzierten Hochrisikopools empfohlen, welcher dem Ausgleich der voraussichtlichen Gesundheitskosten besonderer Hochrisikogruppen (z. B. Chronischkranke) unter den Versicherern dienen soll. Eine Finanzierung dieser Fälle mittels öffentlicher Gelder an Stelle von Beiträgen der Versicherer würde Letztere effektiv entlasten. Andererseits müssen Anreize gesetzt werden, damit die Versicherer in diesen Fällen dennoch Massnahmen zur Kostensenkung ergreifen.

Wie in den vorangegangenen Kapiteln bereits erwähnt, wurde das ursprünglich mit dem Risikoausgleich anvisierte Ziel, die bisher von den Kassen betriebene Risikoselektion zu unterbinden, nur teilweise erreicht. Zwar konnten die vor Einführung des KVG üblichen Differenzierungen nach Alter und Geschlecht eliminiert werden, die Kriterien Alter und Geschlecht widerspiegeln aber den tatsächlichen Risikounterschied – vor allem bei den Wechslern – nicht. Nach wie vor überwiegt bei den Versicherern das Interesse an einer möglichst „günstigen“ Risikostruktur das Interesse an der Reduktion der Gesundheitskosten (Kostenmanagement) ihrer Versichertengemeinschaft. Es ist heute auf breiter Basis anerkannt, dass mindestens die heutige Form des Risikoausgleichs beibehalten werden muss, um neuerliches Risikoselektionsverhalten nach den Kriterien Geschlecht oder Alter zu vermeiden. Der Risikoausgleich stellt zweifellos eine zwingende Voraussetzung für ein marktnahes Funktionieren der Krankenversicherung dar. Im Rahmen der zweiten Teilrevision des KVG schlägt der Bundesrat deshalb die unbefristete Weiterführung des Risikoausgleichs vor.

Die in den Expertisen vorgeschlagene Definition zusätzlicher Risikoausgleichskriterien auf der Grundlage verschiedener Diagnose- oder Medikamentenkostengruppen birgt die Gefahr der Stigmatisierung einzelner Patientengruppen. Die Verfeinerung der Risikoausgleichsformel mit zusätzlichen Kriterien führt zudem im Ergebnis zu einem vermehrten Kosten- an Stelle eines Risikoausgleichs. Eine solche Ergänzung des Risikoausgleichssystems würde dazu führen, dass für die Versicherer noch weniger Anreize bestehen, entscheidend auf die Entwicklung der Gesundheitskosten Einfluss zu nehmen. Hingegen können die im heutigen System des Risikoausgleich bestehenden Probleme mit der Einführung eines Hochkostenpools entschärft werden. Mit einem auf kostenintensive Fälle begrenzten Kostenausgleich unter den Versicherern kann deren – insbesondere auf diese Versichertengruppe gerichtetes – Risikoselektionsverhalten minimiert werden. Die Einführung eines Hochkostenpools ist unabhängig der konkreten Ausgestaltung der Spitalfinanzierung möglich. Sollte diese zu einem späteren Zeitpunkt

ausschliesslich durch die Krankenversicherer erfolgen (monistische Finanzierung), könnte ein Hochkostenpool ohne weiteres dazu dienen, teilweise durch Steuergelder finanziert zu werden.

Mit dem Hochkostenpool steht ein Instrument zu Verfügung, das in der Lage ist, eine öffentliche Finanzierung aufzunehmen, ohne die Anreize des Systems zu verändern. Schliesslich kam damit institutionell dem fortschreitenden Rückgang des steuerfinanzierten Anteils an den Kosten des Gesundheitswesens entgegengewirkt werden.

Die heutige Ausgestaltung des Risikoausgleichs hemmt gemäss den Ergebnissen der Wirkungsanalyse die Entwicklung von Managed-Care-Modellen. Für die eine besondere Versicherungsform wählenden, relativ „guten Risiken“ hat der Versicherer häufig Beiträge an den Risikoausgleich zu entrichten, welche durch die reduzierten Prämien in der Regel nicht gedeckt werden. Die in diesen Fällen häufig drohende Unterdeckung veranlasst die betroffenen Versicherer, in ihrem Tätigkeitsgebiet besondere Versicherungsmodelle nicht oder bloss regional beschränkt anzubieten. Die Einführung eines Hochkostenpools ist auf Grund der garantierten Deckung kostenintensiver Fälle geeignet, die Entwicklung von Managed-Care-Modellen durch die Versicherer zu fördern. Die Versicherer werden gemäss der Botschaft des Bundesrats mit der laufenden Teilrevision des KVG verpflichtet, in ihrem gesamten Tätigkeitsgebiet besondere Versicherungsformen anzubieten. Für den Versicherten müssen dabei Anreize entwickelt werden, welche diese von der Wirksamkeit der Managed-Care-Modelle überzeugen und ihnen dadurch die Wahl eines entsprechenden Versicherungsform erleichtern.

6.5 Prämienverbilligung

Die Ergebnisse verschiedener Studien zeigen, dass die Sozialziele mit den verfügbaren Instrumenten und dem Prämienniveau nur teilweise erreicht werden können. Das Prämienverbilligungssystem erfüllt seine Rolle als soziales Korrektiv nur ungenügend, insbesondere bei Familien mit mittleren Einkommen und in den Kantonen mit hohen Prämien. Die Expertinnen und Experten empfehlen eine Beibehaltung der Prämienverbilligung, verlangen aber einerseits eine Verringerung der Unterschiede in den kantonalen Vollzugssystemen und andererseits die Festlegung eines sozialpolitischen Wirkungsziels, dessen Einhaltung systematisch überprüft werden kann und soll. Zudem sollen Anreize geschaffen werden, welche sicherstellen, dass sich Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen kostengünstigen Versicherungen zuwenden.

