

Sechs Jahre KVG – Gesundheitspolitik am Scheideweg

In den letzten Jahren sind die Krankenkassenprämien doppelt so rasch angestiegen wie die Gesundheitskosten. Der Anstieg der Prämien hat die Zukunft der Krankenversicherung ins Zentrum des politischen Interesses gerückt. Am diesjährigen Interlaken-Seminar der Interpharma haben die beiden Experten des schweizerischen Gesundheitswesens, Prof. Robert Leu und Dr. Stephan Hill, in einer Studie eine Auslegeordnung der gesundheitspolitischen Reformdiskussion vorgelegt. Dieses Dossier gibt einen Überblick über die Studieninhalte und die Standpunkte der Bundesratsparteien, welche in Interlaken durch Ständerätin Christine Beerli FDP, Nationalrat Toni Bortoluzzi SVP, Nationalrat Franco Cavalli SP und Ständerat Philipp Stähelin CVP dargelegt wurden.

Kommentar der Autoren

Das Krankenversicherungsgesetz bleibt auch nach sechs Jahren kontrovers: Für die einen ist das KVG eine gute und ausgewogene Lösung. Mit ihm seien Mängel wie Eintrittsprämien ausgemerzt und Verbesserungen in Richtung Solidarität eingeführt, Leistungslücken geschlossen und kostendämpfende Massnahmen ergriffen worden. Probleme ergäben die mangelnde Verteilung der Kompetenzen und Verantwortlichkeiten zwischen Bund und Kantonen und nicht das Gesetz selbst. Für die anderen verursacht das KVG steigende Prämien und Kosten, fehlen Anreize zu wirtschaftlichem Verhalten und ist die Finanzierung ungerecht verteilt. Das Gesundheitswesen steht heute am Scheideweg. Wohin soll die Reise gehen? Grundsätzlich kann ein Gesundheitssystem marktwirtschaftlich oder planwirtschaftlich ausgestaltet werden. Einige der anstehenden politischen Entscheide wie jener über die Abschaffung des Kontrahierungszwangs oder eine monistische Spitalfinanzierung kommen einem wettbewerbsorientierten Modell bereits sehr nahe. Dass die Prämien doppelt so rasch wie die Kosten steigen, deutet darauf hin, dass der Fokus der Kostendiskussion im Gesundheitswesen am falschen Ort liegt. Unbestritten ist, dass es strukturelle Entscheide zur Zukunft der Krankenversicherung braucht. Politik und Bevölkerung werden in den kommenden Monaten und Jahren darüber entscheiden, ob sich das Gesundheitswesen hin zu mehr Markt oder in Richtung staatlicher Planung bewegt.

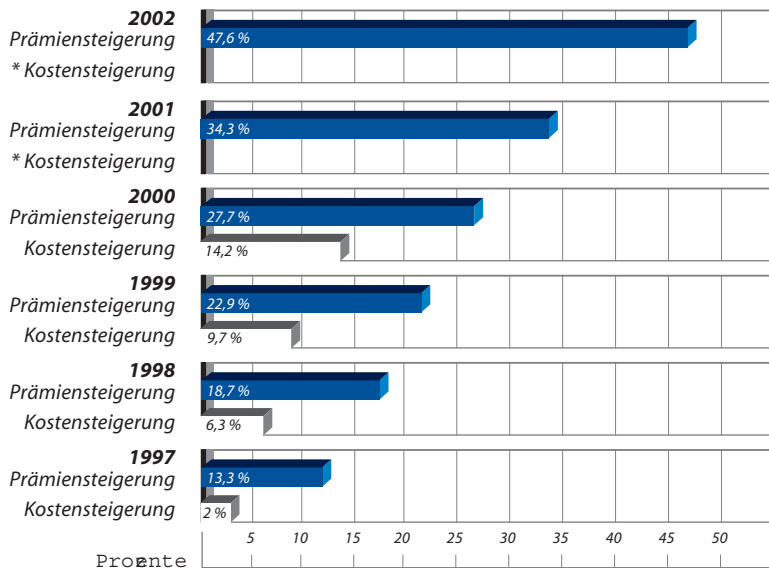
1. Gesundheitswesen Schweiz: Prämien- oder Kostenexplosion?

