

Faktenblatt Monismus

Problemstellung & Lösungsvorschlag

Gemäss Krankenversicherungsgesetz (KVG) werden die Kosten ambulanter Behandlungen von den Krankenversicherern allein, diejenigen stationärer Behandlungen hingegen von den Krankenversicherern und den Kantonen gemeinsam vergütet.¹ Diese uneinheitliche, teils «monistische», teils «duale» Finanzierung führt zu Fehlanreizen und damit zu Verhaltensweisen der Akteure, die dem Ziel der bestmöglichen, kosteneffizienten Behandlung entgegenwirken.

So lohnt sich die Verlagerung von Leistungen vom stationären in den ambulanten Bereich für die Krankenversicherer heute erst, wenn die ambulanten Kosten um mindestens 55 Prozent niedriger sind. Zur Verlagerung von Leistungen mit geringerem, aber dennoch erheblichem Einsparpotenzial haben die Versicherer keine Anreize – sie könnten sogar versucht sein, Leistungen gesamtkostentreibend vom ambulanten in den stationären Bereich zu verlagern. Aus diesen Fehlanreizen ergibt sich zudem eine verminderte Attraktivität innovativer Versorgungsmodelle, welche die ambulante und die stationäre Versorgung koordinieren – und zwar sowohl für die Krankenversicherer als auch für die Versicherten, da ihnen die dadurch im stationären Bereich erzielbaren Einsparungen nicht umfassend zugutekommen, sondern teilweise dem Kanton zufallen (gehemmte Innovation, dynamische Ineffizienzen).² Die meisten Kantone dürften hingegen tendenziell durchaus Anreize zur Verlagerung von Leistungen vom stationären in den ambulanten Bereich haben, was ihnen selber in jedem Fall und dem Gesundheitswesen insgesamt wohl in den meisten Fällen Kosten einsparen würde.³ Die uneinheitliche Finanzierung kann somit dazu führen, dass nicht alle Behandlungen in dem Leistungsbereich durchgeführt werden, welcher für die Versicherten das bestmögliche Nutzen-Kosten-Verhältnis darstellt (statische allokativen Ineffizienz).

Mit dem Übergang zu einer monistischen Finanzierung aus einer Hand bzw. zu einer gleichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen sollen diese Fehlanreize beseitigt werden.

Reformprozess

Bei der Revision des KVG im Jahre 1996 war aufgrund politischer Widerstände keine Lösung dieser damals schon diskutierten Probleme vorgesehen. Kreise mit einem besonderen Auge auf Verteilungswirkungen befürchteten eine Zusatzbelastung einkommensschwacher Haushalte (regressive Wirkung) aufgrund steigender Prämien im Falle einer monistischen Finanzierung durch die Krankenversicherer. Alternativen mit den Kantonen als «Monisten» stiessen dagegen in marktorientierten Kreisen auf Ablehnung. Entscheidend waren aber die Kantone, welche die Objektfinanzierung als Steuerungsinstrument ihrer Spitalpolitik nicht aus der Hand geben wollten. Das KVG beschränkte sich darum auf folgende Präzisierungen: Ambulante Behandlungen waren (weiterhin) allein durch die Krankenversicherer abzugelten. Die *Spitalbetriebskosten* waren zwischen Kantonen und Krankenversicherern aufzuteilen; neu hatten aber alle Kantone mindestens 50 Prozent und die Krankenversicherer höchstens 50 Prozent

¹ Die Kostenanteile der Versicherungen werden effektiv durch Kopfprämien der Versicherten, Prämienverbilligungen von Bund und Kantonen – also Steuern – und Kostenbeteiligungen (Franchise, Selbstbehalt) von Patienten getragen; die Kostenanteile von Bund, Kantonen oder Gemeinden fallen auf die Steuerzahler zurück.

² Untersuchungen aus den USA zeigen, dass im Managed-Care-Bereich nur dann markant Kosteneinsparungen realisiert werden können, wenn ambulante und stationäre Versorgung integriert sind (NCSL Briefs for State Legislators, 2010. Global Payments to Health Providers. Health Cost Containment and Efficiencies).