Die mit dem KVG eingeführte individuelle Prämienverbilligung hat das System der direkten Beitragszahlung an die Krankenkassen abgelöst, das für alle Versicherten eine gleiche Prämienverbilligung vorsah. Dies wurde als soziales Korrektiv zum System der Einheitsprämien eingeführt. Die für den Vollzug der Prämienverbilligung zuständigen Kantone haben ihre Verfahren seit dem Inkrafttreten des KVG verbessert. Im Rahmen der ersten Teilrevision des Gesetzes sind verschiedene Anpassungen vorgenommen worden, damit die bereitgestellten Verfahren höheren Anforderungen genügen. Mit den Anpassungen wird insbesondere auch ein bessere Information der künftigen Bezüger und die Berücksichtigung ihrer aktuellsten finanziellen Lage angestrebt. Ziel ist eine möglichst gerechte Verteilung der finanziellen Mittel.

Der Vorschlag zur Einführung eines Prozentsatzes des steuerbaren Einkommens, der für die maximale Prämienbelastung eines Haushaltes massgebend ist, wurde im Rahmen der zweiten KVG-Revision vom Plenum des Ständerates bereits gutgeheissen. Die Prämienbelastung eines Haushaltes soll demnach nicht höher ausfallen als 8 Prozent des

steuerbaren Einkommens gemäss direkter Bundessteuer, ergänzt um 10 Prozent des steuerbaren Vermögens gemäss kantonalem Recht. Das sozialpolitische Wirkungsziel ist klar zu definieren. Es gilt für alle Versicherten. Es sollen nicht nur Personen profitieren, die Ergänzungs- oder Sozialhilfeleistungen von den Kanton erhalten. Anspruchsberechtigt sind Versicherte und Haushalte, welche die Kriterien nach Bundesrecht erfüllen. Auf Grund der bisherigen Erfahrungen ist zu betonen, dass die im Hinblick auf das Sozialziel zu gewährenden Prämienverbilligungen auch tatsächlich zu zusätzlichen Entlastungen des Haushaltbudgets der Berechtigten führen müssen.

Die Auszahlung der Beiträge direkt an den Versicherer, der Übergang zu einem Gesundheitssystem mit individueller Information gemäss Steuerdaten und die einheitliche Berücksichtigung des Vermögens bringen für die kantonalen Systeme insofern Verbesserungen, als sie zu einer Optimierung der Verfahren führen. Diese Änderungen könnten im Hinblick auf eine Vereinheitlichung der kantonalen Verfahren den Kantonen unterbreitet und mit ihnen diskutiert werden. Zudem muss das Monitoring weitergeführt werden, um zu prüfen, ob die Kantone das festgelegte Sozialziel erreichen. Kantone, die das Sozialziel nicht erreichen, sollen verpflichtet werden, alle Bundesbeiträge zu beziehen. Dieser Punkt wird sicherlich noch geprüft werden. Tatsache ist indes, dass vor allem Kantone mit einem tiefen Prämiendurchschnitt nicht alle Bundessubventionen beantragen.

Der Bundesrat hat in der kürzlich verabschiedeten Botschaft zur Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgaben zwischen Bund und Kantonen (NFA) vorgeschlagen, dass im Sinne einer einheitlichen Regelung und in Anlehnung an die Ordnung anderer Sozialversicherungen der Bund festlegen soll, welche Einkommenskategorien Anrecht auf Prämienverbilligungen haben sollen. Der Vorschlag sieht vor, dass der Bund den Kantonen für 30 Prozent ihrer Einwohnerinnen und Einwohner ein Viertel der durchschnittlichen Gesundheitskosten der Schweiz (gemessen am Jahresumsatz der Krankenpflegegrundversicherung, d. h. an den Prämien) überweist. Die Kantone ihrerseits haben diese Bundesleistung so zu ergänzen, dass der bundesrechtlich für jeden einzelnen Kanton je nach Höhe der Krankheitskosten beziehungsweise der Versicherungsprämien individuell festgelegte „Selbstbehalt“ für die Bevölkerung nicht überschritten wird. Dieser „Selbstbehalt“ für die Bevölkerung ist auf einen Prozentsatz des steuerbaren Einkommens (ergänzt um 10 Prozent des steuerbaren Vermögens) zu beziehen. Im Bericht der Experten wird von einem gesamtschweizerischen „Selbstbehalt“ von 8 Prozent ausgegangen. Für den einzelnen Kanton soll der „Selbstbehalt“ so variiert und durch den Bund verbindlich festgelegt werden, wie es der Abweichung der Krankenpflegekosten jedes einzelnen Kantons vom gesamtschweizerischen Mittel entspricht. Mit der vorgeschlagenen Lösung soll eine transparentere und gezieltere Mittelverwendung sichergestellt werden. Die kostendämpfende Wirkung von Krankenkassenprämien bleibt erhalten beziehungsweise wird noch verstärkt, weil der „Selbstbehalt“ für die einzelne versicherte Person umso höher ist, je höher die Krankenpflegekosten sind. Mit dem dargestellten Verteilschlüssel soll sich der Bund finanziell mit rund 45 Prozent an den Prämienverbilligungen beteiligen, die verbleibenden 55 Prozent gehen zu Lasten der Kantone. Im Hinblick auf die zurzeit im Parlament diskutierte zweite Teilrevision des KVG hat sich der Bundesrat jedoch in seiner Botschaft zum Neuen Finanzausgleich vorbehalten, erst nach Abschluss der Beratungen dieser zweiten Teilrevision im Parlament zu entscheiden, ob er überhaupt noch eine wie oben skizzierte Vorlage vorlegen möchte.

6.6 Leistungen

Die Expertinnen und Experten schlagen vor, den Patienten- beziehungsweise Versichertenorganisationen ein breiteres Mitsprachrecht einzuräumen, indem Letztere die Übernahme einer Leistung beantragen und Beschwerde gegen Verfügungen einreichen können. Zudem wird eine optimalere Beurteilung der Wirtschaftlichkeit von Leistungen gewünscht. Eine der Empfehlungen betrifft die Vereinfachung des Anfechtungsverfahrens zwischen versicherter Person und Versicherer. Es soll das Prinzip der schriftlichen Verfügung eingeführt werden (d. h. ein schriftlicher Entscheid mit Begründung und Rechtsmittelbelehrung), die der Versicherer eine abgelehnte Leistung erlassen muss. Gemäss den Vergleichen zwischen den in der Schweiz von der obligatorischen Krankenversicherung und den im Ausland abgedeckten Leistungen sowie dem Vergleich mit den Empfehlungen der „guten ärztlichen Praxis“ drängen sich insbesondere in den Bereichen Prävention, Hilfe zu Hause, zahnmedizinische Leistungen sowie nichtärztliche Psychotherapie Änderungen auf.