Analyse Leu/Hill

Die Kosten im schweizerischen Gesundheitswesen beliefen sich im Jahr 2000 auf 43.3 Milliarden Schweizer Franken. Im Jahr 1995, vor Einführung des KVG, betrug diese 36.2 Milliarden Franken. Dies entspricht einer Steigerung um 19,7%. Die jährliche Steigerungsrate liegt zwischen 4,8% und 2,0%. Die höchste Steigerung fiel ins Jahr der KVG-Einführung (1996). Von 1996 bis 2000 nahmen die Kosten im Gesundheitswesen um 14,2% zu, während die Prämien um 27,7% anstiegen. Im Vergleich zu den Kosten haben sich die Prämien somit verdoppelt. In den Jahren 2001 und 2002 hat sich die Prämienentwicklung noch akzentuiert. Das Hauptproblem ist somit die Prämienexplosion, weniger die Kostenentwicklung.

In den letzten Jahren haben verschiedene Faktoren dazu geführt, dass die Prämienentwicklung überproportional zur Einkommens- und Kostenentwicklung verlief:

- Die Prämien müssen im Umlageverfahren zur Finanzierung der Grundversicherung reichen, um die steigenden Kosten zu decken.
- In dem Ausmass, wie der Staat sich in der direkten Finanzierung von Leistungen als Direktzahler zurückzieht, müssen die Krankenversicherer diese Kosten tragen. Dies erhöht zwangsläufig den jährlichen Prämienbedarf.



* statistische Daten noch nicht verfügbar

Mit einem weiteren Anstieg der Prämien muss gerechnet werden. Neben den bereits angekündigten Tarifierhöhungen für Halbprivat- und Privatversicherte in den öffentlichen Spitälern wird auch die Einführung des Tarmed die Prämienentwicklung beeinflussen. Die laufende Ausweitung des Leistungskatalogs der Grundversicherung wird auch fortan zu einer Mehrbelastung der Krankenversicherer beitragen. Fazit: Der Prämienruck wird auch in absehbarer Zeit nicht nachlassen.

Standpunkte der Parteien:

Grundsätzlich herrscht bei den Bundesratsparteien Einigkeit darüber, dass der Kosten- und vor allem der Prämienanstieg gebremst werden muss. Während CVP, FDP und SVP mehr Markt und Selbstverantwortung im Gesundheitswesen fordern, will die SP die Rolle des Staates stärken und die Prämienlast umverteilen. Auf die Positionen der Parteien zu einzelnen aktuellen Problemstellungen wird im Folgenden detailliert eingegangen.

2. Aufhebung des Kontrahierungszwangs

Analyse Leu/Hill

Mit dem heute geltenden Vertragszwang haben alle zugelassenen Leistungserbringer Anspruch auf Zugang zum Krankenversicherungssystem. Gleichzeitig sind sie aber auch verpflichtet,

Patientinnen und Patienten aller anerkannten Krankenkassen zu behandeln. Mit der Aufhebung des Kontrahierungszwangs würde die Vertragsfreiheit von Leistungserbringern und Krankenversicherern wieder hergestellt.

Für die Versicherten kann die Aufhebung des Kontrahierungszwangs bedeuten, dass ihre Wahlfreiheit eingeschränkt wird. So ist es möglich, dass ihr gewünschter Leistungserbringer mit ihrem Versicherer in keinem Vertragsverhältnis steht. Die Versicherten haben in diesem Fall die Möglichkeit, zu einer Kasse zu wechseln, die mit dem gewünschten Arzt zusammenarbeitet. Das Wettbewerbsumfeld und die Präferenzen der Versicherten (gemäss Umfrage befürworten grosse Teile der Bevölkerung die freie Arztwahl), werden dazu führen, dass die Kassen den Grossteil der Leistungserbringer unter Vertrag nehmen werden.

Der Ständerat schlägt in der laufenden 2. KVG-Revision vor, den Kontrahierungszwang im ambulanten Bereich aufzuheben. Zum Schutz vor allem älterer Versicherter soll ein «Sonderfall» (Art. 35 Abs. 1^{ter}) gelten.

Standpunkte der Parteien:

FDP, SVP und CVP sind für die Aufhebung des Vertragszwanges sowohl im ambulanten wie auch im stationären Bereich. Die freie Arztwahl soll künftig über eine Zusatzversicherung angeboten werden. Die SP will den heute geltenden Vertragszwang aufrecht erhalten. Sie glaubt nicht daran, dass der Wettbewerb im Gesundheitswesen spielen und zu einer Kostensenkung führen kann.