³ In peripheren Kantonen oder Regionen kann es zudem auch aus versorgungs-, regional- und sozialpolitischen Gründen Anreize zugunsten der stationären Behandlung geben, um Regionalspitäler nicht aufgeben zu müssen. Das aktuelle Finanzierungssystem ist hierfür zwar nicht die Ursache, erleichtert aber eine derartige Instrumentalisierung der Spitäler zu politischen Zwecken.

zu übernehmen. Investitionskosten (ggf. auch Betriebsdefizite) der öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler waren (weiterhin) von den Standortkantonen und -gemeinden zu tragen.

In der zweiten KVG-Revision wollte der Bundesrat die Investitions- und die Betriebskosten der Spitäler integrieren und auf Vollkostenbasis eine leistungsbezogene Spitalfinanzierung mittels Fallpauschalen einführen.⁴ Das reformfreundigere Parlament verlangte zudem, dass der Bundesrat innerhalb weniger Jahre eine Gesetzesrevision für eine einheitliche Finanzierung vorlegen sollte.⁵ Die gesamte Revision scheiterte aber Ende 2003 an Widerständen gegen die Aufhebung des Kontrahierungszwangs (vgl. Faktenblatt Kontrahierungszwang).

Danach wurde die dritte KVG-Revision in Teilprojekten weiterverfolgt. Im Jahre 2004 legte der Bundesrat, an der politischen Machbarkeit eines Systemwechsels zweifelnd, eine Botschaft für eine weiterhin «nichtmonistische» Spitalfinanzierung vor.⁶ Reformfreundiger zeigte sich nunmehr die Kommission des Ständerats (SGK-S), indem sie eine Vereinheitlichung im Sinne des im Vorgang zur dritten KVG-Revision erstellten Expertenberichts⁷ vorschlug, ihren Vorschlag aber sofort fallen liess, als sich 24 Kantone vehement dagegen aussprachen. Die Finanzierung wurde deshalb nur gemäss den bundesrätlichen Anträgen revidiert und 2009 mit teilweise langen Anpassungsfristen in Kraft gesetzt (und ist so heute noch gültig). Im stationären Bereich wurde die Objektfinanzierung grösstenteils aufgehoben und in eine Subjektfinanzierung mittels Fallpauschalen (DRG) überführt.⁸ Die daraus resultierenden stationären Behandlungskosten waren neu zu mindestens 55 Prozent den Wohnkantonen der Patienten und zu höchstens 45 Prozent den Krankenversicherern in Rechnung zu stellen (Art. 49a Abs. 2 KVG). Die ambulanten Leistungen blieben in der alleinigen Zuständigkeit der Krankenversicherer.

Im Frühjahr 2018 hat die Kommission des Nationalrats (SGK-N) die Reformdiskussion mit einem Vorschlag zur Umsetzung einer parlamentarischen Initiative, welche die einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen anstrebt (vgl. FN 5), reaktiviert. Die Kantone würden fortan einen gleichen prozentualen Anteil der ambulanten und stationären Gesundheitsausgaben in der OKP übernehmen. Dieser soll so bestimmt werden, dass die Systemänderung in den Summen über alle Kantone und Krankenversicherer anfänglich kostenneutral ausfällt.⁹ In ihrer Stellungnahme zur Vernehmlassung haben die Kantone signalisiert, dass sie allenfalls zu einem Kompromiss bereit wären, wenn gewisse Anpassungen an der Vorlage vorgenommen werden. Sie wären bereit, einen Teil der ambulanten Ausgaben zu übernehmen, wenn sich die Krankenversicherer ihm Gegenzug an den Ausgaben für die Langzeitpflege beteiligten. Zudem verlangen sie die Einführung von Instrumenten zur kantonalen Steuerung und Kontrolle der ambulanten Leistungserbringer. Die Krankenversicherer haben signalisiert, dass sie grundsätzlich offen sind über die Pflegefinanzierung zu diskutieren, möchten das Thema aber nicht mit der aktuellen Vorlage vermischen. Grundsätzlich begrüssen sie den Vorschlag der SGK-N. Gleiches gilt

⁴ Botschaft des Bundesrats betreffend die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. September 2000, BBI 18.047, S. 742.

⁵ SGK-NR, Parlamentarische Initiative 09.528 n, Vorentwurf und erläuternder Bericht vom 19. April 2018, SR 832.10, S. 9.

⁶ Botschaft des Bundesrats betreffend die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Spitalfinanzierung) vom 15. September 2004.