Die Leistungsbezeichnung erfolgt durch Konsultativkommissionen. Diese setzen sich aus Vertretern der interessierten Kreise zusammen, wobei auch Patienten- beziehungsweise Versichertenorganisationen vertreten sind. Hauptaufgabe dieser Kommissionen ist es, die ihnen – hauptsächlich von den Leistungserbringern – unterbreiteten Antragsdossiers zu evaluieren. Antragsberechtigt ist jedermann unter der Voraussetzung, dass er ein Antragsdossier gemäss den Vorgaben des „Handbuchs zur Standardisierung der medizinischen und wirtschaftlichen Bewertung medizinischer Leistungen“ (herausgegeben vom BSV), einreicht. Dem berechtigten Anliegen, im bisherigen Prozess der Leistungsdefinition zu kurz gekommene Leistungsbereiche zu fördern, muss anders als von den Expertisen vorgeschlagen entsprochen werden. Für eine objektive und wissenschaftlich abgestützte Definition von Leistungen zu Lasten der Krankenversicherung sollten bei einer Leistungsevaluation weiterhin Expertinnen und Experten beigezogen werden. Ein formelles Antragsrecht ist demnach abzulehnen. Mit dem Leistungsbezeichnungsverfahren ohne Beschwerdemöglichkeit (mit Ausnahme der Spezialitätenliste, die auf individuellen und somit beschwerdefähigen Verfügungen beruht) ist die Rechtssicherheit ausreichend gewährleistet. Rasche Anpassungen an wissenschaftliche und technische Entwicklungen sind ebenfalls garantiert.

Es wurden bereits neue Modelle eingeführt, mit denen sich die Kosten von möglichen künftigen Pflichtleistungen besser evaluieren lassen. Diese Modelle wurden im „Handbuch Standardisierung der medizinischen und wirtschaftlichen Bewertung medizinischer Leistungen“ aufgenommen. Dort ist genau festgehalten, was im Evaluationsdossiers enthalten sein muss. Auf diesen Bereich muss zukünftig eindeutig stärker geachtet werden. Mit der Einführung der einheitlichen Tarifstruktur TARMED wird in Zukunft auch eine bessere Datenbasis zur Verfügung stehen, welche die Antragsteller für die Abschätzung der Kostenfolgen der Leistung nutzen müssen. Die Auswirkungen einer Einführung des Prinzips der schriftlichen Verfügung müssten ausführlicher untersucht werden. Eine solche Vereinfachung kann zu einer Praxisänderung bei den Krankenversicherern und den kantonalen Versicherungsgerichten führen, weshalb sich eine Prüfung der vorgeschlagenen Modifikationen durchaus aufdrängt. Nur so kann sichergestellt werden, dass die Neuerung für die Versicherten von Vorteil ist und dass eine solche krankenversicherungsspezifische Lösung gegenüber den anderen Sozialversicherungszweigen gerechtfertigt wäre.

Vergleiche mit ausländischen Systemen und den Empfehlungen der „guten ärztlichen Praxis“ haben gezeigt, dass therapeutische Leistungen im KVG besonders gut abgedeckt sind. Aus den Vergleichstudien geht ferner hervor, dass es vor allem im Präventions-

bereich Verbesserungen braucht. Eine Vereinbarung zur Kostenaufteilung zwischen Kantonen, privaten Organisationen, Patientinnen und Versicherten muss getroffen werden. Zu prüfen ist vorab die Aufgabenteilung zwischen öffentlichen Gesundheitsdiensten und der Krankenversicherung. Es ist wichtig, dass die Kantone auch weiterhin für die Finanzierung von Programmen zur Prävention und Früherkennung von Krankheiten aufkommen. Dies im Rahmen der ihnen zur Verfügung stehenden Strukturen wie etwa Schulen. Die Frage stellt sich, ob und wann individuelle Präventionsleistungen das Präventionsziel erreichen. Die Kommission für Grundsatzfragen der Krankenversicherung befasst sich zurzeit mit dieser Problematik. Erste Ergebnisse sind voraussichtlich im ersten Halbjahr 2002 zu erwarten. Die Kostenbeteiligung für Präventionsmassnahmen wurde in den Vergleichsländern gestrichen. Die Experten sind ebenfalls für eine Aufhebung einer solchen Beteiligung. Im KVG wird diese restriktiv gehandhabt: die versicherte Person ist von der Franchise befreit, muss aber den Selbstbehalt übernehmen und zwar nur auf den im Rahmen eines Programms durchgeführten Massnahmen. Bevor dieses Modell auf andere Präventionsmassnahmen ausgeweitet wird, müssten die konkreten Auswirkungen analysiert werden.

Die Finanzierung der Pflege wird namentlich von Versichererseite, aber auch im Parlament immer wieder thematisiert. Vorab müssen aber seriöse Entscheidungsgrundlagen vorliegen. Der Bundesrat hat daher einen Bericht über die Finanzierung der Pflege in Auftrag gegeben. Dieser sollte über die Krankenversicherung hinaus darlegen, was heute von welchem Kostenträger finanziert wird und wo allfällige Finanzierungslücken bestehen, sowie aufzeigen, wie diese Lücken gefüllt werden können.