3. Neugestaltung des Risikoausgleichs

Analyse Leu/Hill

Seit Einführung des KVG besteht zwischen den Versicherern ein auf zehn Jahre befristeter Risikoausgleich. Damit werden Kosten zwischen Kassen mit vielen schlechten und solchen mit vielen guten Risiken ausgeglichen. Für den Ausgleich spielt nur die Verteilung der Versicherten nach Alter und Geschlecht eine Rolle. Der Berechnungsmodus des Risikoausgleichs führt

dazu, dass die Summe der Abgaben an den Ausgleichsfonds den ausbezahlten Beiträgen entspricht. Es handelt sich also um ein «Nullsummenspiel».

Trotz des bestehenden Risikoausgleichs besteht für die Krankenversicherer nach wie vor ein starker Anreiz zur Risikoselektion. In der Literatur werden verschiedene Reformansätze genannt, wie dem entgegengewirkt werden kann:

- Prospektive statt retrospektive Berechnung der Risikoausgleichsformel
- Integration der Behandlungskosten des Vorjahres
- Berücksichtigung der Spitalaufenthalte des Vorjahres
- Berücksichtigung der Franchisenabstufungen
- Hospitalisations- und Pflegeheimraten im Vorjahr
- Berücksichtigung diagnostischer Informationen (Diagnosekostengruppen).

Eine weitere Möglichkeit besteht in der Einführung eines Hochrisikopools. Die Anreize zur Risikoselektion werden dadurch doppelt reduziert. Zum einen kann die Finanzierung der teuersten Versicherten an den Pool abgegeben werden. Zum anderen verbessert sich die Wirkung des Risikoausgleichs bei den verbleibenden Versicherten.

Standpunkte der Parteien:

Die FDP ist für eine Verlängerung des Risikoausgleichs mit den bestehenden Kriterien Alter und Geschlecht für weitere zehn Jahre. Es sind zuerst zusätzliche Kriterien bezüglich Wettbewerbsverzerrung zu prüfen. Die SVP ist gegen eine Verlängerung des Risikoausgleichs. Dieser soll per 31.12.2005 abgeschafft oder aber auf einige wenige kostenintensive Risikofälle beschränkt werden.

Die CVP fordert in ihrem Positionspapier, dass die Kosten bei «Gross-Schaden-Fällen», d.h. Behandlungskosten ab etwa 100'000 Franken, von den Kantonen zu übernehmen sind. Auch die SP fordert einen Hochkostenpool. Behandlungskosten ab 30'000 Franken pro Jahr sind zu einem Drittel durch die Versicherer zu tragen und zu zwei Dritteln zu finanzieren. Die Finanzierung soll durch Steuern

sowie durch höhere Erträge einer einkommens- oder vermögensabhängigen Franchise sichergestellt werden.

4. Neuregelung der Spitalfinanzierung

4.1 Die heutige Spitalfinanzierung und ihre Probleme

Analyse Leu/Hill

Beim heutigen System der dualen Spitalfinanzierung beteiligen sich öffentliche Hand (Kantone/Gemeinden) und Krankenkassen getrennt und teilweise unabhängig voneinander an der Finanzierung des stationären Bereichs.

Spitalfinanzierung gemäss Botschaft zur 2. KVG-Revision:

Die Vorlage des Bundesrates will das bisherige System verbessern und bestehende Unklarheiten und Abgrenzungsprobleme beseitigen. Grundsätzlich wird an der dualen Finanzierung im Spitalsektor festgehalten. Zentral ist der Übergang von der Spital- zur Leistungsfinanzierung. Die Kantone übernehmen die Hälfte der gesamten Kosten im stationären Bereich. Der Vorschlag des Bundesrates bringt einige substantielle Verbesserungen:

- Die indirekte Quersubventionierung der Grundversicherung durch die Zusatzversicherung wird weiter reduziert.
- Spitäler mit unterschiedlichen Trägerschaften werden gleich behandelt.
- Die fixe Kostenaufteilung verhindert Kostenüberwälzungen.
- Anstelle der unbesehenen Kostenübernahme sollen prospektive Vergütungsformen eingeführt werden.
- Investitionen müssen amortisiert werden. So entsteht ein Anreiz zum Abbau von Überkapazitäten in öffentlichen Spitälern.