⁷ Leu, R. E., 2004. Monistische Spitalfinanzierung, Grundlagen zur 3. KVG-Revision, Teilprojekt. Volkswirtschaftliches Institut der Universität Bern, Center for Studies in Public Economics. Bundesamt für Gesundheit.

⁸ Bei öffentlichen oder öffentlich finanzierten Spitälern kann es aber infolge von Überkapazitäten und anderen Ineffizienzen zu Verlusten kommen, die immer noch von den Standortkantonen und -gemeinden objektbezogen getragen werden. Den Übergang zur Subjektfinanzierung kann man darum noch nicht als vollständig bezeichnen. Daraus dürften sich weiterhin Anreizprobleme und Wettbewerbsverzerrungen ergeben.

⁹ Laut Kostenschätzungen des BAG müssten einige Kantone mehr und andere weniger zahlen, weil die kantonalen Finanzierungsanteile heute noch unterschiedlich sind. Und der Krankenversichererverband Curafutura hat errechnet, dass sich die interkantonalen Finanzflüsse (für ausserkantonale Behandlungen) verändern würden: Periphere Kantone (BL, FR, SZ, VS) könnten mit einer Verbesserung, Zentrums Kantone mit Universitätsspitalern (BS, BE, ZH, VD) müssten mit einer Verschlechterung ihrer «Leistungsbilanz» rechnen.

für verschiedene Ärzteorganisationen, Patientenvertreter, den Pflegeverband sowie die Pharmaindustrie. Tatsächlich scheint es den Krankenversicherer diesmal gelungen zu sein, eine Allianz von Befürwortern aus verschiedenen Vertretern des Gesundheitswesens zu bilden.¹⁰ Es bleibt abzuwarten, wessen Interessen sich im politischen Prozess durchsetzen werden.

Analyse

Tabelle 1 veranschaulicht die erwarteten Auswirkungen eines Systemwechsels hin zu einer einheitlichen Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen mit den Krankenversicherer als monistische Zahlstelle auf die wichtigsten Akteursgruppen im Gesundheitswesen. Hauptsächlich von der Reform betroffen sind die Kantone – repräsentiert durch die kantonalen Gesundheitsverwaltungen und die GDK – und die Krankenversicherer. Die Kantone würden fortan einen gleichen prozentualen Anteil der ambulanten und stationären Gesundheitsausgaben in der OKP übernehmen und wären damit gezwungen, Leistungen in einem Bereich zu finanzieren, in welchem sie kaum Möglichkeiten haben, das Angebot wirksam zu steuern. Eine wesentliche Komponente ihrer Budgets wäre damit weitgehend fremdbestimmt. Steigen die Kosten im ambulanten Bereich stärker als im stationären Bereich, würde der Anteil der über Steuern finanzierten Gesundheitsausgaben relativ zur heutigen Regelung zunehmen und damit auch die finanzielle Last der Kantone. Seitens der Kantone ist daher grundsätzlich mit einem starken Engagement gegen die Reform zu rechnen.

Die Kantone unterscheiden sich allerdings von den anderen Akteuren im Gesundheitswesen dahingehend, dass sie in diesem nicht nur eine Rolle wahrnehmen. Sie sind z. B. gleichzeitig Finanzierer, Spitalplaner, Tariffestsetzungsbehörde und häufig selbst Spitalbetreiber. Zudem müssen sie auch Auswirkungen einer Reform im Gesundheitswesen auf andere Bereiche (z. B. Sozialpolitik, Arbeitspolitik, regionale Förderungen) berücksichtigen. Dementsprechend ist es möglich, dass ihre Interessen im Hinblick auf die einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen durch Interessen in einem anderen Bereich überlagert oder aber auch verstärkt werden. Wird beispielsweise erwartet, dass durch den Übergang zu einer einheitlichen Finanzierung eine starke Verschiebung von Leistungen in den ambulanten Sektor stattfindet, könnte dies den Interessen mancher Kantone zur Strukturhaltung im Spitalsektor entgegenlaufen. Dies bedeutet, dass sich die Kantone im Prinzip auch dann gegen eine einheitliche Finanzierung einsetzen könnten, wenn diese für sie selber (bzw. die Steuerzahler) insgesamt zu Einsparungen führen würde. Diese Abwägung zwischen den unterschiedlichen Interessen der Kantone kann sich im Zeitablauf durchaus ändern, sodass ihr Einsatz für oder gegen die Reform ebenfalls nicht immer gleich ausfallen muss.