Mit der Übernahme von Krankenpflegeleistungen zu Hause durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung konnte eine der Lücken des alten Leistungskatalogs geschlossen werden. Die in diesem Bereich erstatteten Leistungen beschränken sich auf Pflegeleistungen (Art. 7 KLV). Andere zu Hause erbrachte Leistungen, wie beispielsweise Hilfe im Haushalt oder Vorbereitung von Mahlzeiten, fallen nicht darunter. Eine Aufteilung zwischen von einem Kopfprämiensystem finanzierten Pflegemassnahmen und Unterstützungsmassnahmen zu Lasten des Patienten setzt eine angemessene Subventionierung von Seiten der öffentlichen Hand (Kantone/Gemeinden) voraus, die diese Dienste organisiert. Gleiches gilt für zahnärztliche Leistungen, die von der Krankenversicherung auch nur dann übernommen werden, wenn sie krankheitsbedingt sind. Die öffentliche Hand ist hier in gewissen Kantonen insofern beteiligt, als sie für die Kosten der schulzahnärztlichen Dienste aufkommt. Diese Vorgehensweise hat den entscheidenden Vorteil, dass sie Kindern, die aus bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen stammen, den Zugang zur zahnärztlichen Behandlung erleichtert.

Das schweizerische Gesundheitssystem ist eines der wenigen, die die Kosten für Psychotherapien nur dann übernehmen, wenn sie von einem Arzt durchgeführt werden. Das BSV sieht vor, die eingeleiteten Vorstudien abzuschliessen und die Durchführung einer Vernehmlassung zu prüfen. Dabei soll einerseits der in der Rechtsprechung verwendete Ausdruck „delegierte Psychotherapie“ geklärt werden. Andererseits soll dem Bestreben Rechnung getragen werden, für psychische Störungen im ganzen Land genügend und professionelle Fachleute zur Verfügung zu haben.

6.7 Qualitätssicherung

Die Experten und Expertinnen verlangen, dass der Bund im Bereich der Qualitätssicherung eine aktivere Rolle übernimmt und dafür auch finanzielle Mittel einsetzt. Er solle – zusammen mit den Leistungserbringern – eine klare und einheitliche Haltung

vertreten und diese nach aussen kommunizieren. Zudem sollen alle geplanten oder bereits umgesetzten Qualitätssicherungs- und Qualitätsförderungsaktivitäten der Leistungserbringer zum Beispiel mit jährlich publizierten Qualitätsberichten transparent gemacht werden.

Das BSV strebt mit der Einführung des Qualitätsmanagements einen kontinuierlichen und evaluierten Verbesserungsprozess an, der durch die Leistungserbringer getragen wird. Die Krankenversicherungsverordnung sieht im Artikel 77 denn auch vor, dass das BSV nicht direkte Vorgaben für die Umsetzung der Qualitätssicherung macht. Es besteht das Vertragsprinzip zwischen Leistungserbringern und Versicherern. Das BSV hat jedoch den Leistungserbringern und Versicherern als Vertragspartnern konkrete Ziele für die Umsetzung vorgegeben. Eines dieser Ziele fordert die Evaluation der Qualität der Leistungen mit geeigneten Outcome-Indikatoren. Das BSV vertritt die Ansicht, dass nicht der Weg zum Ziel (die Methode) vorgegeben, sondern die Erreichung des Ziels evaluiert werden soll. Damit verbunden ist die Forderung nach einer einheitlichen Messung und Beurteilung der Ergebnisqualität der medizinischen Leistungen. Das BSV will es den Vertragspartnern überlassen, die geeigneten Qualitätssicherungs massnahmen zu definieren und einzuleiten.

Weiter hat das BSV begonnen, für die Umsetzung der Qualitätssicherung Schwerpunktthemen vorzugeben. Damit hat das BSV seinen Handlungsspielraum im Rahmen der Krankenversicherungsverordnung weitgehend ausgenützt. Es verbleibt die punktuelle Intervention auf dem Verordnungsweg, falls die Qualitätsverträge beziehungsweise deren Umsetzung den Anforderungen des BSV nicht genügen. Mit dem Schwerpunktthema „Erhöhen der Patientensicherheit – Umgang mit Fehlern in der Medizin“ versucht das BSV zusammen mit Ärzten, Ärztinnen und Pflegenden, einen sorgfältig geplanten Verbesserungsprozess in Gang zu bringen. Im Anschluss an einen Expertenbericht vom April 2001¹⁷ erfolgt nun die Planung von Massnahmen und von allenfalls notwendigen Strukturen.

Betreffend die Finanzierung von qualitätsfördernden Massnahmen stellt sich das BSV auf den Standpunkt, dass die Qualität grundsätzlich ein integraler Bestandteil der Leistungen ist und deshalb nicht separat abgegolten werden soll. Es unterstützt aber – im Sinn einer Anstossfinanzierung –, dass vertraglich abgesicherte Outcome-Messungen von den Versicherern mitfinanziert werden.

Um mögliche Entwicklungsperspektiven beispielhaft aufzuzeigen, hat das BSV zusammen mit dem Verein Outcome das Pilotprojekt „emerge – sichere und schnelle Hilfe in der Notfallstation“ angeregt und mitfinanziert. Zwölf Spitäler haben sich zwecks Qualitätsverbesserungen zu einem Netzwerk zusammengeschlossen und werden durch externe Moderatoren bei der Planung, Umsetzung und Evaluation von qualitätsverbessernden Massnahmen unterstützt. Der Projektabschluss ist im Sommer 2002 geplant. Auch weiterhin will das BSV entsprechende Initiativen fördern und Signale beziehungsweise Anreize für die Initiierung weiterer solcher Projekte setzen.

6.8 Information der Versicherten

Verschiedene Studien haben gezeigt, dass den Versicherten genügend Grundinformationen zur Verfügung stehen. Es gibt indes Unterschiede zwischen den gewünschten und

¹⁷ www.swiss-q.org

verlangten und den tatsächlich verfügbaren Informationen. Ausserdem wurden explizit neutrale Informationen gewünscht.

Gemäss KVG sollen die Versicherten auf dem Krankenversicherungsmarkt eine aktive Rolle spielen. So können sie beispielsweise ihren Krankenversicherer und das Versicherungsmodell frei wählen. Es braucht indessen entsprechende Informationen, damit die Versicherten ihre vom Gesetzgeber vorgesehene Rolle als Wirtschaftsteilnehmer wahrnehmen können. Es hat sich gezeigt, dass die Möglichkeit, den Versicherer zu wechseln, nur sehr beschränkt wahrgenommen wird und dass die besonderen Versicherungsformen (mit Ausnahme höherer Franchisen) nicht auf das gewünschte Interesse stossen. Fehlende neutrale Informationen sind ein Erklärungsansatz für diese Zurückhaltung von Seiten der Versicherten. Die subjektiven Faktoren auf der Ebene der Beziehung zwischen Versicherten und Versicherern dürfen aber nicht unterbewertet werden.