Trotz der vom Bundesrat vorgeschlagenen Verbesserungen bleiben aber nach Ansicht der Autoren folgende Schwachpunkte bestehen:

- Die dual-fixe Finanzierung zementiert die kantonale Zersplitterung des Gesundheitswesens.
- Alternative Versicherungsformen können ihre Kostensparpotentiale wegen der dua-

len Finanzierung weiterhin nur zum Teil realisieren. Dies reduziert die Wettbewerbsintensität.

- Teilstationäre Leistungen sowie die entsprechenden Institutionen müssen definiert werden. Die Abgrenzungsproblematik zwischen ambulanten und stationären Leistungen bleibt bestehen.
- Es ist keine explizite Abkehr von der Defizitdeckung durch die öffentliche Hand vorgezogen.
- Kantone nehmen weiterhin eine Doppelfunktion als Betreiber und Mitfinanzierer der öffentlichen Spitäler wahr – mit der entsprechenden Gefahr von Interessenkonflikten.
- Aus wettbewerbsorientierter Sicht stellt die Ausdehnung der quantitativen Planung auf alle stationären und teilstationären Leistungen einen Schritt in die falsche Richtung dar.
- Spitallisten werden wie bis anhin von den Kantonen erstellt. Es besteht somit die Gefahr, dass öffentliche Spitäler bevorzugt behandelt werden.

Modifikationen des Ständerats

Der Ständerat ist zum Schluss gelangt, dass der Begriff «teilstationär» nicht zweifelsfrei von stationärer und ambulanter Behandlung abgegrenzt werden kann. Dieser Begriff soll aufgehoben werden. Auch im stationären Bereich hat der Ständerat auf Antrag der SGK die Botschaft des Bundesrats dahingehend modifiziert, dass die Planungspflicht auf KVG-Leistungen reduziert werden soll. In den Übergangsbestimmungen beauftragt der Ständerat den Bundesrat, innerhalb von fünf Jahren einen Vorschlag für den Übergang zu einem monistischen Finanzierungssystem zu unterbreiten.

4.2 Monistische Spitalfinanzierung

Kennzeichnend für monistische Spitalfinanzierungsmodelle ist, dass die formale Finanzierungsverantwortung (Zahllast) ausschliesslich bei einem Akteur liegt. De facto kommen dafür der Staat (die Kantone) oder die Krankenkassen in Frage. Liegt die Verantwortung beim Staat, wird die Finanzierungslast vom Steuerzahler getragen.

Liegt die alleinige Finanzierungsverantwortung bei den Krankenkassen, gibt es demgegenüber zwei Möglichkeiten:

- Die Spitalkosten werden ausschliesslich über Krankenkassenprämien finanziert.
- Der heutige Ansatz der Mischfinanzierung aus Prämien und Steuergeldern wird beibehalten. Das Mischverhältnis ist eine politische Wahlvariable. Der Anteil des Staates kann zwischen 0 % und 100 % variieren. Entsprechend kann a priori keine Aussage darüber gemacht werden, wie sich der Übergang zu einem monistischen System auf die Krankenkassenprämien auswirken würde.

Erfolgt die monistische Finanzierung über die Krankenkassen, werden die Beiträge der öffentlichen Hand direkt an die Krankenkassen überwiesen. Entsprechend ist es korrekter, von monistischer Finanzierung als von monistischer Spitalfinanzierung zu sprechen. Gemäss Grundphilosophie dieses Systems sollten die Kantone die öffentlichen Spitäler nicht mehr direkt subventionieren. Die stationären Leistungserbringer müssen den Krankenkassen über kostendeckende Pauschalen die vollen Kosten ihrer Leistungen in Rechnung stellen.

Für Leu/Hill stellen sich bei der Diskussion der monistischen Spitalfinanzierung folgende Fragen:

- Finanzierungsanteil der Kantone
- Sicherung der kantonalen Finanzierungsanteile
- Spitalplanung und Rolle der Kantone
- Flankierende Massnahmen wie Stärkung der Nachfrageseite im KVG.