Für die Krankenversicherer würde sich durch eine einheitliche Finanzierung der Anreiz verstärken, innovative Versorgungsmodelle zu entwickeln, welche die ambulante und die stationäre Versorgung koordinieren (Innovationsanreiz). Solche Modelle würden ihnen erlauben, ein wirksameres Kostenmanagement zu betreiben und kostspielige stationäre Aufenthalte zu vermeiden (Reallokation). Ihr strategischer und operativer Handlungsspielraum würde sich erweitern, was gleichzeitig aber auch mit einer Intensivierung des Wettbewerbs verbunden wäre. Es ist davon auszugehen, dass ein Grossteil der Krankenversicherer nach mehr Handlungsspielraum streben will und deshalb den Systemwechsel grundsätzlich stark unterstützen wird. Dies gilt vor allem dann, wenn die Kosten im ambulanten Sektor zukünftig stärker steigen als im stationären Bereich. In diesem Fall würden die Prämien zukünftig weniger stark steigen als mit der aktuellen Regelung, womit die Krankenversicherer sich allenfalls weniger in der Rolle des «Buhmanns» für die steigenden Gesundheitskosten wiederfinden würden.

¹⁰ Siehe <https://www.pro-efas.ch/de/>.

Für die Versicherten und die Steuerzahler hängt die Wirkung des Systemwechsels davon ab, welcher neue Finanzierungsschlüssel zwischen Kantonen und Versicherern festgelegt wird, wie sich die Gesamtkosten im ambulanten und stationären Bereich entwickeln und in welchem Ausmass effizienzbedingte Kosteneinsparungen erzielt werden. Steigen beispielsweise in einem Kanton die Gesamtkosten ambulanter Leistungen stärker als diejenigen stationärer Leistungen, müsste in der Folge ein grösserer Teil der Gesundheitsausgaben über Steuern statt Versicherungsprämien finanziert werden. Soweit dieser zusätzliche Finanzierungsanteil nicht durch effizienzbedingte Kosteneinsparungen zu kompensieren wäre, würde die Steuerlast im Vergleich zum Status quo steigen, während die Versicherten mit niedrigeren Prämien rechnen könnten (vice versa im gegenteiligen Fall). Aufgrund der Steuerprogression würde ersteres vor allem die Haushalte mit höheren Einkommen betreffen, während letzteres – bei gleichbleibender Höhe der Prämienverbilligung – alle Versicherten gleichermassen betrifft und somit regressiv wirkt. Grundsätzlich ist aber nicht mit einem starken Reform-Engagement der Steuerzahler und Versicherten zu rechnen; dafür ist ihr Organisationsgrad zu niedrig.

Die verschiedenen Leistungserbringer sind von einem Systemwechsel unterschiedlich und eher sekundär betroffen. Die niedergelassenen Ärzte könnten allenfalls befürchten, dass sich die Kantone nun stärker in die ambulante medizinische Versorgung einmischen und für eine Aufhebung des Kontrahierungszwangs einsetzen werden. Im Gegensatz dazu steht für die Spitalärzte eine allfällig grössere Einflussnahme und damit Kontrolle durch die Krankenversicherer zur Diskussion. Für die Managed-Care-Ärzte wiederum könnten sich bei einer vermehrten Förderung integrierter Versorgungsmodelle bessere Verdienstmöglichkeiten ergeben. Alle drei Ärzteguppen dürften es zudem begrüessen, dass der Systemwechsel zu einer medizinisch adäquateren Behandlung der Patienten führen sollte. Bei den Spitälern würde ein Systemwechsel langfristig zu einer Verschiebung der Leistungserbringung in den ambulanten Bereich führen. Relativ zur Verlagerung in den ambulanten Bereich, die sich sowieso aufgrund des medizinischen Fortschritts ergeben wird, dürften diese Verschiebungen aber eher bescheiden ausfallen. Insgesamt ist von Seiten der Ärzte und Spitäler daher weder mit erheblichem Widerstand noch mit starker Unterstützung der Reform zu rechnen.