Das BSV orientiert auch künftig über die Struktur des Systems und über konkrete Massnahmen, sodass die Versicherten in Kenntnis der Sache entscheiden können. Dem Wunsch nach neutraler Information kann so entsprochen werden. Im Vordergrund steht die Verbesserung des Informationsmaterials. Die Publikationen „Prämienübersicht“ und „Die obligatorische Krankenversicherung kurz erklärt“ bleiben erhalten und sind mit anderen nützlichen Informationen auf der Website des BSV abrufbar.

Vor dem Hintergrund einer neutralen Information in Einzelfällen soll auf Anfang 2002 im BSV eine Fachstelle geschaffen werden, die sich mit sämtlichen individuellen Anfragen, die bisher auf verschiedene Stellen verteilt waren, befasst. Diese Einheit soll nicht etwa die Ombudsmannstelle der Krankenversicherung ersetzen, sondern das Angebot durch neutrale und kompetente Informationen vervollständigen.

Auf den Vorschlag, eine neutrale Stelle mit Informations- und Beratungsaufgaben in der Krankenversicherung zu beauftragen, wird im Moment aber in dieser Form nicht eingegangen. Neutralität, in welcher Ausgestaltung auch immer, ist praktisch ausgeschlossen und im Hinblick auf eine möglichst differenzierte Information der Öffentlichkeit auch kaum wünschenswert. Das BSV prüft hingegen die Möglichkeit, Informations- oder Beratungsaufgaben in Form von Leistungsaufträgen an Versicherten- beziehungsweise Patientenorganisationen zu übertragen. Diese nehmen im Übrigen zum Teil bereits heute solche Aufgaben wahr.

6.9 Spitalplanung

Verschiedene Evaluationen verlangen eine Optimierung und Beschleunigung der Spitalplanung. Der Bericht, der sich spezifisch mit dieser Thematik befasst, fordert, dass die Gesundheitsberichterstattung, wie sie in einigen Kantonen bereits praktiziert wird, auf die ganze Schweiz ausgedehnt wird, um die Informationen über den zu erwartenden Bedarf an Spitalplätzen zu verbessern. Weiter wird betont, dass die gegenseitigen Beziehungen und Abhängigkeiten zwischen ambulantem, teilstationärem und stationärem Bereich derart intensiv sind, dass eine sektorale Teilplanung ohne Berücksichtigung der anderen Bereiche nicht zielführend sein könne. Verlangt wird eine Erweiterung der Spitalplanung in Richtung integrierter Versorgungsangebote. Schliesslich solle in der Spezialitäten- und Spitzenmedizin eine eidgenössische Spitalplanung erstellt werden.

Es wurde bereits verschiedentlich die Einführung einer gesamtschweizerischen Spitalplanung gefordert (BBl 2001 741, insbesondere 756 f.). Der Bundesrat hat dies abgelehnt, da er der Ansicht ist, dass im heutigen System der Verantwortlichkeits- und

Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen Letztere über die geeigneten Möglichkeiten verfügen, um die Planungen zu realisieren, und befürchtet daher, dass eine eidgenössische Spitalplanung im Gegensatz stünde zur effektiven Verantwortlichkeit und konkreten Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern, Kantonen und Versicherern. Die Kantone müssen über ein solches Instrument verfügen können, um ihrer Verantwortung betreffend die Kosteneindämmung im Gesundheitswesen im Allgemeinen und nicht nur in der Krankenversicherung gerecht zu werden. Mit der Festlegung der Zulassungsbedingungen der Pflegeeinrichtungen – dazu gehört auch die Zulassung für die Spitalliste – sollten Rahmenbedingungen geschaffen werden, die es erlauben, die Ziele einer optimalen Verwendung der Ressourcen und der Kosteneindämmung zu erreichen. Von Seiten der Kantone wurde diesbezüglich ebenfalls festgehalten, dass wegen des bestehenden grossen finanziellen Drucks zum Abbau von Überkapazitäten und zur interkantonalen Zusammenarbeit keine zusätzlichen Massnahmen seitens des Bundes notwendig sind. Zudem hat die Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz Empfehlungen zur Umsetzung der Planung verabschiedet und sorgt so für einen Austausch unter den Kantonen.

Die Planung der Spitzenmedizin als Teil einer Spitalplanung wurde zudem im 1998 gestarteten Projekt „Nationale Gesundheitspolitik Schweiz“ von Bund und Kantonen aufgenommen, das einerseits das Instrument des Gesundheitsobservatoriums einführt und so die Forderung nach einem Austausch der Gesundheitsberichterstattungen aufnimmt und auf nationaler Ebene institutionalisiert. Andererseits wurde die Angebotsplanung als thematischer Schwerpunkt aufgenommen. Eine Arbeitsgruppe ist daran, dieses Thema zu vertiefen.

Mittel- bis langfristig wird im Rahmen der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen eine zwischen den Kantonen vereinbarte Konkordatslösung bezüglich der Spezialitäten- und Spitzenmedizin angestrebt. Eine wichtige Etappe dieses Prozesses hat der Bundesrat mit der Verabschiedung der Botschaft vom 14. November 2001 zuhanden der Eidgenössischen Räte in Angriff genommen. Zudem kann der Bund schon heute in diesem Bereich Einfluss nehmen, indem er bei der Umschreibung des „Leistungskatalogs“ festsetzen kann, dass zum Beispiel einzig Transplantationen von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden, die in dafür speziell bezeichneten Spitälern durchgeführt werden.

6.10 Schlussfolgerung

Dieses Kapitel stellt eine erste Auswertung der vom BSV veranlassten Wirkungsanalysen dar. Es zeigt, dass gewisse Empfehlungen der Expertinnen und Experten bereits umgesetzt worden sind. Andere wiederum sind lediglich eine erste Etappe eines längeren und vermutlich komplexeren Lösungsfindungsprozesses. Das BSV ist der Ansicht, dass die Wirkungsanalyse weiterverfolgt werden muss. Mit dem KVG wurde ein langfristig angelegter Umbauprozess des Krankenversicherungssystem in die Wege geleitet.