Standpunkte der Parteien:

Die FDP unterstützt den in der laufenden KVG-Revision vorgesehen Wechsel von der Objekt- zur Leistungsfinanzierung. Mittelfristig fordert sie einen Wechsel hin zu einer monistischen Spitalfinanzierung. Sie unterstützt deshalb den Auftrag des Ständerats an den Bundesrat, einen Systemwechsel innert fünf Jahren vorzubereiten. Auch die SVP und die CVP fordern eine monistische Spitalfinanzierung. Der Rollenkonflikt der Kantone müsse aufgelöst werden. Die monistische Finanzierung schaffe Kostentransparenz bei den Spitälern und fördere den Abbau von Überkapazitäten. Auch die Versicherer seien in die Pflicht zu nehmen. Sie hätten über die

Verwendung der Prämien transparent zu informieren.

Die SP lehnt eine schleichende, kantonsweise Einführung der monistischen Finanzierung ab. Sie fordert ein dual-fixes System für das ganze Gesundheitswesen – den ambulanten wie auch den stationären Bereich. Sollte zu einem späteren Zeitpunkt gesamtschweizerisch eine monistische Finanzierung eingeführt werden, so soll die öffentliche Hand als alleiniger Kostenträger wirken.

5. Finanzierung der Krankenversicherung

Analyse Leu/Hill

Bleibt man beim System des Kassenwettbewerbs, gibt es grundsätzlich vier Finanzierungsmodelle:

- Risikogerechte Prämien, kombiniert mit einem Prämienbeitragssystem
- Pauschale Prämien, kombiniert mit einem Risikostrukturausgleich und Prämienbeitragsystem
- Einkommens- und vermögensabhängige Prämien, kombiniert mit einem Risikoausgleich
- Jede der genannten Möglichkeiten kann zusätzlich kombiniert werden mit einer teilweisen Finanzierung über Steuern.

Risikogerechte Prämien

In einem System von risikogerechten Prämien bräuchte es keinen Risikoausgleich. Mit risikogerechten Prämien hätten die Versicherten einen Anreiz, die für sie optimale Versicherungsform zu wählen. Die Krankenversicherer könnten vielfältige Formen von Verträgen entwickeln, ohne stets dem Verdacht der Risikoselektion ausgeliefert zu sein. Eine Umverteilung zwischen hohen und niedrigen Krankheitsrisiken findet in Systemen mit risikogerechten Prämien (grosser Teil der amerikanischen Bevölkerung unter 65 Jahren, Privatversicherte in Deutschland) nicht statt. In den meisten Ländern herrscht aber ein Konsens darüber, dass ein Risikoausgleich stattfinden sollte. In der Schweiz wäre dies auch mit risikogerechten Prämien lösbar, denn sie verfügt mit dem Prämienrabattsystem über einen Mecha-

nismus, der grossmehrheitlich akzeptiert ist und nach Startschwierigkeiten zufriedenstellend zu funktionieren scheint.

Pauschale Prämien

Pauschale Prämien sind weder risikogerecht noch einkommensabhängig. Sie können daher mit einem Risikoausgleich und einem Prämienbeitragssystem kombiniert werden. Auf den ersten Blick scheint dieses System deshalb die schlechteste Variante zu sein. Es weist aber gegenüber einkommensabhängigen Prämien auch Vorteile auf. Es gibt gute Gründe, die Einkommensumverteilung nicht mit der Finanzierung der Krankenversicherung zu vermengen. Effizienzorientierte Elemente wie Selbstbehalt oder Einschränkungen des Leistungskatalogs lassen sich zudem besser durchsetzen.

Einkommens- und vermögensabhängige Prämien

Eine internationale Studie hat ergeben, dass die Finanzierung von Sozialversicherungen durch einkommensabhängige Prämien weniger regressiv, d. h. sozialer, ist. In der Schweiz dürfte das Prämienbeitragssystem die Regressivität um einiges gemildert haben. Unter dem Gesichtspunkt der Effizienz schneiden einkommensabhängige Prämien zudem schlechter ab. Auch kann den Versicherten das im Wettbewerb entscheidende Recht, die Kasse zu wechseln, nur gewährt werden, wenn die Unterschiede im Beitragsaufkommen der Kassen durch staatliche Beiträge ausgeglichen werden. Diese Differenzen ergeben sich durch die Höhe der Durchschnittseinkommen der Mitglieder der einzelnen Kassen.