Beurteilung

Ein Vergleich der erwarteten Reaktionen der verschiedenen Akteursgruppen mit dem zuerst gar nicht erst aufgenommenen (1996 KVG) und später zweimal schon in der Vorbereitungsphase aufgegebenen Reformprozess (zweite und dritte KVG-Reform) zeigt, dass diese sich entsprechend ihren Interessen verhalten. Die Einführung einer einheitlichen Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen scheiterte bislang immer am heftigen Widerstand der Kantone bzw. der Gesundheitsdirektoren und der GDK, also derjenigen Akteursgruppe, die sich von der Reform am stärksten negativ tangiert sieht. Die Krankenversicherer, bei diesem Thema die zweitstärkste Akteursgruppe, konnten ihre Interessen für die Reform jeweils nie so früh und nicht so direkt geltend machen wie die GDK. Die anderen diskutierten Akteursgruppen haben bislang wie erwartet keine wirkliche Rolle gespielt. Auch bei der aktuell hängigen Initiative der SGK-N sind es wiederum die Kantone, welche den Diskurs bestimmen und versuchen, die Ausgestaltung der Reform ihren Vorstellungen anzupassen. Den Krankenversicherern scheint es diesmal aber besser zu gelingen, ihre Interessen ebenfalls geltend zu machen.

Tabelle 1 Akteursmatrix Monismus

Akteure	Organisationsgrad	Auswirkung Reformvorschlag	erwartete Reaktion (Kosten-Nutzen-Analyse)	
Versicherte	klein	alle Versicherten	allenfalls mittelfristig niedrigere/höhere Prämien	schwacher Einsatz für/gegen Reform
Steuerzahler	klein	alle Steuerzahler	allenfalls mittelfristig niedrigere/höhere Steuern	schwacher Einsatz für/gegen Reform
Patienten	mittel (SPO, Pro mente sana)	alle Patienten	allenfalls adäquatere medizinische Versorgung	schwacher Einsatz für Reform
Krankenversicherer	hoch (santesuisse, curafutura, Parlamentarier)	alle Krankenversicherer	gutes Kostenmanagement lohnender mehr Wettbewerb bei Managed-Care-Modellen allenfalls Reduktion Kostenbeteiligung	Einsatz für die Reform
Ärzte	hoch (FMH, mfe, ASV, SGIM, SGAM, FMCH, Parlamentarier etc.)	alle niedergelassenen Ärzte	grösserer Einfluss Kantone befürchtet erhöht allenfalls Möglichkeit Aufhebung Kontrahierungszwang besserer medizinische Versorgung der Bevölkerung	unklar
		Managed-Care-Ärzte Spitalärzte	allenfalls bessere Verdienstmöglichkeiten grösserer Einfluss Krankenversicherer befürchtet	schwacher Einsatz für Reform schwacher Einsatz gegen Reform
Spitäler	hoch (H+, PKS, Parlamentarier)	alle Spitäler	mittelfristig Verschiebung Leistungserbringung vom stationären in den ambulanten Bereich	schwacher Einsatz gegen Reform
Apotheken	hoch (pharmaSuisse)	alle Apotheker	keine Veränderung	nicht betroffen
Pflege	mittel (curaviva, Spitex-Verband)	alle Leistungserbringer in der Pflege	grösserer Einfluss Krankenversicherer befürchtet	schwacher Einsatz gegen Reform
Pharma-industrie	hoch (interpharma)		keine Veränderung	nicht betroffen
Medtech-industrie	mittel (fasmed)		keine Veränderung	nicht betroffen
Behörden	hoch	Kantone (Gesundheitsdepartemente, GDK etc.)	Mitfinanzierung ambulanter Bereich ohne Möglichkeit der Angebotssteuerung	starker Einsatz gegen die Reform
		nationale Behörden	allenfalls niedrigere OKP-Ausgaben	schwacher Einsatz für Reform

**Politische Ökonomie des Gesundheitswesens
Faktenblatt Kontrahierungszwang**

Dr. Beatrice Mäder
Dr. Harry Telser
Markus Saurer

7. Mai 2019

Polynomics AG
Baslerstrasse 44
CH-4600 Olten

www.polynomics.ch
polynomics@polynomics.ch

Telefon +41 62 205 15 70
Fax +41 62 205 15 80

Markus Saurer Industrieökonomie
Wiesenstrasse 4
CHF-3612 Steffisburg

www.industrieoekonomie.ch
markus.saurer@industrieoekonomie.ch

+41 33 437 29 07