Literaturverzeichnis

Ayer, Ariane; Despland, Béatrice; Sprumont, Dominique – Institut de droit de la santé, Université de Neuchâtel (2000): Analyse juridique des effets de la LAMal: Catalogue des prestations et procédures. Aspects de la sécurité sociale, Rapport de recherche no 14/00, Berne (numéro de commande 318.010.14/00 f).

Balthasar, Andreas – Interface Institut für Politikstudien (1998): Die sozialpolitische Wirksamkeit der Prämienverbilligung in den Kantonen; Beiträge zur Sozialen Sicherheit, BSV-Forschungsbericht Nr. 21/98, Bern (EDMZ-Bestellnummer 318.010.21/98 d).

Balthasar, Andreas – Interface Institut für Politikstudien (1998): Efficacité socio-politique de la réduction de primes dans les cantons. Aspects de la sécurité sociale, Rapport de recherche no 21/98, Berne (numéro de commande 318.010.21/98 f).

Balthasar, Andreas – Interface Institut für Politikstudien (2000a): Energie 2000, Programmwirkungen und Folgerungen aus der Evaluation, Bundesamt für Energie, Verlag Rüegger, Chur/Zürich.

Balthasar, Andreas – Interface Institut für Politikstudien (2000b): „Evaluations syntheses: Bedingungen, Möglichkeiten und Grenzen“. In: LeGes – Gesetzgebung & Evaluation, 2000/1, S. 13–25, Bern.

Balthasar, Andreas – Interface Institut für Politikstudien (2001): Die sozialpolitische Wirksamkeit der Prämienverbilligung in den Kantonen: Monitoring 2000; Beiträge zur Sozialen Sicherheit, BSV-Forschungsbericht Nr. 2/01, Bern (EDMZ-Bestellnummer 318.010.2/01 d).

Balthasar, Andreas – Interface Institut für Politikstudien (2001): Efficacité socio-politique de la réduction de primes dans les cantons. Aspects de la sécurité sociale, rapport de recherche no 2/01, Berne (numéro de commande 318.010.2/01 f).

Balthasar, Andreas; Bieri, Oliver – Interface Institut für Politikstudien (2001a): Evaluation des Vollzugs der Prämienverbilligung im Kanton Basel-Stadt, Vertiefung zur Rahmenstudie des Bundesamtes für Sozialversicherung, Luzern.

Balthasar, Andreas; Bieri, Oliver – Interface Institut für Politikstudien (2001b): Evaluation des Vollzugs der Prämienverbilligung im Kanton Appenzell Ausserrhoden, Vertiefung zur Rahmenstudie des Bundesamtes für Sozialversicherung im Auftrag der Gesundheitsdirektion des Kantons Appenzell Ausserrhoden, Luzern.

Balthasar, Andreas; Bieri, Oliver; Furrer, Cornelia – Interface Institut für Politikstudien (2001a): Evaluation des Vollzugs der Prämienverbilligung. Eine Untersuchung in den Kantonen Genf, Neuenburg, Basel-Stadt, Zürich, Luzern und Appenzell; Beiträge zur Sozialen Sicherheit, BSV-Forschungsbericht Nr. 5/01, Bern (EDMZ-Bestellnummer 318.010.5/01 d).

Balthasar, Andreas; Bieri, Oliver; Furrer, Cornelia – Interface Institut für Politikstudien (2001a): Evaluation de l'application de la réduction de primes. Une enquête dans les cantons de Genève, Neuchâtel, Bâle-Ville, Zurich, Lucerne et Appenzell Rhodes-Extérieures. Aspects de la sécurité sociale, Rapport de recherche no 5/01, Berne (numéro de commande 318.010.5/01 f).

Balthasar, Andreas; Bieri, Oliver; Furrer, Cornelia – Interface Institut für Politikstudien (2001b): Evaluation des Vollzugs der Prämienverbilligung im Kanton Luzern. Eine Untersuchung im Auftrag des Gesundheits- und Sozialdepartements des Kantons Luzern, Luzern.

Bandi, Till (1999): “Risikopolitik, Kostenausgleich und Solidarität in der Krankenversicherung.” In: Soziale Sicherheit 2/1999, Bern, S. 70–72.

Battaglia, Markus; Junker, Christoph – Institut für Sozial- und Präventivmedizin Universität Bern (2001): Auswirkungen der Aufnahme von präventivmedizinischen Leistungen in den Pflichtleistungskatalog, Teilbericht Impfungen im Schulalter; Beiträge zur Sozialen Sicherheit, BSV-Forschungsbericht Nr. 9/01, Bern (EDMZ-Bestellnummer 318.010.9/01 d).

Baur Rita; Hunger, Wolfgang; Kämpf, Klaus; Stock, Klaus – Prognos AG (1998): Evaluation neuer Formen der Krankenversicherung, Synthesebericht, BSV-Forschungsbericht Nr. 1/98, Bern (EDMZ-Bestellnummer 318.010.1/98 d).

Baur, Rita; Braun, Ulrike – Prognos AG (2000): Bestandesaufnahme besonderer Versicherungsformen in der obligatorischen Krankenversicherung; Beiträge zur Sozialen Sicherheit, BSV-Forschungsbericht Nr. 15/00, Bern (EDMZ-Bestellnummer 318.010.15/00 d).

Baur, Rita; Heimer, Andreas – Prognos AG (2001): Wirkungsanalyse KVG: Information der Versicherten; Beiträge zur Sozialen Sicherheit, BSV-Forschungsbericht Nr. 4/01, Bern (EDMZ-Bestellnummer 318.010.4/01 d).

Biersack, Ortrud – Wirtschaftswissenschaftliches Zentrum der Universität Basel (2000): Evaluation Spitalplanung und Spitalisten nach Art. 39 KVG. Die Planungsmethoden der Kantone, zuhanden des Zentralsekretariats der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz SDK, Basel.