Standpunkte der Parteien:

FDP, CVP und SVP wollen am bisherigen System der Kopfprämien kombiniert mit Subventionen für wirtschaftlich schwächere Versicherte festhalten. Die FDP fordert zudem eine Erhöhung der Kostenbeteiligung über Franchisen und Selbstbehalte, um die Selbstverantwortung zu fördern. Zu prüfen sei eine abgestufte Franchise entsprechend der individuellen Einkommens- und Vermögenslage. Die CVP will die Familien entlasten. Sie verlangt, die Prämien für das zweite Kind um

50% zu senken. Für das dritte und weitere Kinder seien die Prämien ganz zu erlassen. Die SP schlägt in ihrer Initiative «Gesundheit muss bezahlbar bleiben» ein völlig neues Finanzierungssystem vor. Die Hälfte der Einnahmen der Krankenversicherung soll über Beiträge, die im Verhältnis zum Einkommen und zum realen Vermögen festgelegt werden, erfolgen. Die andere Hälfte soll über zusätzliche Mehrwertsteuer-Prozente finanziert werden. Als indirekten Gegenvorschlag im Rahmen der 2. KVG-Revision haben Bundesrat und Ständerat vorgeschlagen, das bisherige Prämienzuschuss-System zu verbessern und eine Belastungsgrenze gemessen an den verfügbaren Haushaltsressourcen einzubauen.

bedeutete 10,8% Zusatzkosten für die Grundversicherung.

Eine permanente Überprüfung und Durchforschung des Leistungskatalogs ist sicher sinnvoll. Das KVG selbst verlangt eine solche periodische Überprüfung und definiert die anzuwendenden Kriterien: Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungen. Generell sollten Leistungen, die nicht mit Krankheit zu tun haben, nicht durch die Krankenversicherung getragen werden müssen.

Bei der Kürzung von Leistungen ist mit Widerstand der Patienten und der Leistungserbringer zu rechnen. Der aktuelle GfS Gesundheitsmonitor zeigt, dass die Schweizer Bevölkerung mehrheitlich keine Einschränkung bei den Leistungen wünscht.

6. Leistungskatalog

Analyse Leu/Hill

Mit der Einführung des KVG wurde der Leistungskatalog auf Bereiche wie Pflegeheime, Pflege zu Hause, Physiotherapie, Mutterschaft, unbeschränkte Leistungsdauer bei Spitalaufenthalt ausgeweitet. Im ersten Jahr führten diese neuen bzw. ausgeweiteten Leistungen zu Mehrkosten von 1.3 Milliarden Franken. Dies

Standpunkte der Parteien:

Die FDP verlangt, dass die Leistungen in der Grundversicherung auf das medizinisch Notwendige beschränkt werden. Wer zusätzliche Leistungen will, soll einen Aufpreis bezahlen respektive eine Zusatzversicherung abschliessen. Der Grundsatz «primär Selbstverantwortung, subsidiär Versicherung» soll zur Anwendung kommen. Wer seine Versicherung nicht beanspruchen muss, soll über ein Rabattsystem belohnt werden. Die CVP spricht sich in der Grundversicherung für den Zugang zu einer angemessenen Grundversorgung aus. Der aktuelle Leistungskatalog soll nach den KVG-Kriterien überprüft werden. Die SVP will die Grundversicherung zweiteilen. Das existenziell Notwendige wird durch die obligatorische Grundversicherung abgedeckt. Wer zusätzliche Leistungen beansprucht, soll mehr bezahlen (fakultativer Bereich der Grundversicherung).

Die SP will keine Einschränkung beim Grundleistungskatalog. Alle Bevölkerungsgruppen sollen Zugang zu einer qualitativ hochstehenden medizinischen Versorgung haben.



Die Studie «Sechs Jahre KVG – Gesundheitspolitik am Scheideweg» von Robert E. Leu und Stephan Hill ist erhältlich ab Ende November bei:

Pharma Information, Petersgraben 35, Postfach, 4003 Basel, Tel.: 061 264 34 34, Fax : 061 264 34 35, E-Mail: info@interpharma.ch

Bitte senden Sie mir _____ Exemplare der Studie «Sechs Jahre KVG – Gesundheitspolitik am Scheideweg».

Name

Vorname

Adresse

PLZ/Ort

Firma

Telefon und Fax

E-Mail

Impressum

Herausgeber: Interpharma, VIPS, SGCI
Redaktion: Interpharma, Petersgraben 35, 4003 Basel
Tel. 061 264 34 00 / Fax 061 264 34 01
www.interpharma.ch