Böcken, Jan; Butzlaff, Martin; Esche, Andreas (Hrsg.) (2000): Reformen im Gesundheitswesen, Ergebnisse der internationalen Recherche Carl Bertelsmann Preis 2000, Gütersloh.

Botschaft zur Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991 (BB1 1992 I 93).

Botschaft betreffend den Bundesbeschluss über die Bundesbeiträge in der Krankenversicherung und die Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 21. September 1998 (BB1 1999 791).

Botschaft vom 31. Mai 2000 zur Volksinitiative „Gesundheit muss zahlbar bleiben“ (Gesundheitsinitiative) (BB1 2000 4267).

Botschaft betreffend die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. September 2000 (BB1 2001 741).

Breyer, Friedrich; Zweifel, Peter (1997): Gesundheitsökonomie: mit 41 Tabellen, Berlin/Heidelberg/New York, S. 160 ff.

Bundesamt für Statistik (1998): Schweizerische Gesundheitsbefragung, 1997, Neuenburg.

BSV (1998): Wirkungsanalyse KVG Ausführungsplan, Bern.

- BSV (1999a):** Entwicklung der Ausgaben in der obligatorischen Krankenversicherung 1996–2000, Bern (BSV Druckdienst 00.340).
- BSV (1999b):** Schweizerische Sozialversicherungsstatistik 1999, Bern (EDMZ-Bestellnummer 318.122.99 d).
- BSV (2000a):** Statistik der wählbaren Franchisen in der Krankenversicherung 1999; Statistiken zur Sozialen Sicherheit 12/00, Bern (EDMZ-Bestellnummer 318.918.99 d).
- BSV (2000b):** Schweizerische Sozialversicherungsstatistik 2000, Bern (EDMZ-Bestellnummer 318.122.00 d).
- BSV (2000c):** Statistik über die Krankenversicherung. Vom Bund anerkannte Versicherungsträger 1999, Bern (EDMZ-Bestellnummer 318.916.99 d).
- BSV (2000d):** Handbuch zur Standardisierung der medizinischen und wirtschaftlichen Bewertung medizinischer Leistungen, Bern.
- BSV (2001):** Statistik über die Krankenversicherung. Vom Bund anerkannte Versicherungsträger 2000, Bern (EDMZ-Bestellnummer 318.916.00 d).
- Bussmann, Werner; Klöti, Ulrich; Knoepfel, Peter (1997):** Einführung in die Politik-evaluation, Basel/Frankfurt a. Main.
- Commission externe d'évaluation des politiques publiques (2000):** Subsidés en matière d'assurance-maladie. Evaluation de la politique cantonale, Genève.
- Dominighetti, Gianfranco; Quaglia, Jacqueline (2001):** „Analyse der Leistungsfähigkeit des schweizerischen Gesundheitswesens im internationalen Vergleich“. In: Die Volkswirtschaft 9/2001, Zürich, S. 9–13.
- Faisst, Karin; Schilling, Julian – Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (1999a):** Inhaltsanalyse von Anfragen bei PatientInnen- & Versichertenorganisationen; Beiträge zur Sozialen Sicherheit, BSV-Forschungsbericht Nr. 4/99, Bern (EDMZ-Bestellnummer 318.010.4/99 d).
- Faisst, Karin; Schilling, Julian – Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (1999b):** Qualitätssicherung – Bestandesaufnahme; Beiträge zur Sozialen Sicherheit, BSV-Forschungsbericht Nr. 10/99, Bern (EDMZ-Bestellnummer 318.010.10/99 d).
- Greppi, Spartaco; Rossel, Raymond; Strüwe, Wolfram – Bundesamt für Statistik (1998):** Der Einfluss des neuen Krankenversicherungsgesetzes auf die Finanzierung des Gesundheitswesens. Bericht im Rahmen der Wirkungsanalyse KVG; Beiträge zur Sozialen Sicherheit, BSV-Forschungsbericht Nr. 15/98, Bern (EDMZ-Bestellnummer 318.010.15/98 d).
- Greppi, Spartaco; Rossel, Raymond; Strüwe, Wolfram – Office fédéral de la statistique (1998):** 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. Aspects de la sécurité sociale, Rapport de recherche no 15/98, Berne (numéro de commande 318.010.15/98 f).
- Greppi, Spartaco; Ritzmann, Heiner; Rossel, Raymond; Siffert, Nicolas – Bundesamt für Statistik (2000):** Analyse der Auswirkungen des KVG auf die Finanzierung des Gesundheitswesens und anderer Systeme der sozialen Sicherheit; Beiträge zur Sozialen Sicherheit, BSV-Forschungsbericht Nr. 5/00, Bern (EDMZ-Bestellnummer 318.010.5/00 d).

- Greppi, Spartaco; Ritzmann, Heiner; Rossel, Raymond; Siffert, Nicolas – Bundesamt für Statistik (2000):** Analyse des effets de la LAMal dans le financement du système de santé et d'autres régimes de protection social. Aspects de la sécurité sociale, Rapport de recherche no 5/00, Berne (numéro de commande 318.010.5/00 f).
- Gurtner, Felix (2000):** „Thesen der EGK zur Rationierung, grundsätzliche Überlegungen zur Finanzierung teurer medizinischer Leistungen“. In: Soziale Sicherheit 4/2000, Bern, S. 197–199.
- Haari, Roland – Coplan Empirische Sozialforschung (2001):** Kosten neuer Leistungen; Beiträge zur Sozialen Sicherheit, BSV-Forschungsbericht Nr. 13/01, Bern (EDMZ-Bestellnummer 318.010.13/01 d).
- Hammer, Stephan; Pulli, Raffael; Iten, Rolf; Eggimann, Jean-Claude – Infrass (2000):** Auswirkungen des KVG im Tarifbereich; Beiträge zur Sozialen Sicherheit, BSV-Forschungsbericht Nr. 7/00, Bern (EDMZ-Bestellnummer 318.010.07/00 d).
- Hammer, Stephan; Pulli, Raffael; Iten, Rolf; Eggimann, Jean-Claude – Infrass (2001a):** Auswirkungen des KVG auf die Versicherer; Beiträge zur Sozialen Sicherheit, BSV-Forschungsbericht Nr. 6/01, Bern (EDMZ-Bestellnummer 318.010.6/01 d).
- Hammer, Stephan; Pulli, Raffael; Schmidt Nicolas; Iten Rolf; Eggimann, Jean-Claude – Infrass (2001b):** Auswirkungen des KVG auf die Leistungserbringer; Beiträge zur Sozialen Sicherheit, BSV-Forschungsbericht Nr. 8/01, Bern (EDMZ-Bestellnummer 318.010.08/01 d).
- Hornung, Daniel; Röthlisberger, Thomas; Stiefel, Adrian – Büro für Raum- und Umweltplanung (2001):** Wirkungsanalyse KVG: Praxis der Versicherer bei der Vergütung von Leistungen nach KVG; Beiträge zur Sozialen Sicherheit, BSV-Forschungsbericht Nr. 12/01, Bern (EDMZ-Bestellnummer 318.010.12/01 d).
- Kommission für Konjunkturfragen (2000):** Mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen, 377. Mitteilung, Beilage zur Volkswirtschaft, Bern.
- KSK – Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer (2001):** Auszug aus der Rechnungssteller-Statistik. Jahre 1995-1999, Solothurn.
- Marcuard, Claudine (1999):** „Solidarität in der Krankenversicherung“. in: Soziale Sicherheit 2/99, Bern, S. 69–72.
- Mathis, Georg A.; Herren, Ruth (1998):** Hausarzt-Netzwerke in der Schweiz: Erste breitflächige Auswertungen, Managed Care 1/1998, Neuhausen, S. 8 ff.
- Müller, Klaus – Integria Consult (1999):** „Die aktuelle Rechtsprechung des Bundesrats zur Spitalliste. Bisherige Klarstellung und weiterer Klärungsbedarf“. In: Soziale Sicherheit 6/1999, S. 317–321.
- Nef, Robert (2000):** „Krankenversicherung für mündige Menschen“. In: Schweizerische Monatshefte, 80. Jahr, Heft 10, Zürich, S.23–28.
- Peters, Matthias; Müller, Verena; Luthiger, Philipp – IPSO (2001):** Auswirkungen des Krankenversicherungsgesetzes auf die Versicherten, Beiträge zur Sozialen Sicherheit BSV-Forschungsbericht Nr. 3/01, Bern (EDMZ-Bestellnummer 318.010.3/01 d).

Polikowski, Marc; Lauffer, Régine; Renard, Delphine; Santos-Eggimann, Brigitte – Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive de Lausanne (2000): Analyse des effets de la LAMal: „Le catalogue des prestations“ est-il suffisant pour que tous accèdent à des soins de qualité? Aspects de la sécurité sociale, Rapport de recherche no 12/00, Berne (numéro de commande 318.010.12/00 f).

Rossel, Raymond – Bundesamt für Statistik (2000): „Auswirkungen des KVG auf die Kosten und die Finanzierung des Gesundheitswesens“. In: Soziale Sicherheit 3/2000, Bern, S. 153–157.

Rothenbühler, Martin (1999): Evaluation der Spitalplanungen und der Spitalisten nach Artikel 39 KVG, Bericht zuhanden des Zentralsekretariats der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz SDK, Bern.

Rüefli, Christian; Vatter, Adrian – Politikforschung und -beratung (2001): Kostendifferenzen im Gesundheitswesen zwischen den Kantonen. Statistische Analyse kantonalen Indikatoren; Beiträge zur Sozialen Sicherheit, BSV-Forschungsbericht Nr. 14/01, Bern (EDMZ-Bestellnummer 318.010.14/01 d).

Sager, Fritz; Rüefli, Christian; Vatter, Adrian – Politikforschung und -beratung (2001): Auswirkungen der Aufnahme von präventivmedizinischen Leistungen in den Pflichtleistungskatalog. Politologische Analyse auf der Grundlage von drei Fallstudien. Schlussbericht; Beiträge zur Sozialen Sicherheit, BSV-Forschungsbericht Nr. 10/01, Bern (EDMZ-Bestellnummer 318.010.10/01 d).

Schmid, Heinz (1997): Prämiengenehmigung in der Krankenversicherung. Expertenbericht zur Prüfungsmethode des BSV; Beiträge zur Sozialen Sicherheit, BSV-Forschungsbericht Nr. 3/97, Bern (EDMZ-Bestellnummer 318.010.3/97 d).

Sommer, Jürg H.; Bürgi, Marianne; Theiss, Roland – Wirtschaftswissenschaftliches Zentrum der Universität Basel (1998): Komplementärmedizin in der Krankenversicherung, Gesundheitsökonomische Analyse der Wirkungen des Einbezuges komplementärmedizinischer Leistungen in die Krankenversicherung, EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG, Basel, ISBN 3-7965-1111-2.

Spycher, Stefan – Büro BASS (1999): Wirkungsanalyse des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung; Beiträge zur Sozialen Sicherheit, BSV-Forschungsbericht Nr. 1/99, Bern (EDMZ-Bestellnummer 318.010.1/99 d).

Spycher, Stefan – Büro BASS (2000): Reform des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung? Studie 2: Empirische Prüfung von Vorschlägen zur Optimierung der heutigen Ausgestaltung; Beiträge zur Sozialen Sicherheit, BSV-Forschungsbericht Nr. 3/00, Bern (EDMZ-Bestellnummer 318.010.3/00 d).

Stürmer, Wilhelmine; Wendland, Daniela; Braun, Ulrike – Prognos AG (2000): Veränderungen im Bereich der Zusatzversicherung aufgrund des KVG; Beiträge zur Sozialen Sicherheit, BSV-Forschungsbericht Nr. 4/00, Bern (EDMZ-Bestellnummer 318.010.4/00 d).

Widmer, Dieter (2001): Die Sozialversicherung in der Schweiz, Zürich.

Widmer, Thomas; Landert, Charles; Bachmann, Nicole (2000): Evaluations-Standards, empfohlen von der Schweizerischen Evaluationsgesellschaft (SEVAL), Bern/Genève.